

Francine Lima Gelbcke
Heda Mara Schmidt
Heloisa Cristina Martins Amaral
Isabel Machado Canabarro
Licia Mara Brito Shiroma
Ligia Silveira Dutra
Mara S ergia Pacheco Honório Coelho
Maria de Lourdes Rovaris
Paulo Peixoto Portella

**PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF.
POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**



**Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago
Universidade Federal de Santa Catarina
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**

2017-2018

Francine Lima Gelbcke
Heda Mara Schmidt
Heloisa Cristina Martins Amaral
Isabel Machado Canabarro
Licia Mara Brito Shiroma
Ligia Silveira Dutra
Mara Sérgio Pacheco Honório Coelho
Maria de Lourdes Rovaris
Paulo Peixoto Portella

**PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF.
POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO**

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

2017 – 2018

Ficha catalográfica

Biblioteca Dr. Fadlo Haidar

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa

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

Gelbcke, Francine Lima; Schmidt, Heda Mara; Amaral, Heloisa Cristina Martins; Canabarro, Isabel; Shiroma, Lícia Mara Brito; Dutra Ligia Silveira; Coelho, Mara S ergia Pacheco Hon orio; Royaris, Maria de Lourdes; Portella, Paulo Peixoto.

Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: Plano Diretor Estratégico/ Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. - São Paulo, 2016.

222p.

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Hospitais Universitários. 3. Redes de Aten o   Saúde. 4. Sistema  nico de Saúde. 5. Gestão da Clínica. 6. Hospitais de Ensino. 7. Gestão Hospitalar

I. Ministério da Educação. II. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. III Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. IV. Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago

G333

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde e Ministério da Educação pela proposta de realização do curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS e melhoria da gestão dos hospitais universitários federais.

À Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares pelo compromisso em qualificar os gestores hospitalares, permitindo a implementação de um novo modelo de assistência à saúde, beneficiando a população, o ensino e a pesquisa.

À Universidade Federal de Santa Catarina pelo incentivo ao seu hospital universitário no fortalecimento de sua missão.

À toda Comunidade do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago por entender e assumir o compromisso com as propostas inseridas neste plano.

Ao Prof.^o Carlos Alberto Justo da Silva por ser um visionário e defensor incansável do Hospital Universitário.

À Enf.^a Dr.^a Eliane Matos (Diretora de Enfermagem), Prof.^a Dr.^a Raquel Kuerten de Salles (Diretora de Apoio Assistencial e Diagnóstico Complementar), Bel. Nélio Schmitt (Diretor Administrativo) pelo apoio nas atividades da direção do HUUFSC e na elaboração deste documento.

Ao bolsista Marçal Antônio de Souza Oliveira pela contribuição na elaboração deste documento e por trazer alegria ao nosso grupo.

À Prof.^a Dr.^a Rosemeri Maurici da Silva pela contribuição na revisão deste documento.

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.

Aos coordenadores e facilitadores do curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, por estimular o aprendizado de forma crítica e reflexiva.

Ao facilitador Dr. Luiz Fernando Nicz e cofacilitadores Priscilla Porto, Ana Carolina Sandrini, Thamyres Correa Barbosa e Wagner Oliveira Peres, pela

dedicação, paciência e incentivo na construção desta proposta que norteará a gestão do HUUFSC.

Ao Grupo Ampliado pela parceria ímpar no desenvolvimento deste projeto.

“A educação ao longo da vida baseia-se em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser.”
(Jacques Delors, 1996)

RESUMO

O Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado em dois de maio de 1980, atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerado uma instituição de saúde de referência para a região da Grande Florianópolis, bem como para todo o estado de Santa Catarina, sendo o único Hospital Federal do estado. Como Hospital de Ensino concentra todos os elementos essenciais à promoção da saúde e à geração e desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HUUFSC) passa por um momento de transição resultante da adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que assumiu a gestão do órgão. Nesse cenário o Plano Diretor Estratégico (PDE) 2017-2018 do HUUFSC foi elaborado 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 a elaboração do PDE a EBSERH realizou uma parceria com o Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês (IEP) que capacitou nove trabalhadores (Grupo Afinidade) nas áreas fundamentais de competência dos Hospitais Universitários: atenção à saúde, educação e gestão. O presente PDE foi construído pelo Grupo Afinidade em conjunto com uma equipe de trabalhadores representantes das diversas áreas do HUUFSC (Grupo Ampliado), por meio de oficinas de trabalho, com a orientação de facilitadores do IEP. Foram identificados e priorizados quatro macroproblemas do Hospital: Dificuldade de implementação dos Processos de Gestão de Pessoas; Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU; Inadequação da Estrutura Física e Tecnológica; e Modelo Clínico Assistencial Insuficiente para o Atendimento das Políticas do SUS. A partir da construção das árvores explicativas, foram identificados ao final 16 nós-críticos, e elaborado um plano de ações e atividades para solucioná-los. Para a execução das ações foram elaborados um cronograma e uma previsão orçamentária e após a análise de viabilidade das ações foi estabelecida a precedência das mesmas.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Financiamento. Hospital Universitário Federal. Assistência à Saúde. Ensino. Gestão em Saúde. Pesquisa.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização do Estado de Santa Catarina e da cidade de Florianópolis ..	24
Figura 2 - Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina	27
Figura 3 - Localização do HU na UFSC	32
Figura 4 - Localização da UFSC na Ilha de Santa Catarina	33
Figura 5 - Estrutura Organizacional HUUFSC	60
Figura 6 - Estrutura Organizacional da Diretoria Administrativa	61
Figura 7 - Estrutura Organizacional da Diretoria de Apoio Assistencial	62
Figura 8 - Estrutura Organizacional da Diretoria de Enfermagem	63
Figura 9 - Estrutura Organizacional da Diretoria de Medicina	64
Figura 10 - Estrutura Organizacional do Colegiado Executivo	65
Figura 11 - Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à Saúde	66
Figura 12 - Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa	67
Figura 13 - Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa	68
Figura 14 - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)	81
Figura 15 - Processo de Construção do PDE	82
Figura 16 - Diretrizes Estratégicas do Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais	84
Figura 17 - Cronograma de encontros do Curso de Gestão de HUF e visitas locais realizadas pelos facilitadores e cofacilitadores do IEP	84
Figura 18 - Aderência aos 7 Modelos de Referência	86
Figura 19 - Aderência à Lista de Gaps Normativos	87
Figura 20 - Avaliação Cenário Base X Cenário Evolução	88
Figura 21 - Matriz Decisória dos Macroproblemas do HUUFSC	91
Figura 22 - Matriz SWOT cruzada HUUFSC	94
Figura 23 - Árvore Explicativa - Macroproblema 1: Dificuldade de implementação de implementação de política de gestão de pessoas	99
Figura 24 - Árvore Explicativa - Macroproblema 2: Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU	100
Figura 25 - Árvore Explicativa - Macroproblema 3: Inadequação da estrutura física e tecnológica	101

Figura 26 - Árvore Explicativa - Macroproblema 4: Modelo Clínico Assistencial Insuficiente para o Atendimento das Políticas do SUS	102
Figura 27 - Análise das Oportunidades de Melhoria e Abrangência dos Nos Críticos do HUUFSC	103
Figura 28 - Macroproblemas priorizados no HUUFSC	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Capacidade Física Ambulatorial - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	41
Quadro 2 - Abrangência dos Nós Críticos e das Oportunidades de Melhoria e aderência do HU-UFSC	104
Quadro 3 - Ferramenta 5W3H	105
Quadro 4 - Relação de ações por nós críticos	116
Quadro 5 - Ação 1: Realizar Pesquisa de Clima Organizacional	119
Quadro 6 - Ação 2: Implementar ações visando a saúde do trabalhador	120
Quadro 7 - Ação 3: Melhorar a organização dos processos de trabalho	121
Quadro 8 - Ação 4: Implementar a política de gestão de pessoas do HU	122
Quadro 9 - Ação 5: Implantar Política de Educação Permanente	123
Quadro 10 - Ação 6: Estabelecer uma política de gestão de materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)	125
Quadro 11 - Ação 7: Implantar modelo de gestão de custos efetivo	127
Quadro 12 - Ação 8: Implantar ações de Gestão Ambiental	128
Quadro 13 - Ação 9: Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos	129
Quadro 14 - Ação 10: Implantar a gerência de ensino e pesquisa	130
Quadro 15 - Ação 11: Ampliar o fomento externo para pesquisas	131
Quadro 16 - Ação 12: Implantar o AGHU	132
Quadro 17 - Ação 13: Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS	133
Quadro 18 - Ação 14: Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos	134
Quadro 19 - Ação 15: Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura	135
Quadro 20 - Ação 16: Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes	136
Quadro 21 - Ação 17: Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde	137
Quadro 22 - Ação 18: Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto	138

Quadro 23 - Ação 19: Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais	139
Quadro 24 - Ação 20: Implementar atividades de auditoria clínica assistencial	140
Quadro 25 - Ação 21: Consolidar os processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do paciente	141
Quadro 26 - Ação 22: Reestruturar o processo de trabalho do CC	142
Quadro 27 - Ação 23: Implementar linhas de cuidado	143
Quadro 28 - Ação 24: Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos	145
Quadro 29 - Planilha de viabilidade das ações	146
Quadro 30 - Cronograma de realização das atividades	149
Quadro 31 - Planilha Orçamentária das Ações.....	151
Quadro 32 - Gestão do Plano - Ação 1: Realizar Pesquisa de Clima Organizacional	158
Quadro 33 - Gestão do Plano - Ação 2: Implementar ações visando a saúde do trabalhador	159
Quadro 34 - Gestão do Plano - Ação 3: Melhorar a organização dos processos de trabalho	160
Quadro 35 - Gestão do Plano - Ação 4: Implementar a política de gestão de pessoas do HU	161
Quadro 36 - Gestão do Plano - Ação 5: Implantar Política de Educação Permanente	162
Quadro 37 - Gestão do Plano - Ação 6: Estabelecer uma política de gestão de materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)	163
Quadro 38 - Gestão do Plano - Ação 7: Implantar modelo de gestão de custos efetivo	164
Quadro 39 - Gestão do Plano - Ação 8: Implantar ações de Gestão Ambiental	165
Quadro 40 - Gestão do Plano - Ação 9: Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos	166
Quadro 41 - Gestão do Plano - Ação 10: Implantar a gerência de ensino e pesquisa	167
Quadro 42 - Gestão do Plano - Ação 11: Ampliar o fomento externo para pesquisas	168
Quadro 43 - Gestão do Plano - Ação 12: Implantar o AGHU	169

Quadro 44 - Gestão do Plano - Ação 13: Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS	170
Quadro 45 - Gestão do Plano - Ação 14: Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos	171
Quadro 46 - Gestão do Plano - Ação 15: Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura	172
Quadro 47 - Gestão do Plano - Ação 16: Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes	173
Quadro 48 - Gestão do Plano - Ação 17: Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde	174
Quadro 49 - Gestão do Plano - Ação 18: Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto	175
Quadro 50 - Gestão do Plano - Ação 19: Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais	176
Quadro 51 - Gestão do Plano - Ação 20: Implementar atividades de auditoria clínica assistencial	177
Quadro 52 - Gestão do Plano - Ação 21: Consolidar os processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do paciente	178
Quadro 53 - Gestão do Plano - Ação 22: Reestruturar o processo de trabalho do CC	179
Quadro 54 - Gestão do Plano - Ação 23: Implementar linhas de cuidado	180
Quadro 55 - Gestão do Plano - Ação 24: Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos	181

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores de longevidade, mortalidade e fecundidade no município de Florianópolis	25
Tabela 2 - Dados do Estado de Santa Catarina	26
Tabela 3 - Distribuição de leitos no Estado de Santa Catarina	30
Tabela 4 - Procedimentos realizados pelo HUUFSC no período de janeiro a outubro de 2016	38
Tabela 5 - Serviços reestruturados/implantados no HUUFSC a partir de 2007	38
Tabela 6 - Capacidade física instalada hospitalar - Leitos Hospitalares	39
Tabela 7 - Capacidade física instalada hospitalar - Centro Cirúrgico	39
Tabela 8 - Capacidade física instalada ambulatorial – Consultórios	40
Tabela 9 - Capacidade Física Ambulatorial - Salas de Apoio	40
Tabela 10 - Habilitações do HUUFSC	42
Tabela 11 - Serviços e classificação do HU/UFSC	44
Tabela 12 - Número de Residentes em Programa de Residência Multiprofissional no HU/UFSC	50
Tabela 13 - Número de Residentes em Programa de Residência Médica no HU/UFSC	51
Tabela 14 - Produção Técnico-Científica do HUUFSC em 2015	52
Tabela 15 - Fontes de financiamento das pesquisas realizadas no HU	53
Tabela 16 - Tipos de pesquisas realizadas no HUUFSC	53
Tabela 17 - Valores recebidos do REHUF, 2012 – 2015	57
Tabela 18 - Valores REHUF 2010-2015	68
Tabela 19 - Composição do quadro de pessoal do HU-UFSC, no momento do dimensionamento dos serviços assistenciais do HU realizado pela EBSEPH em janeiro de 2016	69
Tabela 20 - Proposta da EBSEPH para o quadro de pessoal: HU-UFSC	70
Tabela 21 - Equipamentos de diagnóstico por imagem	71
Tabela 22 - Equipamentos para manutenção da vida	71
Tabela 23 - Equipamentos por métodos gráficos	71
Tabela 24 - Equipamentos por métodos ópticos	72
Tabela 25 - Outros equipamentos	72
Tabela 26 – Investimentos por natureza de despesas	153

Tabela 27 – Investimentos por macroproblema 155

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Investimentos por Natureza de Despesas	156
Gráfico 2 - Investimentos por Macroproblemas	156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEPE	Assistência de Ensino, Pesquisa e Extensão
AGHU	Aplicativo para Gestão Hospitalar
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CCJ	Centro de Ciências Jurídicas
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CH	Compras Hospitalares
CIES	Centro de Integração Ensino-Serviço
CIHDOTT	Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante
CIT/SC	Centro de Intoxicações Toxicológicas de Santa Catarina
CLAP	Coleta de Dados em Saúde Materna e Perinatal
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNCDO/SC	Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFIN	Comissão Intersectorial de Orçamento e Financiamento
CUn	Conselho Universitário
DA	Diretoria Administrativa
DAAC	Diretoria Assistencial de Apoio e Diagnóstico Complementar
DataSUS	Departamento de Informática do SUS
DEST	Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais
DM	Diretoria de Medicina
EAD	Educação à Distância
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Engenharia Clínica
EF	Administração Econômico Financeira
EPS	Educação Permanente em Saúde
FAPEU	Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária
GAS	Gerência de Atenção à Saúde
GH	Gestão Hospitalar
GO	Gestão de Obras
GRUMAD	Grupo Multiprofissional de Atendimento ao Diabético
HO	Hotelaria Hospitalar
HS	Humanização
HU	Hospital Universitário
HUF	Hospital Universitário Federal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IEP	Instituto de Ensino e Pesquisa
IFSC	Instituto Federal de Santa Catarina

MEC	Ministério da Educação
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MP	Macroproblema
MPOG	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NC	Nó Crítico
NEC	Núcleo de Engenharia Clínica
NIPEG	Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Assistência Geronto-Geriátrica
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDE	Plano Diretor Estratégico
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POP	Procedimento Operacional Padrão
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCTM	Rede Catarinense de Telemedicina
RDA	Rede Docente Assistencial
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RIMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SAMU	Sistema de Atenção Móvel de Urgência
SASC	Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária
SDR	Secretarias de Desenvolvimento Regional
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOGISC	Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Santa Catarina
SUS	Sistema Único de Saúde
UDESC	Universidade Estadual de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unisul	Universidade do Sul de Santa Catarina
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 CONTEXTUALIZAÇÃO	23
1.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA	26
1.2 FUNDAÇÃO, HISTÓRIA E VOCAÇÃO DO HOSPITAL	31
1.3 PERFIL ASSISTENCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO	33
2 ENSINO E PESQUISA	49
2.1 ENSINO	49
2.2 PESQUISA	51
2.3 EXTENSÃO	55
3 INVESTIMENTOS REHUF	57
4 ASSINATURA DE CONTRATO COM EBSERH	59
4.1 MODELO DE GOVERNANÇA	59
4.2 DIMENSIONAMENTO ATUAL E FUTURO DE PESSOAL	69
4.3 OUTROS TÓPICOS DESCRITIVOS DA REALIDADE DO HUUFSC	70
4.4 PROBLEMAS E DESAFIOS	72
5 OBJETO E OBJETIVOS	79
5.1 OBJETO	79
5.2 OBJETIVO GERAL E ESPECÍFICOS	79
5.2.1 Objetivo Geral	79
5.2.2 Objetivos Específicos	79
6 PERCURSO METODOLÓGICO	81
6.1 FERRAMENTAS UTILIZADAS NA CONSTRUÇÃO DO PDE	85
6.1.1 Aderência à Lista de Contribuições	85
6.1.2 Avaliação Global	85
6.1.3 Aderência à Lista Gap	86
6.1.4 Aderência ao Documento Bases e Padrões	87
6.1.5 Identificação de Problemas e Associações Macroproblemas	89
6.1.6 Priorização dos Macroproblemas	90
6.1.7 Identificando Atores Sociais Relevantes ao HUUFSC	92
6.1.8 Análise Swot	94
6.1.9 Árvores Explicativas dos Macroproblemas Priorizados - Apresentação dos Resultados da Análise dos Macroproblemas	96

6.2 ANÁLISE DOS NÓS CRÍTICOS E OPORTUNIDADES DE MELHORIA	103
6.2.1 5W3H	105
7 FUNDAMENTAÇÃO	107
7.1 - MACROPROBLEMA 1 - DIFICULDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS	107
7.2 MACROPROBLEMA 2 - INEFICIÊNCIA NA CAPTAÇÃO E GERENCIAMENTO DE RECURSOS NECESSÁRIOS À MISSÃO DO HUUFSC	110
7.3 MACROPROBLEMA 3 - INADEQUAÇÃO DA INFRAESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA	111
7.4 MACROPROBLEMA 4 - MODELO CLÍNICO ASSISTENCIAL INSUFICIENTE PARA ATENDER ÀS POLÍTICAS DO SUS	113
8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	115
8.1 RELAÇÃO DE AÇÕES POR NÓ CRÍTICO	115
8.2 PLANO DE INTERVENÇÃO CONSOLIDADO	118
9 ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA	151
10 GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO	157
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
12 REFERÊNCIAS	185
ANEXOS	191

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O HUUFSC está localizado na cidade de Florianópolis, atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e é considerado uma instituição de saúde de referência para a região da Grande Florianópolis, bem como para todo o Estado de Santa Catarina, sendo o único Hospital Federal do Estado (PMF, [200-]a).

Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, localiza-se no leste do Estado e é banhada pelo oceano Atlântico. O município é composto pela ilha principal, a ilha de Santa Catarina, a parte continental e algumas pequenas ilhas circundantes. Grande parte de seu território (97,23%) está situado na ilha principal. A área total do município, compreendendo a parte continental e a insular, é de 675,409 km² (PMF, [200-]a).

A cidade de Florianópolis tem uma população de 477.798 habitantes (IBGE, 2016). É o segundo município mais populoso do Estado (após Joinville) e o 47º do Brasil. A região metropolitana tem uma população estimada de 1.096,476 habitantes, a 21ª maior do país. A cidade é conhecida por ter uma elevada qualidade de vida, sendo a capital brasileira com maior pontuação no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (PNUD, 2013).

A cidade de Florianópolis é muito conhecida por suas 42 belas praias, e atrai milhares de turistas durante o ano todo, principalmente durante o verão, o que contribuiu para ser considerada a capital turística do MERCOSUL. É a segunda cidade brasileira mais visitada por turistas estrangeiros (atrás apenas do Rio de Janeiro). Segundo a Secretaria de Turismo de Florianópolis, a população da ilha triplica no verão, sendo que na temporada de 2015/2016 passaram pela ilha mais de dois milhões de turistas. Essa realidade causa um impacto na mobilidade urbana, no abastecimento de água potável, no fornecimento de energia elétrica e na saúde, elevando o número de atendimentos, principalmente, na rede de atenção às urgências (PMF, [200-]a).

A maioria da população vive no continente e em partes do centro e norte da ilha principal. A economia de Florianópolis é fortemente baseada na tecnologia da informação, no turismo e nos serviços. Muitos pescadores comerciais povoam a ilha. Os barcos de pesca, as rendeiras, o folclore, a culinária e a arquitetura colonial contribuem para o crescimento do turismo e atraem recursos que compensam a falta

de um grande parque industrial. A cidade foi considerada em 2014 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) uma das "cidades criativas" do Brasil, ao lado de Curitiba (PMF, [200-]a).

A Figura 1 mostra a localização do Estado de Santa Catarina na região sul do Brasil e da cidade de Florianópolis no Estado.

Figura 1 - Localização do Estado de Santa Catarina e da Cidade de Florianópolis



Fonte: IBGE (2016).

O Município conta com 350 instituições de educação básica e 15 instituições de ensino superior, contemplando as esferas federal, estadual, municipal e privada. Também possui instituições filantrópicas conveniadas que oferecem aos estudantes da rede pública do ensino básico, um atendimento complementar e/ou suplementar. Florianópolis possui uma rede pública que oportuniza 87,9% de escolas com algum atendimento de pelo menos sete horas aos alunos, índice muito acima da meta estabelecida nacionalmente (PMF, 2015).

O índice médio de analfabetismo é da ordem de 0,9%, sendo um dos mais baixos do Brasil (PMF, 2015).

No Ensino Fundamental, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) alcançado por todas as esferas administrativas públicas foi de 5,25 em média; com uma reduzida taxa de abandono e uma taxa de aprovação de 96,8%, nos anos iniciais e de 88,5% nos anos finais. A população de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo, entre 2000 e 2010, passou de 67,52% para 80,03%, no município, e de 39,76% para 54,92%, no estado. Em 2010, considerando-se a população municipal de 25 anos de idade ou mais, 2,47% eram analfabetos, 77,97% tinham o ensino

fundamental completo, 65,21% possuíam o ensino médio completo e 31,47%, o superior completo. No Brasil, esses percentuais são, respectivamente, 11,82%, 50,75%, 35,83% e 11,27% (PMF, 2015).

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município de Florianópolis, este indicador cresceu 3,0 anos na última década, passando de 74,4 anos, em 2000, para 77,4 anos, em 2010. Em 1991, era de 71,3 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 64,7 anos em 1991, de 68,6 anos, em 2000, e de 73,9 anos, em 2010 (PMF, 2015).

Florianópolis é a capital com a menor taxa de mortalidade infantil do Brasil, comparável a taxas de países como Noruega e Suécia. Em 2013, a taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida ficou em 5,2 por 1.000 nascidos vivos, uma redução de 46% em relação a 2012. A Tabela 1 demonstra os indicadores de longevidade, mortalidade e fecundidade no município de Florianópolis de 1991 a 2010 (PMF, 2015).

Tabela 1 - Indicadores de Longevidade, Mortalidade e Fecundidade no município de Florianópolis

Longevidade, Mortalidade e Fecundidade Florianópolis – SC	1991	2000	2010
Esperança de vida ao nascer*	71,3	74,4	77,4
Mortalidade infantil**	21,5	18,3	10,8
Mortalidade até 5 anos de idade***	24,9	21,2	12,1
Taxa de fecundidade total****	2,1	1,7	1,2

Fonte: PNUD (2013).

* anos; ** óbitos por mil nascidos vivos; *** probabilidade de morrer entre o nascimento e a idade exata de 5 anos, por mil crianças nascidas vivas; **** número médio de filhos que uma mulher deverá ter ao terminar o período reprodutivo (dos 15 aos 49 anos de idade).

Com relação aos principais serviços da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) destaca-se que, na sua maioria, são oferecidos pela Vigilância em Saúde, pelos Centros de Saúde e pelas unidades de Média e Alta Complexidade. O município conta com 49 centros de saúde, sendo seis localizados no distrito central da cidade, 11 no distrito continente, nove no distrito leste, 11 no distrito norte e 12 no distrito sul do município. Conta ainda com quatro Policlínicas, localizadas cada uma nos distritos centro, norte, sul e continente, e dois Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) sendo uma no distrito norte e outra no distrito sul. A rede possui quatro Centros de Apoio Psicossocial (um CAPS, um CAPS infantil, 2 CAPS AD) (PMF, [200-]b).

Quanto aos componentes hospitalares da Rede, na Região da Grande Florianópolis estão localizados nove hospitais com gestão estadual, sendo três hospitais gerais, um infantil, um especializado no atendimento de doenças infectocontagiosas e pneumologia, um especializado em Dermatologia Sanitária e leitos de retaguarda, um Instituto de Cardiologia, um Instituto de Psiquiatria e uma Maternidade (PMF, [200-]b).

O HUUFSC insere-se nessa rede como hospital geral de gestão estadual, com três portas abertas de emergência (pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulto), um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade (PMF, [200-]b).

1.1 SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

O Estado de Santa Catarina localiza-se na região Sul do Brasil e sua organização político-administrativa compreende 295 municípios. É o vigésimo estado brasileiro com maior extensão territorial e o décimo primeiro mais populoso. Caracteriza-se por maior concentração populacional nas macrorregiões Nordeste e Grande Florianópolis (IBGE, 2016).

Tabela 2 - Dados do Estado de Santa Catarina

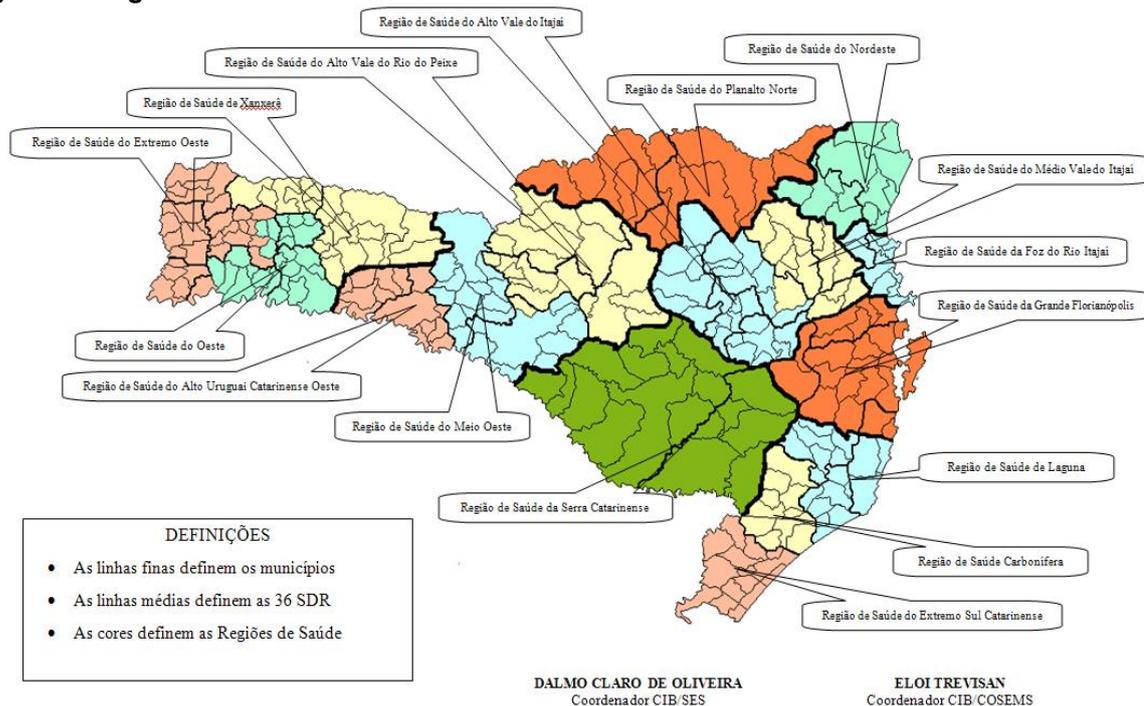
CAPITAL	FLORIANÓPOLIS
População estimada 2016	6.910.553
População 2010	6.248.436
Área 2015 (km ²)	95.737,895
Densidade demográfica 2010 (hab/km ²)	65,27
Rendimento nominal mensal domiciliar <i>per capita</i> da população residente 2015 (Reais)	1.368
Número de Municípios	295

Fonte: IBGE (2016).

Em relação ao mapa administrativo, a Lei Complementar Estadual n° 534/11 (BRASIL, 2011a) criou 36 Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDR), localizadas em cidades polo. Cada SDR possui uma Gerência de Saúde, que é responsável pela interlocução entre o Governo do Estado e a respectiva região.

Levando-se em conta a legislação de saúde, com a publicação do Decreto Federal nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011b) organizam-se as Regiões de Saúde. No Estado de Santa Catarina, estas regiões são estabelecidas por meio da Deliberação 457/CIB/12, sendo definidas para o Estado dezesseis Regionais de Saúde, conforme Figura 2.

Figura 2 - Regionais de Saúde do Estado de Santa Catarina



Fonte: SES (2016).

O Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina referente ao período 2016-2019 é um instrumento de gestão fundamentado na Lei Orgânica nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), em seu art.15, inciso VIII, e no Decreto nº 7.508/1 no Capítulo III (BRASIL, 2011b), que atribui aos gestores do SUS o papel obrigatório de realizar o processo de planejamento em saúde com implementação de instrumentos competentes para a administração da política de saúde no âmbito do governo estadual. Pensado para ser ascendente e integrado, o Plano de Saúde contém metas regionalizadas, a partir da necessidade dos municípios. Para dar corpo à compatibilização das necessidades políticas em saúde com a disponibilidade de recursos financeiros, a construção do Plano contou com o empenho dos trabalhadores do SUS, dos gestores de saúde e do controle social, em uma agenda democrática, participativa e de construção coletiva.

O desenho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) buscou combinar quantidade e qualidade dos serviços, bem como o acesso aos mesmos, tendo como elementos constitutivos a população adstrita, e o modelo de atenção que organiza o seu funcionamento articulando os componentes, as intervenções sanitárias, a população e a estrutura operacional. Esta última é estruturada por cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação (concentrado na Atenção Primária à Saúde); os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e a governança das redes (PMF, [200-]b).

O HUUFSC insere-se neste contexto de atenção e atende aos pressupostos do Plano Estadual de Saúde, haja vista sua contratualização com a Secretaria de Estado da Saúde desde 2004. Os aspectos epidemiológicos e quadro sanitário, bem como as especialidades oferecidas são apresentados no Plano Estadual, e definem o contrato de gestão acordado, bem como a inserção do HU na Rede de Atenção à Saúde (SES, 2016).

A rede de atenção no Estado é composta pela Atenção Básica, de Média e de Alta complexidade, seguindo pressupostos legais e de organização do SUS (SES, 2016).

Na Atenção Básica as atribuições e competências são definidas pela Portaria nº 2488/2011 (BRASIL, 2011c), com a organização da mesma e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantados no Estado desde 1995.

Em 2014, a cobertura populacional da ESF era de 79,0% e a de Saúde Bucal na ESF, de 48,8%. A ESF está presente em todos os municípios de SC. Sendo que destes, 215 (72,9%) possuem 100% de cobertura da ESF, incluindo o município de Florianópolis (SES, 2016).

Mesmo com esta cobertura significativa, persistem desafios, como a qualificação da Atenção Básica para ordenação da RAS, de capacidade efetiva de gestão do cuidado, além da articulação e suporte com outros pontos de atenção. Neste sentido, o HUUFSC pode contribuir como parte da RAS, por meio da referência e contrarreferência.

Destaca-se no Plano Estadual, na área da Atenção Básica, a atuação do Núcleo de Telessaúde, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina e o HU, o qual teve início em 2007 e abrange os 295 municípios, com 6.218 profissionais cadastrados (SES, 2016).

O Telessaúde SC tem apoiado ações estaduais, tais como: implementação do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); implantação do e-SUS; Programa Mais Médicos; projeto QualiSUS da Região Metropolitana da Grande Florianópolis; e articulação com a regulação estadual e alguns municípios para teleconsultoria clínica (SES, 2016).

Para atender a média complexidade, além de serviços especializados em nível ambulatorial, bem como para atenção de alta complexidade, o estado de Santa Catarina conta com 213 hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde. Destes, 22 são públicos, 190 privados e um universitário, o HUUFSC (SES, 2016).

O Estado administra 14 hospitais públicos e cinco estão com a sua administração por organizações sociais. Com um total de 15.660 leitos, dos quais 11.227 são leitos do SUS disponíveis para a população, há uma relação de 1,75 leitos por 1000 habitantes. A distribuição de leitos por habitante, entretanto, apresenta importantes desigualdades macrorregionais quali-quantitativas, com maior concentração na macrorregião da Grande Florianópolis (3,6 leitos/habitantes) e menor na macrorregião Nordeste (1,3 leitos por 1000 habitantes) (BRASIL, 2016a). Para atender as demandas assistenciais, o Estado conta com a seguinte distribuição de leitos, conforme Tabela 3.

Os hospitais públicos de Santa Catarina, como os demais do país, enfrentam falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa, limitações de ordem fiscal especialmente quanto a admissão e expansão da força de trabalho, e falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente. A gestão burocrática e centralizada provoca a elevação dos custos de manutenção da rede hospitalar, dificultando o planejamento das ações (SES, 2016).

A estrutura organizacional do Estado busca responder ao perfil epidemiológico. Quanto à mortalidade, os dados apontam que no período de 2010 a 2013, as doenças do aparelho circulatório mantiveram-se como a primeira causa de mortalidade na população catarinense, representando 30% do total de óbitos, seguida pelas neoplasias, com 21,9%. As causas externas (lesões e violências) reduziram-se de 12,6% em 2010 para 11,7% em 2013, caindo da terceira para a quarta posição dentre os principais grupos de causas. As doenças do aparelho respiratório passaram a ser o terceiro grupo em frequência de óbitos, com 11,9% do total em 2013 (SES, 2016).

Tabela 3 - Distribuição de Leitos no Estado de Santa Catarina (continua)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	EXISTENTE	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICO				
1	Buco maxilo facial	46	30	16
2	Cardiologia	274	191	83
3	Cirurgia geral	2324	1542	782
4	Endocrinologia	21	13	8
5	Gastroenterologia	72	39	33
6	Ginecologia	179	118	61
8	Nefrologia urologia	119	89	30
9	Neurocirurgia	165	130	35
11	Oftalmologia	78	49	29
12	Oncologia	166	133	33
13	Ortopedia traumatologia	606	458	148
14	Otorrinolaringologia	125	67	58
15	Plástica	91	27	64
16	Torácica	41	26	15
67	Transplante	34	27	7
90	Queimado adulto	12	12	0
TOTAL		4353	2951	1402
CLÍNICO				
31	Aids	86	77	9
32	Cardiologia	299	218	81
33	Clínica geral	4600	3485	1115
35	Dermatologia	17	10	7
36	Geriatrics	51	12	39
37	Hansenologia	14	12	2
38	Hematologia	41	25	16
40	Nefrourologia	84	55	29
41	Neonatologia	133	106	27
42	Neurologia	176	143	33
44	Oncologia	265	220	45
46	Pneumologia	141	93	48
87	Saúde mental	121	49	72
88	Queimado adulto	2	2	0
89	Queimado pediátrico	2	2	0
TOTAL		6032	4509	1523
COMPLEMENTAR				
65	Unidade intermediária neonatal	20	20	0
66	Unidade isolamento	204	163	41
74	UTI adulto - tipo i	82	12	70
75	UTI adulto - tipo ii	511	396	115
76	UTI adulto - tipo iii	116	24	92
77	UTI pediátrica - tipo i	8	8	0
78	UTI pediátrica - tipo ii	74	73	1
79	UTI pediátrica - tipo iii	18	3	15
80	UTI neonatal - tipo i	33	0	33
81	UTI neonatal - tipo ii	175	137	38
82	UTI neonatal - tipo iii	23	7	16
83	UTI de queimados	9	8	1
92	Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional	93	27	66

Tabela 3 - Distribuição de Leitos no Estado de Santa Catarina (conclusão)

93	Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru	23	10	13
94	Unidade de cuidados intermediários pediátrico	2	2	0
95	Unidade de cuidados intermediários adulto	23	13	10
TOTAL		1414	903	511
OBSTÉTRICO				
10	Obstetrícia cirúrgica	867	604	263
43	Obstetrícia clínica	863	612	251
TOTAL		1730	1216	514
PEDIÁTRICO				
45	Pediatria clínica	1148	917	231
68	Pediatria cirúrgica	163	119	44
TOTAL		1311	1036	275
OUTRAS ESPECIALIDADES				
34	Crônicos	215	194	21
47	Psiquiatria	1689	1116	573
48	Reabilitação	15	9	6
49	Pneumologia sanitária	33	32	1
84	Acolhimento noturno	30	30	0
TOTAL		1982	1381	601
HOSPITAL DIA				
7	Cirúrgico/diagnóstico/terapêutico	160	76	84
69	Aids	27	26	1
72	Geriatria	4	0	4
73	Saúde mental	61	32	29
TOTAL		252	134	118
SUMÁRIO				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO		10385	7460	2925
TOTAL GERAL MENOS COMPLEMENTAR		15660	11227	4433

Fonte: BRASIL (2016a).

1.2 FUNDAÇÃO, HISTÓRIA E VOCAÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado em 02 de maio de 1980, após uma longa jornada de lutas para sua implantação (UFSC, [200-]a).

Em 1963, foi constituída a Comissão de Implantação do Hospital de Clínicas, com a finalidade de orientar os trabalhos de planejamento e construção, que tiveram início em 19 de novembro de 1965 com o estaqueamento e em 1968 com o início das obras de estruturação do prédio. Nesse primeiro momento, a composição da Comissão era restrita à categoria médica (UFSC, [200-]a).

Em 1971, a construção foi paralisada e apenas em 1975 rearticulou-se a Comissão de Implantação, desta vez com composição multiprofissional. Nesse

período, vale ressaltar a notícia do jornal “O Estado”, em 1973, destacando a intensificação da campanha dos estudantes da área de saúde em defesa do Hospital de Clínicas, que realizaram viagem à Brasília para contato com o Ministro da Educação, Sr. Jarbas Passarinho, obtendo êxito nesta articulação, com a retomada da construção do hospital (UFSC, [200-]a).

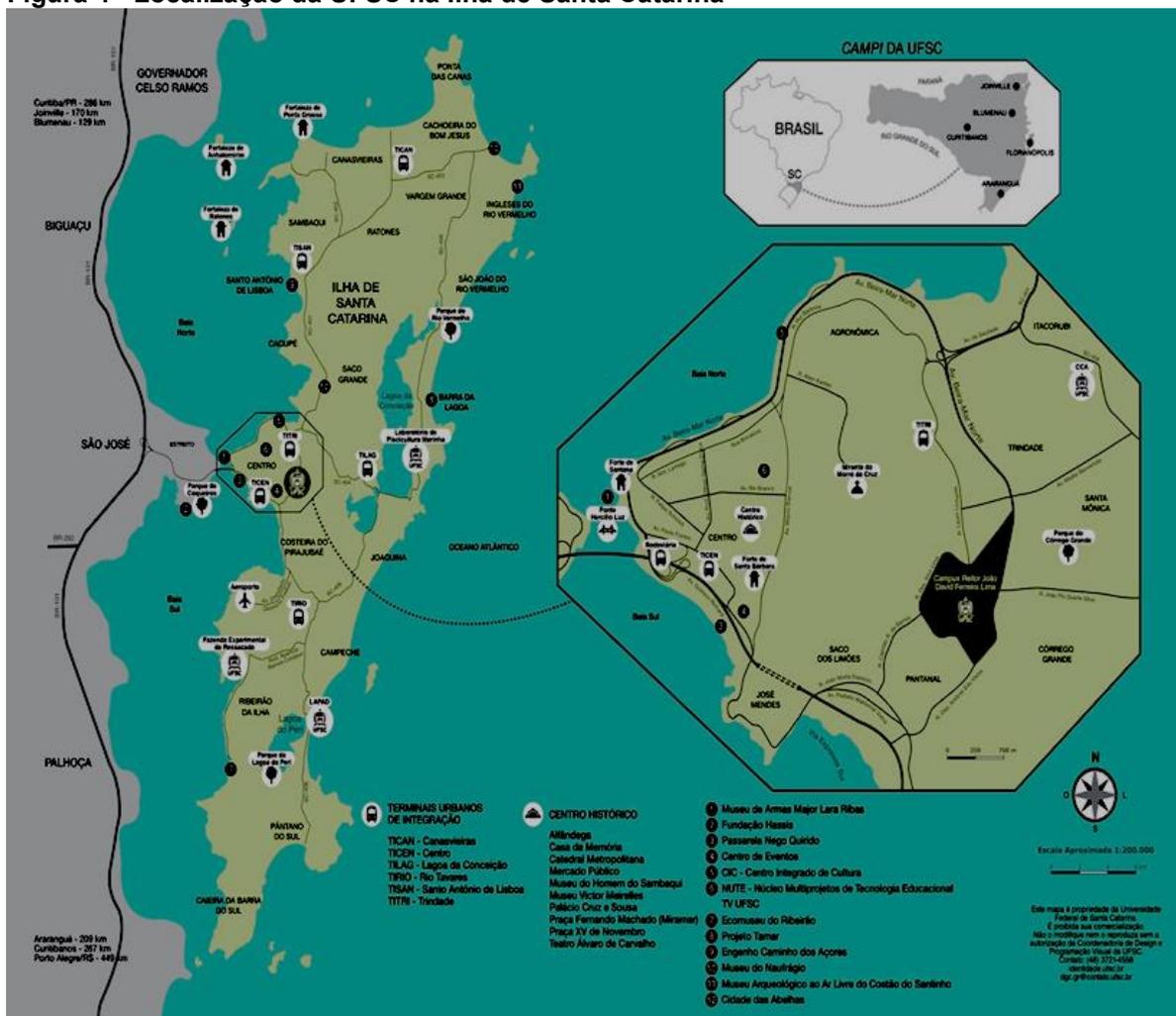
Dentro da Estrutura Organizacional da UFSC o HU é considerado um órgão suplementar, diretamente vinculado ao Reitor, previsto no Estatuto no Artigo 12, Inciso V (UFSC, 1992). A Figura 3 apresenta a localização do HU na UFSC e a Figura 4, da UFSC na Ilha de Santa Catarina.

Figura 3 - Localização do HU na UFSC



Fonte: UFSC ([200-]b).

Figura 4 - Localização da UFSC na Ilha de Santa Catarina



Fonte: UFSC ([200-]b).

1.3 PERFIL ASSISTENCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

O HUUFSK busca ao longo de sua trajetória responder às políticas públicas, sendo referência estadual em diversas especialidades, com grande demanda na área de oncologia e cirurgias de grande porte.

Pelo trabalho realizado, pela sua resolubilidade e pela responsabilidade em todos os processos envolvidos, o HUUFSK conquistou amplo reconhecimento da população catarinense, bem como das instituições que são responsáveis pela gestão da saúde, nos três níveis de governo.

Em outubro de 2004 foi reconhecido como Hospital de Ensino por meio de credenciamento junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, de acordo com o que preconizou a Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004 (BRASIL,

2004a). Neste momento também firmou convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) pactuando serviços e atividades, bem como, explicitando as diretrizes e metas físicas de qualidade para cada uma das áreas de atuação pactuadas: atenção à saúde; atividades de ensino e pesquisa e atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar.

Em 2005, iniciou seu Planejamento Estratégico, dando um passo fundamental em direção à excelência das práticas de gestão do HU. Neste momento estabeleceu como Missão: “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social” (UFSC, [200-]a).

E como Visão: “Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção à saúde e no trabalho interdisciplinar.” A Missão e a Visão foram referendadas na revisão do planejamento estratégico realizado em 2012 e continuam vigentes (UFSC, [200-]a).

Conta atualmente com 308 leitos, dos quais 238 estão ativos e disponibilizando aos usuários tratamentos clínicos e cirúrgicos, de ginecologia, obstetrícia com alojamento conjunto, berçário, pediatria, Unidade de Terapia Intensiva - adulto e neonatal, e emergências adulto, obstétrica/ginecológica e pediátrica (UFSC, [200-]a).

O HUUFSC conta ainda com um Corpo Clínico Multidisciplinar, qualificado, para assegurar um excelente atendimento a todos, nas diversas especialidades da medicina, tanto em nível de ambulatorial quanto hospitalar, nas especialidades médico-cirúrgicas, dentre as quais podemos citar: Acupuntura, Cabeça e Pescoço, Cardiologia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Geral, Endocrinologia, Proctologia, Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Hemoterapia, Ginecologia, Obstetrícia, Mastologia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Reumatologia, Urologia, Vídeo-Cirurgias, Cirurgia Vascular e Cirurgia Torácica. Também dispõe de Serviço de Odontologia Hospitalar, incluindo cirurgia Buco Maxilo Facial (UFSC, [200-]a).

Conta com Serviços de Apoio Assistencial que dão sustentação ao cuidado prestado, como Serviços de Prontoário do Paciente, Farmácia, Serviço Social, Psicologia, Nutrição e Dietética, Fonoaudiologia e Fisioterapia. A área de Diagnóstico Complementar está representada pelos Serviços de Hemoterapia, Análises Clínicas, Anatomia Patológica e Radiologia. Conta, ainda, com os Serviços de Hemodinâmica,

Cardiologia, Centro Endoscópico, Quimioterapia Ambulatorial e Unidade de Tratamento Dialítico. A Enfermagem atua na instituição garantindo a continuidade da assistência ao paciente, utilizando como ferramenta o método de sistematização da assistência de enfermagem (UFSC, [200-]a).

Assistência, ensino, pesquisa e extensão são os quatro pilares importantes e articulados, nos quais o HU concentra todos os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. Todas essas funções se integram, transformando o HU em um Centro de Excelência no atendimento à saúde (UFSC, [200-]a).

Com 36.000m² de área construída, onde circulam cerca de 3.500 pessoas diariamente, o hospital é um organismo vivo que existe e funciona por meio do trabalho de docentes, profissionais de saúde, voluntários e colaboradores, bem como dos discentes e residentes, os quais contribuem de forma essencial para a qualidade da assistência à saúde, da vida e do aperfeiçoamento da instituição (UFSC, [200-]a).

O HUUFSC conta hoje com 1.254 servidores efetivos, 410 empregados de empresas terceirizadas e 110 empregados contratados pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), que atuam buscando excelência do atendimento (UFSC, [200-]a).

O HUUFSC estava entre os dez hospitais brasileiros que participaram do projeto piloto, quando o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2004a). Hoje, está inserido na Política Nacional - Humaniza SUS - com ações direcionadas à valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

O Hospital busca atender as Diretrizes da PNHAH revendo seus processos de trabalho e implementando e valorizando ações que busquem a qualificação da gestão e da assistência nos diversos espaços de produção de saúde, atuando com a coparticipação dos gestores, trabalhadores e usuários, dispondo de:

- Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Acesso;
- Visita ampliada;
- Direito ao acompanhante para todos; crianças, adolescentes e idosos – cumprindo o Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei Federal no 8.069 de 13/07/1999 e a Lei Federal no 10.741 de 01/10/2003 e adultos assegurado pela Lei

Estadual nº 013324 de 20/01/2005;

- Hospital Amigo da Criança;
- Grupo de Diabéticos – GRUMAD – grupo de convivência;
- Programa Mãe Canguru /Programa Alojamento Conjunto;
- Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno – CIAM;
- Grupo casais grávidos;
- Participação dos familiares nos projetos terapêuticos dos usuários.

O Hospital é referência estadual/municipal para a avaliação de incorporação tecnológica nas áreas de imagenologia, gerenciamento de resíduos e no atendimento de intoxicações e envenenamentos (Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina - CIT/SC).

Quanto ao CIT, destacamos que há uma parceria entre a SES/SC e a UFSC desde a sua implantação, em 1984. Funciona ininterruptamente via telefone 0800 643 5252, com o objetivo de prover suporte aos profissionais de saúde, à população em geral e às instituições, por meio da informação e assistência toxicológica, visando a redução da morbimortalidade por intoxicações e envenenamentos.

O HUUFSC está inserido no Sistema de Atenção Móvel de Urgência (SAMU) 192, que em Santa Catarina foi inaugurado em 17 de novembro de 2005. O serviço de Emergência, busca responder à Política Nacional de Humanização das Urgências e Emergências, tendo iniciado em 2007 com o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, agilizando o atendimento das urgências e buscando uma integração com a rede básica de saúde.

Na revisão do Plano Estratégico 2012, o HUUFSC fortaleceu a intenção de ser alta complexidade em várias especialidades. Os Serviços de Alta Complexidade implantados no HUUFSC são: atenção ao portador de obesidade grave, cirurgia vascular, oncologia (cirurgia oncológica e oncohematologia), nefrologia, terapia nutricional, implante coclear e procedimentos endovasculares extracardíacos (UFSC, 2012a).

Já em 2007 o Hospital tornou-se referência para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos de Santa Catarina (CNCDO/SC) e implantou a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT).

Quanto à atuação junto à Política Nacional de Transplantes de Órgãos e

Tecidos, implementada em 1997, por meio da Lei nº 9.434/1997 (BRASIL, 1997) e alterada pela Lei nº 10.211/2001 (BRASIL, 2001), o HUUFSC implantou seu Programa de Transplantes de Órgãos e Tecidos, destacando-se os transplantes de córnea e fígado.

Quanto ao Implante coclear, o serviço que anteriormente era realizado no estado de São Paulo, está atualmente sendo realizado no HUUFSC. A capacidade instalada é de quatro avaliações iniciais/semana e duas cirurgias/mês. Em 2015, no HUUFSC foram realizadas 24 cirurgias de implante coclear. Atualmente, 74 pessoas encontram-se em lista de espera para realização deste procedimento.

Diante do exposto, o HUUFSC apresenta a capacidade de contribuir para a mitigação dos problemas encontrados na rede. Conforme firmado na contratualização com o gestor estadual o HUUFSC integrará o sistema de regulação incluindo todas as atividades assistenciais desenvolvidas e contratualizadas, de modo a permitir a disponibilização das melhores alternativas de atenção ao usuário.

O atendimento hospitalar de média complexidade no município de Florianópolis é propiciado por hospitais conveniados ao SUS, nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. No HUUFSC no ano de 2015, até o mês de outubro, foram realizados 70.629 atendimentos na Emergência e no mesmo período de 2016, 94.891 atendimentos. Também houve aumento no número de internações comparando os mesmos períodos, sendo 7.613 internações em 2015 e 8.105 em 2016. Nesse mesmo período em 2015 foram realizados 1760 partos, 3873 cirurgias ambulatoriais e 2601 cirurgias de médio e grande porte, e em 2016, 1875 partos, 11293 cirurgias ambulatoriais e 2834 cirurgias de médio e grande porte. A Tabela 4 apresenta a produção de exames complementares e diagnósticos do HU (janeiro a outubro de 2016).

O HUUFSC é o prestador que mais realiza consultas especializadas para a rede SUS local. Contabilizando uma média de 11.000 consultas por mês. Há também carência muito grande na RAS por exames complementares, principalmente ultrassonografia, mamografia, tomografia, endoscopias e colonoscopias, e métodos diagnósticos em cardiologia (ecocardiografia, doppler vascular, teste ergométrico), prova de função pulmonar, exames laboratoriais e de anatomia patológica. O HUUFSC possui capacidade instalada para ampliar esta oferta de serviços, conforme está sendo estabelecido em nova contratualização.

A Tabela 5 apresenta os serviços reestruturados/implantados no hospital a

partir de 2007. Observa-se que a partir de 2012, com o agravamento da crise de pessoal, nenhum novo serviço foi aberto, culminando em 70 leitos desativados.

Tabela 4 – Exames Complementares e Diagnósticos Realizados pelo HUUFSC no Período de Janeiro à Outubro de 2016

TIPOS DE EXAMES	NÚMERO DE EXAMES COMPLEMENTARES E DIAGNÓSTICOS
Exames Anatomopatológicos	30.010
Exames em Cardiologia	10.611
Exames de Endoscopia	2.660
Exames de Hemodinâmica	1.118
Diagnóstico por Imagem	39.744
Exames em Fonoaudiologia	6.695
Exames de Análises Clínicas	584.509

Fonte: HUUFSC, 2016.

Tabela 5 - Serviços Reestruturados/Implantados no HUUFSC a partir de 2007

SERVIÇOS REESTRUTURADOS/IMPLANTADOS	ANO
Ampliação do Serviço de Diálise	2007
Realização de exames de tomografia	2007
Cirurgia oncológica e oncohematologia	2008
Estruturação da Hemodinâmica	2008
Retirada e Transplante de fígado	2010
Retirada e transplante de tecidos oculares humanos	2009
Implantação do Laboratório de Toxicologia	2010
Atenção ao portador de obesidade grave, com implantação efetiva da atenção multiprofissional	2011
Procedimentos endovasculares extacardíacos	2011
Implante coclear	2011
Habilitação em Hospital- Dia – procedimentos cirúrgicos diagnósticos ou terapêuticos	2011
Criação do Laboratório de Oncohematologia	2011
Criação do Centro Endoscópico	2012

Fonte: HUUFSC (2016)

Destacamos que a partir de 2004, com a contratualização, a instituição tem investido na melhoria da área física, reformando as unidades de pediatria, emergência adulto, cirurgia ambulatorial, cardiologia, clínica médica I, clínica cirúrgica I, quimioterapia ambulatorial, recepção de visitas, laboratório de carga viral/CD4, anatomia patológica, radiologia, refeitório, hemodinâmica, hemodiálise, centro obstétrico, centro endoscópico e torre da caixa d'água. Foi construída uma nova área para UTI adulto com 20 leitos, oito ainda desativados por falta de recursos humanos.

Com os recursos provenientes do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) foi reformada a unidade de clínica médica II, a UTI neonatal, o serviço de hemoterapia e, em andamento, o alojamento conjunto.

Com recursos do Departamento Nacional de Infraestrutura e Transporte (DNIT) está sendo construída uma Unidade de Queimados, para atendimento ao paciente adulto no Estado de Santa Catarina.

Nas Tabelas 6, 7, 8 e 9 e Quadro 1 destacamos a capacidade física instalada em relação aos leitos hospitalares, salas cirúrgicas e área ambulatorial.

Tabela 6 - Capacidade Física Instalada Hospitalar - Leitos Hospitalares

LEITOS	ATIVOS	DESATIVADOS	TOTAL
Número de leitos gerais	184	45	229
Número de leitos UTI Adulto	12	8	20
Número de leitos UTI Neo	4*	6	10
Número de leitos UCI Neo Convencional	2*	8	10
Número de leitos UCI Neo Canguru	2*	3	5
Número de leitos de Observação	14	0	14
Número de Berço de Alojamento Conjunto	20	0	20
Total de número de leitos	238	70	308

Fonte: BRASIL (2016b).

Obs: Além dos leitos descritos na tabela, o HU possui 28 novos leitos, que ainda não foram abertos.

*Foram fechados temporariamente 3 leitos de UTI Neo, 1 de leito de UCI Neo Convencional e 3 leitos de UCI Neo Canguru.*Considerando que no dimensionamento de serviços assistenciais, a EBSEH incluiu os leitos de observação e os berços de Alojamento Conjunto, esses quantitativos estão sendo considerados.

Tabela 7 - Capacidade Física Instalada Hospitalar - Centro Cirúrgico

CENTRO CIRÚRGICO	INSTALADO	OPERACIONAL
Salas de Cirurgia	05	04
Sala de Recuperação	01	01

Fonte: BRASIL (2016b).

Tabela 8 - Capacidade Física Instalada Ambulatorial - Consultórios

LOCALIZAÇÃO	GINECO	OFTALMO	OTORRINO	ODONTOLÓGICO (COM CADEIRA)	GERAL	PEDIÁTRICO	NUTRIÇÃO	FONO	ASSISTENTE SOCIAL	PSICOLOGIA	TOTAL GERAL
Área C	10										10
Área E		2									2
Área F			3						Utiliza consultórios Gerais		3
3º Andar				2							2
Ambulatório					36						36
Área D						8					8
Subtotal	10	2	3	2	36	8					61

Fonte: BRASIL (2016b).

Tabela 9 - Capacidade Física Ambulatorial - Salas de Apoio

LOCALIZAÇÃO	SALAS/QUANTIDADE					
	CURATIVO	PEQUENOS PROCED.	GEDSO	IMUNIZAÇÃO	NEBULIZAÇÃO	OUTROS
Área A		1				Teste Alérgico e Fototerapia
Área B		1				Terceira Idade (NIPEG)
Área C	1	1	1			
Área D				1	1	
Área I	1					
Subtotal	2	3	1	1	1	2

Fonte: BRASIL (2016b).

Quadro 1 - Capacidade Física Ambulatorial - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

SETORES	SERVIÇOS OFERTADOS
Setor de Radiologia	USG / Radiologia Convencional / Tomografia / Mamografia
Setor de Quimioterapia	02 Consultórios / Sete poltronas para Quimioterapia Ambulatorial
Cirurgia Ambulatorial	03 Salas Cirúrgicas / 04 Consultórios / Sala de Recuperação / Hospital Dia com 05 leitos
Setor de Hemodinâmica	01 Sala de Exames e Procedimentos / 01 Sala de Recuperação / 1 sala para ecodoppler
Setor de Métodos Gráficos em Cardiologia	Ecocardiografia / Eletrocardiografia / Teste Ergométrico
Centro Endoscópico	Endoscopia Digestiva Alta / Colonoscopia / Procedimentos endoscópicos complexos (dilatação, ligadura elástica) / Broncoscopia / USG Endoscópico / Sala de Recuperação
Setor de Anatomia Patológica	Histopatologia / Imunofenotipagem / Citopatologia
Laboratório de Análises Clínicas	Exames Laboratoriais Gerais / Exames Toxicológico (Toxem) / Biologia Molecular / Citogenética / Imunofenotipagem / Carga Viral
Banco de Sangue	Coleta / Ciclos do Sangue

Fonte: BRASIL (2016b).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC possui as habilitações apresentadas na Tabela 10.

Também destacamos os serviços cadastrados e suas respectivas classificações, complementando os dados referentes ao perfil assistencial do HU (Tabela 11).

Tabela 10 - Habilitações do HUUFSC (Continua)

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	ORIGEM	COMPETÊNCIA INICIAL	COMPETÊNCIA FINAL	PORTARIA	DATA PORTARIA	LEITOS SUS	DATA DO LANÇAMENTO	DATA DA ATUALIZAÇÃO
101	CENTRO DE REFERENCIA EM ATENCAO A SAUDE DO IDOSO	Nacional	jul/04	--	PT.249 16/04/02 SAS		0	//	//
202	UNID.DE ASSIST. DE ALTA COMPLEXIDADE AO PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE GRAVE	Nacional	out/07	---	PT SAS 425	19/04/2013		12/09/2012	27/04/2014
301	CENTROS/NUCLEOS PARA REALIZACAO DE IMPLANTE COCLEAR	Nacional	mai/11	---	PT SAS 186	04/05/2011		04/05/2011	04/05/2011
506	TRATAMENTO DO GLAUCOMA COM MEDICAMENTOS NO AMBITO DA POLITICA NACIONAL DE ATENCAO OFTALMOLOGICA	Nacional	abr/13	---	MEMO CGCSS/DR A 187	18/04/2013		19/04/2013	22/04/2013
801	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE CARDIOVASCULAR*	Nacional	mar/06	---	SAS 162	09/03/2006		15/03/2007	15/03/2007
805	CIRURGIA VASCULAR	Nacional	mar/05	---	SAS-162	09/03/2006		14/03/2006	14/03/2006
806	CIRURGIA VASCULAR E PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES EXTRACARDIACOS	Nacional	jul/11	---	SAS 360	22/07/2011		22/07/2011	22/07/2011
901	CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES CARDIOVASCULARES	Local	jul/04	---		05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
902	CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES PNEUMOLOGICAS	Local	jul/04	---		05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
903	CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES NEUROLÓGICAS	Local	jul/04	---		05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
904	CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	Local	jul/04	---		05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
906	CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES DECORRENTES DA AIDS	Local	jul/04	---		05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
907	CUIDADOS PROLONGADOS - ENFERMIDADES DEVIDO A CAUSAS EXTERNAS	Local	jul/04	---		05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
1101	SERVICO HOSPITALAR PARA TRATAMENTO AIDS	Nacional	jul/04	---			0	//	//
1102	LABORATÓRIO ESPECIALIZADO EM CONTAGEM DE LINFÓCITOS T CD4+/CD8+ e HIV-1 QUANTIFICAÇÃO do RNA	Nacional	mai/06	---	PT SAS 595	07/10/2008		29/11/2006	21/10/2008
1202	PROCEDIMENTOS CIRURGICOS, DIAGNOSTICOS OU TERAPEUTICOS -HOSPITAL DIA	Nacional	nov/11	---	SAS 768	24/11/2011		24/11/2011	24/11/2011
1404	HOSPITAL AMIGO DA CRIANCA	Nacional	jul/04	---			0	//	//

Tabela 10 - Habilitações do HUUFSC (Conclusão)

1501	UNIDADE DE ASSISTENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM NEFROLOGIA (SERVIÇO DE NEFROLOGIA)	Nacional	fev/06	---	SAS-055	09/02/2006		15/02/2006	15/02/2006
1708	UNACON COM SERVICO DE HEMATOLOGIA	Nacional	set/07	---	PT SAS 62	11/03/2009		13/02/2008	18/03/2009
1901	LAQUEADURA	Local	jul/04	---		05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
1902	VASECTOMIA	Local	set/97	---	EXTRATO AUT N 007/98 23/09/08	06/11/2007	0	05/11/2016	21/09/2016
2205	CENTRO DE REABILITAÇÃO AUDITIVA NA ALTA COMPLEXIDADE	Nacional	jan/14	---	SAS 1462	30/12/2013		11/02/2014	11/02/2014
2302	CENTRO DE REFERENCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL	Nacional	out/09	---	PT SAS 342	09/10/2009		13/10/2009	13/10/2009
2304	ENTERAL E PARENTERAL	Nacional	set/09	---	SAS 342	09/09/2009		14/10/2010	14/10/2010
2407	CORNEA/ESCLERA	Nacional	jul/04	jan/18	SAS 77	22/01/2016		16/04/2015	26/01/2016
2409	FIGADO	Nacional	jun/15	mai/17	PT SAS Nº 480	01/06/2015		02/06/2015	02/06/2015
2420	RETIRADA DE ORGAOS E TECIDOS	Nacional	dez/10	---	PT SAS 756	30/12/2010		28/12/2010	26/01/2011
2429	ESTABELECIMENTO DE SAUDE DE NIVEL D	Nacional	mai/16	mai/18	PT SAS 469	05/05/2016		01/06/2016	01/06/2016
2601	UTI II ADULTO	Nacional	jul/04	---	PT SAS 1424	17/10/2016	14	//	24/10/2016
2602	UTI II NEONATAL	Nacional	jul/04	---	PT SAS 225	13/07/2000	8	//	09/05/2008
2702	HOSPITAL TIPO II EM URGENCIA	Nacional	jul/04	---			0	//	//
2801	CUIDADOS INTERMEDIARIOS	Nacional	jul/06	---	DEL CIB 39/SES/SC OF.062/02- SES/SC DE 05/12/2002	05/12/2006	6	10/11/2014	19/09/2014
2901	VIDEOCIRURGIAS	Local	jul/04	---	GM/MS 2046/2014	05/12/2006	0	05/11/2016	21/09/2016
3202	LABORATÓRIO DE EXAMES CITOPATOLOGICOS DO COLO DE UTERO - TIPO I	Nacional	set/14	---		02/01/2014		17/09/2014	17/09/2014

Fonte: BRASIL (2016b).

Tabela 11 - Serviços e Classificação do HUUFSC (Continua)

CÓDIGO	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
119 - 001	Serviço de Controle de Tabagismo	Abordagem e Tratamento do Fumante
149 - 015	Transplante	Ações para Doação e Captação de Órgãos e Tecidos
149 - 014	Transplante	Acompanhamento de Paciente Transplantado
112 - 001	Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento	Acompanhamento do Pré-Natal de Risco Habitual
126 - 004	Serviço de Fisioterapia	Assistência Fisioterapêutica Cardiovascular e Pneumofuncional
126 - 001	Serviço de Fisioterapia	Assistência Fisioterapêutica em Alterações Obstétricas Neonatais
126 - 002	Serviço de Fisioterapia	Assistência Fisioterapêutica em Alterações Oncológicas
126 - 007	Serviço de Fisioterapia	Assistência Fisioterapêutica nas Alterações em Neurologia
126 - 005	Serviço de Fisioterapia	Assistência Fisioterapêutica nas Disfunções Músculo Esqueléticas
165 - 006	Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual	Atenção à Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei
152 - 007	Atenção à Saúde da População Indígena	Atenção em Alta Complexidade Ambulatorial/Hospitalar
152 - 005	Atenção à Saúde da População Indígena	Atenção Especializada Ambulatorial
152 - 006	Atenção à Saúde da População Indígena	Atenção Especializada Hospitalar
135 - 010	Serviço de Reabilitação	Atenção Fonoaudiológica
116 - 006	Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia	Cardiologia Endovascular Extracardiaco
116 - 005	Serviço de Atenção Cardiovascular/Cardiologia	Cardiologia Intervencionista (Hemodinâmica)
114 - 006	Serviço de Atenção em Saúde Bucal	Cirurgia Bucomaxilofacial
114 - 005	Serviço de Atenção em Saúde Bucal	Cirurgia Oral
146 - 002	Serviço de Videolaparoscopia	Cirúrgica
148 - 005	Hospital Dia	Cirúrgico/Diagnóstico
144 - 001	Serviço Posto de Coleta de Materiais Biológicos	Coleta Realizada Fora da Estrutura Laboratorial
130 - 003	Atenção à Doença Renal Crônica	Confecção Intervenção de Acessos para Diálise
149 - 013	Transplante	Contagem Endotelial Corneana
149 - 005	Transplante	Córnea/Esclera
146 - 001	Serviço de Videolaparoscopia	Diagnóstica
111 - 001	Serviço de Atenção ao Paciente com Tuberculose	Diagnóstico e Tratamento

Tabela 11 - Serviços e Classificação do HUUFSC (Continuação)

107 - 004	Serviço de Atenção à Saúde Auditiva	Diagnóstico em Audiologia/Otologia
128 - 002	Serviço de Hemoterapia	Diagnóstico em Hemoterapia
131 - 001	Serviço de Oftalmologia	Diagnóstico em Oftalmologia
164 - 005	Serviço de Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação	Dispensação de OPM Auditiva
142 - 001	Serviço de Endoscopia	Do Aparelho Digestivo
142 - 004	Serviço de Endoscopia	Do Aparelho Ginecológico
142 - 002	Serviço de Endoscopia	Do Aparelho Respiratório
142 - 003	Serviço de Endoscopia	Do Aparelho Urinário
136 - 001	Serviço de Suporte Nutricional	Enteral
136 - 002	Serviço de Suporte Nutricional	Enteral Parenteral
136 - 003	Serviço de Suporte Nutricional	Enteral Parenteral com Manipulação Fabricação
140 - 004	Serviço de Urgência e Emergência	Estabilização de Paciente Crítico/Grave
122 - 003	Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos	Exame Eletrocardiográfico
122 - 007	Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos	Exame Eletrocardiográfico por Telemedicina
122 - 004	Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos	Exame Eletroencefalográfico
120 - 001	Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatológico	Exames Anatomopatológicos
145 - 001	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Bioquímicos
120 - 002	Serviço de Diagnóstico por Anatomia Patológica e/ou Citopatológico	Exames Citopatológicos
145 - 004	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Coprológicos
145 - 011	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames de Genética
145 - 005	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames de Uroanálise
145 - 010	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames em outros Líquidos Biológicos
145 - 002	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Hematológicos e Hemostasia
145 - 006	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Hormonais
145 - 013	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Imunohematológicos
145 - 009	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Microbiológicos
145 - 012	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames para Triagem Neonatal
145 - 003	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Sorológicos e Imunológicos

Tabela 11 - Serviços e Classificação do HUUFSC (Continuação)

145 - 008	Serviço de Diagnóstico por Laboratório Clínico	Exames Toxicológicos ou de Monitorização Terapêutica
125 - 006	Serviço de Farmácia	Farmácia Hospitalar
149 - 006	Transplante	Fígado
150 - 001	Cirurgia Vascular	Fistula Arteriovenosa sem Enxerto
148 - 003	Hospital Dia	Geriátrico
132 - 002	Serviço de Oncologia	Hematologia
107 - 005	Serviço de Atenção à Saúde Auditiva	Implante Coclear
113 - 002	Serviço de Atenção Domiciliar	Internação Domiciliar
110 - 003	Serviço de Atenção a Saúde Reprodutiva	Laqueadura
169 - 002	Atenção em Urologia	Litotripsia
121 - 012	Serviço de Diagnóstico por Imagem	Mamografia
128 - 004	Serviço de Hemoterapia	Medicina Transfusional
132 - 005	Serviço de Oncologia	Oncologia Cirúrgica
132 - 003	Serviço de Oncologia	Oncologia Clínica
112 - 004	Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento	Parto em Gestação de Alto Risco
149 - 009	Transplante	Pele
128 - 001	Serviço de Hemoterapia	Procedimentos Destinados à Obtenção do Sangue para Fins de Assistência
128 - 003	Serviço de Hemoterapia	Procedimentos Especiais em Hemoterapia
131 - 007	Serviço de Oftalmologia	Projeto Olhar Brasil - Programa Brasil Alfabetizado
131 - 006	Serviço de Oftalmologia	Projeto Olhar Brasil - Programa Saúde Na Escola
140 - 006	Serviço de Urgência e Emergência	Pronto Atendimento Clínico
140 - 019	Serviço de Urgência e Emergência	Pronto Socorro Geral/Clinico
121 - 001	Serviço de Diagnóstico por Imagem	Radiologia
135 - 005	Serviço de Reabilitação	Reabilitação Auditiva
135 - 001	Serviço de Reabilitação	Reabilitação Visual
165 - 001	Atenção as Pessoas em Situação de Violência Sexual	Referência para Atenção Integral as Pessoas em Situação de Violência
149 - 016	Transplante	Retirada de Globo Ocular Humano para Transplante
149 - 008	Transplante	Retirada de Órgãos

Tabela 11 - Serviços e Classificação do HUUFSC (Conclusão)

149 - 012	Transplante	Sep. Aval. Biomicroscópica e Conservação da Córnea/Esclera
122 - 001	Serviço de Diagnóstico por Métodos Gráficos Dinâmicos	Teste Ergométrico
121 - 003	Serviço de Diagnostico por Imagem	Tomografia Computadorizada
127 - 001	Serviço de Atenção à Obesidade	Trat. Clínico Cirúrgico Reparador e Acompanhamento de Paciente com Obesidade
131 - 003	Serviço de Oftalmologia	Tratamento Cirúrgico do Aparelho da Visão
131 - 002	Serviço de Oftalmologia	Tratamento Clínico do Aparelho da Visão
133 - 001	Serviço de Pneumologia	Tratamento de Doenças das Vias Aéreas Inferiores
130 - 001	Atenção à Doença Renal Crônica	Tratamento Dialítico
130 - 004	Atenção à Doença Renal Crônica	Tratamento em Nefrologia em Geral
117 - 002	Serviço de Cirurgia Reparadora	Tratamento em Queimados
105 - 007	Serviço de Atenção em Neurologia /Neurocirurgia	Tratamento Endovascular
130 - 006	Atenção à Doença Renal Crônica	Tratamento Pré-Dialítico
139 - 001	Serviço de Triagem Neonatal	Tratamento Recém Nascido com Hipotireoidismo e Fenilcetonúria
139 - 002	Serviço de Triagem Neonatal	Tratamento Recém Nascido Doenças Falciformes
139 - 003	Serviço de Triagem Neonatal	Tratamento Recém Nascido Fibrose Cística
107 - 006	Serviço de Atenção à Saúde Auditiva	Triagem Auditiva Neonatal
121 - 002	Serviço de Diagnóstico por Imagem	Ultrassonografia
169 - 001	Atenção em Urologia	Urologia Geral
149 - 010	Transplante	Válvulas Cardíacas
110 - 004	Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva	Vasectomia

Fonte: BRASIL (2016b).

Quanto à sua inserção na Rede de Atenção à Saúde, o HUUFSC participa da Rede Cegonha e Rede de Atenção às Urgências, com regulação de acesso realizada pela Secretaria de Estado da Saúde. Ainda é frágil a referência e contrarreferência entre os serviços que compõe as RAS, no entanto, acredita-se que com a organização do modelo assistencial pautado em linhas de cuidado, poderá ser aprimorado.

2 ENSINO E PESQUISA

2.1 ENSINO

O HUUFSC tem servido de campo para o desenvolvimento de atividades de ensino de graduação, pós-graduação *strictu e latu sensu*, estágios curriculares e não curriculares, para diversos cursos da UFSC (Medicina, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Odontologia, Farmácia, Engenharia Biomédica, Fisioterapia e Fonoaudiologia), Fisioterapia (UDESC, Unisul), Fonoaudiologia (Estácio de Sá) e Curso Superior de Tecnologia em Radiologia (IFSC), além de cursos técnicos de nível médio. No ano de 2016, em torno de 2.000 alunos atuaram no HU (UFSC,2016a).

A realização de estágios não curriculares no Hospital segue a legislação vigente e o regulamento interno da UFSC. Em setembro de 2008, a Lei 11788, que dispõe sobre estágios de estudantes, prevê o pagamento de bolsas ou outra forma de contraprestação para os estágios não-obrigatórios. O HU adaptou-se a tal legislação e tem no momento 255 bolsistas, incluindo 203 bolsas estágio e 62 bolsas permanência.

Em relação às residências médicas, existem atualmente 21 Programas e na área da odontologia conta-se com a Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (UFSC,2016a).

Em 1º de março de 2010, teve início a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Inicialmente com duas áreas de concentração: Atenção às Urgências e Emergências e Atenção em Alta Complexidade, ampliando-se em 2014, com mais uma área de concentração: Saúde da Mulher e da Criança, envolvendo alunos da Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Odontologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia.

Salienta-se, também, que em março de 2010 iniciou o Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem, voltado para a área hospitalar, contando ainda com o Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos associado à Residência Médica.

Além disso, participa do programa Tele-saúde e Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) contribuindo para a ampliação da Educação permanente em nível local, regional, estadual e nacional (UFSC, 2010).

As atividades de ensino e pesquisa referentes à atenção básica, desenvolvidas em outras unidades, mas vinculadas a esta instituição, ficaram sob a responsabilidade da coordenação de atenção básica de saúde, dentro da Rede Docente Assistencial (RDA), na qual a direção do HU participa com representação no corpo diretivo. O convênio que teve como objeto implementar a Rede Docente Assistencial (RDA), foi assinado entre o Centro de Ciências da Saúde/UFSC e outras Unidades de Ensino que atuam na área da Saúde, o HUUFSC e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF), tendo como objetivos: 1) articular políticas de integração ensino/serviço nas diversas áreas da saúde; 2) configurar um espaço de articulação docente assistencial como base programática para as atividades de ensino, pesquisa e extensão voltadas a programas da área da saúde, desenvolvidos pelos diversos Centros de Ensino da UFSC; 3) favorecer a formação de recursos humanos da saúde de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), no modelo da Estratégia Saúde da Família, numa missão integral de atenção à saúde, trabalho multiprofissional e interdisciplinar; 4) realizar capacitações dos profissionais da rede de atenção básica e especializada de saúde do município de acordo com a Política de Educação Permanente para o SUS; 5) propiciar espaço de desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão, objetivando contribuir com a resolução dos problemas de saúde do município de Florianópolis; e, 6) colaborar na efetivação da política de saúde no âmbito municipal, respeitando as diretrizes do SUS e compromissos firmados por meio do Pacto de Gestão (RDA).

O Hospital participa do Centro de Integração Ensino-Serviço (CIES) da base locorregional, no qual discute as propostas de formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde da rede municipal/estadual de saúde.

As Tabelas 12 e 13 a seguir apresentam dados sobre residência multiprofissional e médica do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago.

Tabela 12- Número de Residentes em Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no HUUFSC

AREA DE CONCENTRAÇÃO	QTDE
Atenção em Alta Complexidade	37
Atenção em Urgência e Emergência	13
Atenção em Saúde da Mulher e da Criança	13
TOTAL GERAL	63

Fonte: UFSC (2016a).

Tabela 13- Número de Residentes em Programas de Residência Médica no HUUFSC

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA	RESIDENTES
ACUPUNTURA	2
ANESTESIOLOGIA	6
CLÍNICA MÉDICA	14
CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO	6
CIRURGIA GERAL	8
CIR. VASC. PERIFÉRICA	2
CIRURGIA PLÁSTICA	6
DERMATOLOGIA	6
ENDOCRINOLOGIA	4
GASTROENTEROLOGIA	4
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	11
HEPATOLOGIA	2
MEDICINA INTENSIVA	4
MEDICINA PALIATIVA	2
NEUROLOGIA	6
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA	0
PATOLOGIA	3
PEDIATRIA	7
PNEUMOLOGIA	2
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	9
REUMATOLOGIA	2
TOTAL	106

Fonte: Coordenadoria da Residência Médica HUUFSC (2016a)

2.2 PESQUISA

O HUUFSC tem atraído interesse de pesquisadores nas particularidades de suas clínicas, ambulatórios e laboratórios. Neste hospital verifica-se atuação de pesquisadores das áreas da saúde, humanas e exatas, bem como de outras instituições de ensino e pesquisa, principalmente, do Estado de Santa Catarina.

Em 30 de julho de 2013 foi criado junto ao HU a Assistência de Ensino, Pesquisa e Extensão (AEPE). Embora sem estrutura de pessoal, esta atividade foi

uma primeira aproximação do HU para sistematização das pesquisas no hospital e espera-se melhor estruturação a partir da criação da Gerência de Ensino e Pesquisa.

De uma forma geral, os projetos de pesquisa realizados nas dependências do HU são protocolados junto à Direção para análise da AEPE. Esta análise preocupa-se em registrar os tipos de pesquisa, fontes de financiamento e identificar os pesquisadores. O(s) setor(res) do hospital no(s) qual (is) se propõem realizar o projeto é(são) informado(s) a fim de que haja conhecimento e autorização das chefias sobre a execução. Além disso, são analisados os possíveis custos que o projeto pode acarretar ao HU. Uma vez que o projeto tramitou na AEPE e foi liberado, encaminhase ao Diretor para assinatura da Declaração de Aceite da Instituição com a realização do projeto nos termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466/12 (BRASIL, 2012a) ou Resolução do CNS n° 501/2016 (BRASIL, 2016c). De posse da declaração, os pesquisadores submetem o projeto na Plataforma Brasil para análise das questões éticas pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/UFSC (CEPSH).

No ano de 2015 foram aprovados no HU 150 projetos de pesquisa. Desses, cerca de 80% foram financiados com recursos próprios dos pesquisadores. Foram finalizadas 24 dissertações de mestrado e defendidas nove teses de doutorado oriundas de projetos de pesquisa realizados no HU. 61 artigos foram publicados em periódicos nacionais e em periódicos internacionais 103 artigos. Nas tabelas a seguir estes dados podem ser visualizados, bem como a forma de financiamento dos projetos.

Tabela 14 – Produção Técnico-Científica do HUUFSC em 2015

PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA	QUANTITATIVO
Projetos aprovados no HU e submetidos ao CEPSH	150
Dissertações de mestrado	24
Teses de doutorado	9
Artigos publicados em periódicos nacionais	61
Artigos publicados em periódicos internacionais	103
TOTAL	347

Fonte: HUUFSC (2015b)

Tabela 15- Fontes de Financiamento das Pesquisas Realizadas no HU em 2015

FONTES DE FINANCIAMENTO DE PESQUISAS	QUANTITATIVO
Recursos próprios do pesquisador	126
Agência pública fomento nacional	16
Agência pública fomento internacional	0
Indústria farmacêutica	8
TOTAL	150

Fonte: HUUFGSC (2015b)

Tabela 16 – Tipos de Pesquisas Realizadas no HUUFGSC

TIPOS DE PESQUISA	QUANTITATIVO
Em inovações tecnológicas em saúde	13
Operacionais	6
Clínicas	70
Básicas	24
Interesse das políticas públicas de saúde	43
TOTAL	150

Fonte: HUUFGSC (2015b)

Também são destaques na área de pesquisa e inovação tecnológica os projetos de Telessaúde e Telemedicina, conforme descritos a seguir:

- Programa Nacional de Telessaúde:

O Programa Nacional de Telessaúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde realizado por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES em apoio aos processos de educação permanente dos profissionais de saúde da Atenção Básica.

Inicialmente participaram do projeto piloto nove Estados brasileiros, com um Núcleo de Telessaúde por Estado. Em cada Núcleo de Telessaúde foram vinculados 100 pontos/municípios de Telessaúde, totalizando 900 pontos de Telessaúde instalados e funcionando nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios selecionados que atendem mais de 2700 Equipes de Saúde da Família. No Estado de Santa Catarina, o Programa Nacional de Telessaúde é coordenado pelo Grupo

CYCLOPS em parceria com HUUFSC, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Escola de Saúde Pública do Estado de SC e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde.

O Programa Telessaúde objetiva contribuir para qualificação profissional e auxílio aos procedimentos assistenciais da rede de Atenção Básica. Para tal, os profissionais das Equipes de Saúde da Família cadastrados no Núcleo Telessaúde SC recebem apoio remoto por meio de serviços de segunda opinião formativa, pelo aplicativo de Painel de Discussões (tele consultorias e suporte a dúvidas clínicas) e de educação à distância (capacitações, disponibilização de material de aprendizagem multimídia e de alto rigor científico).

- Sistema Catarinense de Telemedicina

Em 2005 a Universidade Federal de Santa Catarina juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SES/SC desenvolveu um Sistema Catarinense de Telemedicina para auxílio à saúde do paciente. Nesse projeto estava prevista a ampliação do parque de equipamentos de média e alta complexidade, como por exemplo, eletrocardiógrafos, equipamentos de tomografia computadorizada, ressonância magnética e Raio-X. Estes equipamentos foram distribuídos pelo Estado de Santa Catarina e o projeto foi chamado de Rede Catarinense de Telemedicina (RCTM). Estava previsto também o desenvolvimento de um sistema para armazenamento centralizado e distribuição de informações de pacientes, imagens e laudos de imagens diretamente na web.

O principal objetivo da RCTM foi o atendimento em larga escala dentro do Estado de Santa Catarina. Esse projeto foi implantado em 2005 como um projeto-piloto e em 2007 começou a implantação em larga escala. Atualmente são 360 pontos de presença em 249 cidades conectadas à rede no estado de SC. São enviados em média 25.000 exames por mês e mais de 900 profissionais utilizam o sistema simultaneamente. A base de dados conta com mais de 700.000 exames desde 2005.

Em 2010 esses dois programas se integraram formando o Sistema Catarinense de Telemedicina e Telessaúde. Essa união se dá com o objetivo de ampliar e disseminar os serviços de saúde e de educação na saúde à distância para todo o estado de Santa Catarina. Dessa forma, o Sistema contribui no processo de inclusão digital dos profissionais de saúde da Atenção Básica do Estado e contribuiu também para que o princípio da equidade seja garantido por meio de Tecnologias de

Informação da Saúde, com uma atuação, principalmente, dos Serviços de Dermatologia e Radiologia.

2.3 EXTENSÃO

O registro das atividades de extensão segue o fluxograma da tramitação da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da UFSC, sendo posteriormente aprovado pelo Conselho Diretor do HU.

O Hospital desenvolve atividades de extensão, articulado com os departamentos de ensino. Existe um grande interesse institucional em promover projetos de alcance social. Dentre os projetos que estão em desenvolvimento, destaca-se:

- Suporte em Epidemiologia e Bioestatística;
- Informatização de Instrumentos de Coleta de Dados em Saúde Materna e Perinatal (CLAP);
- Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Assistência Geronto-Geriátrica (NIPEG);
- Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária (SASC);
- Projeto de Intervenção Multidisciplinar em Crianças com dificuldade de aprendizagem (Financiado pela UNESCO e Fundação Catarinense de Educação Especial);
- Núcleo Desenvolver (Projeto Criança Esperança e Fundação Catarinense de Educação Especial, e Instituto Guga Kuerten);
- Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos Portadores da Doença de Alzheimer ou Doenças Similares;
- Grupo de Apoio aos Portadores da Doença de Parkinson e seus Familiares;
- Projeto de Suporte Técnico para decisões de Estudo das Questões relacionadas a violência Sexual e Abortamento previsto em lei (parceria com a Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia de Santa Catarina - SOGISC);
- Projeto do Horto de Plantas medicinais;
- Centro de Informações Toxicológicas em parceria com a SES/SC;
- Realização de exames em pacientes provenientes de Postos de Saúde da PMF, Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) e outras instituições

públicas;

- Projeto de Extensão na pediatria “Brinquedoteca Hospitalar” -recreação em enfermaria pediátrica;
- Assistência a Pessoas Ostomizadas, em parceria com Associação Catarinense da Pessoa Ostomizada e Programa de Assistência ao Ostomizado da SES/SC;
- Grupo Amigas do Peito, para orientação da amamentação;
- Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos;
- Grupo de Treino da Memória;
- Laboratório de Estudos da Voz e Audição;
- Núcleo de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Patologia Bucal;
- Atendimento Interdisciplinar e Multiprofissional para Prevenção e Tratamento de Dislipidemia na Comunidade Universitária (NIPEAD).
- Coorte ambulatorial de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – Follow COPD – Serviço de Pneumologia/ Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas.
- Análise de Alterações Genéticas para o Diagnóstico, Prognóstico e Detecção de Doença Residual Mínima de Hemopatias Malignas em Pacientes Atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Estabelecimento do banco de cepas para o setor de micologia do laboratório de análises clínicas do HU UFSC
- Ambulatório de Estomatologia do Núcleo de Odontologia Hospitalar do HU-UFSC/ 2017.
- Análises laboratoriais para avaliação da exposição a agrotóxicos – 2016.
- Odontologia Hospitalar 2016: Suporte odontológico pré, trans e pós tratamento oncológico, em pacientes com Câncer de Boca e outras neoplasias malignas.
- Reunião Científica LiAP.
- "Saúde, Educação, Pesquisa e Atendimento com Práticas Integrativas- Complementares, Terapias Alternativas e Assistência Psicológica"
- Reconhecendo Plantas Medicinais.
- Assistência Farmacêutica ao Usuário de Medicamentos.

3 INVESTIMENTOS REHUF

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, instituído através do Decreto nº 7.082 de 2010 (BRASIL, 2010b), 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. O REHUF, é destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSERH em 2011, esta passa a ser a gestora do REHUF, conforme estabelecido na Portaria nº 442/2012 do Ministério da Educação (BRASIL, 2012b). A Tabela 17, apresenta os valores custeio e capital recebidos nos últimos 4 anos.

Tabela 17 – Valores Recebidos do REHUF, 2012-2015

EXERCÍCIO	2012	2013	2014	2015
Recursos de Capital*	3.997.873,40	1.564.168,15	1.316.950,00	618.000,00
Recursos de Custeio*	7.960.627,43	8.688.202,16	9.042.296,08	10.206.741,70
TOTAL	11.958.500,83	10.252.370,31	10.359.246,08	10.824.741,70

Fonte: COFIN/DA/HU (2015)

*Valores em Reais.

Diversas ações previstas neste PDE demandam recursos financeiros para sua implementação, especialmente as que se referem às reformas de ambientes que não atendem as normas da vigilância sanitária, ampliações de serviços e novas estruturas físicas e de equipamentos.

Atualmente este recurso não tem se mostrado suficiente para atender essas demandas. Os recursos REHUF estão sendo utilizados para manter a estrutura já existente, sendo utilizado prioritariamente em materiais de assistência e pagamento de contratos terceirizados, que estão dispostos na Tabela 18.

Observa-se que do montante de recursos recebidos entre 2010 e 2015, 17% foram aplicados em investimentos e 83% em custeio. Os dados de 2016 são parciais, até 10/10/2016.

Tabela 18 - Valores REHUF, 2010-2015

**Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
(REHUF)**

Empenhado 2010-2015

Custeio	R\$ 53.535.490,12
Investimento	R\$ 10.999.381,97
Total	R\$ 64.534.872,09

Empenhado 2015

Custeio	R\$10.206.741,70
Investimento	R\$ 618.000,00
Total	R\$ 10.824.741,70

Descentralizado 2016

Custeio	R\$ 6.686.773,65
Investimento	R\$ 750.403,54
Total	R\$ 7.437.177,19

Fonte: REHUF (2015)

4 ASSINATURA DE CONTRATO COM A EBSEH

Na UFSC, o ano de 2015 foi de intenso debate sobre a adesão ou não da instituição à EBSEH.

Após várias tentativas, em 1º de dezembro de 2015 o Conselho Universitário (CUn) da UFSC aprovou a adesão da Universidade Federal de Santa Catarina à EBSEH.

No momento da adesão foi instituída uma comissão por intermédio da Portaria nº 2086/2015 (UFSC, 2015a), composta pelos professores Lúcia Helena Martins Pacheco (Gabinete da Reitoria), Ubaldo Cesar Balthazar (Centro de Ciências Jurídicas) e Maria de Lourdes Rovaris (HU), para apresentar proposta de contrato a ser firmado entre a UFSC e a EBSEH.

A proposta de contrato elaborada pela comissão foi submetida ao CUn pela Profa. Alacoque Lorenzini Erdmann, relatora, sendo que o Prof. Paulo Pinheiro Machado entrou com pedido de vistas.

Após ampla discussão no CUn, o contrato foi aprovado em 16 de março de 2016.

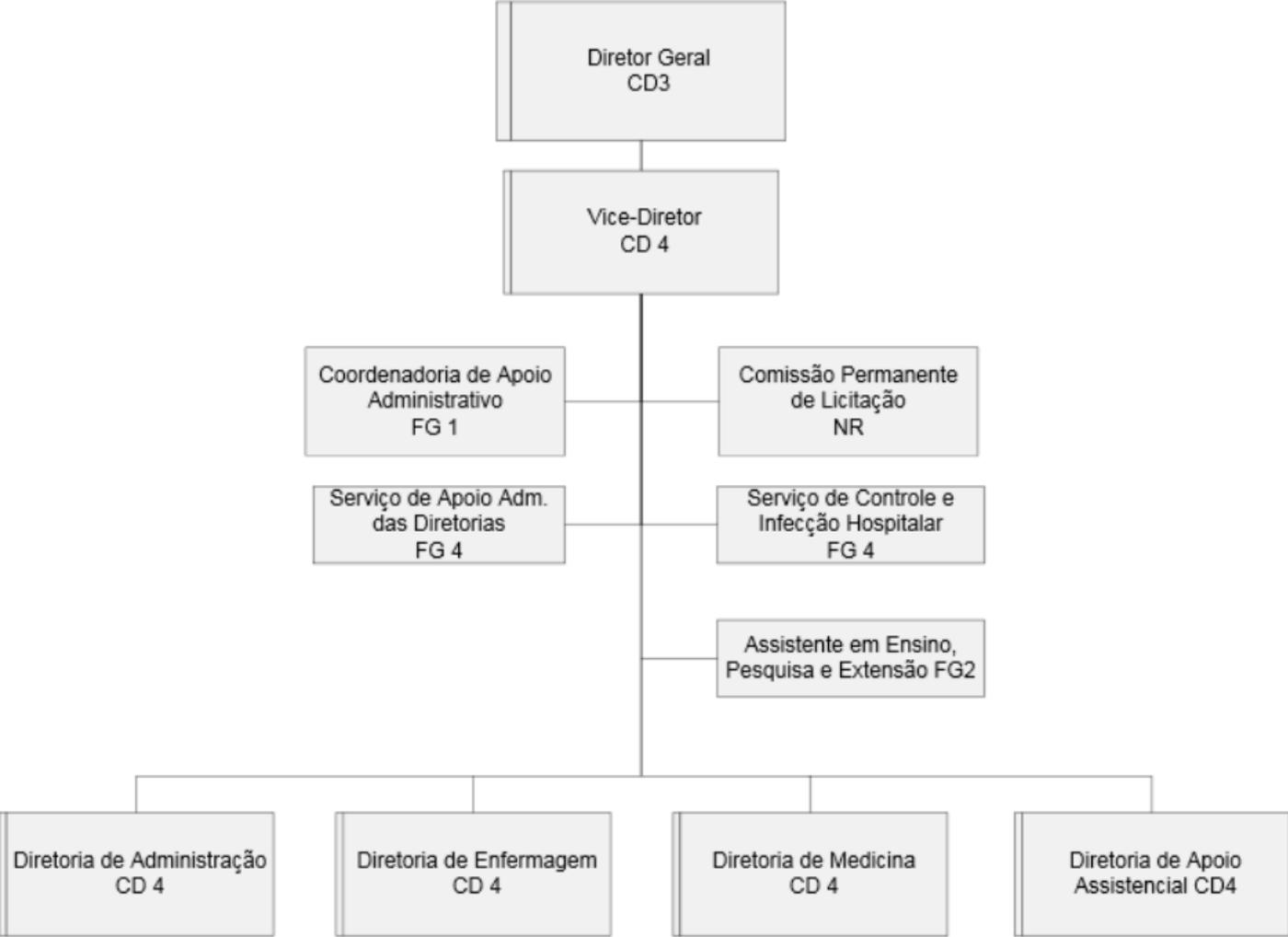
4.1 MODELO DE GOVERNANÇA

O HUUFSC, por meio de seu regimento, como órgão suplementar da UFSC, apresentava o organograma apresentado nas Figuras 5, 6, 7,8 e 9.

A partir do contrato com a EBSEH, avaliando seu contexto e as sugestões de modelos de governança da própria Empresa, o hospital definiu a estrutura organizacional apresentada na Figura 10, para o Colegiado Executivo e Figura 11 para a Gerência de Atenção à Saúde.

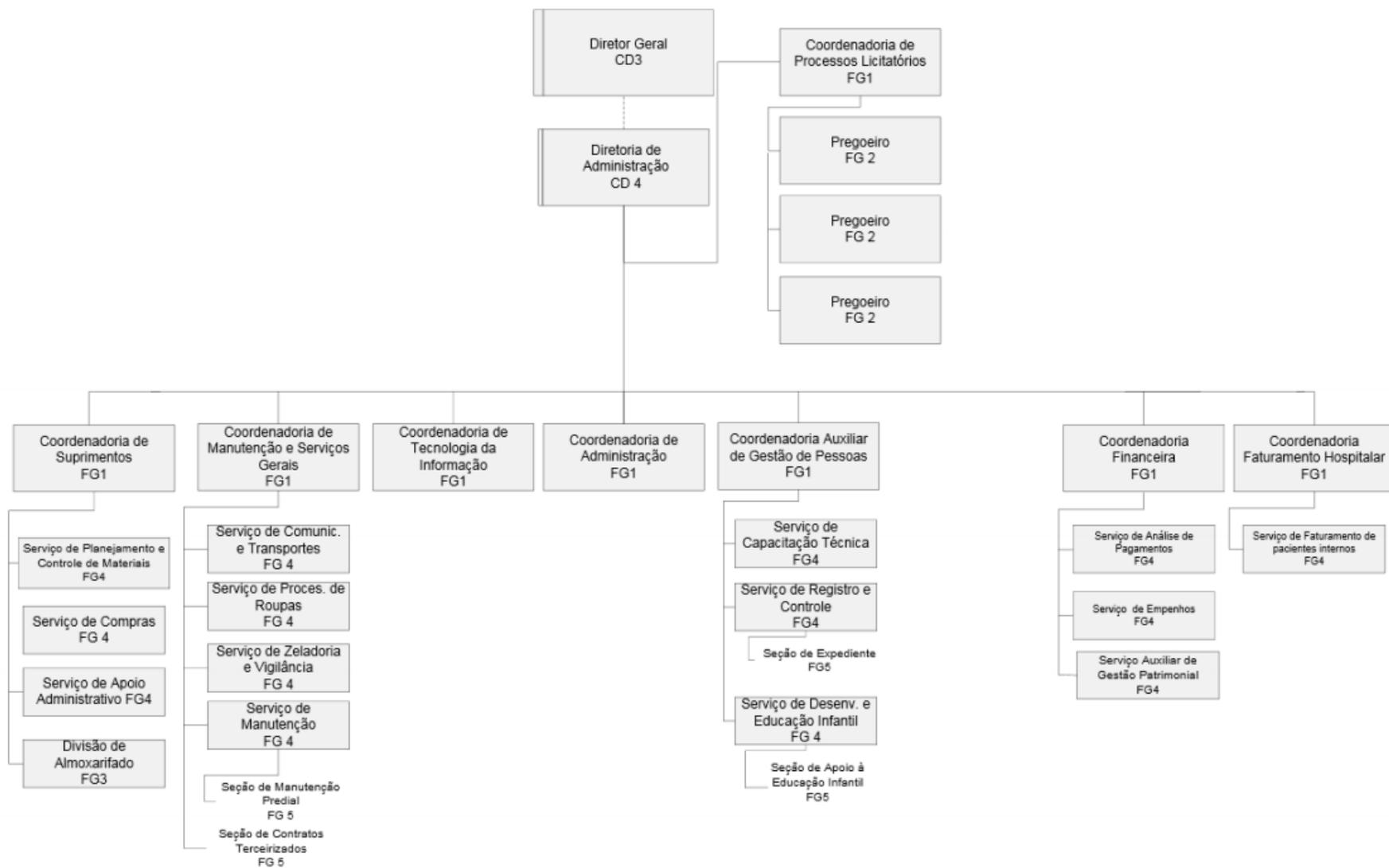
Quanto às Gerências de Ensino e Pesquisa e Administrativa ainda se encontram em fase de discussão com a EBSEH. Nas figuras 12 e 13 apresenta-se o modelo atual proposto pela EBSEH.

Figura 5 - Estrutura Organizacional HUUFS



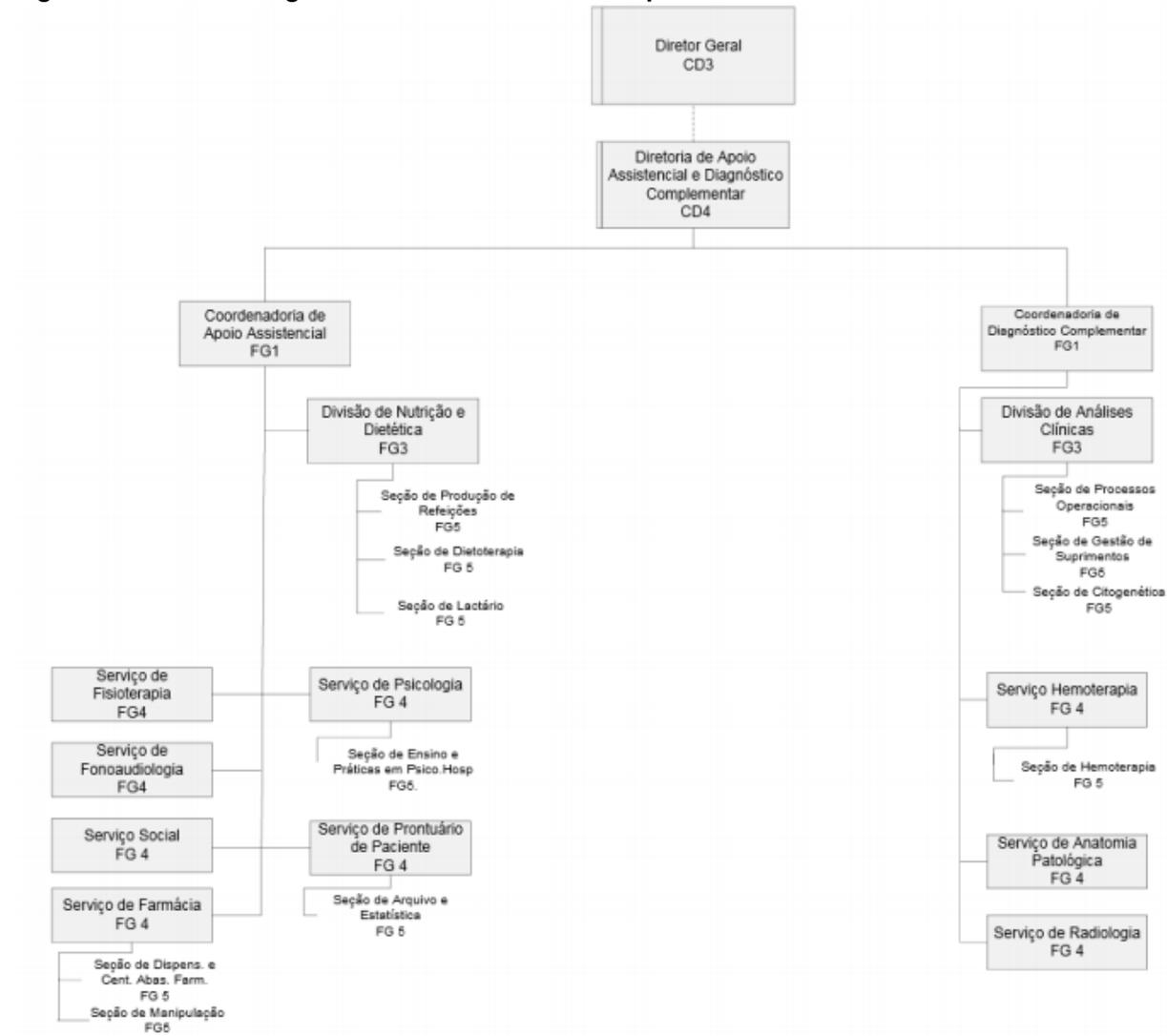
Fonte: UFSC (2012b).

Figura 6 - Estrutura Organizacional da Diretoria Administrativa



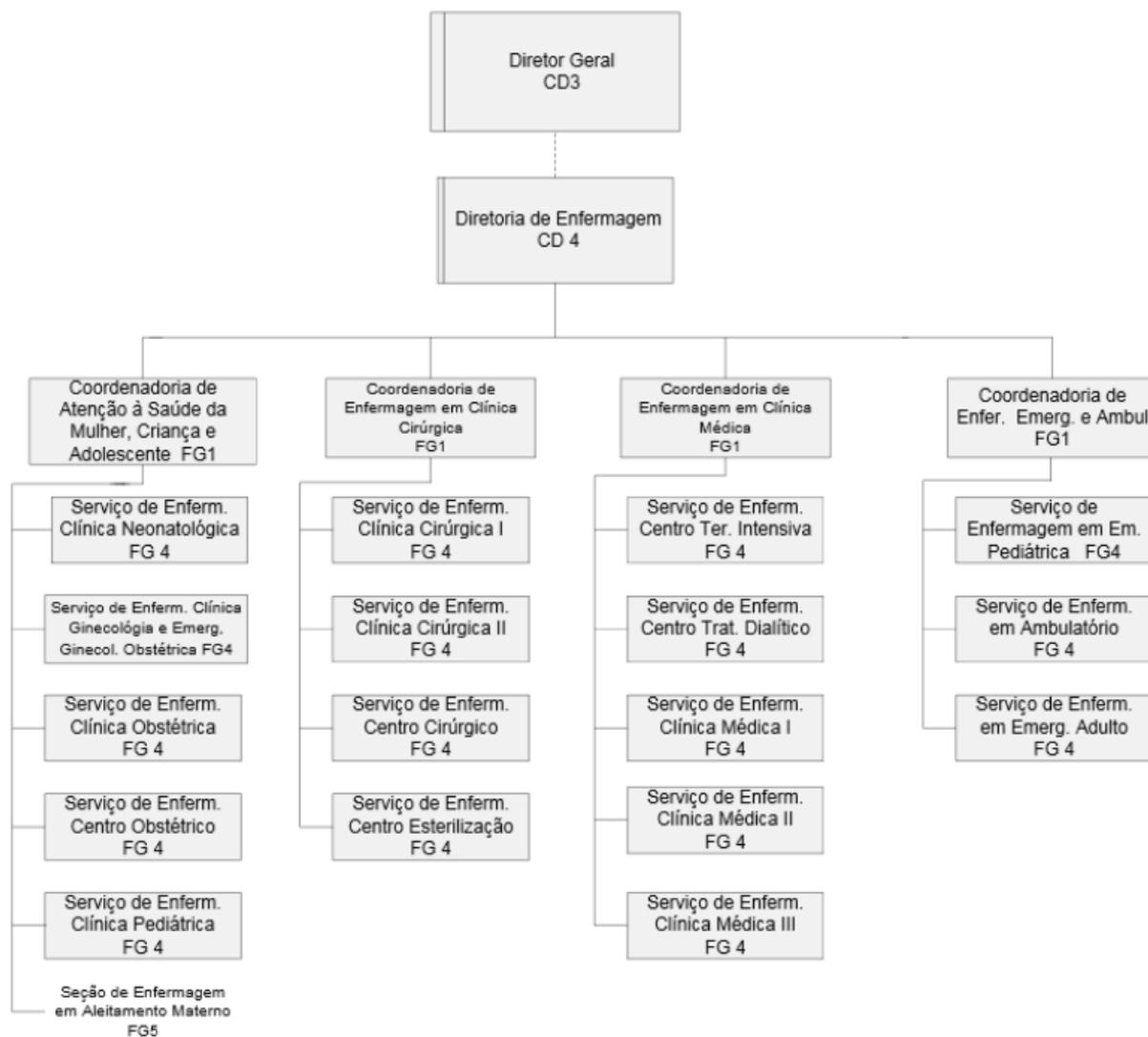
Fonte: UFSC (2012b).

Figura 7 - Estrutura Organizacional da Diretoria de Apoio Assistencial



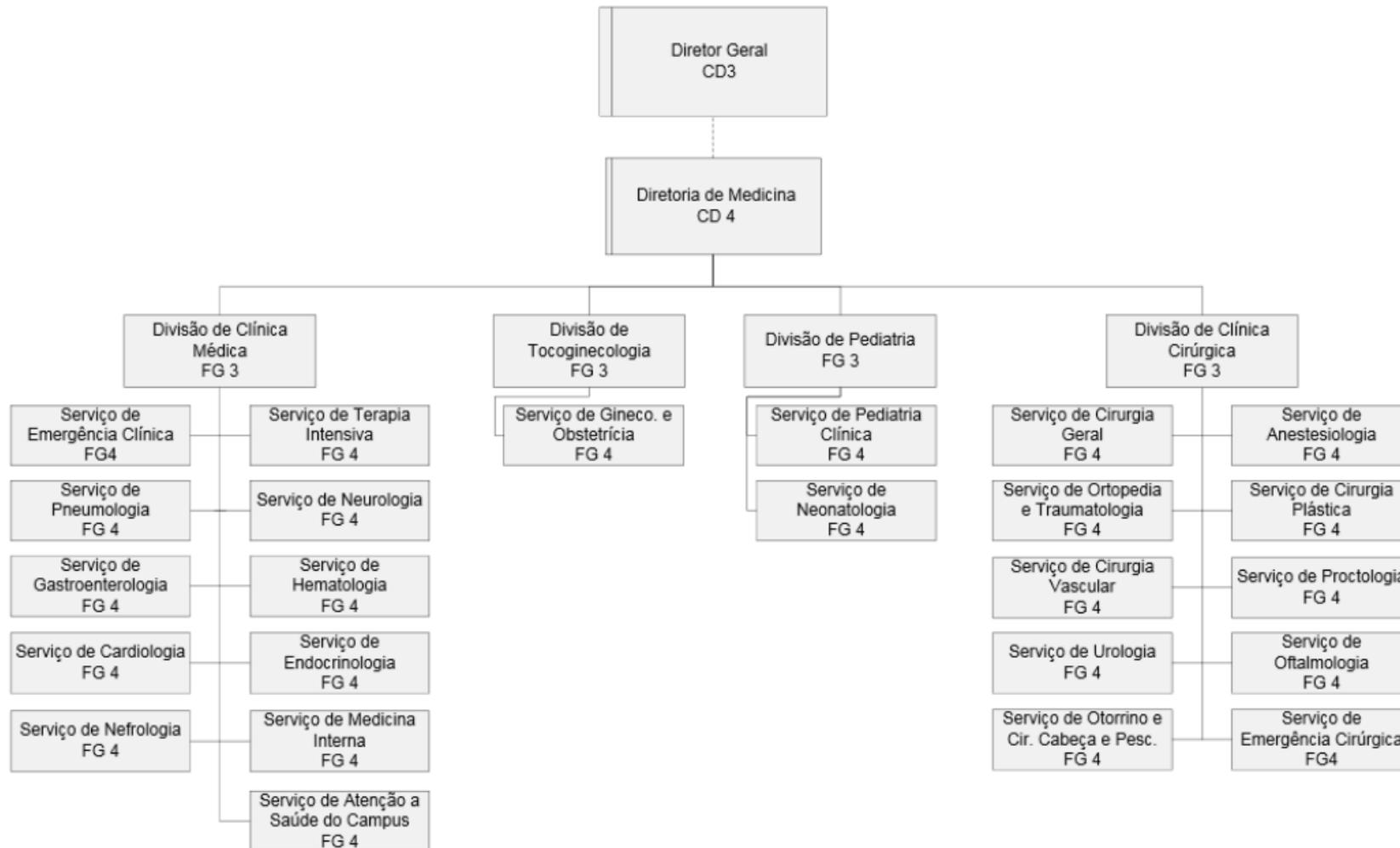
Fonte: UFSC (2012b).

Figura 8 - Estrutura Organizacional da Diretoria de Enfermagem



Fonte: UFSC (2012b).

Figura 9 - Estrutura Organizacional da Diretoria de Medicina



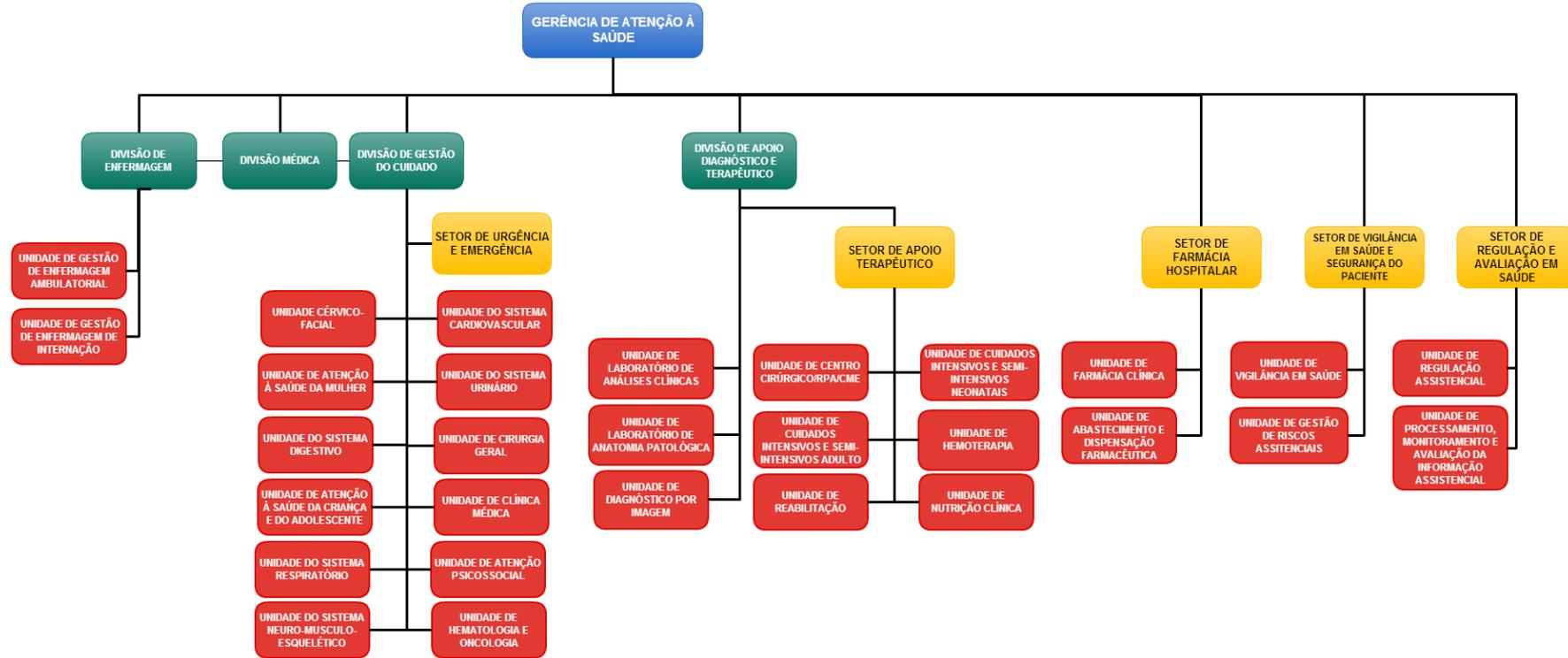
Fonte: UFSC (2012b).

Figura 10 - Estrutura Organizacional do Colegiado Executivo



Fonte: EBSEH (2013)

Figura 11 - Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à Saúde



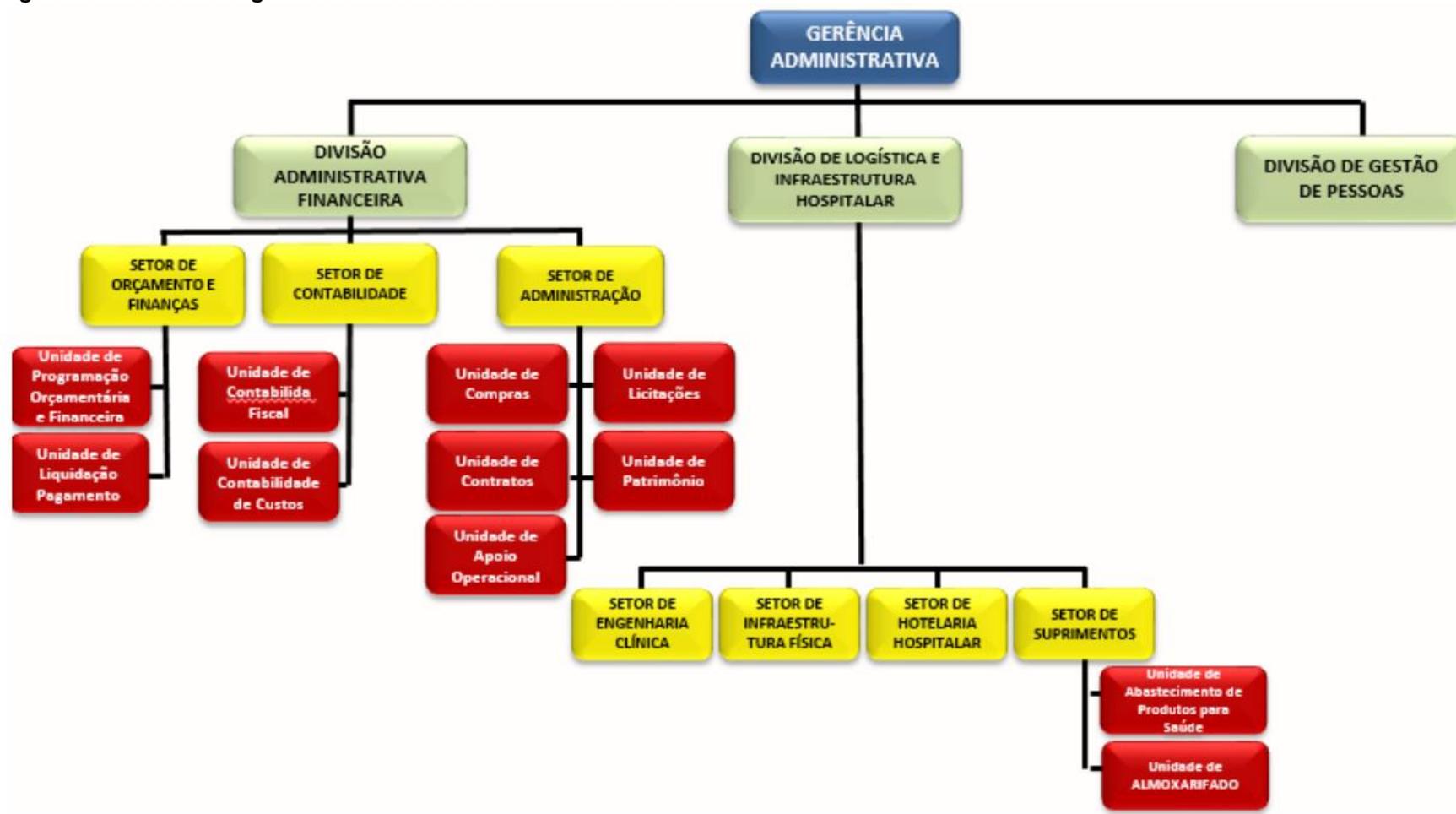
Fonte: EBSEH (2013).

Figura 12 - Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa



Fonte: EBSEH (2013).

Figura 13 - Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa



Fonte: EBSEH (2013).

4.2 DIMENSIONAMENTO ATUAL E FUTURO DE PESSOAL

A composição do quadro de pessoal do HUUFSC, no momento do dimensionamento de serviços assistenciais realizado pela EBSEH em janeiro de 2016 é apresentada na Tabela 19. Correspondem aos servidores estatutários, 1.372 vagas, das quais 1.231 servidores poderão ser substituídos por empregados concursados pela EBSEH à medida que esses trabalhadores se aposentarem ou quando, por qualquer outra razão, se extinguir o seu vínculo com o órgão de origem.

Tabela 19 - Composição do Quadro de Pessoal do HUUFSC, no Momento do Dimensionamento dos Serviços Assistenciais do HU Realizado pela EBSEH em Janeiro de 2016

QUADRO DE PESSOAL	QUANTIDADE
Servidores estatutários	1.231
Servidores estatutários - cargos extintos ou não existentes no plano de cargos da EBSEH	141
TOTAL	1.372

Fonte: Coordenadoria Auxiliar de Gestão de Pessoas/HUUFSC (2016)

Atualmente conta-se com apenas 1.254 servidores estatutários. A diminuição no quadro se deve principalmente a aposentadorias, óbitos e exonerações. Deste quantitativo aproximadamente 70 serão substituídos por trabalhadores EBSEH, pois o restante são cargos extintos.

A EBSEH, a direção e os trabalhadores do hospital elaboraram o Dimensionamento de Serviços Assistenciais do HUUFSC. A partir deste dimensionamento de serviços foi realizado o dimensionamento de pessoal para o HU pela EBSEH, conforme apresentado na Tabela 20.

A proposta de necessidade de pessoal da EBSEH para o HUUFSC, seguindo a metodologia de dimensionamento de pessoal é de 2.067 empregados de carreira (tanto Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, quanto estatutários), e 75 profissionais para o exercício de Cargos Comissionados e Funções Gratificadas, totalizando 2.142 vagas.

O Departamento de Coordenação e Governança das Empresas Estatais (DEST)/ Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MPOG) fixou o quadro de pessoal em 1.720 empregados, portanto 347 trabalhadores a menos do

que foi dimensionado pela EBSE RH. Solicitação de reconsideração está sendo encaminhada à EBSE RH.

Tabela 20 - Proposta da EBSE RH para o Quadro de Pessoal: HUUFSC

QUADRO	QUANTIDADE
Cargos Comissionados	6
Funções Gratificadas	69
Servidores (estatutários)	1.231
Empregados celetistas	836
TOTAL	2.142

Fonte: Nota Técnica nº 9160/2016-MP

4.3 OUTROS TÓPICOS DESCRITIVOS DA REALIDADE DO HUUFSC

A seguir, são apresentadas algumas características da infraestrutura tecnológica do Hospital, consolidadas com base no CNES/DATASUS, que possibilitam vislumbrar a realidade atual do HU (Tabelas 21, 22, 23, 24 e 25).

O HUUFSC tem buscado ampliar seu parque tecnológico, para o aprimoramento do atendimento à saúde. Outros equipamentos, no entanto, são necessários, não só no sentido de aprimorá-lo, visando uma melhor assistência, mas principalmente para colocar em funcionamento as unidades/serviços ainda não implantadas.

Com relação às dificuldades encontradas na manutenção dos equipamentos hospitalares, destaca-se o Núcleo de Engenharia Clínica com quadro de pessoal muito aquém das necessidades, exigindo a contratação de serviços terceirizados, além de contratos com empresas específicas para manutenção preventiva e reparadora dos equipamentos, de acordo com as suas especificidades.

Tabela 21 - Equipamentos de Diagnóstico por Imagem

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Aparelho de Raios X com intensificador/Angiografia	01
Aparelho de Ultrassom com Doppler colorido	02
Aparelho de Ultrassom convencional	12
Aparelho Raios X (mais de 100A a 500A)	02
Aparelho Raios X (mais de 500 ^a A)	--
Arco Cirúrgico com Intensificador de Imagem	01
Colonofibroscópio	0
Ecocardiógrafo com Doppler	01
Ecógrafo Oftalmológico	--
Eletrocardiógrafo	08
Endoscópio Rígido / Óticas - diversos tamanhos e modelos	58
Espirômetro	04
Histeroscópio	03
Mamógrafo com estereotaxia	01

Fonte: UFSC (2016b).

Tabela 22 - Equipamentos para Manutenção da Vida

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Berço aquecido	37
Bomba de infusão	58
Desfibrilador	26
Oxímetro de pulso	49
Monitor Multiparâmetros	20
Monitor de pressão não-invasivo	13
Incubadora	12
Reanimador pulmonar/ambu	Diversos
Respirador/ventilador pulmonar	41
Fototerapia	16

Fonte: UFSC (2016b).

Tabela 23 - Equipamentos por Métodos Gráficos

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Eletrocardiógrafo	8
Eletroencefalógrafo	2

Fonte: UFSC (2016b).

Tabela 24 - Equipamentos por Métodos Ópticos

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Endoscópio das vias respiratórias	2
Endoscópio digestivo	8
Colonoscópio	6
Laparoscópio/vídeo	5
Microscópio cirúrgico	2
Colposcópio	2
Oftalmoscópio	2
Retinoscópio	1
Cadeira de Oftalmologia (Coluna)	2

Fonte: UFSC (2016b).

Tabela 25 - Outros Equipamentos

EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Bisturi Elétrico	21
Arco Cirúrgico	1
Máquina de Hemodiálise	11
Esteira Ergométrica	1
Aparelho de Anestesia com Monitorização	14
Serra de Gesso	1
Bomba de Irrigação para Arteroscopia	1
Capela de Fluxo Laminar	11
Capela de Fluxo – Capela de Exaustão Química	2
Analizador de Eletrólitos	4
Incubadora (Laboratorial) – Banco de Sangue	1
UltraFreezer	2
Seladora	5

Fonte: UFSC (2016b); UFSC (2016c).

4.4 PROBLEMAS E DESAFIOS

Vários são os problemas encontrados atualmente no HUUFSC, que justificam o desenvolvimento de estratégias e ações para o seu enfrentamento. O sucateamento dos Hospitais Universitários, acompanhado do déficit de recursos humanos e o sub-financiamento do setor saúde são fatores que se destacam e que interferem sobremaneira no atendimento das demandas de saúde da população.

Houve nestes últimos anos um aumento significativo da oferta de serviços, principalmente consultas ambulatoriais e exames, sem o incremento de área física para dar suporte a tal demanda; mesmo com as obras que têm sido implementadas, ainda não houve o aumento da área física do ambulatório e de serviços de apoio.

Em relação à estrutura física enfrentam-se dificuldades relacionadas às condições de trabalho, tais como: inadequação de área física (consultórios, sala para profissionais, salas de aula, salas para grupos de espera, aquisição de mobiliário, climatização e equipamentos específicos).

Encontram-se dificuldades também relacionadas ao transporte hospitalar, haja vista a deficiência na frota de veículos, os quais não suprem as necessidades da Instituição.

Além da estrutura organizacional defasada, outros problemas ocorrem quanto à gestão, que inclusive foram identificados pela Controladoria Geral da União. Há necessidade de revisão dos processos de gestão no que concerne a materiais, pessoal e à própria gestão financeira. O HU possui um Sistema de Administração Hospitalar que atende parcialmente às necessidades da instituição. Entende-se que com o projeto Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) esta situação possa ser resolvida.

No que concerne à gestão de materiais, há que se ter um maior controle sobre os estoques, evitando-se a falta dos mesmos, tendo em vista que muitas empresas que vencem os processos de licitação não cumprem com prazos estabelecidos, dentre outros problemas.

Encontram-se também dificuldades relacionadas à gestão dos contratos terceirizados, principalmente àqueles relacionados à limpeza e segurança. Salienta-se que em relação ao serviço de limpeza, destacaram-se problemas em relação à higienização, manutenção adequada dos materiais acordados no contrato, bem como à rotatividade frequente dos trabalhadores desta área, necessitando orientação constante, por conta da especificidade dos estabelecimentos de assistência em saúde. Houve necessidade de criação de uma comissão para acompanhamento com capacitação constante.

Outra questão importante relaciona-se ao dimensionamento de pessoal na área da saúde que tem se constituído num foco de atenção dos gestores, por interferir na eficácia, na qualidade e no custo da atenção à saúde.

A gestão de recursos humanos, na atualidade, é muito complexa, já que a força de trabalho é protagonista nos processos de produção, não podendo mais ser entendida como um simples recurso.

Nos hospitais universitários, por sua característica de formação/ensino, alguns aspectos devem ser considerados quando se pensa no dimensionamento de pessoal. O número de pessoas que circula nas instituições, solicitando do pessoal da saúde atenção e disponibilidade para auxiliar no processo de formação, muitas vezes não é considerado, aplicando-se portarias ministeriais que determinam um quantitativo de pessoal, como as definidas para as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) e os Serviços de Terapia Renal Substitutiva, sem avaliação das questões relacionadas ao ensino.

Há que se salientar, que os hospitais universitários, enquanto integrantes do SUS e trabalhando em rede junto às demais instituições, visam à integralidade da assistência e possuem, em sua maioria, uma diversidade de serviços que compreendem desde a referência ambulatorial até os serviços de alta complexidade, sendo referência local e regional em diagnóstico e terapêutica, com ampliação de sua atuação, que envolve desde a promoção da saúde à reabilitação, bem como a integração com a rede de serviços. Isto requer um maior aparato tecnológico, bem como tempo para alimentar o sistema gestor, maior conhecimento das políticas públicas, mais efetividade no sistema de referência e contrarreferência, implicando na atualização constante da força de trabalho. Todos estes aspectos necessitam ser visualizados quando do dimensionamento de pessoal, no sentido de dar uma resposta efetiva do serviço aos usuários, consolidando, desta forma, o SUS.

Há um déficit importante de pessoal, e salienta-se que este número vem crescendo em função da não reposição das vagas decorrentes de aposentadorias, demissões, exonerações, dentre outros.

Adicionalmente, quando se discute dimensionamento de pessoal para o HUUFSC, devem ser considerados os seguintes aspectos:

- Número significativo de **aposentadorias** não repostas, que tem gerado impacto nas escalas de trabalho, e que tendem a aumentar significativamente, haja vista o tempo de existência da instituição. Somam-se às aposentadorias, as demissões não repostas;
- **Envelhecimento da força de trabalho**, o que em muitas situações interfere no desenvolvimento de algumas atividades, principalmente as que envolvem

- esforço físico e repetitivo;
- Número significativo de **atestados médicos**, cerca de 10 a 15% da força de trabalho, o que também contribui para o déficit nas escalas, destacando-se os problemas ósteo-musculares e distúrbios psíquicos, o que nos faz inferir em sobrecarga de trabalho. Os atestados têm gerado outro problema, nem sempre de fácil resolução, ou seja, as solicitações de remanejamento de setores em decorrência dos problemas de saúde. Não há como remanejar todos os trabalhadores, sem que setores fiquem em descoberto;
 - As várias **Portarias** que determinam o quantitativo mínimo para os diversos serviços, como Unidade de Terapia Intensiva, Serviço de Terapia Renal Substitutiva, Serviço de Cirurgia Bariátrica e Onco-hematologia que implicam em equipes multiprofissionais para o atendimento dos usuários na sua integralidade. Há que se salientar que não temos conseguido, em muitas áreas, prever este quantitativo mínimo, como no caso do serviço social, psicologia, nutrição, farmácia e fisioterapia que estão presentes nas equipes multidisciplinares previstas nas portarias, porém sem alocação de pessoal para este fim;
 - **Mudança do perfil epidemiológico da clientela** atendida na instituição, incluindo os atendimentos em que o HU é credenciado e é referência, como em cirurgia bariátrica, terapia renal substitutiva, onco-hematologia, em que há necessidade de se rever o quantitativo de pessoal das unidades que atendem tal clientela. No serviço de emergência, houve um aumento do nível de complexidade dos clientes, o que tem se observado após a instituição do SAMU, o que também implica em rever o quantitativo de pessoal, por exemplo, neste serviço;
 - A **falta de servidores administrativos** acarreta em dificuldade na melhoria dos processos organizacionais, melhoria nos processos de compras e licitações, bem como a absorção pelos HU do que se refere aos processos de financiamento, administração financeira e administração de pessoal;
 - Número significativo de **serviços terceirizados**, implicando no pagamento e gestão destes serviços, aumentando significativamente os custos hospitalares;
 - **Desenvolvimento tecnológico** implicando na necessidade de outros profissionais, que não constam dos quadros dos hospitais universitários, como físicos e tecnólogos de radiologia, para dar conta das especificidades atuais do

serviço de radiologia (como inclusão do tomógrafo, ressonância magnética, entre outros equipamentos tecnológicos); técnicos em informática, haja vista a ampliação e necessidade da tecnologia de informática para aprimoramento dos processos de controle hospitalares;

- Ampliação do HU como um grande **laboratório de ensino e pesquisa** em diversas áreas, implicando na diversificação das equipes de trabalho e quantitativo de pessoal, já que estes, em algumas áreas, ainda não suprem as necessidades institucionais, como psicólogos, assistentes sociais, administradores, entre outros;
- **Mudanças na legislação trabalhista**, que garantem direitos aos trabalhadores, implicando, em algumas situações, no afastamento mais prolongado dos mesmos, como no caso da licença maternidade que foi ampliada para 180 dias, assim como o afastamento das gestantes para área salubre. Neste sentido, destaca-se a implicação destas legislações na instituição hospitalar, que tem em seu contingente grande parte dos trabalhadores do sexo feminino e em idade fértil. O afastamento dessas servidoras sem que haja a possibilidade de reposição temporária, ou seja, sem que tenha ocorrido uma alteração do índice de segurança técnico para garantir a cobertura destes direitos trabalhistas, dificulta a manutenção da qualidade da assistência.

Na área de enfermagem, há ainda que se destacar a situação referente aos auxiliares de enfermagem, hoje num total de 166, cargo para o qual não há mais formação (atualmente são formados apenas técnicos de enfermagem), havendo necessidade de se prever a reposição em outra categoria profissional quando da aposentadoria dos mesmos. A mesma situação é verificada em relação aos auxiliares de laboratório, auxiliares de farmácia e assistentes de laboratório.

Estes são alguns dos problemas que temos enfrentado em relação ao dimensionamento de pessoal nos últimos anos, implicando num desgaste de gestão, dos próprios trabalhadores, havendo necessidade premente de recomposição de nossa força de trabalho, no sentido de garantirmos não apenas uma assistência de qualidade, mas principalmente uma assistência livre de riscos.

Com esta breve síntese, buscou-se justificar a necessidade de realização deste planejamento, para o enfrentamento de muitos problemas. Estamos

cientes de que a resolução dos mesmos não se dará em curto prazo, mas medidas podem ser adotadas no sentido de que mudanças possam ser realizadas e viabilizem o cumprimento da missão e visão da instituição.

5 OBJETO E OBJETIVOS

5.1 OBJETO

O Plano Diretor Estratégico do HUUFSC para o biênio 2017-2018 propõe ações para aprimorar o modelo de gestão no enfrentamento dos macroproblemas diagnosticados pela comunidade hospitalar.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivo Geral

Identificar os principais problemas que o HUUFSC enfrenta atualmente e propor ações que promovam a melhoria da gestão dos processos administrativos, da assistência à saúde e da formação de profissionais, para os próximos dois anos.

5.2.2 Objetivos Específicos

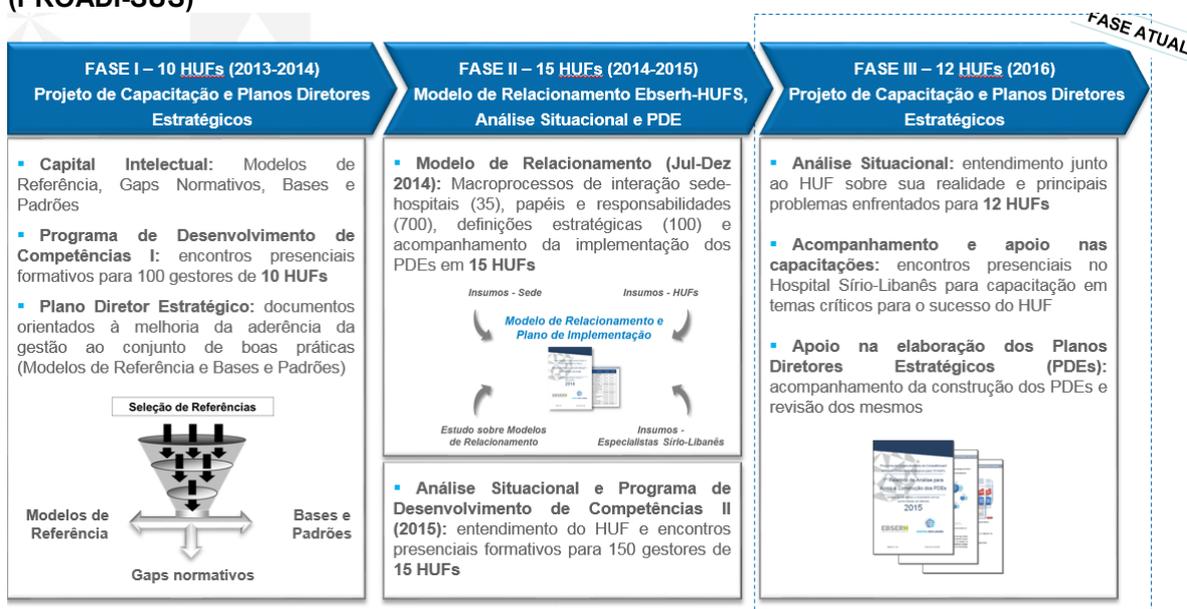
- Identificar as oportunidades de melhoria e os macroproblemas, bem como analisá-los;
- Elaborar um plano de Intervenção para solucionar os nós críticos identificados nos macroproblemas priorizados;
- Implementar uma Política de Gestão de Pessoas, visando a promoção da saúde do trabalhador, a organização dos processos de trabalho e a capacitação voltada às necessidades da Instituição e do trabalhador;
- Aprimorar a captação e o gerenciamento de recursos necessários ao desenvolvimento da missão do HU por meio da incorporação de novas tecnologias de informação, como o Aplicativo para a Gestão de Hospitais Universitários (AGHU) e, por meio da implantação de um sistema de regulação, monitoramento e avaliação de serviços assistenciais;
- Adequar a estrutura física e tecnológica do HU, por meio do desenvolvimento e da implantação de um Plano Diretor de Infraestrutura, bem como do planejamento para a aquisição de bens permanentes;

- Adaptar o modelo clínico assistencial vigente, a fim de atender às Políticas do SUS, por meio da promoção do cuidado centrado no paciente, da implantação de linhas de cuidado e da elaboração de protocolos clínicos multidisciplinares;
- Disponibilizar ensino integrado à assistência;
- Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário.

6 PERCURSO METODOLÓGICO

O projeto “Programa de Desenvolvimento de Competências III e Planos Diretores Estratégicos” representa a continuidade de uma parceria iniciada em Julho de 2013 entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH/MEC e o Hospital Sírio Libanês, por meio do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês (IEP) e o Ministério da Saúde, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), apresentado na Figura 14. Esta parceria propôs ações voltadas para o desenvolvimento de competências de gestores dos HUF, visando a melhoria dos processos de gestão, atenção à saúde e educação, por meio da elaboração, pelos mesmos, do PDE para o Hospital onde atuam. Em resumo, a construção do PDE é um dos principais produtos do projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais, o qual está inserido no conjunto de ações do Governo Federal, visando a reestruturação destes Hospitais. O projeto atual representa a continuidade das fases anteriores, concretizando esta como a terceira fase.

Figura 14 - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)



Fonte: EBSEH (2014).

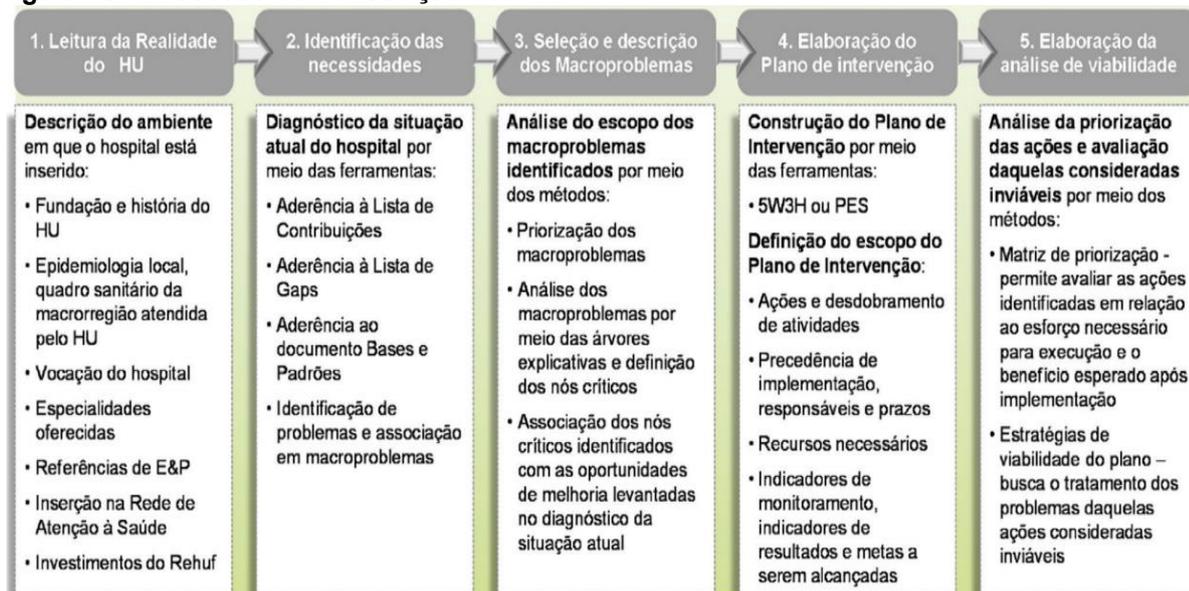
O processo de construção do PDE do HUUFSC deu-se a partir do mês de março de 2016, quando iniciaram os encontros locais no HUUFSC, em Florianópolis/SC, com os facilitadores e cofacilitadores do Curso de Gestão de

Hospitais Universitários Federais do Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês (IEP) (EBSERH, 2014).

O desenvolvimento do PDE teve como parte constituinte a utilização de ferramentas, dispositivos e/ou métodos que foram aplicados conforme a determinação de seu percurso metodológico, considerando os movimentos de construção do PDE: leitura ampliada da realidade; identificação de necessidades do HUF; seleção e descrição do(s) macroproblema(s) priorizado(s); elaboração da proposta de intervenção; e elaboração da análise de viabilidade (Figura 15).

Inicialmente, foram feitas três visitas com intuito de realizar a Análise Situacional do HUUFSC, nas quais ocorreram: análise de aderência à Lista de Contribuições; de aderência à Lista de Gaps; de aderência ao documento Bases e Padrões; identificação de problemas e associação em macroproblemas; priorização de macroproblemas; identificação de atores sociais relevantes e de suas perspectivas; e análise SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). (EBSERH, 2014).

Figura 15 – Processo de Construção do PDE



Fonte: EBSERH, 2015, p. 10

Fonte: EBSERH (2014)

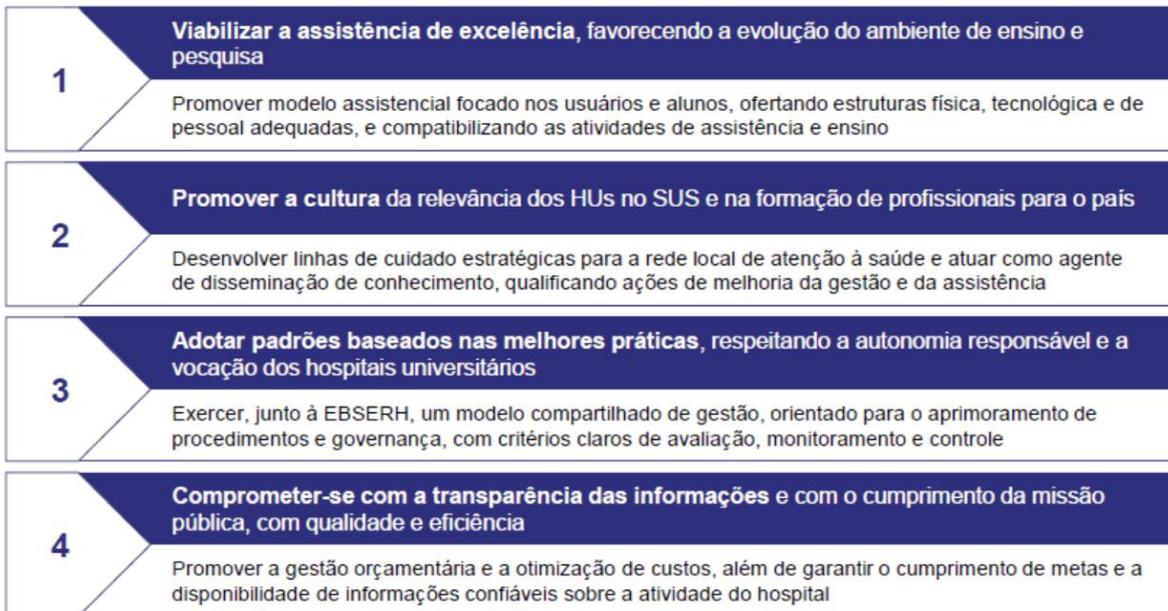
Após a fase de Análise Situacional, em maio de 2016 iniciou-se o “Programa de Desenvolvimento de Competências e Planos Diretores para os Hospitais Universitários Federais” constituído pelos ciclos de encontros presenciais no Hospital Sírio-Libanês para capacitação em temas críticos para o sucesso do HUF. (EBSERH, 2014).

Para cumprir o objetivo proposto no Curso, foram selecionados pela equipe de facilitadores do IEP, em parceria com a EBSEH, nove trabalhadores, entre gestores, técnico-administrativos e docentes, tanto do Hospital quanto da UFSC, os quais constituíram um grupo denominado afinidade. Entre os gestores, destacou-se a participação da Superintendência, da Gerência de Atenção à Saúde (GAS), da Diretoria de Medicina (DM) e da Diretoria Administrativa (DA). Entre os trabalhadores selecionados para compor este grupo, encontraram-se pessoas com perfis de competências em gestão, atenção à saúde e educação em saúde, as quais foram as responsáveis pela construção e descrição deste PDE juntamente com o Grupo Ampliado. Este último, constituído por trabalhadores e docentes representantes das diversas unidades administrativas, assistenciais e educacionais do HU e da UFSC, que participaram ativamente dos encontros locais, visando contribuir e legitimar o processo de construção do PDE do HUUFSC.

O Curso desenvolveu-se por meio de abordagem construtivista da educação para adultos, a qual busca estimular a capacidade de aprender a aprender, de desenvolver trabalho em equipe, de postura ética e colaborativa, aprofundando, de forma crítica e reflexiva, o conhecimento científico produzido nas áreas de gestão, saúde e educação. Para tanto, foram realizados encontros presenciais e atividades à distância. As linhas-mestras que orientaram todo o projeto de capacitação são as Diretrizes Estratégicas (Figura 16), que nortearam a elaboração de Modelos de Referência que continham as melhores práticas de gestão para a área da saúde e que servem de orientação para os HUF no desenvolvimento de ações para a evolução do patamar administrativo e assistencial (EBSEH, 2014).

Os encontros presenciais ocorreram mensalmente no IEP, em São Paulo/SP, com o Grupo Afinidade, entre os meses de maio a dezembro de 2016. Durante este período, também ocorreram no HUUFSC, semanalmente, encontros locais entre os grupos afinidade e ampliado e, periodicamente, as visitas dos facilitadores e cofacilitadores do IEP ao HUUFSC para o desenvolvimento das etapas seguintes do PDE, a saber: elaboração das árvores explicativas para cada macroproblema (identificando os Nós Críticos para cada um deles); associação dos Nós Críticos com as oportunidades de melhoria do HUUFSC; e elaboração do Plano de Intervenção (utilizando a ferramenta 5W3Hs) e definição de cronograma para acompanhamento da execução do Plano.

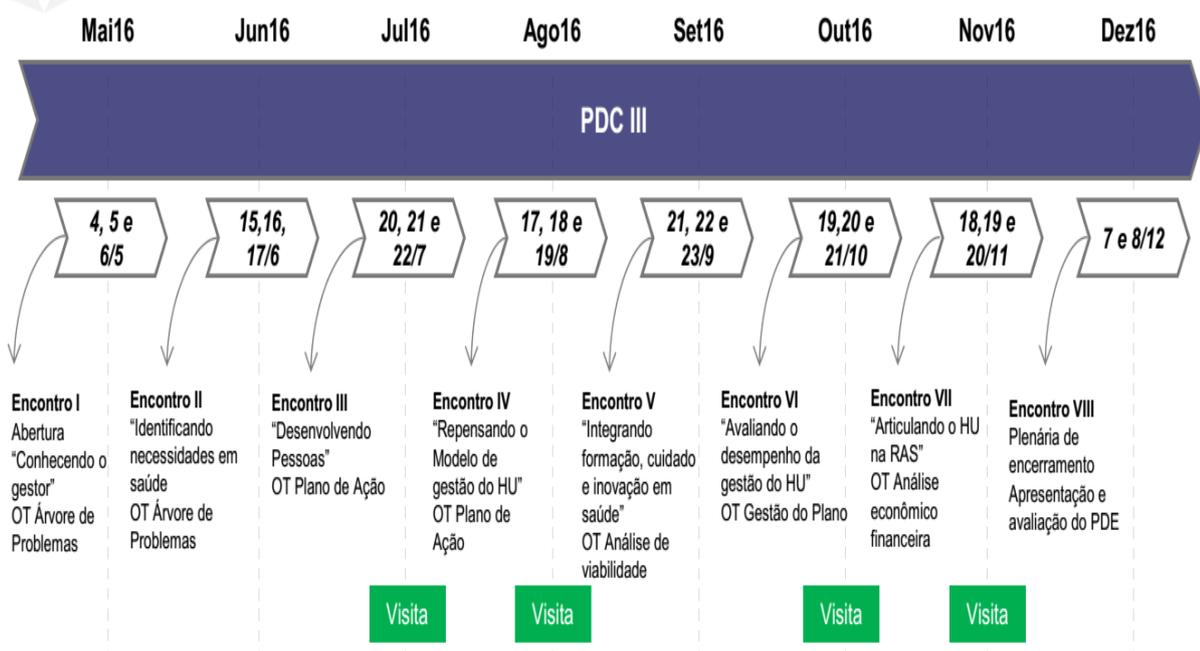
Figura 16: Diretrizes Estratégicas do Projeto de Capacitação e Planos Diretores dos Hospitais Universitários Federais



Fonte: EBSEERH (2014).

Ao todo, foram realizadas seis visitas ao Hospital. Na Figura 17 é apresentado o cronograma dos encontros realizados no IEP, com o grupo afinidade, bem como as visitas locais realizadas pelos facilitadores e cofacilitadores do IEP.

Figura 17 – Cronograma de encontros do Curso de Gestão de HUF e visitas locais realizadas pelos facilitadores e cofacilitadores do IEP.



Fonte: EBSEERH (2014).

6.1 FERRAMENTAS UTILIZADAS NA CONSTRUÇÃO DO PDE

6.1.1 Aderência à Lista de Contribuições

O diagnóstico de aderência do HUUFSC aos sete Modelos de Referência foi analisado ao longo de três visitas técnicas, sendo eles: Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica (EBSERH, 2014).

O diagnóstico de Aderência à Lista de Contribuições resultou das entrevistas e observações realizadas em visitas ao HUUFSC, guiadas pelos Modelos de Referência e pela Lista de Contribuições, apresentando uma visão quantitativa da aderência do HUUFSC a cada Modelo de Referência permitindo identificar as áreas menos desenvolvidas e constituindo uma das bases para avaliação das oportunidades de melhoria. O diagnóstico de aderência à Lista de Contribuições foi realizado ao longo de três visitas técnicas. A primeira visita técnica, realizada entre Janeiro e Fevereiro de 2016, foi destinada a verificar a aderência às boas práticas referentes aos temas de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica e Humanização da Saúde; a segunda visita, realizada entre Fevereiro e Março, foi destinada a verificar a aderência no âmbito da Administração Econômico-Financeira e Compras Hospitalares; e a terceira visita, realizada entre Março e Abril, foi destinada a verificar a aderência à Lista de Contribuições com relação aos últimos dois Modelos de Referência - Hotelaria Hospitalar e Gestão de Obras e Engenharia Clínica.

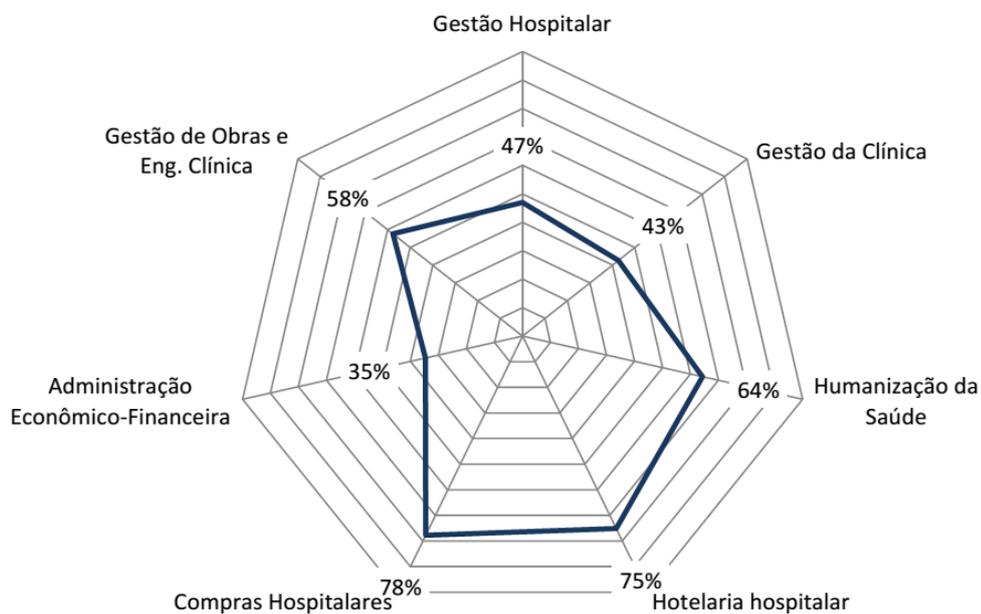
6.1.2 Avaliação Global

O HUUFSC apresentou 57% de aderência global às boas práticas relacionadas na Lista de Contribuições dos Modelos de Referência de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira e Gestão de Obras e Engenharia Clínica. O nível de aderência consolidado por Modelo é apresentado na Figura 18.

De acordo com gráfico da Figura 18, pode-se concluir que a aderência global do HUUFSC às boas práticas é moderada alta. O hospital destaca-se positivamente na aderência às boas práticas em relação ao Modelo de Referência de Compras

Hospitalares (78%), com a maior aderência diagnosticada, seguido por Hotelaria Hospitalar (75%) e Humanização da Saúde (64%), todos acima da aderência global. Em contrapartida, o Modelo de Referência de Gestão de Obras e Engenharia Clínica (58%) apresentou índice próximo ao patamar da média global do hospital. Por fim, os Modelos que representaram o maior percentual de oportunidade de melhoria e encontram-se abaixo da média global são: Gestão Hospitalar (47%), Gestão da Clínica (43%) e Administração Econômico-Financeira (35%). (IEP, 2016a).

Figura 18 - Aderência aos 7 Modelos de Referência



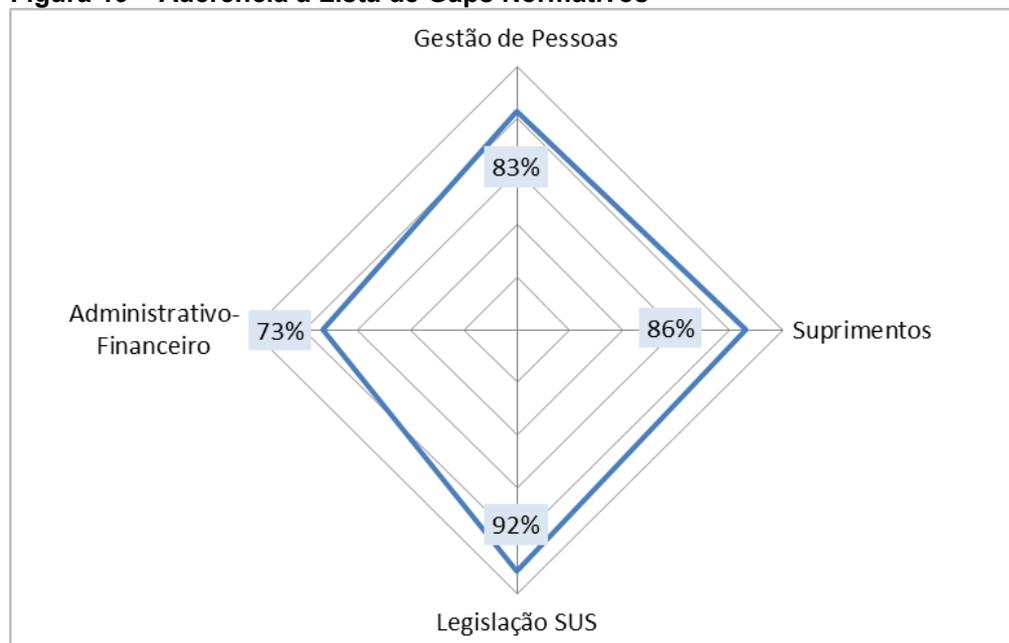
Fonte: IEP (2016a).

6.1.3 Aderência à Lista de Gap

Essa ferramenta apresenta a visão de identificação de oportunidades de melhoria do HUUFSC, por meio da complementação dos resultados anteriores com a análise de aderência dos hospitais a requisitos normativos e legais (Análise de *Gaps*). Na segunda, visita além da análise da aderência da Lista de Contribuições de dois Modelos, foi realizada também a análise de aderência à Lista de Gaps Normativos, a qual apresenta uma visão de oportunidades de melhoria do HU no que se refere à Legislação de gestão de pessoas, Legislação de Suprimentos, Legislação Administrativo-Financeira e Legislação de Regulação e do SUS, tendo como base a

identificação dos pontos de não conformidade em cada um desses âmbitos (EBSERH, 2014).

Figura 19 – Aderência à Lista de Gaps Normativos



Fonte: IEP (2016b).

O HUUFSC possui 85% de Aderência Global às exigências normativas, representando uma aderência Moderada Alta às respectivas normatizações (Figura 19), sendo importante uma atenção especial aos aspectos administrativo-financeiros e gestão de pessoas. (IEP, 2016b).

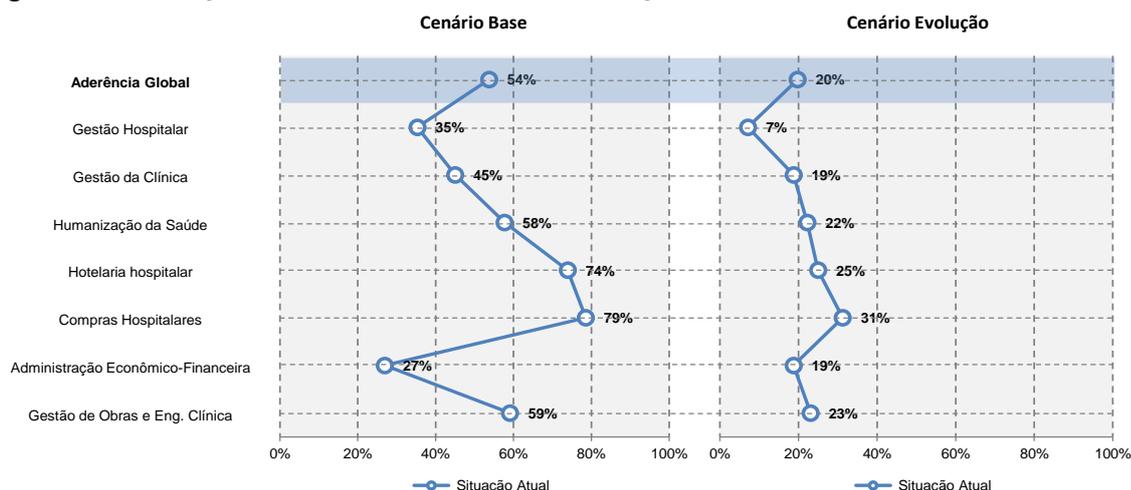
6.1.4 Aderência ao Documento Bases e Padrões

O diagnóstico de aderência ao documento Bases e Padrões visa identificar as melhorias que devem ser adotadas para o modelo de gestão dos HUF, visando aperfeiçoar a gestão hospitalar e torná-la mais eficiente, considerando os seguintes temas: Gestão Hospitalar (GH), Gestão da Clínica (GC), Humanização (HS), Hotelaria Hospitalar (HO), Compras Hospitalares (CH), Administração Econômico-Financeira (EF) e Gestão de Obras (GO) e Engenharia Clínica (EC).

O documento de Bases e Padrões considera as boas práticas contempladas nos Modelos de Referência, posicionando-as num cenário de curto-prazo (Cenário Base) ou num cenário de médio/longo prazo (Cenário Evolução). (EBSERH, 2014).

Ao se avaliar o cenário base e o cenário evolução identifica-se que em relação aos sete Modelos de Referência, o HU apresenta uma adesão de 54% ao Cenário base, considerada moderada baixa e de 20% ao Cenário Evolução, conforme pode-se observar na Figura 20.

Figura 20 - Avaliação Cenário Base X Cenário Evolução



Fonte: EBSERH (2016).

Avaliando-se os modelos de referência e o contexto do HU-UFSC, identificam os que os modelos com menor aderência foram os relativos à Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica e Administração Econômico-Financeira. (EBSERH, 2016).

Adicionalmente, com base na análise de aderência do documento de bases e padrões, foram identificadas as principais boas práticas do HU-UFSC e definidas as principais oportunidades de melhorias, conforme descrito abaixo (EBSERH, 2016):

Principais Boas Práticas:

(GH) **Contratualização** dentro do prazo de vigência e revisada periodicamente.

(GC) **Institucionalização** de comissões assessoras obrigatórias.

(HS) Existência de um **grupo ativo de Humanização** com diversas ações implementadas.

(EF) Aderência majoritária **às normas e processos auditados pelo TCU**.

(CH) Utilização de **instrumentos padronizados no processo** de compras hospitalares.

(HO) Existência de **acordos de nível de serviço** nos contratos com terceiros ou internos.

(OE) Gerenciamento de projetos de obras com acompanhamento entre planejado e realizado.

O hospital tem buscado em seus processos implementar boas práticas, no entanto, um conjunto de melhorias ainda precisam ser implementadas, visando o aprimoramento da instituição. Estes principais pontos de melhoria da instituição surgiram após um processo de reflexão com o grande grupo, gerando os macroproblemas (a serem discutidos no capítulo seguinte).

Principais Melhorias

(GH) Construção de uma **sistemática** para gestão da qualidade e segurança.

(GC) Aprimoramento das **Atividades de Regulação Assistencial**.

(HS) Implementação de ações **destinadas aos trabalhadores**.

(HO) Implementação de **indicadores operacionais** para monitoramento na gestão do serviço processamento de roupas.

(CH) **Adequação de indicadores** dos processos de compras para melhor avaliação e gestão.

(EF) Implementação de uma **gestão de custos com visão por paciente**.

(OE) Adoção de um processo de **descarte** de equipamentos **integrado às compras**.

6.1.5 Identificação de Problemas e Associação com os Macroproblemas

A partir da identificação das principais oportunidades de melhorias e com base na avaliação global da aderência ao documento Bases e Padrões foram identificados os principais problemas da instituição, que após um processo de reflexão com o grande grupo, geraram a declaração inicial dos problemas do HUUFSC (EBSERH, 2016):

- Falta de uma Política de Gestão de Pessoas;
- Falta de um modelo de gestão hospitalar que proporcione uma maior captação de recursos e integração entre todos os setores, refletindo na qualidade da assistência e ensino;
- Falta de financiamento para missão do HU;
- Falta de conhecimento (informação) das políticas de financiamento referente à contratualização, fluxo, integração, controle e avaliação;

- Falta de definição de requisitos para ampliação das ferramentas de tecnologia para os sistemas de informação tanto administrativos, quanto assistenciais;
- Insuficiência de estrutura física e a falta de adequação às normas assistenciais;
- Falta de uma política de gestão de materiais;
- Integração docente – assistencial ineficaz;
- Falhas nos processos de comunicação;
- Falta de integração da rede assistencial e despreparo dos profissionais para responder à filosofia do trabalho em redes/linhas cuidado.

6.1.6 Priorização dos Macroproblemas

Após a realização de várias oficinas com o grupo ampliado e orientação dos facilitadores, os problemas citados foram agrupados conforme suas similaridades, obtendo cinco principais macroproblemas que foram organizados em uma Matriz Decisória (Figura 21).

Na Matriz Decisória os problemas listados foram analisados, segundo sua importância, atribuindo-se o valor “baixo”, “médio” ou “alto”. Após atribuir o valor de importância, o grupo avaliou o interesse por cada problema atribuindo um sinal negativo aos que não necessitavam de mudança, sinal positivo aos que precisavam de intervenção para mudar a realidade, ou neutro aos que eram indiferentes. Com essas informações o grupo atribuiu notas de 0 a 10 aos problemas que apresentaram alto valor e interesse positivo e assim foram priorizados de acordo com as notas recebidas. (EBSERH, 2016).

Após essa análise foram priorizados quatro macroproblemas que nortearam a construção do Plano Diretor do HUUFSC (EBSERH, 2016).

Macroproblema 1: Dificuldade de implementação de política de gestão de gestão de pessoas; **Macroproblema 2:** Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU; **Macroproblema 3:** Inadequação da estrutura física e tecnológica; e **Macroproblema 4:** Modelo Clínico Assistencial Insuficiente para o Atendimento das Políticas do SUS.

O macroproblema “Dificuldade de Implementação do Processo de Gestão de Pessoas” relaciona-se à falta de implementação da Política de Gestão de Pessoas do

HUUFSC elaborada em 2008 e a importância de se estabelecer um Plano de Educação Permanente que atenda às necessidades institucionais e do trabalhador. Este macroproblema também abarca uma questão grave enfrentada pelo HU, o elevado índice de absenteísmo decorrente de afastamentos por problemas de saúde e o número insuficiente de servidores. Essa realidade obriga o hospital a funcionar desde 2013 com 70 leitos fechados e impede a abertura de 28 leitos novos comprometendo diretamente a segurança e qualidade da assistência, bem como a produção assistencial.

Figura 21 – Matriz Decisória dos Macroproblemas do HUUFSC

#	Declaração do macroproblema	Valor	Interesse	Pontuação
A	Falta de uma política de gestão de pessoas	Alto	Mudar (+)	10,00
B	Falta de um modelo de gestão hospitalar que proporcione uma maior captação de recursos e integração entre todos os setores, refletindo na qualidade da assistência e ensino	Alto	Mudar (+)	10,00
F	Insuficiência de estrutura física e a falta de adequação às normas assistenciais	Alto	Mudar (+)	9,33
I	Falhas nos processos de comunicação	Alto	Mudar (+)	9,00
J	Falta de integração da rede assistencial e despreparo dos profissionais para responder à filosofia do trabalho em redes/linhas cuidado	Alto	Mudar (+)	9,00

Fonte: EBSEH (2016).

O macroproblema “Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU” relaciona-se além da falta de recursos financeiros, ao desperdício do orçamento gerado pela falta de controle na utilização de insumos, materiais e medicamentos. Abrange também a falha no registro da produção assistencial que compromete o faturamento e a necessidade de buscar novas formas de captação de recursos, como por exemplo, por meio da produção de pesquisas no HU. A ausência de capital ocasiona uma limitação da autonomia do HU para tomada de decisões.

O macroproblema “Inadequação da Estrutura Física e Tecnológica” relaciona-se ao problema do HUUFSC ter um projeto arquitetônico antigo e que necessita de adequação de diversas áreas para atender à legislação da Vigilância Sanitária e

Bombeiros, além de possuir um número elevado de equipamentos e bens permanentes danificados e uma falta de planejamento na aquisição dos mesmos.

O macroproblema “Modelo Clínico Assistencial Insuficiente para o Atendimento das Políticas do SUS” relaciona-se ao atual modelo assistencial não centrado no usuário, a ausência de implementação das linhas de cuidado e falta de integração com a Rede de Atenção à Saúde local. A ausência de regulação interna torna-se uma das causas da elevada fila de espera por internações eletivas e elevada taxa de permanência hospitalar.

6.1.7 Identificando Atores Sociais Relevantes ao HUUFSC

Em uma das visitas dos facilitadores ao grupo ampliado do HU/UFSC, realizou-se uma Oficina de Atores Sociais, visando alinhar estes conceitos, identificar atores sociais relevantes em relação aos macroproblemas priorizados e, identificar a motivação dos atores relevantes para resolução dos macroproblemas do HU. Trabalhou-se com elementos da Matriz de Motivação, na qual cada ator social elencado foi avaliado quanto à sua relevância (recursos políticos, econômicos, técnicos e organizacionais), governabilidade (valor alto, médio e baixo), interesse (positivo, negativo e neutro) e motivação (aliado, oponente e indiferente) em relação aos macroproblemas do HU/UFSC.

Segundo Matus (1993), atores sociais compreendem pessoas ou forças sociais que exercem algum poder dentro do jogo social, visando alcançar objetivos comuns.

Neste contexto, o processo de produção social que determina uma dada realidade assemelha-se a um jogo, onde estão inseridos diversos atores sociais, cujos objetivos são diferentes entre si e, muitas vezes, conflitantes. Neste jogo social, há reproduções, conflitos, criações e transformações, visto que a realidade onde vivemos e trabalhamos é, essencialmente, movimento e mudança (MATUS, 1993).

Um ator social para se configurar como tal, deve apresentar três características essenciais:

- capacidade de formular projetos de intervenção na realidade, seja para mudá-la ou para reproduzi-la;
- capacidade de mobilizar recursos e de motivar pessoas para a execução de projetos;

- certo grau de organização, ou seja, pessoas que se agrupam em torno de uma causa cuja atuação é coordenada.

Ainda, segundo Matus (1993), o que confere relevância ao ator social são os recursos de que dispõe para intervir na realidade. Esses recursos podem ser classificados em quatro tipos:

- Recursos Políticos: refere-se à administração de recursos de poder;
- Recursos Econômicos: refere-se à disponibilidade de recursos financeiros;
- Recursos Técnicos: consiste em disponibilizar a capacidade técnica existente na forma de tecnologia de saúde, organizacional e administrativa, que viabilize as operações;
- Recursos Organizacionais: refere-se às capacidades institucionais do sistema como um todo e à capacidade de liderança dos gestores.

Os valores alto, médio ou baixo, dizem respeito ao poder e à governabilidade que o grupo entende que o ator possui para modificar a situação atual (MATUS, 1993).

O interesse, que pode ser positivo, negativo ou neutro, diz respeito à motivação do ator em resolver o macroproblema, em mudar a realidade existente, de acordo com a percepção do grupo. Dessa forma, um ator pode ser um:

- Aliado: quando auxilia na superação dos problemas = sinal positivo (+);
- Oponente: quando prefere manter a realidade ou rechaça as mudanças = sinal negativo (-);
- Indiferente: quando não se preocupa com o assunto, não é a favor ou contra = sinal neutro (0) (MATUS, 1993).

No âmbito Institucional, a identificação e a análise da motivação dos atores sociais são importantes para compreender o contexto onde os macroproblemas desenvolveram-se. Este processo de análise dos atores sociais também foi relevante na análise de viabilidade das ações propostas no Plano de Ação, constando nas planilhas de viabilidade descritas posteriormente.

6.1.8 Análise SWOT

Durante a segunda visita em uma oficina realizada com o grupo ampliado, foi aplicada a análise SWOT aprofundada, que é uma ferramenta utilizada para analisar o cenário (análise do ambiente), buscando identificar todos os aspectos internos e externos ao HUUFSC que compõem sua situação atual (EBSERH, 2014). Com esta matriz busca-se fortalecer os pontos positivos, indicando quais os pontos devem melhorar, mostra as chances de crescimento, aumentando as oportunidades e deixa em alerta diante de riscos.

Para a composição da Matriz foi realizada a listagem das oportunidades, ameaças, forças e fraquezas. Após o levantamento desses aspectos, consolidou-se a listagem em uma única matriz, conforme Figura 22.

Figura 22 - Matriz SWOT cruzada HUUFSC
Matriz SWOT Cruzada do HU-UFSC

	OPORTUNIDADES (O)					AMEAÇAS (T)			SOMATÓRIO LINHA	
	Ebserrh Método de Gestão	Captação de recursos para projetos de ensino e pesquisa	Ser um polo de educação permanente	Oportunidade de renovação tecnológica para sistema de informação	Integração com a rede de saúde e oferta de serviços	Crise política e financeira	Fragilidade do Instrumento de contratualização	Política de financiamento determinada pelos gestores do SUS		Falta de autonomia de gestão de pessoas e orçamento
	DESENVOLVIMENTO (18 cruzamentos)					MANUTENÇÃO (6 cruzamentos)				
FORÇAS (S)	Atendimento de qualidade	“Tirar o máximo partido das fortalezas para aproveitar ao máximo as oportunidades detectadas.”					“Tirar o máximo partido das fortalezas para minimizar os efeitos das ameaças detectadas.”			4
	Produção de conhecimento									4
	Marca do HU									5
	Equipe multidisciplinar com alta qualidade técnica em algumas áreas									4
	Profissionais comprometidos, competentes e qualificados									7
	CRESCIMENTO (35 cruzamentos)					SOBREVIVÊNCIA (21 cruzamentos)				
FRAQUEZAS (W)	Falta de planejamento institucional	“Desenvolver as estratégias que minimizem os efeitos negativos das fraquezas e que em simultâneo aproveitem as oportunidades emergentes.”					“As estratégias a desenvolver devem minimizar ou ultrapassar as fraquezas e, tanto quanto possível, fazer face às ameaças.”			8
	Defasagem tecnológica dos sistemas de informação									7
	Resistência a mudança de cultura									5
	Fragmentação (pouca integração entre os serviços)									5
	Infraestrutura física e equipamentos inadequados para a de ensino, pesquisa e assistência									7
	Recursos Humanos numericamente deficientes									8
	Comunicação interna e externa ineficiente									8
Falha no registro da produção assistencial	8									

Fonte: EBSEH (2016).

Ao analisarmos o ambiente interno da Instituição, entre as forças apontadas pelo grupo, destaca-se principalmente, os “Profissionais comprometidos, competentes e qualificados” que atuam no HU e garantem um “Atendimento de qualidade” e resolutivo, qualidade esta reconhecida pelos usuários e certificada na última pesquisa de satisfação realizada pelo HU no final de 2015, que apontou a satisfação dos usuários com o atendimento recebido. Assim, ao longo dos anos, o HUUFSC construiu

outra força reconhecida pelo grupo como a “Marca do HU”. Atualmente o HUUFSC é referência em alta complexidade em atenção ao portador de obesidade grave, cirurgia vascular, oncologia (cirurgia oncológica e oncohematologia), nefrologia, terapia nutricional, implante coclear e procedimentos endovasculares extracardíacos e para garantir esses atendimentos e dos diversos outros serviços ambulatoriais e clínicos apresenta outra força identificada pelo grupo: uma “equipe multidisciplinar com alta qualidade técnica em algumas áreas”.

É importante destacar que, apesar do reconhecimento do HUUFSC, há serviços que podem ser melhorados ou implementados, mas aqueles que se propõe a realizar são bem estruturados e qualificados. A “produção do conhecimento”, outra força identificada, deve-se ao fato do HUUFSC ser campo de estágio de cursos na área da saúde e possuir diversos programas de residência médica e multidisciplinar que são reconhecidos pela qualidade apresentada. Além de ser cada vez mais procurado como local de realização de importantes pesquisas na área da saúde, educação e gestão.

Entre as Fraquezas apontadas, destacam-se, principalmente, “recursos humanos numericamente deficientes”, problema que se agravou nos últimos anos em função da não reposição das vagas decorrentes de aposentadorias, demissões, exonerações, entre outros, causando um grande impacto no processo assistencial, obrigando o hospital a manter leitos fechados comprometendo a produção e qualidade assistencial.

A “falta de planejamento institucional” é outra fragilidade que compromete diversos aspectos no HUUFSC desde a gestão de recursos humanos à gestão de materiais e bens permanentes comprometendo os processos assistenciais, o controle orçamentário e as possibilidades de expansão.

Além dos pontos citados acima, a “Infraestrutura física e equipamentos inadequados para o ensino, pesquisa e assistência” do HUUFSC também é uma fraqueza apontada pelo grupo, já que o Hospital possui um projeto arquitetônico antigo que necessita passar por adequações para atender a legislação vigente e garantir além da ambiência, a qualidade da assistência e a produção assistencial pactuada. O HU possui um número elevado de equipamentos danificados, fato que ocorre não somente pelo mau uso mas também pela insuficiência de manutenção preventiva e uma falta de planejamento na aquisição dos mesmos.

A “defasagem tecnológica nos sistemas de informação” e “a falha no registro da produção assistencial” são fraquezas apontadas que indicam a necessidade de implantação do AGHU, aprimorando o prontuário eletrônico já existente na instituição, propiciando uma melhor dinâmica dos processos e seus registros, buscando alcançar um faturamento eficiente. A falha no registro da produção assistencial também está relacionada à falta de conhecimento dos profissionais a respeito da contratualização, das metas pactuadas, bem como do custo de cada procedimento realizado.

Essas questões estão diretamente ligadas a outra fraqueza institucional identificada como “comunicação interna e externa ineficiente”, refletindo a necessidade de adotar um método de comunicação que alcance o trabalhador e o usuário para divulgação dos custos e investimentos institucionais, tornando a gestão mais transparente; divulgando as pesquisas e as produções assistenciais realizadas, as oportunidades internas e externas de ensino, as ações de cada serviço, a política e o planejamento institucional, enfim o próprio PDE.

A “fragmentação (pouca integração dos serviços)” revela a forma como o HUUFSC é organizado, consequência de um modelo acadêmico fragmentado por especialidade e que não favorece a integração refletindo no cuidado fragmentado efetuado. Assim, o grupo reconhece que enfrentará dificuldades e “resistência à mudança de cultura” para transformar essa realidade.

6.1.9 Árvores Explicativas dos Macroproblemas Priorizados – Apresentação dos Resultados da Análise de Macroproblemas

Ao longo dos encontros realizados no Curso de Formação dos gestores, de visitas *in loco* e reuniões internas no HUUFSC entre grupos de gestores, grupo afinidade e grupo ampliado, foram desenvolvidas as quatro Árvores Explicativas.

A árvore explicativa de problemas é a representação gráfica de uma situação-problema, suas principais causas e os efeitos negativos que ela provoca na população-alvo do projeto.

Identificados os problemas, a construção da árvore se deu a partir da descrição dos mesmos por meio de descritores. Os descritores são indicadores que definem os problemas com clareza e 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.

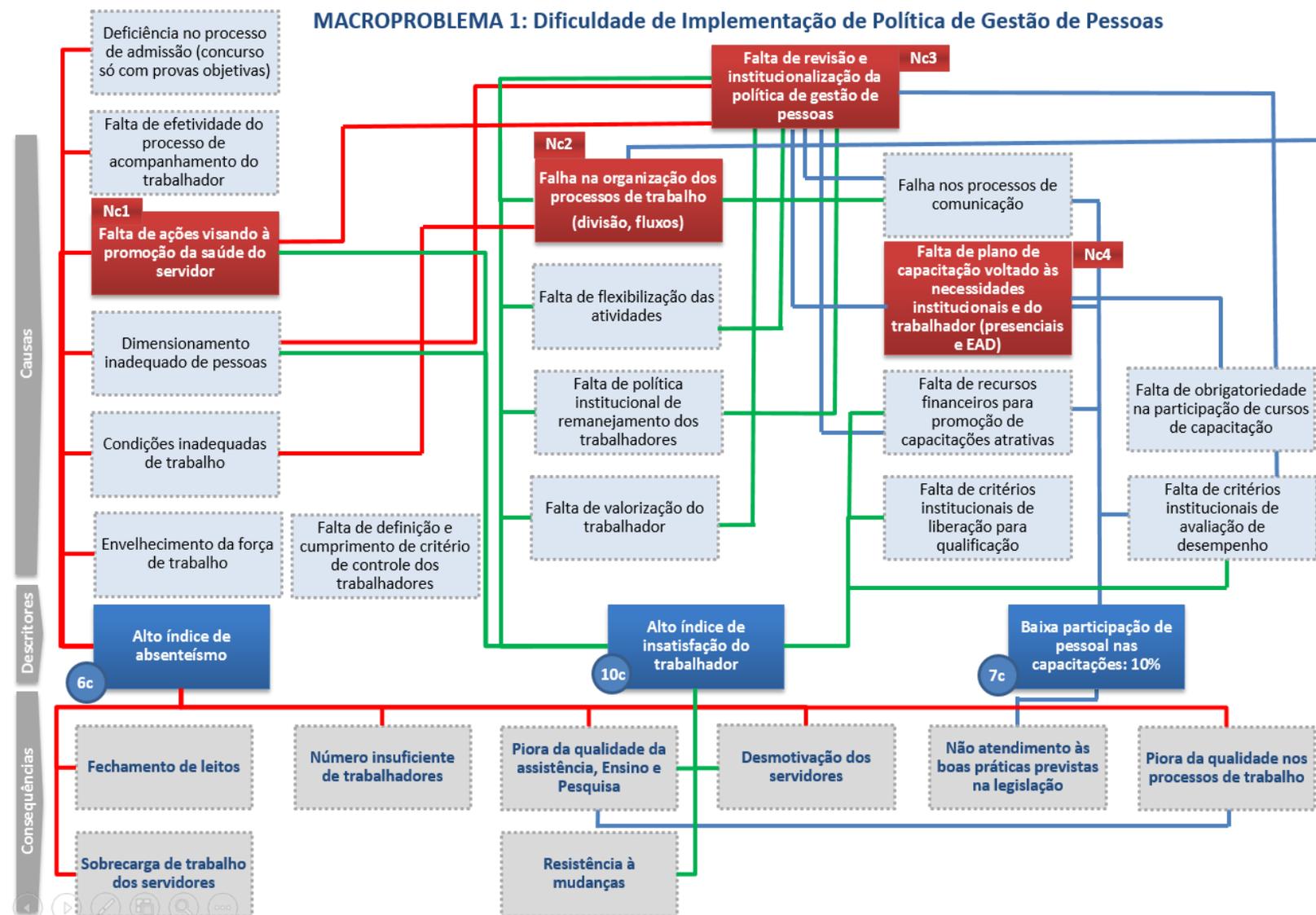
No diagrama, acima dos descritores são identificadas as causas e abaixo as consequências. As causas que foram identificadas pelo grupo com maior potencial de impacto sobre os descritores, e sobre as quais havia real possibilidade de intervenção, sendo denominadas nós críticos.

Após a construção das Árvores Explicativas (Figuras 23, 24, 25 e 26), foram identificados 13 descritores e 18 Nós Críticos relacionados aos quatro Macroproblemas:

- NC01: Falta de ações visando à promoção da saúde do trabalhador;
- NC02: Falha na organização dos processos de trabalho (divisão, fluxos);
- NC03: Falta de revisão e institucionalização da Política de Gestão de Pessoas;
- NC04: Falta de plano de educação permanente voltado às necessidades institucionais e do trabalhador (presenciais e Ensino à Distância - EAD);
- NC05: Insuficiência de mecanismos de controle de insumos, materiais e medicamentos;
- NC06: Inexistência de política de pesquisa do HU;
- NC07: Falta de um sistema integrado de tecnologia da informação;
- NC08: Inexistência de regulação, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais.
- NC09: Uso inadequado dos equipamentos;
- NC10: Ausência de Plano Diretor de Infraestrutura (e sua implementação);
- NC11: Falta de planejamento institucional para aquisição de bens permanentes;
- NC12: Ausência de regulação assistencial interna;
- NC13: Emergência do HU de porta aberta;
- NC14: Protocolos clínicos/ Procedimento Operacional Padrão - POP estabelecidos em apenas 50% dos serviços;
- NC15: Processo de trabalho no centro cirúrgico não favorece o aproveitamento da capacidade;
- NC16: Modelo assistencial não centrado no usuário;
- NC17: Estrutura organizacional atual não favorece a implementação das linhas de cuidado; e
- NC18: Cuidado multiprofissional integrado em apenas três serviços.

No âmbito de atuação dos 18 Nós Críticos levantados, destaca-se que oito estão relacionados a Processos e estruturas assistenciais, quatro à Gestão de pessoas, três se referem à Infraestrutura e Tecnologia da Informação, um se relaciona com Processos e estruturas administrativos e financeiros, um com Integração ensino, pesquisa e assistência e, por fim, um está vinculado ao tema Inserção no SUS / RAS.

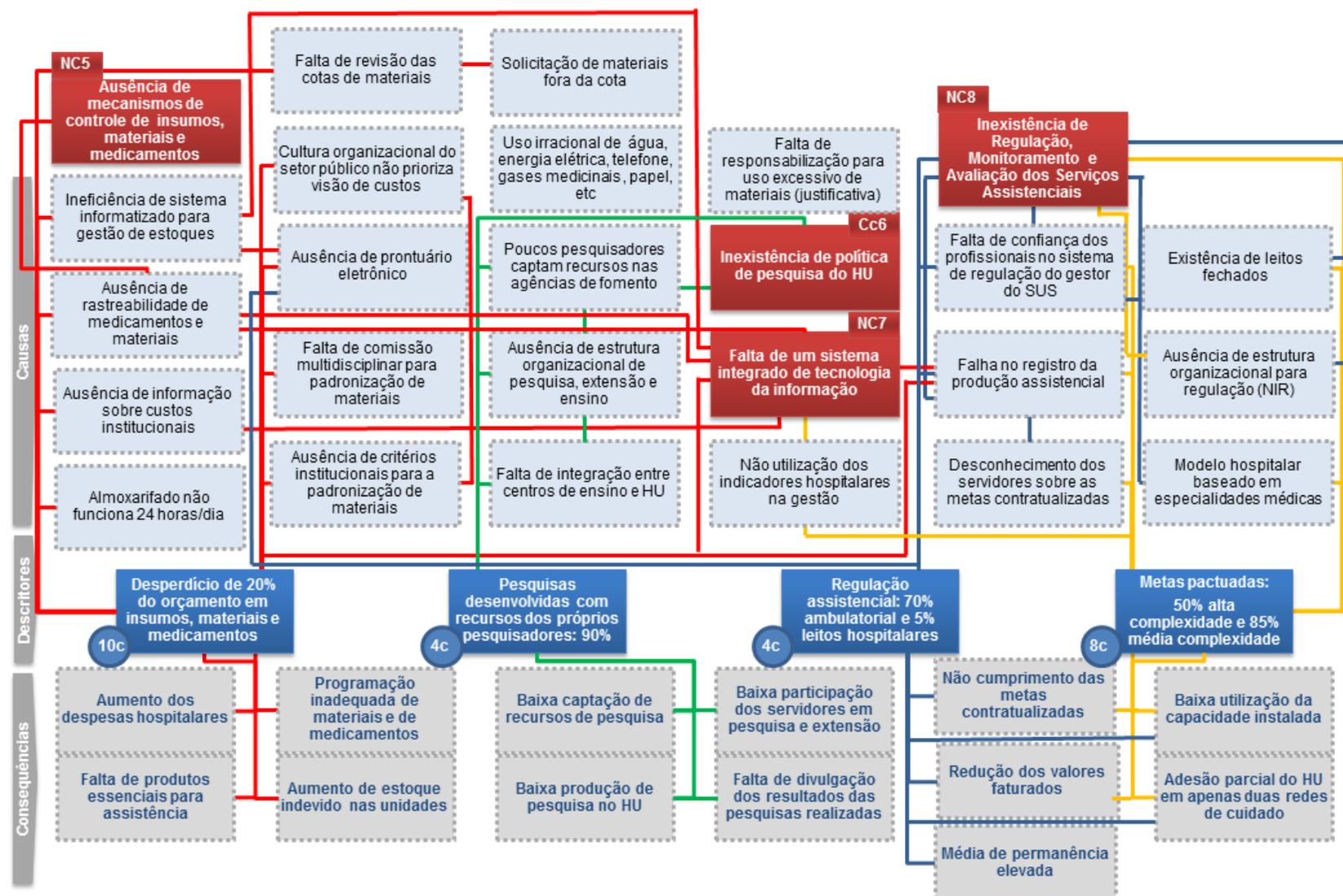
Figura 23 - Árvore Explicativa - Macroproblema 1: Dificuldade de Implementação de Política de Gestão de Pessoas



Fonte: Elaboração Própria

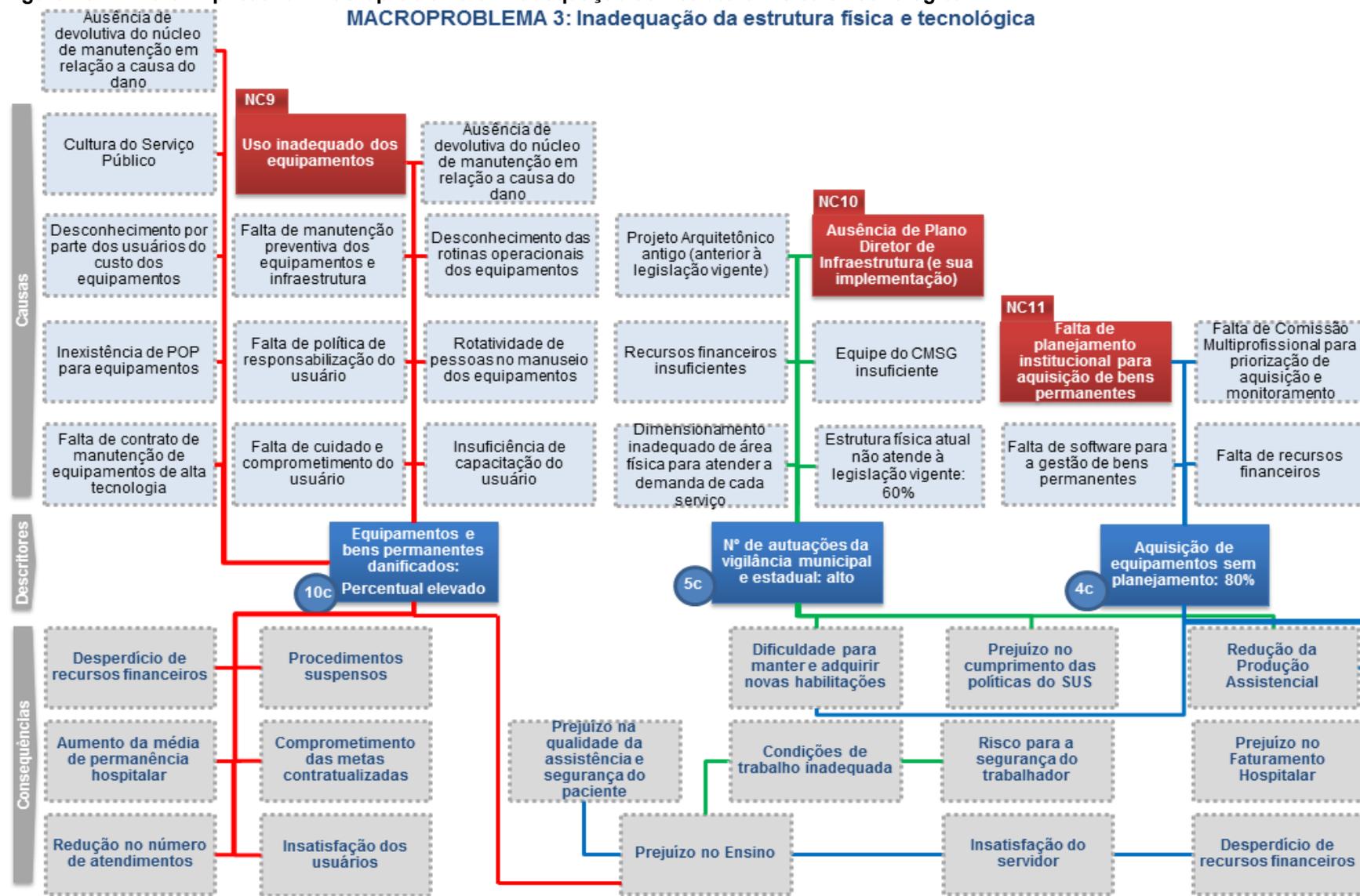
Figura 24 - Árvore Explicativa - Macroproblema 2: Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU

MACROPROBLEMA 2: Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU



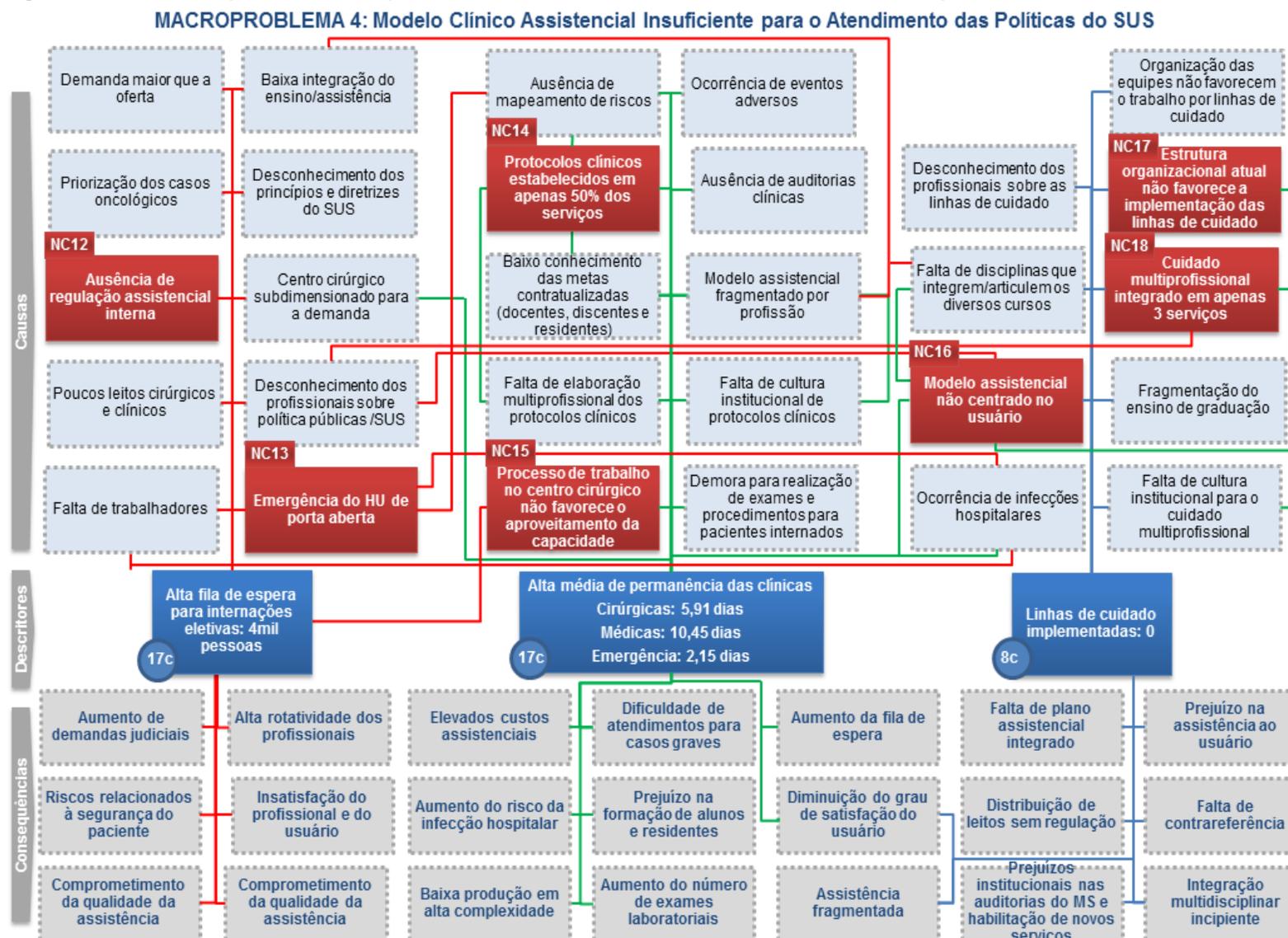
Fonte: Elaboração Própria

Figura 25 - Árvore Explicativa - Macroproblema 3: Inadequação da Estrutura Física e Tecnológica
MACROPROBLEMA 3: Inadequação da estrutura física e tecnológica



Fonte: Elaboração Própria

Figura 26 – Árvore Explicativa Macroproblema 4: Modelo Clínico Assistencial Insuficiente para o Atendimento das Políticas do SUS

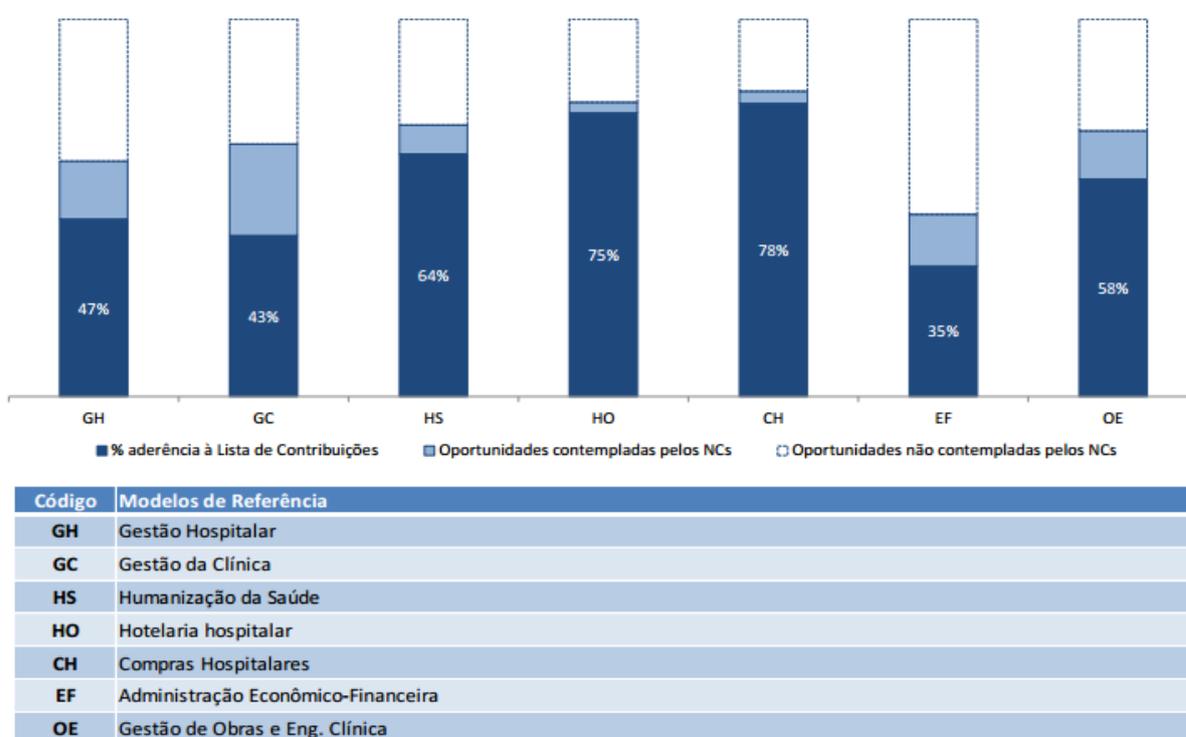


Fonte: Elaboração Própria

6.2 Análise dos Nós Críticos e Oportunidades de Melhoria

O diagnóstico proveniente da lista de contribuições permitiu identificar que os Nós Críticos priorizados pelo HUUFSC apresentam foco adequado de atuação, possibilitando trabalhar as oportunidades de melhoria em três Grupos que apresentaram menor adesão aos Modelos de Referência: Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica e Administração Econômico Financeira (Figura 27).

Figura 27 - Análise das Oportunidades de Melhoria e Abrangência dos Nós Críticos do HUUFSC



Fonte: EBSEH (2016).

No Quadro 2 estão as oportunidades de melhoria que serão consideradas no plano de ação desse PDE para garantir uma melhor adesão às Boas Práticas relacionadas a cada grupo. Essas oportunidades de melhoria correspondem a atuações dos Nós críticos que foram menos exploradas no plano de adesão aos Modelos de Referência e podem ser trabalhadas ao longo do plano de ações.

Quadro 2 - Abrangência dos Nós Críticos e das Oportunidades de Melhoria e Aderência do HUUFGSC (Continua)

MODELO DE REFERÊNCIA	GRUPO DE REFERÊNCIA COM MENOR ADERÊNCIA NÃO CONTEMPLADA PELOS NÓS CRÍTICOS	OPORTUNIDADES DE MELHORIA ADICIONAIS QUE CONTEMPLAM ESSE GRUPO
GESTÃO HOSPITALAR	GH05: Construção de uma sistemática para gestão da qualidade e segurança.	Implementação de um Programa de Gestão de Qualidade Hospitalar Instituição de processo de busca por certificações.
GESTÃO DA CLÍNICA	GC05: Padronização das atividades de Auditoria Clínico-assistencial; GC02: Construção de processos assistenciais multiprofissionais focados na integralidade do cuidado;	Auditoria Clínico-Assistencial para avaliação da qualidade da atenção à saúde em âmbito hospitalar; Institucionalização do processo de programação de altas.
HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE	HS01: Implementação de estruturas organizacionais;	Publicação e divulgação periódica da ouvidoria em relação aos resultados de suas atividades; Definição de prazos de resposta para os chamados que chegam dos usuários.
HOTELARIA HOSPITALAR	HO06: Racionalização de refeições HO07: Gestão dos SLA e dos recursos dos serviços de higienização; HO08: Gestão dos SLA e dos recursos dos serviços de processamento de roupas; HO11: Capacitação dos trabalhadores (processamento de roupas).	Adequação do número de refeições produzidas à demanda do hospital; Estruturação de programa de treinamento de capacitação das rotinas e procedimentos de processamento de roupa;
COMPRAS HOSPITALARES	CH01: Classificação e padronização de insumos.	Padronização de materiais; Elaboração de um catálogo padronizado de materiais hospitalares;

Quadro 2 - Abrangência dos Nós Críticos e das Oportunidades de Melhoria e Aderência do HUUFSC (Conclusão)

<p>ADMINISTRAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA</p>	<p>EF04: Garantia da transparência das contas hospitalares; EF05: Desenvolvimento de trabalhadores em gestão de recursos públicos.</p>	<p>Comparação de indicadores econômico financeiros e de eficiência com <i>benchmankings</i> e referências bibliográficas; Realização de um programa de desenvolvimento de profissionais em gestão de recursos públicos.</p>
--	--	---

Fonte: EBSEH (2016).

6.2.1 5W3H

Para formular o Plano de Ação propondo ações de enfrentamento para cada nó crítico priorizado, o grupo afinidade optou em adaptar a ferramenta 5W3H. Trata-se de um *check list* organizado em forma de planilha que se determina para cada ação (PA, 2016):

- O que fazer? (*What?*)
- Por que fazer? (*Why?*)
- Como fazer? (*How?*)
- Quem vai fazer? (*Who?*)
- Quando? (*When?*)
- Onde? (*Where?*)
- Como medir? / Indicador (*How measure?*)
- Quanto? (*How much?*)

O Quadro 3 demonstra a adaptação realizada pela equipe afinidade do HUUFSC para a proposição das ações para cada macroproblema e seus respectivos nós críticos.

Quadro 3 – Ferramenta 5W3H

What / How	Why	Who		When			How much	How Measure	
(Ações e atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração	Data Início	Data Fim	Recursos Financeiros	Indicadores	Fórmula

Fonte: PA (2016).

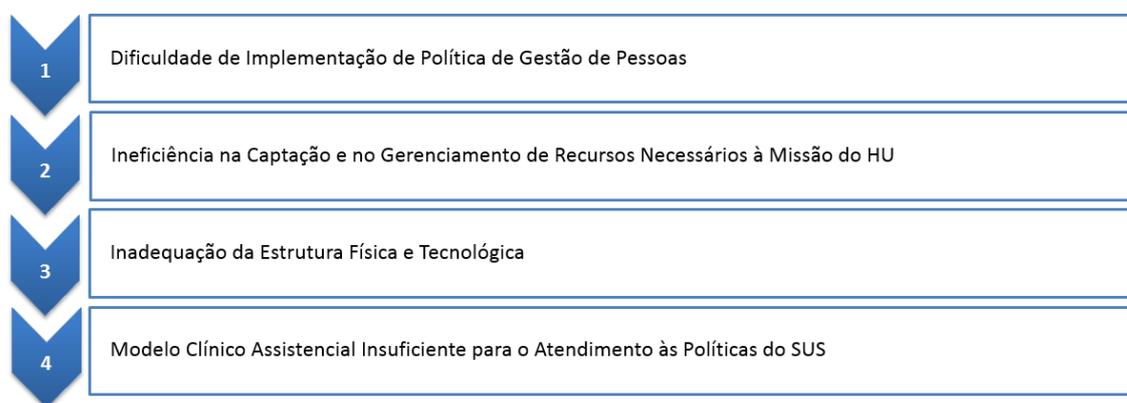
A ferramenta foi utilizada a partir do mês de junho, quando foi iniciada a definição das ações e o detalhamento de sua execução.

7 FUNDAMENTAÇÃO

Os macroproblemas elencados têm se agravado nos últimos anos, com as dificuldades enfrentadas pelos Hospitais Universitários. Estes problemas já foram identificados quando da elaboração do Plano de Reestruturação 2010-2014 e vem se agravando nos últimos anos, principalmente no que concerne ao quadro de pessoal e parque tecnológico, englobando aqui a tecnologia de informação.

Figura 28 - Macroproblemas Priorizados no HUUFSC

Macroproblemas priorizados no HU-UFSC



Fonte: Elaboração Própria

7.1 MACROPROBLEMA 1- DIFICULDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS

A falta de pessoal decorrente das vagas de aposentadorias não repostas, dos contratos terceirizados, levaram ao agravamento da crise, culminando com fechamento de leitos hospitalares. Além das aposentadorias, foram realizadas algumas demissões e se observa uma franca desmotivação dos trabalhadores, uma sobrecarga de trabalho, gerando desgaste e adoecimento, o que justifica defini-lo como um macroproblema prioritário.

A preocupação com a gestão do trabalho e com o trabalhador da saúde é destacada por organismos internacionais, tanto que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceram o período

de 2006 a 2015 como a Década de Recursos Humanos, frente à importância destes no processo produtivo.

No Brasil, a partir dos anos 1980 e 1990, com a realização de conferências específicas acerca dos recursos humanos e, com uma alteração do modelo a partir da reestruturação produtiva, os recursos humanos passaram de “insumos”, para atores sociais. Assim, passou-se a discutir a centralidade do trabalhador no processo produtivo, ampliando-se, desta forma, as reflexões sobre a gestão do trabalho, o que implica em repensar o planejamento e a formação dos profissionais. “Nessa conjuntura, novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos” (BRASIL, 2011d, p. 12). É importante compreender que como parte das condições e organização do trabalho estão os aspectos relativos ao quantitativo de pessoal e a qualificação destes, os quais implicam na qualidade dos serviços, na satisfação do usuário, bem como na satisfação do trabalhador.

A gestão de recursos humanos envolve, na atualidade, uma complexidade significativa de fatores, já que a força de trabalho é protagonista nos processos de produção, não podendo mais ser entendida como um simples recurso. Identifica-se a relevância da força de trabalho nos processos produtivos, porém ainda se encontra uma inadequação na distribuição dos profissionais, quer em diferentes níveis de atenção à saúde, por categoria profissional ou por região, gerando aumento de custos e limitando o acesso da população aos serviços de saúde, bem como interferindo na qualidade da assistência prestada (MENDES, MARZIALE, 2006; CRUZ, 2012).

Há que se pensar, também, nos modelos de gestão de pessoas. Estudo aponta a necessidade de mudanças organizacionais, a partir de modelos que valorizem a inovação e a gestão de pessoas, a flexibilidade, o incentivo à participação e à gestão democrática, bem como o incentivo ao trabalho em equipes multiprofissionais e à comunicação eficiente (QUEIROZ, ALBUQUERQUE, MALIK, 2013).

Dessa forma, um instrumento que pode ser utilizado para promover a reestruturação institucional é a Educação Permanente em Saúde (EPS). Proposta pelo MS, a Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) traz um conceito mais ampliado para a educação em saúde tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho,

propondo transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, envolve diversas categorias profissionais, desde médicos, enfermeiros, pessoal administrativo, professores, trabalhadores sociais e todos os atores que compõem a organização.

A introdução ou a modificação de uma prática organizativa nos serviços de saúde implica em trabalhar não apenas no desenvolvimento de novas habilidades específicas, mas, sobretudo, os contextos que mantêm e alimentam as práticas anteriores. Nessa nova proposta, deve ser considerada uma nova metodologia de aprendizagem que não a tradicional, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos no processo, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas, estabelecendo estratégias que amenizem as necessidades identificadas. (BRASIL, 2009).

Flores e colaboradores (2016) abordaram o processo de formação vivenciado por enfermeiras educadoras no contexto hospitalar, na perspectiva da educação permanente em saúde. O estudo revelou que a partir da adoção do referencial da EPS para o desenvolvimento das ações educativas dirigidas à enfermagem, houve uma mudança substancial na lógica da formação em serviço para capacitação dos profissionais dessa área. Essa nova realidade demandou das enfermeiras que atuam no programa o desenvolvimento de habilidades para um trabalho mais dinâmico e participativo com as suas equipes de trabalho, com ênfase na abertura para a escuta, o compartilhamento dos saberes, a divisão do poder instituído e a possibilidade de coautorias no processo formativo.

Essa perspectiva integradora indica a EPS como ferramenta para a dinamização dos processos organizacionais, no que diz respeito à transformação das práticas, da lógica pedagógica e da capacidade de gestão dos trabalhadores sobre seu processo de trabalho (DAVINI, 2009). Desse modo, a EPS não pode ser tomada somente como uma prática de ensino-aprendizagem, mas sim como uma política de ligação entre ensino, trabalho e cidadania (CECCIM, FERLA, 2009).

7.2 MACROPROBLEMA 2- INEFICIÊNCIA NA CAPTAÇÃO E GERENCIAMENTO DE RECURSOS NECESSÁRIOS À MISSÃO DO HU

Em 2004, o Governo Federal, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006/2004 (BRASIL, 2004a) cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde (SUS), definindo hospital de ensino como um local de atenção à saúde de referência para a alta complexidade, responsável pela formação de profissionais de saúde e pelo desenvolvimento tecnológico, numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, obedecendo a critérios de necessidade da população.

O processo de reestruturação estabelece ações estratégicas que devem ser definidas e especificadas mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas relacionadas à produção de serviços e às atividades de ensino, de pesquisa e de avaliação tecnológica voltadas para as necessidades do sistema de saúde. Essa foi a estratégia encontrada para o enfrentamento da crise do setor de saúde, ao estabelecer novos modos de financiamento, de gestão e de articulação desses hospitais com o sistema de saúde, mediante contrato de gestão com o gestor local do SUS.

Por meio da contratualização, o mecanismo de financiamento passou a ser baseado em orçamento global para os procedimentos de média complexidade, de acordo com o cumprimento das metas pactuadas. A alta complexidade continua a ser paga de acordo com a produção.

Estudo realizado com quatro hospitais contratualizados apontam uma melhora na produção de atividades, em parte em função da melhoria dos registros e da prestação de contas, bem como reforçou a inserção do hospital na rede. Porém, apontam problemas como orçamentos subestimados e inexistência de informação sobre custos reais das atividades (LIMA, RIVERA, 2012).

Neste sentido, também há que se destacar que os repasses se dão ainda em função da produção assistencial, sendo que as metas de ensino e pesquisa são pouco valorizadas.

Araújo e colaboradores (2014) avaliaram o impacto de uma reforma financeira na produtividade de hospitais de ensino e constataram que o modelo de HU que predomina nas instituições é baseado no binômio ensino e assistência, sendo que a

atividade de pesquisa ainda não foi institucionalizada na maior parte dos HU estudados.

Esse fato muito se justifica pelo modelo de educação médica adotado na fundação da maioria das escolas de medicina (e também universidades) do país que seguiram o modelo francês de ensino, no qual cabia aos hospitais a responsabilidade pela assistência e o ensino. Esse modelo contrapõe-se ao modelo flexneriano, segundo o qual o hospital deveria ser, além do espaço de ensino e assistência, também o espaço da pesquisa.

A missão do HUUFSC tem relação com a assistência, o ensino e a pesquisa. Há de se considerar que os HU são o local em que o conhecimento deve ser aplicado tanto na assistência como no ensino, mas que deve ser também o local de pesquisa, essencial para criar novos conhecimentos e fornecer o embasamento científico para a formação dos profissionais de saúde. Dessa forma, parece urgente que os hospitais universitários criem mecanismos que permitam a integração plena da pesquisa e da extensão às outras duas missões institucionais.

7.3 MACROPROBLEMA 3- INADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E TECNOLÓGICA

Outro macroproblema importante está relacionado à estrutura física e tecnológica, principalmente se considerarmos a missão dos hospitais universitários e o estabelecido no Plano de Reestruturação dos Hospitais Universitários, os quais enfatizam a vocação dessas unidades hospitalares para o atendimento de procedimentos de alta complexidade (LOBO et al, 2011; BARATA, MENDES, BITTAR, 2010). Mas como atender tal missão com uma estrutura física e tecnológica que pouco tem se renovado?

Há necessidade de renovação do parque tecnológico, da melhoria da estrutura física, bem como da ampliação das áreas assistenciais, de ensino e de pesquisa.

Lançada em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH tem a ambiência como uma de suas diretrizes, além disso a PNH aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. (BRASIL, 2004b).

A ambiência consiste no cuidado de criar espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Os aspectos da ambiência interferem nas condições de trabalho, no conforto e no bem-estar dos profissionais e usuários, tornando-se indicador de qualidade do serviço e das condições de trabalho. (BRASIL, 2004a).

Em hospitais onde a ambiência foi implantada, mesmo que parcialmente, estudos comprovam a melhoria na satisfação, aumento da adesão ao tratamento, da confiança e do respeito entre profissionais e usuários, além de um ambiente harmoniosamente organizado, melhor localização, locomoção e segurança (FERNANDES, 2013).

Os hospitais universitários necessitam de tecnologias de informação e comunicação na gestão de seus processos de trabalho. A implantação de redes torna possível a agilidade na produção das informações e o melhor gerenciamento dos fluxos das mesmas. O prontuário eletrônico do paciente (PEP) é uma das inovações que têm sido adotadas por hospitais, como um instrumento para o aumento da eficiência e da eficácia na gestão dessas organizações e na assistência hospitalar.

Dentre as vantagens da introdução do PEP estão: o acesso rápido às informações do paciente, a melhor preservação do sigilo das informações, a padronização das rotinas do hospital, melhor planejamento de gastos para a assistência hospitalar; além de mais rigor na produção de informações de outros sistemas interligados ao PEP, como controle de pacientes e do uso de medicamentos e insumos. (COSTA, 2001; MASSAD, MARIN, AZEVEDO, 2003).

Farias e colaboradores (2011) avaliaram a percepção de profissionais de saúde a respeito do PEP na gestão de hospitais e o impacto dessa tecnologia no trabalho em dois hospitais universitários no Brasil e na Espanha. O estudo apontou que esta tecnologia é percebida como um mecanismo que contribui para a gestão e para a assistência hospitalar, mediante mecanismos de controle. Ainda, revelou que os trabalhadores com conhecimento de informática reconhecem o PEP como ferramenta que melhora o desempenho do trabalho.

7.4 MACROPROBLEMA 4 - MODELO CLÍNICO ASSISTENCIAL INSUFICIENTE PARA ATENDER ÀS POLÍTICAS DO SUS

Para encerrar o elenco de macroproblemas priorizados, apontamos que o modelo clínico assistencial vigente no HUUFSC é insuficiente para atender às políticas de saúde do SUS. A proposta de organização atual do sistema de saúde prevê um modelo integralizado, capaz de articular a atenção básica, secundária e terciária. No HUUFSC, ainda há uma fragmentação da assistência, com o modelo de atenção centrado no modelo biomédico.

No contexto do SUS, a Portaria GM nº 4279/2010 (BRASIL, 2010c), consolida a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. A proposta original para as RAS é oferecer uma atenção integral, universal, equânime, integrada e de qualidade. Nesta Portaria (BRASIL, 2010c), que institui as RAS, seis características destacam-se:

- a) A formação de relações horizontais entre os diferentes pontos da rede;
- b) A sinalização da Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação;
- c) O planejamento e a organização das ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica;
- d) A oferta da atenção contínua e integral;
- e) O foco no cuidado multiprofissional;
- f) O compartilhamento de objetivos e compromissos, visando resultados, em termos sanitários e econômicos.

Neste contexto, o HUUFSC deve estar inserido, apresentando um modelo clínico assistencial, centrado no usuário, por meio da participação efetiva da equipe multiprofissional de saúde.

A organização da atenção e da gestão do SUS, incluindo neste contexto os hospitais universitários, caracteriza-se por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. Além disto, o modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, em que se identifica um aumento significativo das doenças crônicas, sendo que para enfrentar tal questão é importante a reorganização da rede (MENDES, 2011 citado por BRASIL, 2013), em que cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da

integralidade do cuidado. Neste sentido, há que se pensar em todos os pontos da rede que possam dar sustentação ao cuidado integral, quer na atenção básica, no atendimento ambulatorial especializado e na atenção hospitalar.

Mas não apenas a rede precisa se reorganizar para dar conta da integralidade da atenção. As instituições internamente também precisam de uma nova modelagem em sua forma assistencial.

A proposta de organização das linhas de cuidado representa uma possibilidade desta nova modelagem, as quais “expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na rede. [...] As linhas de cuidado normatizam todo o processo da condição de saúde ao longo da sua história natural, incluindo ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença (FRANCO, C.; FRANCO, T., 2012; MENDES, 2011, citados por BRASIL, 2013, p. 22-3).

Nesta perspectiva de um novo modelo de atenção incluem-se a reorganização do processo de trabalho, prevendo acolhimento do usuário, atendimento centrado no paciente e na família, cuidado continuado/programado, atenção multiprofissional e projeto terapêutico singular (PTS), entre outros.

Portanto, avaliando-se o modelo assistencial do HUUFSC e as propostas de reorganização da rede e da própria assistência, há que se repensar o modelo assistencial instituído, que não contempla muitos dos aspectos acima citados.

8 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após ter realizado o diagnóstico situacional, identificados os macroproblemas, e definidos os nós críticos a eles relacionados o grupo afinidade, para cumprir a etapa do Plano de Ações, fez um convite à representantes das diversas áreas do HUUFSC com o objetivo de fortalecer o Grupo Ampliado e pactuou encontros semanais para definir coletivamente as propostas de intervenção.

Os encontros aconteceram de julho à dezembro, às quartas-feiras à tarde com duração média de três horas e meia, excetuando-se as semanas que o grupo afinidade estava em São Paulo. O grupo afinidade adotou a técnica de metodologias ativas desenvolvidas e preconizadas no Curso de Especialização de Gestão para os HUF no SUS. No início de cada reunião, para a realização dessas atividades foram dedicados cerca de 40 minutos para apresentação ao Grupo Ampliado de “Situações Problemas” e “Momentos Viagem” que provocaram discussões ricas sobre os temas: competências do gestor hospitalar, a inserção do HU na RAS, a integralidade do cuidado e a humanização na assistência hospitalar. Após essa sensibilização iniciava-se o trabalho no plano de ações. Também eram disponibilizados ao grupo ampliado os principais artigos pesquisados pelo grupo afinidade sobre cada tema tratado.

8.1 RELAÇÃO DE AÇÕES POR NÓ CRÍTICO

Após a construção das árvores explicativas dos macroproblemas (MPs) do HUUFSC, foram definidos 18 nós críticos (NC) prioritários. Durante a construção do plano de ação, os últimos três nós críticos foram condensados devido à similaridade do foco das propostas de intervenção. Assim, ficaram definidos 16 NC, que após a finalização da análise de viabilidade, geraram 24 ações para atuar sobre os mesmos.

O Quadro 4 apresenta esta relação.

Quadro 4 – Relação de Ações por Nó Crítico (Continua)

MACROPROBLEMA	NÓ CRÍTICO	AÇÃO
MP1 - Dificuldade de Implementação de Política de Gestão de Pessoas	NC1 - Falta de ações visando à promoção da saúde do trabalhador	1 - Realizar Pesquisa de Clima Organizacional 2 - Implementar ações visando a saúde do trabalhador
	NC2 - Falha na organização dos processos de trabalho (divisão, fluxos)	3 - Melhorar a organização dos processos de trabalho
	NC3 - Falta de revisão e institucionalização da política de gestão de pessoas	4 - Implementar a Política de Gestão de Pessoas do HU
	NC4 - Falta de plano de capacitação voltado às necessidades institucionais e do trabalhador (presenciais e EAD)	5 - Implantar Política de Educação Permanente
MP2 - Ineficiência na Captação e no Gerenciamento de Recursos Necessários à Missão do HU	NC05 - Insuficiência de mecanismos de controle de insumos, materiais e medicamentos	6 - Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)- 7 - Implantar modelo de Gestão de Custos efetivo 8 - Implantar ações de Gestão Ambiental 9 - Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos
	NC06 - Inexistência de política de pesquisa do HU	10 - Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa 11 - Ampliar o fomento externo para pesquisas
	NC07- Falta de um sistema integrado de tecnologia da informação	12 - Implantar o AGHU
	NC08 - Inexistência de Regulação, Monitoramento e Avaliação dos Serviços Assistenciais.	13 - Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS

Quadro 4 – Relação de Ações por Nó Crítico (Conclusão)

MP3 - Inadequação da Estrutura Física e Tecnológica	NC09 - Uso inadequado dos equipamentos	14 - Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos
	NC10 - Ausência de Plano Diretor de Infraestrutura (e sua implementação)	15 - Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura
	NC11 - Falta de planejamento institucional para aquisição de bens permanentes	16 - Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes
MP4 - Modelo Clínico Assistencial Insuficiente para o Atendimento às Políticas do SUS	NC12- Ausência de regulação assistencial interna	17 - Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde (+NC8)
	NC13 - Emergência do HU de porta aberta	18 - Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto
	NC14 - Protocolos clínicos/ POP estabelecidos em apenas 50% dos serviços	19 - Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais 20 - Implementar atividades de auditoria clínica assistencial 21 - Consolidar os processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do paciente
	NC15 - Processo de trabalho no centro cirúrgico não favorece o aproveitamento da capacidade	22 - Reestruturar o processo de trabalho do centro cirúrgico
	NC16 - Modelo assistencial não centrado no usuário - Estrutura organizacional atual não favorece a implementação das linhas de cuidado - Cuidado multiprofissional integrado em apenas 3 serviços	23 - Implementar linhas de cuidado 24 - Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos

Fonte: Elaboração Própria

8.2 PLANO DE INTERVENÇÃO CONSOLIDADO

O plano de intervenção proposto para o período de vigência deste plano diretor estratégico é composto pelas 24 ações estratégicas, 151 atividades, 39 indicadores e 42 metas, apresentado nos Quadros de 5 a 28.

Na avaliação da viabilidade das ações foram constatadas quinze ações de Viabilidade Alta, oito de Viabilidade Média e uma de Viabilidade Baixa (Anexo 1). Para as ações de viabilidade média e baixa foram propostas estratégias a partir da análise de recursos políticos, financeiros, técnicos, organizacionais e atores envolvidos, com objetivo de garantir a viabilidade destas ações, conforme descrito no Quadro 29.

No Quadro 30 está descrito o cronograma de realização das atividades.

Quadro 5 - Ação 1: Realizar Pesquisa de Clima Organizacional

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP1	NC1	1		Realizar Pesquisa de Clima Organizacional	1. Diminuir o absenteísmo 2. Aumentar a satisfação do trabalhador 3. Promover a qualidade de vida do trabalhador	Div GP		7	02/03/17	03/10/17
	NC1	1a.		Contratando uma empresa para realização da pesquisa (Elaboração, aplicação e compilação dos seus dados)		Div GP	GTH/HU - Grupo de Trabalho Humanizado do HU	6	02/03/17	02/09/17
	NC1	1b.		Divulgando resultados da pesquisa				1	03/09/17	03/10/17
	NC1	1c.		Analisando resultados e elaborando ações-intervenção a partir do diagnóstico situacional				1	03/09/17	03/10/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 6 - Ação 2: Implementar Ações Visando a Saúde do Trabalhador

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When			
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	
MP1	NC1	2		Implementar ações visando a saúde do trabalhador	1. Diminuir o absenteísmo 2. Aumentar a satisfação do trabalhador 3. Promover a qualidade de vida do trabalhador	Div GP		14	01/12/16	02/02/18	
	NC1	2a.		Mapeando e Monitorando os afastamentos dos trabalhadores		Div GP	DAS, PRO-DEGESP, Projeto Amanhecer, ASHU, Sec. Esportes UFSC e Gerência Administrativa	1	02/01/17	02/02/17	
	NC1	2b.		Definindo os fluxos de realização e acompanhamento dos exames médicos periódicos conforme a legislação dos trabalhadores (PRODEGESP) (sistematização da rotina)				2	02/01/17	02/03/17	
	NC1	2c.		Promovendo atividades de socialização entre trabalhadores (planejamento)				2	01/03/17	01/05/17	
	NC1	2d.		Instituindo ginástica laboral/atividades lúdicas/práticas integrativas				6	02/03/17	02/09/17	
	NC1	2e.		Realizando atividades educativas e motivacionais para os trabalhadores				6	02/03/17	02/09/17	
	NC1	2f.		Planejando e promovendo atividades de integração entre trabalhadores UFSC e EBSEH				6	01/12/16	01/06/17	
	NC1	2g.	16.b 16.c	Adquirindo mobiliário ergonômico (estudo/análise, priorização e aquisição propriamente dita)				Comissão de Bens Permanentes	10	02/04/17	02/02/18
	NC1	2h.		Monitorando as atividades propostas (incluindo aplicação periódica da pesquisa de clima organizacional)				Div GP	5	02/05/17	02/10/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 7 - Ação 3: Melhorar a Organização dos Processos de Trabalho

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why (Por que fazer)	Who		When		
				(Ações e Atividades)		(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP1	NC2	3		Melhorar a organização dos processos de trabalho	1. Satisfação do trabalhador 2. Qualidade da assistência 3. Organização processos de trabalho	Gerências	LONGA	18	01/06/17	01/12/18
	NC2	3a.		Definindo os fluxos coletivamente a partir dos macroprocessos		7	01/06/17	30/12/17		
	NC2	3b.		Revisando coletivamente os POPs já existentes e estabelecendo prioridades para necessidade de elaboração dos POPs não existentes		4	01/11/17	01/03/18		
	NC2	3c.		Descrevendo coletivamente os POPs que ainda não existem		6	01/11/17	01/05/18		
	NC2	3d.		Realizando discussões ampliadas para divulgação dos fluxos e POPs		5	01/02/18	01/07/18		
	NC2	3e.		Capacitando para implementar os POPs revisados e os novos elencando prioridades		5	01/02/18	01/07/18		
	NC2	3f.		Elaborando indicadores de monitoramento da qualidade específicos de cada área		6	01/11/17	01/05/18		
	NC2	3g.		Monitorando a implementação dos POPs (produtividade e eficácia)		5	01/07/18	01/12/18		

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 8 - Ação 4: Implementar a Política de Gestão de Pessoas do HU

MP	Nº Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP1	NC3	4		Implementar a política de Gestão de Pessoas do HU	1. Diminuir o absenteísmo 2. Atualizar e Implementar a Política de Gestão de Pessoas 3. Aumentar o índice de satisfação do trabalhador	Div GP		14	02/02/17	02/04/18
	NC3	4a.		Definindo comissão multiprofissional para revisão da política		Colegiado Executivo	Trabalhadores, PRO-DEGESP, Div GP e EBSE RH	1	02/02/17	02/03/17
	NC3	4b.		Levantando documentos existentes: Legislação, normativas sobre gestão de pessoas RJU/EBSE RH		Comissão de Revisão		6	02/03/17	02/09/17
	NC3	4c.		Atualizando e adequando a política atual de acordo com a legislação vigente				6	02/03/17	03/09/17
	NC3	4d.		Discutindo e divulgando com gestores e trabalhadores a proposta				3	03/09/17	01/12/17
	NC3	4e.		Monitorando e acompanhando a implementação da política		Div GP		4	01/12/17	02/04/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 9 - Ação 5: Implantar Política de Educação Permanente (Continua)

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When			
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	
MP1	NC4	5	10	Implantar Política de Educação Permanente	Ampliar a participação de trabalhadores na educação permanente	Gerência de Ensino e Pesquisa		12	15/12/16	30/12/17	
	NC4	5a.	10a	Reestruturando o setor de educação permanente (definindo pessoas com perfil adequado)				2	15/12/16	15/02/17	
	NC4	5b.		Definindo atribuições da equipe de EP				4	15/12/16	31/03/17	
	NC4	5c.	10b	Definindo uma política de capacitação no trabalho (continuada e permanente)				5	01/03/17	01/08/17	
	NC4	5f.		Realizando o diagnóstico das necessidades de capacitação/educação permanente para os diferentes níveis e categorias funcionais			Gerência de Ensino e Pesquisa	Trabalhadores, Docentes, Centros de Ensino, Div GP, Comissão de revisão (de política de GP) e PRODEGESP, GAS e Chefias	1	01/04/17	01/05/17
	NC4	5d.		Definindo as prioridades para educação no trabalho (incluindo educação referente à Políticas Públicas e voltadas à saúde e Princípios e Diretrizes do SUS)					1	01/07/17	01/08/17
	NC4	5g.		Elencando os servidores técnico-administrativos e/ou docentes com potencial para ministrar capacitação/educação permanente					1	01/05/17	01/06/17
	NC4	5h.		Elaborando planos de atividade de ensino/horas assistenciais voltadas à educação permanente					1	01/06/17	01/07/17

Quadro 9 - Ação 5: Implantar Política de Educação Permanente (Conclusão)

	NC4	5e.	Elaborando e executando o plano de ação para as atividades de educação no trabalho, contemplando novas metodologias (ex.: metodologias ativas e EAD)				5	01/08/17	30/12/17
	NC4	5i.	Disponibilizando e disseminando a informação referente à utilização do sistema de telemedicina/telesaúde como ferramenta potencial de educação permanente				5	01/08/17	30/12/17
	NC4	5j.	Definindo rotina de monitorando e acompanhando as atividades de educação permanente				5	01/08/17	30/12/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 10 - Ação 6: Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos) (Continua)

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC5	6		Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)	1. Diminuir custos diretos e indiretos 2. Diminuir perdas e desperdícios 3. Racionalizar o uso dos materiais (insumos, materiais e medicamentos) 4. Aplicar estudos de custo na contratualização	Colegiado Executivo		17	03/11/16	03/04/18
	NC5	6a.		Estabelecendo uma comissão multiprofissional permanente para a aquisição de materiais		Colegiado Executivo		3	03/11/16	03/02/17
	NC5	6b.		Realizando o diagnóstico do desperdício atual		Comissão Multiprofissional		6	03/02/17	03/08/17
	NC5	6c.		Elaborando e divulgando a política de gestão de materiais (contemplando padronização de análise dos pregões eletrônicos, revisão de padronização de materiais e insumos com critérios e especificações pré-estabelecidas, definição de novos itens (incluindo ações de sustentabilidade) e definição critérios para estabelecimento de cotas para os setores)		GAD	Chefias, Colegiado Executivo, Trabalhadores, Setor de Gestão da Informação, EBSEH, Setor de Suprimentos e Compras, Comissão Multiprofissional, CIS, NIS e CPL	2	03/08/17	03/10/17
	NC5	6d.	5c	Capacitando os trabalhadores nos processos de gestão de materiais		GEP		1	03/10/17	03/11/17
	NC5	6e.		Padronizando kits de Produtos para Saúde e Medicamentos, priorizando os procedimentos de alto custo (iniciando pelo centro cirúrgico)		Comissão Multiprofissional		5	03/08/17	30/12/17

Quadro 10 - Ação 6: Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos) (Conclusão)

	NC5	6f.		Definindo a rotina de monitoramento da implantação da gestão de materiais (insumos, materiais e medicamentos)		Comissão Multiprofissional		1	03/10/17	03/11/17
	NC5	6g.	12c	Implantando a rastreabilidade de materiais medicamentos e insumos, priorizando medicamentos		Setor de Suprimentos, Unidades de Abastecimento e Dispensação Farmacêutica		6	03/10/17	03/04/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 11 - Ação 7: Implantar Modelo de Gestão de Custos Efetivo

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC5	7		Implantar modelo de gestão de custos efetivo	1. Diminuir custos diretos e indiretos 2. Diminuir perdas e desperdícios 3. Racionalizar o uso dos materiais (insumos, materiais e medicamentos) 4. Aplicar estudos de custo na contratualização	Unidade de Contabilidade de Custos		9	01/12/16	01/09/17
	NC5	7a.		Definindo o princípio e método de estudos de custos hospitalares				1	01/12/16	02/01/17
	NC5	7b.		Definindo o modelo de gestão de custos (de cada área)				4	02/01/17	01/05/17
	NC5	7c.		Capacitando equipe técnica para operacionalizar os estudos de custo e incorporar novas tecnologias e capacitando equipes assistenciais com relação ao modelo de gestão de custos		Unidade de Contabilidade de Custos	Equipes Assistenciais e Centros de Ensino	1	01/05/17	01/06/17
	NC5	7d.		Estabelecendo parcerias com áreas estratégicas internas e externas ao HU (para estabelecimento de melhores práticas de dispensação, por exemplo)				3	01/06/17	01/09/17
	NC5	7e.		Definindo rotina de monitoramento da apuração e gestão dos custos				3	01/06/17	01/09/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 12 - Ação 8: Implantar Ações de Gestão Ambiental

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC5	8		Implantar ações de Gestão Ambiental	Institucionalizar ações de sustentabilidade	Setor de Hotelaria Hospitalar		15	01/11/16	01/02/18
	NC5	8a.		Realizando campanha de conscientização do desperdício na Instituição		GTGR/Setor de Hotelaria Hospitalar	Trabalhadores, Discentes e Usuários do HU	8	01/12/16	01/08/17
	NC5	8b.		Estabelecendo rotina de divulgação mensal do relatório padrão dos custos com consumo de água, energia, telefone, descarte de resíduos		Unidade de Contabilidade de Custos		2	01/12/16	01/02/17
	NC5	8c.		Desenvolvendo e implementando estratégias de controle de energia elétrica no hospital (mecanismos eletrônicos, check list diário)		Setor de Infraestrutura		12	01/02/17	01/02/18
	NC5	8d.		Consolidando mecanismos para reduzir a geração de resíduos priorizando os resíduos especiais		GTGR/Setor de Hotelaria Hospitalar		8	01/11/16	01/07/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 13 - Ação 9: Aprimorar Módulo Informatizado para a Gestão de Materiais, Insumos e Medicamentos

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC5	9		Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos	1. Diminuir custos diretos e indiretos 2. Diminuir perdas e desperdícios	Setor de Gestão da Informação		15	01/07/17	01/10/18
	NC5	9a.		Readequando o módulo informatizado para as necessidades da Instituição		Setor de Gestão da Informação	Trabalhadores dos setores envolvidos (farmácia, suprimentos, nutrição, etc), Residentes, EB-SERH e Chefias	12	01/07/17	01/07/18
	NC5	9b.		Capacitando os profissionais para utilização dos módulos		Setor de Gestão da Informação		3	01/07/18	01/10/18
	NC5	9c.		Definindo rotina de monitoramento da utilização do módulo		Setor de Gestão da Informação		2	01/08/18	01/10/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 14 - Ação 10: Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC6	10		Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa	Coordenar as atividades de ensino e pesquisa dentro do HU	Colegiado Executivo		9	15/11/16	15/08/17
	NC6	10a.		Selecionando pessoas para compor a Gerência de Ensino e Pesquisa		Colegiado Executivo		3	15/11/16	15/02/17
	NC6	10b.		Elaborando a política de ensino e pesquisa do HU a partir da macropolítica da EBSEH		Gerência Ensino e Pesquisa		6	15/02/17	15/08/17
	NC6	10c.		Mapeando as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU		Gerência Ensino e Pesquisa		5	01/12/16	15/04/17
	NC6	10d.		Definindo e implantando linhas de pesquisa Institucionais		Gerência Ensino e Pesquisa	Trabalhadores, Discentes, Docentes, UFSC, CCS e EBSEH	3	15/04/17	15/07/17
	NC6	10e.		Cadastrando os pesquisadores e projetos de pesquisa no SIG EBSEH		Gerência Ensino e Pesquisa		4	01/03/17	15/06/17
	NC6	10f.		Desenvolvendo atividades de integração entre HU, Pró-reitorias e Centros de Ensino		Gerência Ensino e Pesquisa		7	01/12/16	15/06/17
	NC6	10g.		Definindo área física para a Gerência de Ensino e Pesquisa		Colegiado Executivo		1	01/12/16	31/12/16
	NC6	10h.		Adquirindo equipamentos e mobiliário para estruturar a área física para a Gerência de Ensino e Pesquisa		Colegiado Executivo		8	01/12/16	15/07/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 15 - Ação 11: Ampliar o Fomento Externo para Pesquisas

MP	Nº Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC6	11		Ampliar o fomento externo para pesquisas	Estimular o desenvolvimento de novas pesquisas	GEP		10	20/02/17	31/12/17
	NC6	11a.		Estruturando escritório de projetos de pesquisa e inovação tecnológica		GEP	Colegiado Executivo, EBSERH, Setor de Gestão da Informação, Gerência de Ensino e Pesquisa, Pesquisadores e profissionais que atuam no HU,	2	15/05/17	15/07/17
	NC6	11b.		Identificando as áreas com potencial para o desenvolvimento de pesquisa		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica	Depts de Ensino da UFSC, Centros de Ensino da UFSC, Fundações da UFSC, Outras Inst. de Ensino e Pesquisa, Órgãos de Fomento e Outras Inst. em parcerias Público Privadas, MEC e MS.	2	15/05/17	15/07/17
	NC6	11c.		Levantando e divulgando editais de órgãos de fomento com aderência às linhas de pesquisa do HU		Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica		5	20/02/17	16/07/17
	NC6	11d.		Buscando desenvolver projetos institucionais por meio de parcerias (com o MEC, MS e outros)		Gerência de Ensino e Pesquisa		6	15/07/17	31/12/17
	NC6	11e.		Desenvolvendo estratégias para reverter para o HU percentual de recursos financeiros provenientes de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos no Hospital		Gerência de Ensino e Pesquisa		6	01/03/17	15/08/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 16 - Ação 12: Implantar o AGHU

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC7	12		Implantar o AGHU	Para aprimorar o registro da produção ambulatorial	Colegiado Executivo		9	01/11/16	01/08/17
	NC7	12a.		Instituindo os núcleos NIS e SIS		Colegiado Executivo		1	01/11/16	16/11/16
	NC7	12b.		Garantindo recursos para a implantação do AGHU		Colegiado Executivo	Colegiado Executivo, Setor de Gestão da Informação, EB-SERH, Setor de Infraestrutura Física, NIS, SIS e Usuários	6	01/11/16	01/05/17
	NC7	12c.		Implantando os módulos prioritários		Setor de Gestão da Informação		3	01/05/17	01/08/17
	NC7	12d.		Capacitando os trabalhadores para utilização dos módulos do AGHU		NIS		3	01/05/17	01/08/17
	NC7	12e.		Definindo indicadores para o monitoramento do processo de migração do sistema atual para o AGHU		Setor de Gestão da Informação		3	01/05/17	01/08/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 17 - Ação 13: Institucionalizar o Processo de Gestão da Contratualização com o Gestor do SUS

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP2	NC8	13		Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS	Aumentar captação de recursos através da contratualização e registro correto de produção nos sistemas de informação			15	28/02/16	30/05/17
	NC8	13a.		Levantando e validando o histórico de produção com as unidades		Colegiado Executivo	Chefias, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, UFSC, EB-SERH, SES, Setor Jurídico, Setor de Gestão da Informação, Assessoria de Imprensa e Colegiado Executivo	9	28/02/16	30/11/16
	NC8	13b.		Analisando a capacidade instalada do HU e o perfil epidemiológico da população atendida		GAS		9	28/02/16	30/11/16
	NC8	13c.		Elaborando documento descritivo da contratualização		Colegiado Executivo		9	28/02/16	30/11/16
	NC8	13d.		Efetivando a renovação do contrato junto ao Gestor Estadual		Colegiado Executivo		1	01/12/16	31/12/16
	NC8	13e.		Oficializando contrato interno das metas pactuadas		Colegiado Executivo		3	02/01/17	30/03/17
	NC8	13f.		Divulgando as metas contratualizadas no HU		Unidade de Monitoramento e Avaliação		1	30/03/17	30/04/17
	NC8	13g.		Formalizando o processo de monitoramento e avaliação das metas pactuadas no IFC (Instrumento Formal de Contratualização)		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde		5	02/01/17	30/05/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 18 - Ação 14: Implementar Ações Visando o Uso Adequado dos Equipamentos

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP3	NC9	14		Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos	1. Evitar danos nos equipamentos 2. Reduzir custos 3. Evitar a indisponibilidade de equipamentos 4. Garantir a segurança e qualidade da assistência ao paciente	Setor de Engenharia Clínica	Trabalhadores, Discentes, Residentes, Docentes e Gerência Administrativa	18	01/12/16	01/06/18
	NC9	14a.		Implantando rotinas de treinamento dos trabalhadores para uso dos equipamentos		Setor de Engenharia Clínica		12	01/12/16	01/12/17
	NC9	14b.		Criando <i>checklist</i> para avaliação das condições de uso dos equipamentos		Setor de Engenharia Clínica		6	01/12/16	01/06/17
	NC9	14c.		Padronizando rotina de manutenção corretiva		Setor de Engenharia Clínica		6	02/12/16	02/06/17
	NC9	14d.		Criando coletivamente guias rápidos e POP para o uso dos equipamentos		Setor de Engenharia Clínica		9	02/03/17	02/12/17
	NC9	14e.		Divulgando aos trabalhadores, docentes e discentes a causa, o valor e impacto do dano de cada equipamento		Setor de Engenharia Clínica		6	01/12/16	02/06/17
	NC9	14f.		Criando prontuário eletrônico de equipamentos		Setor de Gestão de Informação		12	01/12/16	01/12/17
	NC9	14g.		Registrando e atualizando o histórico dos equipamentos no prontuário eletrônico		Setor de Engenharia Clínica		18	01/12/16	01/06/18
	NC9	14h.		Garantindo a manutenção preventiva dos equipamentos		Setor de Engenharia Clínica		12	02/01/17	02/01/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 19 - Ação 15: Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP3	NC10	15		Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura	Adequar o HU a legislação vigente	Divisão de Infraestrutura		24	02/01/17	31/12/18
	NC10	15a.		Criando uma comissão multiprofissional permanente para elaboração do Plano Diretor de Infraestrutura		Divisão de Infraestrutura		1	02/05/17	02/06/17
	NC10	15b.		Elaborando e implantando o Plano Diretor, priorizando a regularização da edificação junto ao corpo de bombeiros e Vigilância Sanitária		Divisão de Infraestrutura	Trabalhadores do HU e UFSC, Vigilância Sanitária, FATMA, Bombeiros, AAHU, EB-SERH	18	02/06/17	02/12/18
	NC10	15c.		Realizando reforma das áreas com autos da Vigilância Sanitária (Cirurgia ambulatorial, Centro cirúrgico, emergência pediátrica, internação cirúrgica 2, quimioterapia)		Divisão de Infraestrutura		20	02/05/17	31/12/18
	NC10	15d.		Finalizando a reforma da clínica obstétrica,		Divisão de Infraestrutura		11	02/01/17	01/12/17
	NC10	15e.		Adquirindo mobiliário para os setores reformados		Divisão de Infraestrutura		24	02/01/17	31/12/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 20 - Ação 16: Implementar um Plano Estratégico para Aquisição de Bens Permanentes

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP3	NC11	16		Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes	Adequar a aquisição de bens as necessidades reais da instituição	Colegiado Executivo		19	01/11/16	02/06/18
	NC11	16a.		Atualizando o inventário de bens permanentes		Unidade de Patrimônio		1	01/11/16	30/11/16
	NC11	16b.		Criando uma comissão permanente multiprofissional para gerenciar a aquisição de bens		Colegiado Executivo	Agentes Patrimoniais, Chefias, Docentes, Discentes, Residentes, EBSEH, Gerência de Administração, Setor de Engenharia Clínica, Setor de Gestão da Informação, Setor de Infraestrutura Física, Setor de Compras, Trabalhadores, Unidade de Licitação e Unidade de Patrimônio.	1	02/02/17	02/03/17
	NC11	16c.		Elaborando e implantando o Plano Estratégico para a aquisição de bens permanentes		Comissão de bens permanentes		6	02/03/17	02/09/17
	NC11	16d.		Adquirindo software para gestão, aquisição e controle dos bens		Setor de Gestão da Informação		5	02/04/17	02/09/17
	NC11	16f.		Viabilizando o acompanhamento dos processos de aquisição de bens		Unidade de Compras		3	02/09/17	02/12/17
	NC11	16g.		Ampliando a equipe de compras de bens permanentes		Colegiado Executivo		4	02/01/18	02/05/18
	NC11	16h.		Articulando aquisição de bens ao planejamento de obras		Comissão de bens permanentes		6	02/03/17	02/09/17
	NC11	16i.		Monitorando o processo de implantação do Plano Estratégico para a aquisição de bens permanentes		Comissão de bens permanentes		8	02/10/17	02/06/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 21 - Ação 17: Implementar os Processos Regulatórios Intra hospitalares, de Integração com a RAS e de Avaliação em Saúde

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC12 + NC08	17		Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde	1. Reduzir a fila de espera inter-nação eletiva: 4 mil pessoas			19	01/06/17	31/12/18
	NC12 + NC08	17a.		Definindo a equipe multidisciplinar para atuação no Setor de Regulação e Avaliação nas suas atribuições		Colegiado Executivo		1	01/06/17	01/07/17
	NC12 + NC08	17b.	5c	Capacitando a equipe do Setor de Regulação e Avaliação nas suas atribuições		GEP e GAS		2	01/07/17	01/09/17
	NC12 + NC08	17c.		Iniciando a atividade de Regulação Interna no mínimo 12h por dia 7 dias/semana (refere-se aos processos regulatórios internos)		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde		4	01/09/17	31/12/17
	NC12 + NC08	17d.		Pactuando contratualização interna no que concerne as atividades regulatórias em conjunto com os serviços através das Divisões e Setores da Gerência de Atenção à Saúde		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde + GAS	Divisões e Setores da Gerência de Atenção à Saúde, EB-SERH, MS, SES, SMS e Setor de Gestão da Informação	4	01/09/17	31/12/17
	NC12 + NC08	17e.		Estabelecendo junto ao Gestor mecanismo de Referência e Contrarreferência (inclui a operacionalização dos protocolos de acesso)		Colegiado Executivo		6	01/09/17	02/03/18
	NC12 + NC08	17f.	5c	Estabelecendo estratégias junto à Divisão de Gestão de Pessoas para Programa de Educação Permanente em Regulação e Avaliação para os Trabalhadores, Docentes e Discentes do HU		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde		10	02/03/18	31/12/18
	NC12 + NC08	17g.		Monitorando os indicadores e metas pactuadas, elaborando estratégias e recomendações para garantir o correto registro de produção		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, Comissão de Apoio a Contratualização		16	01/09/17	31/12/18
	NC12 + NC08	17h.		Efetivando a Gestão à Vista		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde		10	02/03/18	31/12/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 22 - Ação 18: Articular com o Gestor o Referenciamento da Emergência Adulto

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC13	18		Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto	1. Melhoria da qualidade da assistência para pacientes graves 2. Para diminuir o alto número de atendimentos por condições sensíveis à atenção básica 3. Para diminuir a rotatividade da equipe assistencial da emergência	Colegiado Executivo		17	02/08/17	31/12/18
	NC13	18b.	23a	Operacionalizando linha de cuidado prioritária de Urgência e Emergência - AVC		Gerência de Atenção a Saúde, Chefe do Setor de Emergência, Chefe da Unidade Neuromuscular	Discentes/Residentes, Docentes, EBSEH, Meios de Comunicação (Mídia) e Trabalhadores	9	02/08/17	02/05/18
	NC13	18c.	17c	Pactuando a Contrarreferência dos indivíduos classificados como baixo risco nas emergências		Gerência de Atenção a Saúde		3	02/10/17	02/01/18
	NC13	18d.	5c	Estabelecendo estratégias junto à GEP para Programa de Educação Permanente na Linha de Cuidado prioritária.		Chefia do Setor de Emergência		5	02/10/17	02/03/18
	NC13	18e.	18c	Estabelecendo estratégias de monitoramento da contrarreferência (busca ativa, avaliação de retornos a EMG).		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde		6	02/01/18	02/07/18
	NC13	18f.	18c	Divulgando para a população o itinerário de atendimento da RAS.		Assessoria de Comunicação		6	02/07/18	31/12/18
	NC13	18g.		Ampliando o Acolhimento e Classificação de Risco para todas as Emergências do HUUFSC de forma ininterrupta		Chefias do Setor de Urgência e Emergência e Unidades Materno e Infantil		7	02/08/17	02/03/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 23 - Ação 19: Implementar Protocolos Clínico Assistenciais Multiprofissionais

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC14	19		Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais	1. Otimizar os processos de trabalho 2. Melhorar a qualidade da assistência 3. Diminuir tempo de permanência	Gerência de Atenção a saúde		22	02/03/17	31/12/18
	NC14	19a.		Mapeando os protocolos existentes verificando necessidade de atualização		Gerência de Atenção a Saúde		1	02/03/17	02/04/17
	NC14	19b.		Definindo protocolos necessários		Gerência de Atenção a Saúde e Divisões		2	02/04/17	02/06/17
	NC14	19c.	24a	Definindo as equipes multiprofissionais para elaboração dos protocolos		Gerência de Atenção a Saúde e Divisões	Trabalhadores, Docentes, Discentes/Residentes, Usuários, EBSERH e MS	1	02/06/17	02/07/17
	NC14	19d.		Elaborando os Protocolos Assistenciais		Equipes Multiprofissionais		12	02/07/17	02/07/18
	NC14	19e.	5c	Capacitando e divulgando protocolos assistenciais com trabalhadores, docentes e discentes		GEP e GAS		10	02/03/18	31/12/18
	NC14	19f.		Implantando protocolos assistenciais		Chefias das Unidades da GAS		10	02/03/18	31/12/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 24 - Ação 20: Implementar Atividades de Auditoria Clínica Assistencial

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC14	20		Implementar atividades de auditoria clínica assistencial	Monitorar a qualidade da assistência	Superintendência Gerência de Atenção à Saúde		7	02/06/17	31/12/17
	NC14	20a.		Estruturando equipe Multidisciplinar para executar funções de Auditoria Clínico Assistencial		Gerência de Atenção à Saúde	Colegiado Executivo,	1	02/06/17	02/07/17
	NC14	20b.		Capacitando equipe para exercer as funções de auditoria clínica assistencial		DAS/EBSERH	Setor Regulação Controle e Avaliação dos	1	02/07/17	02/08/17
	NC14	20c.		Elaborando instrumento de avaliação e monitoramento das atividades assistenciais		Equipe Multidisciplinar de Auditoria Clínica	Serviços de Saúde, Órgãos de	2	02/07/17	02/09/17
	NC14	20d.		Elaborando relatórios periódicos com recomendações à gestão e às equipes		Equipe Multidisciplinar de Auditoria Clínica	Controle, SES, MS, EBSEH e Paciente	4	02/09/17	31/12/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 25 - Ação 21: Consolidar os Processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC14	21		Consolidar os processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Melhorar a qualidade da assistência	Superintendência Gerência de Atenção à Saúde		14	01/12/16	03/02/18
	NC14	21a.		Institucionalizando a cultura de segurança do paciente		Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente		5	01/12/16	01/05/17
	NC14	21b.		Definindo e monitorando indicadores de Epidemiologia, Vigilância e Segurança em Saúde		Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente		5	02/03/17	02/08/17
	NC14	21c.		Implantando os protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente		Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Equipe Assistencial, DAS (EBSERH), MS, SES, GAS e Órgãos de Controle	12	01/12/16	01/12/17
	NC14	21d.		Elaborando e Divulgando os relatórios do Setor		Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente		6	02/08/17	02/02/18
	NC14	21e.		Implementando ações de intervenção para os resultados críticos provenientes do relatório		Colegiado Executivo, Núcleo de Segurança do Paciente		6	03/08/17	03/02/18
	NC14	21f.		Elaborando e implementando ações para conscientizar e empoderar os usuários em relação às ações de Segurança do Paciente (divulgações dos protocolos, ações para a população, etc)		Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente		6	02/08/17	03/02/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 26 - Ação 22: Reestruturar o Processo de Trabalho do Centro Cirúrgico (CC)

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC15	22		Reestruturar o processo de trabalho do centro cirúrgico	1. Para garantir a segurança do paciente cirúrgico 2. Para otimizar o uso da capacidade instalada	Divisão de Apoio Assistencial		10	02/03/17	31/12/17
	NC15	22a.		Estruturando grupo gestor da unidade do Centro Cirúrgico		Gerência de Atenção à Saúde, Divisão de Apoio Assistencial		1	02/03/17	02/04/17
	NC15	22b.		Mapeando a capacidade instalada do CC		Grupo gestor do CC (Chefe da Unidade do CC)	Usuários, Discentes, Docentes, Trabalhadores, Setor de Vigilância em Saúde, Unidades Assistenciais, Setor de Farmácia, SES, Setor de Suprimentos e Equipe de Trabalho do CC.	1	02/04/17	02/05/17
	NC15	22c.		Reorganizando o processo de trabalho de forma multidisciplinar		Grupo gestor do CC (Chefe da Unidade do CC)		8	02/05/17	31/12/17
	NC15	22d.		Implementando <i>check list</i> da cirurgia segura		Núcleo de Segurança de Paciente, Grupo Gestor do CC (Chefe da Unidade do CC)		7	02/06/17	31/12/17
	NC15	22e.		Implantando visita pré operatória multidisciplinar em todos os pacientes		Grupo Gestor do CC		7	02/06/17	31/12/17
	NC15	22f.		Identificando causas de cancelamento de cirurgias		Grupo gestor do CC (Chefe da Unidade do CC)		7	02/06/17	31/12/17

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 27 - Ação 23: Implementar Linhas de Cuidado (Continua)

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC16	23		Implementar linhas de cuidado	1. Garantir a atenção centrada no usuário e a integridade na assistência 2. Inserir o HU na Rede			20	02/03/17	02/11/18
	NC16	23a.		Definindo linhas prioritárias de cuidado com base no perfil assistencial do HU		Colegiado Executivo	Trabalhadores, Docentes, Residentes, Gestores SMS/SES, UBS, Chefias, Setor de Infraestrutura Física, GEP, Div GP, Setor de Gestão da Informação, Assessoria de Imprensa	4	02/03/17	02/07/17
	NC16	23b.		Articulando com o Gestor a implantação das linhas de cuidado estabelecidas		Colegiado Executivo e Regulação		2	02/07/17	02/09/17
	NC16	23c.		Discutindo com os profissionais sobre as linhas a serem implementadas		Divisões e Chefias de Unidade		4	02/09/17	31/12/17
	NC16	23d.		Mapeando os processos de trabalhos das linhas de cuidado		Divisões, Chefias de Unidade		4	02/09/17	31/12/17
	NC16	23e.		Definindo os responsáveis por Linha de Cuidado estabelecida		GAS		1	02/09/17	02/10/17
	NC16	23f.		Definindo as capacidades necessárias dos Serviços (apoio diagnóstico, terapêutico, estrutural) para subsidiar a implantação das linhas de cuidados propostas		Divisão e Chefias de Unidade		4	02/09/17	31/12/17
	NC16	23g.		Elaborando protocolos clínicos para cada linha de cuidado		Chefias de Unidade		6	02/10/17	02/04/18
	NC16	23h.		Firmando contratos internos entre as unidades assistenciais e apoio diagnóstico / terapêutico (foco nas linhas de cuidado)		GAS Regulação		6	02/09/17	02/03/18
	NC16	23i.		Capacitando os profissionais envolvidos nas Linhas de Cuidado estabelecidas		GEP + GAS		12	02/11/17	02/11/18

Quadro 27 - Ação 23: Implementar Linhas de Cuidado (Conclusão)

	NC16	23j.		Definindo estratégias de divulgação das Linhas estabelecidas e do novo Modelo de gestão aos funcionários do HU		GAS, Unidade de Comunicação Social		2	02/04/18	02/06/18
	NC16	23k.		Definindo indicadores de efetividade clínica para as Linhas de Cuidado e rotinas de monitoramento		Unidade de Processamento, Monitoramento e Avaliação da Informação Assistencial		13	02/10/17	02/11/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 28 - Ação 24: Implementar o Trabalho Multiprofissional com Foco no Usuário e a Aplicação dos Planos Terapêuticos

MP	Nó Crítico	ID	Precedência	What / How	Why	Who		When		
				(Ações e Atividades)	(Por que fazer)	(Responsáveis)	Parceiros	Duração (meses)	Data Início	Data Fim
MP4	NC16	24		Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos	1. Garantir a atenção centrada no usuário e a integralidade na assistência 2. Inserir o HU na Rede	Gerência de Atenção à Saúde e Divisões		25	01/12/16	31/12/18
	NC16	24a.		Definindo as equipes multiprofissionais de referência		Gerência de Atenção à Saúde e Divisões		1	02/04/17	02/05/17
	NC16	24b.		Organizando a atuação da equipe multiprofissional por unidade de cuidado para discussão do plano terapêutico de cada paciente		GAS + Divisões		2	02/05/17	02/07/17
	NC16	24c.		Implementando o plano terapêutico singular		Equipe Multiprofissional	Discentes, Docentes, Trabalhadores, Usuários, Gestores e GTH	18	02/07/17	31/12/18
	NC16	24d.		Incluindo o acompanhante / familiar no plano terapêutico		Equipe Multiprofissional		18	02/07/17	31/12/18
	NC16	24e.		Desenvolvendo ações propostas pela Política de Humanização		Equipe Multiprofissional		25	01/12/16	31/12/18
	NC16	24f.		Monitorando a atuação das equipes multiprofissionais		Divisão de Gestão do Cuidado + Divisão de Apoio		18	02/07/17	31/12/18

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 29 – Planilha de Viabilidade das Ações (Continua)

Planilha de Viabilidade							
Ação	Recursos necessários				Recursos que temos e não temos (Ator que controla cada recurso)	Viabilidade	Ação estratégica
	Financeiros	Políticos	Organizacionais	Técnicos			
1. Realizar Pesquisa de Clima Organizacional	Para contratação de empresa terceirizada	Para sensibilizar as chefias	Para sensibilizar/envolver os trabalhadores	-	Financeiro: Gerente Administrativo (A+) Político: Superintendência (A+) Organizacionais: Chefias e representantes (M0)	Ação de Viabilidade ALTA Estratégia: Negociação colaborativa	Sensibilizar chefias, representantes, grupo ampliado e trabalhadores através de reuniões (voltadas à pesquisa e ao PDE como um todo) (Em Dezembro/2016) e Aplicar a pesquisa por meio de TBL
3. Melhorar a organização dos processos de trabalho		Para envolver os docentes			Político: GEP (A+) Organizacionais: Chefias (A+)	Ação de Viabilidade ALTA Estratégia: Negociação Cooperativa	Envolver os docentes no processo de organização (revisão e construção) do trabalho (Em: Junho/2017)
5. Implantar Política de Educação Permanente	Para convidar palestrantes e reestruturação do setor e aquisição de materiais	Para sensibilizar os docentes e direção dos centros de ensino	Para estruturação do setor de EP		Financeiro: Gerente Administrativo (A+) Político: Superintendência + GEP (A+) Organizacionais: Direção dos centros de ensino (M0)	Ação de Viabilidade ALTA Estratégia: Negociação Cooperativa	Sensibilizar os docentes, envolvendo os Centros de Ensino na educação permanente. Garantir um representante do HU no Conselho Departamental do CCS. (Em: até junho/2017)

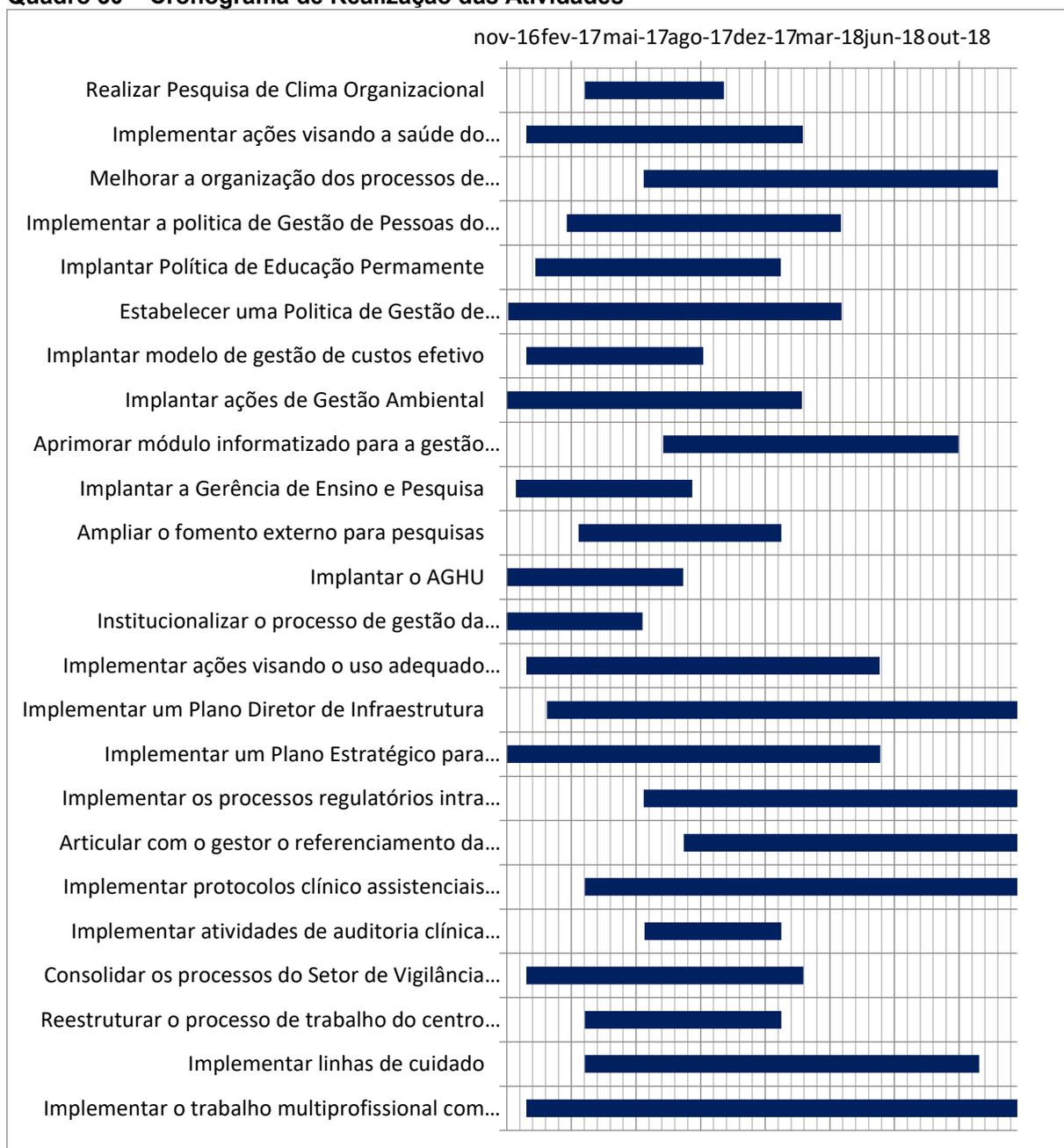
Quadro 29 – Planilha de Viabilidade das Ações (Continuação)

<p>17. Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde</p>		<p>Para sensibilizar trabalhadores, docentes e corpo clínico</p>	<p>Para capacitar trabalhadores, docentes e corpo clínico</p>	<p>Para estabelecer estratégias de capacitação</p>	<p>Técnico: GEP + GAS (A+) Político: GEP (A+) Organizacionais: Divisões e Setores da GAS (A+)</p>	<p>Ação de Viabilidade ALTA. Estratégia: Negociação Conflitiva</p>	<p>Incluir no Programa de Educação Permanente o tema: Regulação e RAS (Em: 01/09/17)</p>
<p>18. Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto</p>		<p>Para sensibilizar os órgãos de controle e gestores estadual e municipal</p>	<p>Para sensibilizar as equipes assistenciais e garantir a eficácia no atendimento do paciente grave</p>	<p>Para fortalecer o entendimento do papel do HU na RAS</p>	<p>Técnico: GAS (A+) Político: Superintendente (A+), Órgãos de Controle e gestores (A+) Organizacionais: Trabalhadores (A+)</p>	<p>Ação de Viabilidade MÉDIA. Estratégia: Negociação conflitiva</p>	<p>Manter um cronograma permanente de reuniões com a Rede de Atenção às Urgências para desenvolvimento de ações visando o referenciamento e contrareferenciamento responsável (Em: 01/12/16)</p>
<p>19. Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais</p>	<p>Para a capacitação da equipe que atuará com protocolos clínicos</p>	<p>Para envolver as chefias e trabalhadores e docentes</p>	<p>Para estabelecer um cronograma de elaboração dos protocolos</p>	<p>Para a capacitação dos diversos setores e unidades</p>	<p>Financeiros: EB-SERH (A+) Técnico: GAS, GEP (A+) Trabalhadores (A0) Político: EB-SERH (A+), MS (A+) Organizacionais: Chefias (A+) e trabalhadores (A0)</p>	<p>Ação de Viabilidade ALTA. Estratégia: Negociação cooperativa</p>	<p>Incluir no Programa de Educação Permanente a elaboração dos protocolos multiprofissionais. (Em: 01/03/17)</p>

Quadro 29 – Planilha de Viabilidade das Ações (Conclusão)

20. Implementar atividades de auditoria clínica assistencial	Para qualificação da equipe de auditoria clínica assistencial	Para avaliar os processos de trabalho e aplicação dos protocolos clínicos	Para garantir a qualidade da assistência	Para efetivar a auditoria clínica e garantir a qualidade da assistência	Financeiro: EB-SERH (A+) Político: Colegiado Executivo (A+) Técnico: GAS (+) Organizacional: Equipe de Auditoria Clínica (A+)	Ação de Viabilidade ALTA Estratégia: Negociação Cooperativa	Incluir no Programa de Educação Permanente o tema auditoria clínica assistencial Realizar discussões coletivas, evidenciando a importância da auditoria clínica e buscando o compromisso dos profissionais (Em: 01/03/17)
23. Implementar linhas de cuidado	Para qualificação da equipe que atuará nas linhas de cuidado Para adequação da área física	Para motivar os trabalhadores para a implementação das linhas e negociação com o gestor	Para garantir a qualidade da assistência	Para qualificação da equipe que atuará nas linhas de cuidado	Financeiros: EB-SERH e gestores SMS/SES (A+) Políticos: Colegiado executivo (A+) Organizacionais: GAS (A+) Técnicos: DivGP (A+), GEP (A+)	Ação de Viabilidade ALTA Estratégia: Negociação Cooperativa	Garantir as ações de capacitação (Em: 02/11/17)
24. Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos	Para a capacitação da equipe que realizará o trabalho multiprofissional	Para articular o trabalho em equipes multiprofissionais	Para garantir a integração dos trabalhadores nas equipes multiprofissionais e qualidade da assistência	Para reorganização dos processos de trabalho e capacitação	Financeiros: EB-SERH (A+) e Gerência Administrativa (A+) Políticos: GAS (A+) Organizacionais: GAS (A+) Técnicos: DivGP (A+), GEP (A+)	Ação de Viabilidade ALTA Estratégia: Negociação Cooperativa	Realizar discussões coletivas sobre o modelo assistencial proposto, a fim de conscientizar os trabalhadores (Em:02/05/17)

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 30 – Cronograma de Realização das Atividades

Fonte: Elaboração Própria

9 ANÁLISE ORÇAMENTÁRIA

Definidas as ações e as atividades estratégicas, foram estimadas as despesas de capital e de custeio necessárias para a implementação das mesmas. No Quadro 31 são apresentadas as despesas por ação.

Quadro 31- Planilha Orçamentária das Ações (Continua)

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO				DESPESAS DE CUSTEIO										TOTAL por Nó Crítico e por Ação	
				Despesas de Consumo Não Finalístico				Pessoal		Manutenção e Reforma	Ensino e Pesquisa	Instalações	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário		
Nós Críticos	Ações	Data Inicial da Ação	Data Final da Ação	Diárias, Passagens e Locomoção	Materiais/ Serviços de Consumo Geral	Materiais/ Serviços de Tecnologia da Informação	Outros	Terceirização Direta pelo HU	RPA e Outras Formas Específicas	Reforma	Apoio ao Ensino e Pesquisa	Instalações	Máquinas, Equipamentos e Mobiliário		
Nó Crítico 1	Realizar Pesquisa de Clima Organizacional	02/03/17	03/10/17		R\$ 4.000,00			R\$ 15.000,00						R\$ 19.000,00	
	Implementar ações visando a saúde do trabalhador	01/12/16	02/02/18		R\$ 2.080.000,00			R\$ 3.365.000,00		R\$ 160.000,00			R\$ 100.000,00	R\$ 5.705.000,00	
Total Nó Crítico 1				R\$ -	R\$ 2.084.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.380.000,00	R\$ -	R\$ 160.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 100.000,00	R\$ 5.724.000,00	
Nó Crítico 2	Melhorar a organização dos processos de trabalho	01/06/17	01/12/18		R\$ 10.000,00			R\$ 900.000,00						R\$ 910.000,00	
Total Nó Crítico 2				R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 900.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 910.000,00	
Nó Crítico 3	Implementar a Política de Gestão de Pessoas do HU	02/02/17	02/04/18		R\$ 10.000,00									R\$ 10.000,00	
Total Nó Crítico 3				R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.000,00	
Nó Crítico 4	Implantar Política de Educação Permanente	15/12/16	30/12/17	R\$ 450.000,00	R\$ 50.000,00		R\$ 1.000.000,00		R\$ 100.000,00		R\$ 450.000,00			R\$ 2.050.000,00	
Total Nó Crítico 4				R\$ 450.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ -	R\$ 1.000.000,00	R\$ -	R\$ 100.000,00	R\$ -	R\$ 450.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ 2.050.000,00	
Nó Crítico 5	Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)	03/11/16	03/04/18		R\$ 6.000,00			R\$ 320.000,00					R\$ 60.000,00	R\$ 386.000,00	
	Implantar modelo de gestão de custos efetivo	01/12/16	01/09/17			R\$ 15.000,00							R\$ 8.000,00	R\$ 23.000,00	
	Implantar ações de Gestão Ambiental	01/11/16	01/02/18		R\$ 2.010.000,00							R\$ 250.000,00	R\$ 2.500.000,00	R\$ 4.760.000,00	
	Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos	01/07/17	01/10/18					R\$ 1.500.000,00						R\$ 1.500.000,00	
Total Nó Crítico 5				R\$ -	R\$ 2.016.000,00	R\$ 15.000,00	R\$ -	R\$ 1.820.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 250.000,00	R\$ 2.568.000,00	R\$ 6.669.000,00	
Nó Crítico 6	Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa	15/11/16	15/08/17		R\$ 10.000,00	R\$ 50.000,00							R\$ 25.000,00	R\$ 85.000,00	
	Ampliar o fomento externo para pesquisas	20/02/17	31/12/17		R\$ 10.000,00									R\$ 10.000,00	
Total Nó Crítico 6				R\$ -	R\$ 20.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 25.000,00	R\$ 95.000,00	
Nó Crítico 7	Implantar o AGHU	01/11/16	01/08/17	R\$ 54.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 65.000,00		R\$ 2.336.000,00					R\$ 454.200,00	R\$ 2.915.200,00	
Total Nó Crítico 7				R\$ 54.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 65.000,00	R\$ -	R\$ 2.336.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 454.200,00	R\$ 2.915.200,00
Nó Crítico 8	Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS	28/02/16	30/05/17		R\$ 10.000,00								R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00	
Total Nó Crítico 8				R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 20.000,00	R\$ 30.000,00

Quadro 31- Planilha Orçamentária das Ações (Conclusão)

Nó Crítico 9	Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos	01/12/16	01/06/18		R\$ 15.000,00									R\$ 15.000,00
Total Nó Crítico 9				R\$ -	R\$ 15.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 15.000,00
Nó Crítico 10	Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura	02/10/17	31/12/18						R\$ 21.650.000,00				R\$ 4.300.000,00	R\$ 25.950.000,00
Total Nó Crítico 10				R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 21.650.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.300.000,00	R\$ 25.950.000,00
Nó Crítico 11	Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes	01/11/16	02/06/18		R\$ 10.000,00								R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00
Total Nó Crítico 11				R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ 20.000,00
Nó Crítico 12	Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde	01/06/17	31/12/18		R\$ 10.000,00								R\$ 6.000,00	R\$ 16.000,00
Total Nó Crítico 12				R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 6.000,00	R\$ 16.000,00
Nó Crítico 13	Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto	02/08/17	31/12/18		R\$ 10.000,00									R\$ 10.000,00
Total Nó Crítico 13				R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.000,00
Nó Crítico 14	Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais	02/03/17	31/12/18		R\$ 100.000,00									R\$ 100.000,00
	Implementar atividades de auditoria clínica assistencial	02/06/17	31/12/17											R\$ -
	Consolidar os processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	01/12/16	03/02/18		R\$ 10.000,00								R\$ 18.000,00	R\$ 28.000,00
Total Nó Crítico 14				R\$ -	R\$ 110.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 18.000,00	R\$ 128.000,00
Nó Crítico 15	Reestruturar o processo de trabalho do centro cirúrgico	02/03/17	31/12/17		R\$ 10.000,00									R\$ 10.000,00
Total Nó Crítico 15				R\$ -	R\$ 10.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 10.000,00
Nó Crítico 16	Implementar linhas de cuidado	02/03/17	02/11/18		R\$ 10.000,00									R\$ 10.000,00
	Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos	01/12/16	31/12/18		R\$ 10.000,00									R\$ 10.000,00
Total Nó Crítico 16				R\$ -	R\$ 20.000,00	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ 20.000,00
TOTAL por tipo de Despesa				R\$ 504.000,00	R\$ 4.391.000,00	R\$ 130.000,00	R\$ 1.000.000,00	R\$ 8.436.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 21.810.000,00	R\$ 450.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 7.501.200,00	R\$ 44.572.200,00

Fonte: Elaboração Própria

Na Tabela 26 e no Gráfico 1, são apresentados os investimentos de acordo com a natureza das despesas como terceirizações e materiais de consumo, entre outras. Na tabela 27 e no Gráfico 2, apresenta os investimentos por Macroproblema, onde há de se considerar o valor expressivo previsto para a solução do Macroproblema 3. Este deve-se, principalmente, aos recursos financeiros a serem destinados para a adequação da infraestrutura do Hospital, visando ao atendimento das determinações da Vigilância Sanitária Municipal e do Corpo de Bombeiros, visando à obtenção do Alvará Sanitário Geral para o HU.

Tabela 26 – Investimentos por Natureza de Despesa (Continua)

NATUREZA DA DESPESA	VALOR
AJUDA DE CUSTO	
Diárias	R\$ 254,000.00
Passagens	R\$ 250,000.00
Subtotal	R\$ 504,000.00
TERCEIRIZAÇÕES	
Tecnologia da Informação	R\$ 3,836,000.00
Secretário de Clínica	R\$ 900,000.00
Educador Físico (ginástica laboral)	R\$ 365,000.00
Almoxarifes	R\$ 320,000.00
Exames Periódicos	R\$ 3,000,000.00
Pesquisa de clima organizacional	R\$ 15,000.00
Subtotal	R\$ 8,436,000.00
OBRAS E REFORMAS/ INSTALAÇÕES	
Auditório	R\$ 160.000,00
Construção do abrigo	R\$ 250.000,00
Torres (saída de incêndio)	R\$ 9,850,000.00
Construção de um andar no prédio	R\$ 6,250,000.00
Reforma nas clínicas	R\$ 5.500.000,00
Adequações Vigilância Sanitária	R\$ 50,000.00
Subtotal	R\$ 22,060,000.00
MATERIAL PERMANENTE	
Quadro <i>Kanban</i>	R\$ 6.000,00
Impressoras	R\$ 51.300,00
Computadores	R\$ 376.000,00
Mesas/armários/cadeiras	R\$ 92.000,00
Câmeras	R\$ 40.000,00

Tabela 26 – Investimentos por Natureza de Despesa (Conclusão]

Leitores código de barras	R\$ 10.000,00
Televisões/sistema	R\$ 100.000,00
Mobília para as clínicas	R\$ 1.300.000,00
Equipamento shiler	R\$ 600.000,00
Carrinhos/seladores/ <i>palm top</i>	R\$ 18.000,00
Lâmpadas / placas	R\$ 2.500.000,00
Equipamento médico hospitalar	R\$ 2.407.900,00
Subtotal	R\$ 7.501.200,00
MATERIAL DE CONSUMO	VALOR
Cabeamento	R\$ 64.800,00
Material elétrico	R\$ 2.000.000,00
Insumos / exames periódicos	R\$ 1.951.200,00
Comunicação	R\$ 275.000,00
Integração	R\$ 100.000,00
Subtotal	R\$ 4.391.000,00
OUTROS	VALOR
Cursos de Capacitação	R\$ 1.000.000,00
Subtotal	R\$ 1.000.000,00
RPA	VALOR
Palestras	R\$ 100.000,00
Subtotal	R\$ 100.000,00
APOIO ENSINO À PESQUISA	VALOR
Serviço de apoio ao ensino	R\$ 450.000,00
Subtotal	R\$ 450.000,00
MATERIAL / SERVIÇO TI	VALOR
Desenvolvimento de software	R\$ 65.000,00
Suporte de infraestrutura de TI	R\$ 65.000,00
Subtotal	R\$ 130.000,00
TOTAL	R\$ 44.572.200,00

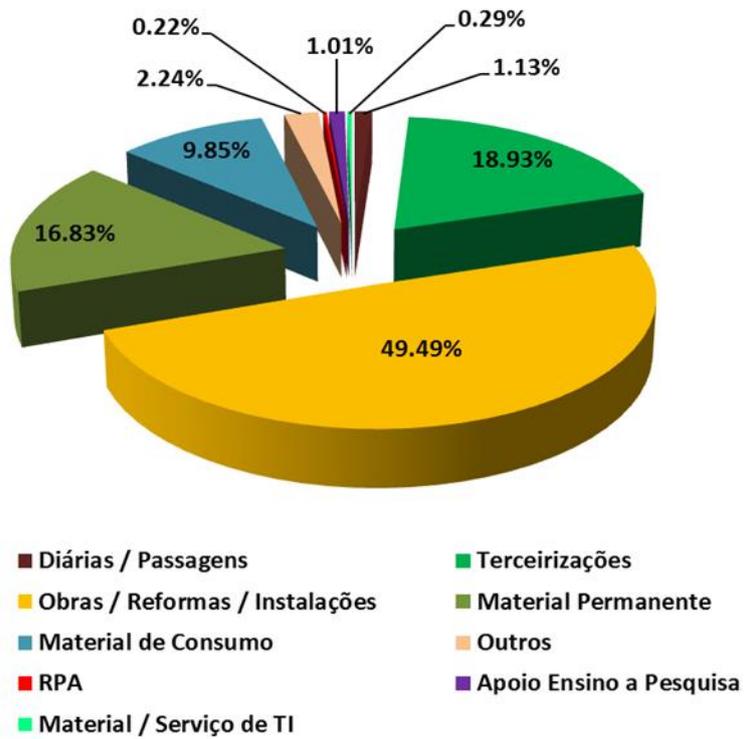
Fonte: Elaboração Própria

Tabela 27 – Investimentos por Macroproblema

Macroproblema	VALOR
MP1	R\$ 8.694.000, 00
MP2	R\$ 9.709.200,00
MP3	R\$ 25.985.000,00
MP4	R\$ 184.000,00
TOTAL	R\$ 44.572.200,00

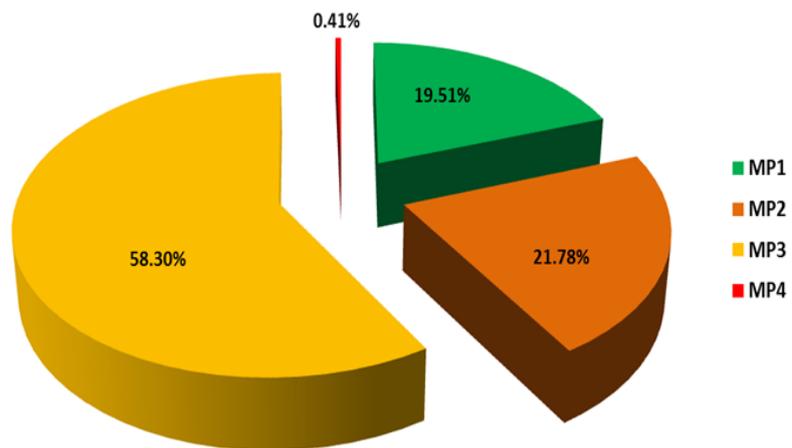
Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 1 – Investimentos por Natureza de Despesa



Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 2 – Investimentos por Macroproblema



Fonte: Elaboração Própria

10 GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO

Para que o Plano Diretor Estratégico tenha sucesso, há que se estabelecer um modelo de gestão do Plano. Para tanto, foi elaborado um quadro de gestão do plano, que será acompanhado pela Colegiado Executivo (Superintendente e gerências de administração, atenção à saúde e de ensino e pesquisa) e pelo que foi denominado internamente de G9, ou seja, o Grupo Afinidade, que se constituiu pelos representantes do HUUFSC que realizaram o Curso de Especialização de Gestão para os HUF no SUS.

O Grupo Ampliado permanecerá como grupo apoiador externo à gestão e execução do plano, com reuniões colegiadas mensais estabelecendo estratégias para atuação nas dificuldades encontradas na implementação do plano. Os responsáveis pelas ações terão fórum no Grupo Ampliado para compartilhamento dos avanços alcançados. Esta estratégia tem como objetivo manter a vinculação e reforçar a participação do Grupo Ampliado como um espaço democrático para as reavaliações e evolução do PDE. O G9 em conjunto com a Unidade de Planejamento será o grupo de gestão direta do plano com rodas de conversa quinzenais e se reportará ao Colegiado Executivo atualizando o andamento do PDE.

No sentido de dar dinamicidade e manter o grupo articulado, serão mantidas as atividades de reflexão, por meio de metodologias ativas, com a utilização de discussões de artigos, vídeos e outras ações que permitam manter o grupo “vivo” e inserido no PDE.

Na sequência apresentam-se as planilhas de gestão do plano com as metas e indicadores propostos para cada ação e atividade.

Quadro 32 – Gestão do Plano - Ação 1: Realizar Pesquisa de Clima Organizacional

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
1		Realizar Pesquisa de Clima Organizacional	7	02/03/17	03/10/17	1. Índice de absenteísmo 2. Índice de satisfação do trabalhador 3. Taxa de exames periódicos realizados	1. \sum (horas de absenteísmo) / \sum (horas contratadas) x 100 2. Resultado da pesquisa de satisfação 3. \sum (exames periódicos realizados) / \sum (exames periódicos necessários)	1. Redução de absenteísmo para 10% 2. Aumento do índice de satisfação do trabalhador (pesquisa) 3. Realizar exames periódicos em 100% dos trabalhadores
1a.	Contratando uma empresa para realização da pesquisa (Elaboração, aplicação e compilação dos seus dados)	6	02/03/17	02/09/17				
1b.	Divulgando resultados da pesquisa	1	03/09/17	03/10/17				
1c.	Analisando resultados e elaborando ações-intervenção a partir do diagnóstico situacional	1	03/09/17	03/10/17				

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 33 – Gestão do Plano - Ação 2: Implementar Ações Visando a Saúde do Trabalhador

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
2		Implementar ações visando a saúde do trabalhador	14	01/12/16	02/02/18	1. Índice de absenteísmo 2. Índice de satisfação do trabalhador 3. Taxa de exames periódicos realizados	1. \sum (horas de absenteísmo) / \sum (horas contratadas) x 100 2. Resultado da pesquisa de satisfação 3. \sum (exames periódicos realizados) / \sum (exames periódicos necessários)	1. \sum (horas de absenteísmo) / \sum (horas contratadas) x 100 2. Resultado da pesquisa de satisfação 3. \sum (exames periódicos realizados) / \sum (exames periódicos necessários)
2a.		Mapeando e Monitorando os afastamentos dos trabalhadores	1	02/01/17	02/02/17			
2b.		Definindo os fluxos de realização e acompanhamento dos exames médicos periódicos conforme a legislação dos trabalhadores (PRODEGESP) (sistematização da rotina)	2	02/01/17	02/03/17			
2c.		Promovendo atividades de socialização entre trabalhadores (planejamento)	2	01/03/17	01/05/17			
2d.		Instituindo ginástica laboral/atividades lúdicas/práticas integrativas	6	02/03/17	02/09/17			
2e.		Realizando atividades educativas e motivacionais para os trabalhadores	6	02/03/17	02/09/17			
2f.		Planejando e promovendo atividades de integração entre trabalhadores UFSC e EBSEH	6	01/12/16	01/06/17			
2g.	16.b 16.c	Adquirindo mobiliário ergonômico (estudo/análise, priorização e aquisição propriamente dita)	10	02/04/17	02/02/18			
2h.		Monitorando as atividades propostas (incluindo aplicação periódica da pesquisa de clima organizacional)	5	02/05/17	02/10/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 34 – Gestão do Plano - Ação 3: Melhorar a Organização dos Processos de Trabalho

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
3		Melhorar a organização dos processos de trabalho	18	01/06/17	01/12/18	Número de POPs elaborados e implementados	Nº de processos mapeados elaborados e implementados	100% dos POP elaborados implementados
3a.		Definindo os fluxos coletivamente a partir dos macroprocessos	7	01/06/17	30/12/17			
3b.		Revisando coletivamente os POPs já existentes e estabelecendo prioridades para necessidade de elaboração dos POPs não existentes	4	01/11/17	01/03/18			
3c.		Descrevendo coletivamente os POPs que ainda não existem	6	01/11/17	01/05/18			
3d.		Realizando discussões ampliadas para divulgação dos fluxos e POPs	5	01/02/18	01/07/18			
3e.		Capacitando para implementar os POPs revisados e os novos elencando prioridades	5	01/02/18	01/07/18			
3f.		Elaborando indicadores de monitoramento da qualidade específicos de cada área	6	01/11/17	01/05/18			
3g.		Monitorando a implementação dos POPs (produtividade e eficácia)	5	01/07/18	01/12/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 35 – Gestão do Plano - Ação 4: Implementar a Política de Gestão de Pessoas do HU

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
4		Implementar a Política de Gestão de Pessoas do HU	14	02/02/17	02/04/18	1. Taxa de Absenteísmo 2. Satisfação do trabalhador	1. \sum (horas de absenteísmo) / \sum (horas contratadas) x 100 2. Resultado da pesquisa de satisfação	1. Redução de absenteísmo para 10%; 2. Aumento do índice de satisfação do trabalhador (pesquisa de clima)
4a.	Definindo comissão multiprofissional para revisão da política	1	02/02/17	02/03/17				
4b.	Levantando documentos existentes: Legislação, Normativas sobre gestão de pessoas RJU/EBSERH	6	02/03/17	02/09/17				
4c.	Atualizando e adequando a política atual de acordo com a legislação vigente	6	02/03/17	03/09/17				
4d.	Discutindo e divulgando com gestores e trabalhadores a proposta	3	03/09/17	01/12/17				
4e.	Monitorando e acompanhando a implementação da política	4	01/12/17	02/04/18				

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 36 - Gestão do Plano - Ação 5: Implantar Política de Educação Permanente

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
5	10	Implantar Política de Educação Permanente	12	15/12/16	30/12/17	1. Taxa de participação em capacitações ofertadas/validadas pelo HU2 2. Percentual do cumprimento dos indicadores qualitativos e quantitativos da Auditoria Clínica Assistencial 3. Percentual de docentes dos diferentes departamentos envolvidos na educação permanente	1. Número de profissionais capacitados (no mínimo 8h por ano)/Número total de profissionais 2. % de trabalhadores com potencial para ministrar/% de trabalhadores que efetivamente foram aproveitados	1. Participação de 60% dos trabalhadores em capacitações: no mínimo 8 horas por ano (incluindo as obrigatórias) 2. Melhoria do percentual dos indicadores da Auditoria Clínica
5a.	10a	Reestruturando o setor de educação permanente (definindo pessoas com perfil adequado)	2	15/12/16	15/02/17			
5b.		Definindo atribuições da equipe de EP	4	15/12/16	31/03/17			
5c.	10b	Definindo uma política de capacitação no trabalho (continuada e permanente)	5	01/03/17	01/08/17			
5f.		Realizar o diagnóstico das necessidades de capacitação/educação permanente para os diferentes níveis e categorias funcionais	1	01/04/17	01/05/17			
5d.		Definindo as prioridades para educação no trabalho (incluindo educação referente à Políticas Públicas e voltadas à saúde e Princípios e Diretrizes do SUS)	1	01/07/17	01/08/17			
5g.		Elencar os servidores técnico-administrativos e/ou docentes com potencial para ministrar capacitação/educação permanente	1	01/05/17	01/06/17			
5h.		Elaborar planos de atividade de ensino/horas assistenciais voltadas à educação permanente	1	01/06/17	01/07/17			
5e.		Elaborando e executando o plano de ação para as atividades de educação no trabalho, contemplando novas metodologias (ex.: metodologias ativas e EAD)	5	01/08/17	30/12/17			
5i.		Disponibilizar e disseminar a informação referente à utilização do sistema de telemedicina/telesaúde como ferramenta potencial de educação permanente	5	01/08/17	30/12/17			
5j.		Definindo rotina de monitorando e acompanhando as atividades de educação permanente	5	01/08/17	30/12/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 37 – Gestão do Plano - Ação 6: Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
6		Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)	17	03/11/16	03/04/18	1. Porcentagem de itens revisados e padronizados 2. Porcentagem de desperdício de materiais e insumos da classificação (curva) A	1. Número de itens revisados e padronizados/Número total de itens	1. 70% dos itens revisados e padronizados 2. Diminuir 20% do desperdício de materiais e insumos da curva A
6a.		Estabelecendo uma comissão multiprofissional permanente para a aquisição de materiais	3	03/11/16	03/02/17			
6b.		Realizando o diagnóstico do desperdício atual	6	03/02/17	03/08/17			
6c.		Elaborando e divulgando a política de gestão de materias (contemplando padronização de análise dos pregões eletrônicos, revisão de padronização de materiais e insumos com critérios e especificações pré-estabelecidas, definição de novos itens (incluindo ações de sustentabilidade) e definição critérios para estabelecimento de cotas para os setores)	2	03/08/17	03/10/17			
6d.	5c	Capacitando os trabalhadores nos processos de gestão de materiais	1	03/10/17	03/11/17			
6e.		Padronizando kits de Produtos para Saúde e Medicamentos, priorizando os procedimentos de alto custo (iniciando pelo centro cirúrgico)	5	03/08/17	30/12/17			
6f.		Definindo a rotina de monitoramento da implantação da gestão de materiais (insumos, materiais e medicamentos)	1	03/10/17	03/11/17			
6g.	12c	Implantando a rastreabilidade de materiais medicamentos e insumos, priorizando medicamentos	6	03/10/17	03/04/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 38 – Gestão do Plano - Ação 7: Implantar Modelo de Gestão de Custos Efetivo

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
7		Implantar modelo de gestão de custos efetivo	9	01/12/16	01/09/17	Custo total da instituição		Redução do custo total do HU em 20%
7a.		Definindo o princípio e método de estudos de custos hospitalares	1	01/12/16	02/01/17			
7b.		Definindo o modelo de gestão de custos (de cada área)	4	02/01/17	01/05/17			
7c.		Capacitando equipe técnica para operacionalizar os estudos de custo e incorporar novas tecnologias e capacitando equipes assistenciais com relação ao modelo de gestão de custos	1	01/05/17	01/06/17			
7d.		Estabelecendo parcerias com áreas estratégicas internas e externas ao HU (para estabelecimento de melhores práticas de dispensação, por exemplo)	3	01/06/17	01/09/17			
7e.		Definindo rotina de monitoramento da apuração e gestão dos custos	3	01/06/17	01/09/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 39 – Gestão do Plano - Ação 8: Implantar Ações de Gestão Ambiental

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
8		Implantar ações de Gestão Ambiental	15	01/11/16	01/02/18	1. Custos com energia elétrica 2. Custos com descarte de resíduos		1. Redução de 10% do gasto com energia elétrica 2. Redução em 10% do custo com descarte de resíduos
8a.		Realizando campanha de conscientização do desperdício na Instituição	8	01/12/16	01/08/17			
8b.		Estabelecendo rotina de divulgação mensal do relatório padrão dos custos com consumo de água, energia, telefone, descarte de resíduos	2	01/12/16	01/02/17			
8c.		Desenvolvendo e implementando estratégias de controle de energia elétrica no hospital (mecanismos eletrônicos, check list diário)	12	01/02/17	01/02/18			
8d.		Consolidando mecanismos para reduzir a geração de resíduos priorizando os resíduos especiais	8	01/11/16	01/07/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 40 – Gestão do Plano - Ação 9: Aprimorar Módulo Informatizado para a Gestão de Materiais, Insumos e Medicamentos

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
9		Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos	15	01/07/17	01/10/18	Módulo referente a gestão de materiais		Implantação plena e utilização do módulo de gestão de materiais
9a.		Readequando o módulo informatizado para as necessidades da Instituição	12	01/07/17	01/07/18			
9b.		Capacitando os profissionais para utilização dos módulos	3	01/07/18	01/10/18			
9c.		Definindo rotina de monitoramento da utilização do módulo	2	01/08/18	01/10/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 41 – Gestão do Plano - Ação 10: Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
10		Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa	9	15/11/16	15/08/17	1. Taxa de pesquisas e projetos cadastrados no SIG EBSEERH 2. Número de atividades de extensão mapeadas pela Gerência	1. Número de projetos cadastrados no SIG EBSEERH/ Número total de projetos realizados 2. Número de atividades de extensão mapeadas pela gerência	1. 100% das pesquisas e dos pesquisadores cadastrados no SIG EBSEERH 2. 100% das atividades de ensino e extensão mapeadas pela Gerência de Ensino e Pesquisa
10a.		Selecionando pessoas para compor a Gerência de Ensino e Pesquisa	3	15/11/16	15/02/17			
10b.		Elaborando a política de ensino e pesquisa do HU a partir da macropolítica da EBSEERH	6	15/02/17	15/08/17			
10c.		Mapeando as atividades de ensino, pesquisa e extensão no HU	5	01/12/16	15/04/17			
10d.		Definindo e implantando linhas de pesquisa Institucionais	3	15/04/17	15/07/17			
10e.		Cadastrando os pesquisadores e projetos de pesquisa no SIG EBSEERH	4	01/03/17	15/06/17			
10f.		Desenvolvendo atividades de integração entre HU, Pró-reitorias e Centros de Ensino	7	01/12/16	15/06/17			
10g.		Definindo área física para a Gerência de Ensino e Pesquisa	1	01/12/16	31/12/16			
10h.		Adquirindo equipamentos e mobiliário para estruturar a área física para a Gerência de Ensino e Pesquisa	8	01/12/16	15/07/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 42 – Gestão do Plano - Ação 11: Ampliar o Fomento Externo para Pesquisas

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
11		Ampliar o fomento externo para pesquisas	10	20/02/17	31/12/17	1. Percentual de pesquisas realizadas com recursos de órgãos de fomento 2. Valor absoluto de fomento para pesquisa	Nº de pesquisas realizadas com recursos de órgãos de fomento/Total de pesquisas realizadas	1. 10% das pesquisas realizadas com recursos de órgãos de fomento 2. Incremento anual em 5% do valor absoluto de fomento
11a.	Estruturando escritório de projetos de pesquisa e inovação tecnológica	2	15/05/17	15/07/17				
11b.	Identificando as áreas com potencial para o desenvolvimento de pesquisa	2	15/05/17	15/07/17				
11c.	Levantando e divulgando editais de órgãos de fomento com aderência às linhas de pesquisa do HU	5	20/02/17	16/07/17				
11d.	Buscando desenvolver projetos institucionais por meio de parcerias (com o MEC, MS e outros)	6	15/07/17	31/12/17				
11e.	Desenvolvendo estratégias para reverter para o HU percentual de recursos financeiros provenientes de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos no Hospital	6	01/03/17	15/08/17				

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 43 – Gestão do Plano - Ação 12: Implantar o AGHU

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
12		Implantar o AGHU	9	01/11/16	01/08/17	Percentual de perda da produção ambulatorial	Diferença entre produção do BEMH com produção Sistema de Informação Ambulatorial	Atingir percentual máximo de 10% de não registro da produção ambulatorial
12a.		Instituindo os núcleos NIS e SIS	1	01/11/16	16/11/16			
12b.		Garantindo recursos para a implantação do AGHU	6	01/11/16	01/05/17			
12c.		Implantando os módulos prioritários	3	01/05/17	01/08/17			
12d.		Capacitando os trabalhadores para utilização dos módulos do AGHU	3	01/05/17	01/08/17			
12e.		Definindo indicadores para o monitoramento do processo de migração do sistema atual para o AGHU	3	01/05/17	01/08/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 44 – Gestão do Plano - Ação 13: Institucionalizar o Processo de Gestão da Contratualização com o Gestor do SUS

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
13		Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS	15	28/02/16	30/05/17	Percentual do cumprimento das metas contratualizadas		Cumprimento das metas contratualizadas: 80% de alta complexidade e FAEC; 100% da média complexidade
13a.		Levantando e validando o histórico de produção com as unidades	9	28/02/16	30/11/16			
13b.		Analisando a capacidade instalada do HU e o perfil epidemiológico da população atendida	9	28/02/16	30/11/16			
13c.		Elaborando documento descritivo da contratualização	9	28/02/16	30/11/16			
13d.		Efetivando a renovação do contrato junto ao Gestor Estadual	1	01/12/16	31/12/16			
13e.		Oficializando contrato interno das metas pactuadas	3	02/01/17	30/03/17			
13f.		Divulgando as metas contratualizadas no HU	1	30/03/17	30/04/17			
13g.		Formalizando o processo de monitoramento e avaliação das metas pactuadas no IFC (Instrumento Formal de Contratualização)	5	02/01/17	30/05/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 45 – Gestão do Plano - Ação 14: Implementar Ações Visando o Uso Adequado dos Equipamentos

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
14		Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos	18	01/12/16	01/06/18	Percentual de manutenções corretivas e preventivas		1. Atingir a relação de 60% de manutenções preventivas e 40% de manutenções corretivas 2. Realizar manutenção preventiva em 100% dos equipamentos essenciais de suporte à vida e outros definidos pelo NEC
14a.		Implantando rotinas de treinamento dos trabalhadores para uso dos equipamentos	12	01/12/16	01/12/17			
14b.		Criando <i>checklist</i> para avaliação das condições de uso dos equipamentos	6	01/12/16	01/06/17			
14c.		Padronizando rotina de manutenção corretiva	6	02/12/16	02/06/17			
14d.		Criando coletivamente guias rápidos e POP para o uso dos equipamentos	9	02/03/17	02/12/17			
14e.		Divulgando aos trabalhadores, docentes e discentes a causa, o valor e impacto do dano de cada equipamento	6	01/12/16	02/06/17			
14f.		Criando prontuário eletrônico de equipamentos	12	01/12/16	01/12/17			
14g.		Registrando e atualizando o histórico dos equipamentos no prontuário eletrônico	18	01/12/16	01/06/18			
14h.		Garantindo a manutenção preventiva dos equipamentos	12	02/01/17	02/01/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 46 – Gestão do Plano - Ação 15: Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
15		Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura	24	02/01/17	31/12/18	Notificações da Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros		Atender 100% das notificações emitidas pela vigilância e corpo de bombeiros
15a.		Criando uma comissão multiprofissional permanente para elaboração do Plano Diretor de Infraestrutura	1	02/05/17	02/06/17			
15b.		Elaborando e implantando o Plano Diretor, priorizando a regularização da edificação junto ao corpo de bombeiros e Vigilância Sanitária	18	02/06/17	02/12/18			
15c.		Realizando reforma das áreas com autos da Vigilância Sanitária (Cirurgia ambulatorial, Centro cirúrgico, emergência pediátrica, internação cirúrgica 2, quimioterapia)	20	02/05/17	31/12/18			
15d.		Finalizando a reforma da clínica obstétrica,	11	02/01/17	01/12/17			
15e.		Adquirindo mobiliário para os setores reformados	24	02/01/17	31/12/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 47 – Gestão do Plano - Ação 16: Implementar um Plano Estratégico para Aquisição de Bens Permanentes

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
16		Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes	19	01/11/16	02/06/18	Taxa de bens permanentes adquiridos conforme planejamento		Realizar a aquisição de 100% dos bens permanentes de acordo com as prioridades estabelecidas pela comissão de planejamento
16a.		Atualizando o inventário de bens permanentes	1	01/11/16	30/11/16			
16b.		Criando uma comissão permanente multiprofissional para gerenciar a aquisição de bens	1	02/02/17	02/03/17			
16c.		Elaborando e implantando o Plano Estratégico para a aquisição de bens permanentes	6	02/03/17	02/09/17			
16d.		Adquirindo software para gestão, aquisição e controle dos bens	5	02/04/17	02/09/17			
16f.		Viabilizando o acompanhamento dos processos de aquisição de bens	3	02/09/17	02/12/17			
16g.		Ampliando a equipe de compras de bens permanentes	4	02/01/18	02/05/18			
16h.		Articulando aquisição de bens ao planejamento de obras	6	02/03/17	02/09/17			
16i.		Monitorando o processo de implantação do Plano Estratégico para a aquisição de bens permanentes	8	02/10/17	02/06/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 48 – Gestão do Plano - Ação 17: Implementar os Processos Regulatórios Intra Hospitalares, de Integração com a RAS e de Avaliação em Saúde

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
17		Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde	19	01/06/17	31/12/18	1. Percentual de regulação assistencial 2. Média de permanência 3. Taxa de Ocupação 4. Média de Permanencia na Emergência	1. Número de leitos regulados/Número total de leitos 2. \sum (usuários-dia no período) / \sum (saídas no período) 3. \sum (pacientes-dia no período) / \sum (leitos-dia operacioais) * 100 4. \sum (usuários-dia na emergência no período) / \sum (saídas da emergência no período)	1.Regulação de leitos 100% 2. Redução da média de permanência dos pacientes clínicos 3. Aumento da Taxa de Ocupação global para 85% 4. Redução da média de permanência da emergência para 2 dias
17a.		Definindo a equipe multidisciplinar para atuação no Setor de Regulação e Avaliação nas suas atribuições	1	01/06/17	01/07/17			
17b.	5c	Capacitando a equipe do Setor de Regulação e Avaliação nas suas atribuições	2	01/07/17	01/09/17			
17c.		Iniciando a atividade de Regulação Interna no mínimo 12h por dia 7 dias/semana (refere-se aos processos regulatórios internos)	4	01/09/17	31/12/17			
17d.		Pactuando contratualização interna no que concerne as atividades regulatórias em conjunto com os serviços através das Divisões e Setores da Gerência de Atenção à Saúde	4	01/09/17	31/12/17			
17e.		Estabelecendo junto ao Gestor mecanismo de Referência e Contrarreferência (inclui a operacionalização dos protocolos de acesso)	6	01/09/17	02/03/18			
17f.	5c	Estabelecendo estratégias junto à Divisão de Gestão de Pessoas para Programa de Educação Permanente em Regulação e Avaliação para os Trabalhadores, Docentes e Discentes do HU	10	02/03/18	31/12/18			
17g.		Monitorando os indicadores e metas pactuadas, elaborando estratégias e recomendações para garantir o correto registro de produção	16	01/09/17	31/12/18			
17h.		Efetivando a Gestão à Vista	10	02/03/18	31/12/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 49 – Gestão do Plano - Ação 18: Articular com o Gestor o Referenciamento da Emergência Adulto

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
18		Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto	17	02/08/17	31/12/18	1. Percentual de pacientes classificados quanto ao risco 2. Percentual de pacientes atendidos com risco amarelo, laranja e vermelho 3. Rotatividade da equipe assistencial	1. Número de pacientes classificados quanto ao risco/Número total de entradas 2. Número de pacientes classificados como amarelo, laranja e vermelho/Número total de pacientes classificados quanto ao risco	1. Classificação de Risco de 100% dos pacientes das emergências 2. Atendimento de pacientes classificados como vermelho, laranja e amarelo superior a 50% da demanda total 3. Rotatividade da equipe assistencial menor que 3% ao ano
18b.	23a	Operacionalizando linha de cuidado prioritária de Urgência e Emergência - AVC	9	02/08/17	02/05/18			
18c.	17c	Pactuando a Contrarreferência dos indivíduos classificados como baixo risco nas emergências	3	02/10/17	02/01/18			
18d.	5c	Estabelecendo estratégias junto à GEP para Programa de Educação Permanente na Linha de Cuidado prioritária.	5	02/10/17	02/03/18			
18e.	18c	Estabelecendo estratégias de monitoramento da contrarreferência (busca ativa, avaliação de retornos a EMG).	6	02/01/18	02/07/18			
18f.	18c	Divulgando para a população o itinerário de atendimento da RAS.	6	02/07/18	31/12/18			
18g.		Ampliando o Acolhimento e Classificação de Risco para todas as Emergências do HUUFGSC de forma ininterrupta	7	02/08/17	02/03/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 50 – Gestão do Plano - Ação 19: Implementar Protocolos Clínico Assistenciais Multiprofissionais

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
19		Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais	22	02/03/17	31/12/18	1. Número de Protocolos existentes 2. Número de protocolos implantados	1. Número de Protocolos existentes 2. Número de protocolos implantados	1. Implantação de 100% dos protocolos escritos
19a.		Mapeando os protocolos existentes verificando necessidade de atualização	1	02/03/17	02/04/17			
19b.		Definindo protocolos necessários	2	02/04/17	02/06/17			
19c.	24a	Definindo as equipes multiprofissionais para elaboração dos protocolos	1	02/06/17	02/07/17			
19d.		Elaborando os Protocolos Assistenciais	12	02/07/17	02/07/18			
19e.	5c	Capacitando e divulgando protocolos assistenciais com trabalhadores, docentes e discentes	10	02/03/18	31/12/18			
19f.		Implantando protocolos assistenciais	10	02/03/18	31/12/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 51 – Gestão do Plano - Ação 20: Implementar Atividades de Auditoria Clínica Assistencial

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
20		Implementar atividades de auditoria clínica assistencial	7	02/06/17	31/12/17	Número de Unidades auditadas	Número de unidades auditadas	Auditoria Clínico Assistencial em 3 Unidades da Gerência de Atenção a Saúde
20a.		Estruturando equipe Multidisciplinar para executar funções de Auditoria Clínico Assistencial	1	02/06/17	02/07/17			
20b.		Capacitando equipe para exercer as funções de auditoria clínica assistencial	1	02/07/17	02/08/17			
20c.		Elaborando instrumento de avaliação e monitoramento das atividades assistenciais	2	02/07/17	02/09/17			
20d.		Elaborando relatórios periódicos com recomendações à gestão e às equipes	4	02/09/17	31/12/17			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 52 – Gestão do Plano - Ação 21: Consolidar os Processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
21		Consolidar os processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	14	01/12/16	03/02/18	Número de eventos adversos notificados	Número de eventos adversos notificados	1. Aumento do número de notificações de eventos adversos 2. Redução da ocorrência de eventos adversos (incluindo eventos infecciosos preveníveis) a partir da implantação dos protocolos de segurança do paciente
21a.		Institucionalizando a cultura de segurança do paciente	5	01/12/16	01/05/17			
21b.		Definindo e monitorando indicadores de Epidemiologia, Vigilância e Segurança em Saúde	5	02/03/17	02/08/17			
21c.		Implantando os protocolos do Programa Nacional de Segurança do Paciente	12	01/12/16	01/12/17			
21d.		Elaborando e Divulgando os relatórios do Setor	6	02/08/17	02/02/18			
21e.		Implementando ações de intervenção para os resultados críticos provenientes do relatório	6	03/08/17	03/02/18			
21f.		Elaborando e implementando ações para conscientizar e empoderar os usuários em relação às ações de Segurança do Paciente (divulgações dos protocolos, ações para a população, etc)	6	02/08/17	03/02/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 53 – Gestão do Plano - Ação 22: Reestruturar o Processo de Trabalho do Centro Cirúrgico

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
22		Reestruturar o processo de trabalho do centro cirúrgico	10	02/03/17	31/12/17	1. Taxa de conformidade dos padrões de cirurgia segura nas cirurgias eletivas 2. Taxa de suspensão de cirurgia 3. Número de cirurgias realizadas	1. Número de pacientes submetidos à cirurgia com verificação de checklist em 1 mês / N° de pacientes submetidos à cirurgia em 1 mês 2. Número de cirurgias suspensas no período/Número total de cirurgias agendadas no período 3. Número de cirurgias realizadas	1. 100% das cirurgias eletivas em conformidade 2. Redução da taxa de suspensão de cirurgias para 5% do total de cirurgias agendadas 3. Aumento do número de cirurgias realizadas em 20% da média anual
22a.	Estruturando grupo gestor da unidade do Centro Cirúrgico	1	02/03/17	02/04/17				
22b.	Mapeando a capacidade instalada do CC	1	02/04/17	02/05/17				
22c.	Reorganizando o processo de trabalho de forma multidisciplinar	8	02/05/17	31/12/17				
22d.	Implementando <i>check list</i> da cirurgia segura	7	02/06/17	31/12/17				
22e.	Implantando visita pré operatória multidisciplinar em todos os pacientes	7	02/06/17	31/12/17				
22f.	Identificando causas de cancelamento de cirurgias	7	02/06/17	31/12/17				

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 54 – Gestão do Plano - Ação 23: Implementar Linhas de Cuidado

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
23		Implementar linhas de cuidado	20	02/03/17	02/11/18	1. Percentual de pacientes atendidos dentro da linha de cuidado estabelecida 2. Número de linhas de cuidado implementadas	1. Número de pacientes atendidos dentro da linha de cuidado estabelecida/Número total de pacientes atendidos 2. Número de linhas de cuidado implementadas	1. 30% de pacientes atendidos dentro das linhas de cuidados implementadas 2. Três linhas de cuidado implementadas
23a.		Definindo linhas prioritárias de cuidado com base no perfil assistencial do HU	4	02/03/17	02/07/17			
23b.		Articulando com o Gestor a implantação das linhas de cuidado estabelecidas	2	02/07/17	02/09/17			
23c.		Discutindo com os profissionais sobre as linhas a serem implementadas	4	02/09/17	31/12/17			
23d.		Mapeando os processos de trabalhos das linhas de cuidado	4	02/09/17	31/12/17			
23e.		Definindo os responsáveis por Linha de Cuidado estabelecida	1	02/09/17	02/10/17			
23f.		Definindo as capacidades necessárias dos Serviços (apoio diagnóstico, terapêutico, estrutural) para subsidiar a implantação das linhas de cuidados propostas	4	02/09/17	31/12/17			
23g.		Elaborando protocolos clínicos para cada linha de cuidado	6	02/10/17	02/04/18			
23h.		Firmando contratos internos entre as unidades assistenciais e apoio diagnóstico / terapêutico (foco nas linhas de cuidado)	6	02/09/17	02/03/18			
23i.		Capacitando os profissionais envolvidos nas Linhas de Cuidado estabelecidas	12	02/11/17	02/11/18			
23j.		Definindo estratégias de divulgação das Linhas estabelecidas e do novo Modelo de gestão aos funcionários do HU	2	02/04/18	02/06/18			
23k.		Definindo indicadores de efetividade clínica para as Linhas de Cuidado e rotinas de monitoramento	13	02/10/17	02/11/18			

Fonte: Elaboração Própria

Quadro 55 – Gestão do Plano - Ação 24: Implementar o Trabalho Multiprofissional com Foco no Usuário e a Aplicação dos Planos Terapêuticos

ID	Precedência	What / How	When			How Measure		
		(Ações e Atividades)	Duração (meses)	Data Início	Data Fim	Indicadores	Fórmula	Meta
24		Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos	25	01/12/16	31/12/18	Número de equipes multiprofissionais atuantes	Número de equipes multiprofissionais atuantes	Implantar 10 equipes multiprofissionais atuantes
24a.		Definindo as equipes multiprofissionais de referência	1	02/04/17	02/05/17			
24b.		Organizando a atuação da equipe multiprofissional por unidade de cuidado para discussão do plano terapêutico de cada paciente	2	02/05/17	02/07/17			
24c.		Implementando o plano terapêutico singular	18	02/07/17	31/12/18			
24d.		Incluindo o acompanhante / familiar no plano terapêutico	18	02/07/17	31/12/18			
24e.		Desenvolvendo ações propostas pela Política de Humanização	25	01/12/16	31/12/18			
24f.		Monitorando a atuação das equipes multiprofissionais	18	02/07/17	31/12/18			

Fonte: Elaboração Própria

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta jornada, apesar dos problemas detectados e amplamente discutidos no Grupo Ampliado, houve uma articulação das diferentes áreas institucionais, com amadurecimento do grupo, o que fortalece o compromisso a efetivação do nosso planejamento. A construção deste documento de forma colegiada foi um desafio e representa um marco de transformação nos processos de trabalho.

Pensar em planejamento e ao mesmo tempo executar as atividades rotineiras de cada serviço, além do enfrentamento do momento de transição foi uma tarefa árdua para o grupo, que na adversidade cresceu. Este processo trouxe esperança e motivação que se reflete nas propostas apresentadas neste PDE.

A metodologia possibilitou a construção coletiva com objetivo de se alcançar a Missão do HUUFSC bem como ser referência no atendimento de excelência, o que permeou todos os momentos de discussão. A partir deste movimento acredita-se que haverá também uma transformação no processo de trabalho centrado no usuário tendo como base as diretrizes da humanização e da gestão participativa.

Inicia-se nesta trajetória um novo desafio, que é a implementação do PDE dentro dos prazos pactuados, e para tanto é fundamental a multiplicação do compromisso e renovação do encantamento dos trabalhadores com o HUUFSC.

12 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, KM; LETA, J, Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos [en linea]** 2014, 21. Disponível em:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134013010>. Acesso em: 6 out de 2016.

BARATA, LRB; MENDES, JDV; BITTAR, OJN. Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde. **RAS**.v. 12. N. 46. Jan-mar, 2010. Disponível em:
<http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 06 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica 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. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. **Lei nº 9.434**, de 4 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em:
 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9434.htm> Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. **Lei nº 10.211**, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". Disponível em:
 <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Leis/LEIS_2001/L10211.htm>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.000**, de 15 de abril de 2004a. Disponível em:<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PI_1006_270504.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400**, de 2 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html>. Acesso em: 23 out. 2016.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.082**, de 27 de janeiro de 2010b. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 16 jun. 2016.

_____. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010c. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Governo do Estado de Santa Catarina. **Lei Complementar nº 534**, de 20 de abril de 2011a. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 381, de 2007, que dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública Estadual e estabelece outras providências. Disponível em: <http://legislacao.sef.sc.gov.br/legtrib_internet/html/leis/2011/lc_11_534.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

_____. Presidência da República. **Decreto Federal nº 7.508**, de 28 de junho de 2011b. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011c. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-5046-041111-SES-MT.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011d. 120 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Portaria nº 442**, de 25 de abril de 2012b. Delega à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH o exercício de algumas competências descritas no Decreto nº 7.690, de 02 de março de 2012, bem como no Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Disponível em: <http://www.andifes.org.br/wp-content/files_flutter/MEC_-_Portaria_442,_de%2025-4-12_-_Delega_competencias_a_EBSEH.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.. **Consulta leitos**. 2016a. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=42>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Cadastro HUUFSC**. 2016b. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4205403157245&VEstado=42&VCodMunicipio=420540%20>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. **Resolução nº 510**, de 07 de abril de 2016c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

CECCIM, RB; FERLA, AA. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2009.

COSTA, CGA. **Desenvolvimento e avaliação tecnológica de um sistema de prontuário eletrônico do paciente, baseado nos paradigmas da World Wide Web e da Engenharia de Software**. 2001. 288 f. Dissertação (mestrado em engenharia elétrica) - Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

CRUZ, CWM. **Construção de instrumento de medida de tempo de trabalho da enfermagem em centro de diagnóstico por imagem**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

DAVINI, MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da

Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-58.

EBSERH. Ministério da Saúde. **Estrutura Organizacional dos Hospitais sob Gestão da EBSERH: Diretrizes Técnicas**. 2013. Disponível em: <http://ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSERH_Estrutura+Organizacional+dos+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSERH.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb> Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. Bases e Padrões. **3º Relatório do Progresso da Fase 2 – Definição dos Modelos de Referência dos HUs**. EBSERH: 2014.

_____. Bases e Padrões. **Relatório Verão Final**. EBSERH: 2016.

FARIAS, JS et al. Adoção de prontuário eletrônico do paciente em hospitais universitários de Brasil e Espanha: a percepção de profissionais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 5, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122011000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2016.

FERNANDES, LD; GOTTENS, LBD. Humanização e ambiência na clínica médica do hospital de base do Distrito Federa. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. Vol.04, Nº. 02. 2013. p.1917-1931.

FLORES, GE; OLIVEIRA, DLL; ZOCHE, DAA. Educação permanente no contexto hospitalar: a experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 487-504, maio/ago. 2016.

FRANCO, CM; FRANCO, TB. **Linhas de cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2016.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estados**. Santa Catarina. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?lang=&sigla=sc>> Acesso em: 30 set.

IEP. INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA SÍRIO LIBANÊS. **Principais Resultados e Próximos Passos**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016a. (Projeto de Apoio ao SUS).

_____. **Introdução do projeto – Terceira Visita**. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016b. (Projeto de Apoio ao SUS).

LIMA, SML; RIVERA, FJU. **A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a31v17n9.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

LOBO, MS et al. Influência dos fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online] 2011. V. 20, n. 1, p. 37-45. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974201100010000>. Acesso em: 06 out. 2016.

MASSAD, E; MARIN, HF; AZEVEDO NETO, RS. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. Colaborador Antonio Carlos Onofre Lira. São Paulo: H. de F. Marin, 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo, tomo I e II**. Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, IAC; MARZIALE, MHP. Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Editorial. Ribeirão Preto: jan-fev. 2006. 14(1): 1-2.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.: il.

PMF. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Secretaria Municipal de Turismo. Sobre Florianópolis: A Cidade**. [200-]a Disponível em:<<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/turismo/index.php?cms=a+cidade&menu=5>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

PMF. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Divisão dos Distritos Sanitários por Centros de Saúde no Município de Florianópolis**. [200-]b. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/secretaria/css.php#>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

_____. **Plano Municipal de Educação de Florianópolis Compromisso e Qualidade de todos, Versão Preliminar**. 2015. Florianópolis: 2015.

PNUD. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação João Pinheiro. **Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil: Florianópolis, SC**. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/florianopolis_sc>. Acesso em: 14 nov. 2016.

PA. **PROJETO APLICATIVO: TERMOS DE REFERÊNCIA**/Gilson Calemn ... (et al).- São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 54p. (Projeto de Apoio ao SUS).

QUEIROZ, AS; ALBUQUERQUE, LG; MALIK, AM. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **R. Administração**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 658-670, out/dez, 2013.

SES. SECRETARIA ESTADUAL DE SANTA CATARINA. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019. 2016.** Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&Itemid=251>. Acesso em: 10 out. 2016.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Regimento Interno do HU. 1992.** Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf>. Acesso em: 16 out.2016.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Histórico. [200-]a.** Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. **Mapa do campus sede. [200-]b.** Disponível em:<<http://estrutura.ufsc.br/mapa/>> Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. **Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde 2011/2013.** 2010. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/RIMS/residencia_multiprofissional_projeto_2011.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2016.

_____. **Plano 2012.** Disponível em:<<http://www.hu.ufsc.br/~plano2012/index.php?id=1>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. **Organograma da Direção Geral DG/HU – 2012b.** Disponível em:<www.hu.ufsc.br/documentos/01%20organograma_direcao_geral_hu.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016.

_____. **Portaria nº 2086,** de 4 de dezembro de 2015a. Disponível em:<<http://noticias.ufsc.br/2016/03/conselho-universitario-sessao-extraordinaria-nesta-sexta/>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

_____. **Relatório de Gestão HUUFSC. 2015b.**

_____. **Relatório de Gestão HUUFSC. 2016a.**

_____. **Núcleo de Engenharia Clínica (NEC).** 2016b. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/nec/#>> Acesso em: 14 out. 2016.

_____. **Coordenadoria de Manutenção e Serviços Gerais (CMSG).** 2016c. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=156> Acesso em: 17 out. 2016.

WIKIPEDIA. **Localização do Estado de Santa Catarina e da cidade de Florianópolis.** 2016. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Catarina>. Acesso em: 10 jun. 2016.

ANEXOS

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continua)

Nó Crítico	Ações e Atividades	Atores Envolvidos/Impactados	Valor e Interesse	Observações (Classificação da Ação)
NC1	1. Realizar Pesquisa de Clima Organizacional	Div GP	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade MÉDIA
Falta de ações visando à promoção da saúde do trabalhador		Grupo de Trabalho Humanizado	A+	
		Gerência Administrativa	A+	
		Trabalhadores	A0	
		Sindicato	M0	
		Reitoria	A+	
		ASHU	A+	
		Direção do HU	A+	
		Discentes	M0	
		Residentes	A0	
		Docentes	M0	
NC1	2. Implementar ações visando a saúde do trabalhador	DGP (EBSERH)	A+	Ação de consenso Ação de viabilidade ALTA
Falta de ações visando à promoção da saúde do trabalhador		PRODEGESP	A+	
		Projeto Amanhecer	A+	
		ASHU	A+	
		Sec. Esportes UFSC	A+	
		Gerência Administrativa	A+	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

		Trabalhadores	A+	
		Div GP	A+	
NC2	3. Melhorar a organização dos processos de trabalho	Trabalhadores	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade MÉDIA
Falha na organização dos processos de trabalho (divisão, fluxos)		Discentes	M+	
		Residentes	A+	
		Docentes	A0	
		GEP	A+	
		Chefias/Gerências	A+	
		Usuário	A+	
NC3	4. Implementar a Política de Gestão de Pessoas do HU	Trabalhadores	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Falta de revisão e institucionalização da Política de Gestão de Pessoas		Div GP	A+	
		PRODEGESP	A+	
		DGP (EBSERH)	A+	
		Colegiado Executivo	A+	
NC4	5. Implantar Política de Educação Permanente	Trabalhadores	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade MÉDIA
Falta de plano de educação permanente voltado às necessidades institucionais e do trabalhador (presenciais e EAD)		PRODEGESP	A+	
		Gerência de Ensino e Pesquisa	A+	
		Gerência Administrativa	A+	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

		Gerência de Atenção à Saúde	A+	
		DGP (EBSERH)	A+	
		Centros de Ensino	A0	
NC5	6. Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)	Chefias	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Insuficiência de mecanismos de controle de insumos, materiais e medicamentos		Trabalhadores	A0	
		Setor de Gestão da Informação	A+	
		DAI (EBSERH)	A+	
		Colegiado Executivo	A+	
		Comissão Multiprofissional	A+	
		Setor de Suprimentos	A+	
NC5	7. Implantar modelo de gestão de custos efetivo	Setor de Vigilância em Saúde	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Insuficiência de mecanismos de controle de insumos, materiais e medicamentos		Chefias	A+	
		Comissão de Licitação	A+	
		Comissão de Padronização	A+	
		Comissão Permanente de Materiais	A+	
		Equipes Assistenciais	A0	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

NC5	8. Implantar ações de Gestão Ambiental	Docentes	A0	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Insuficiência de mecanismos de controle de insumos, materiais e medicamentos		EBSERH	A+	
		UFSC	A+	
		Discentes	A0	
		Trabalhadores	A+	
		Usuários do HU	A0	
NC5	9. Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos	Trabalhadores dos setores envolvidos (farmácia, suprimentos, nutrição, etc)	A+	Ação de consenso Ação de viabilidade ALTA
Insuficiência de mecanismos de controle de insumos, materiais e medicamentos		Setor de Gestão da Informação	A+	
		Residentes	A+	
		EBSERH	A+	
NC6	10. Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa	Trabalhadores	A+	Ação de consenso Ação de viabilidade ALTA
Inexistência de política de pesquisa do HU		Discentes	A+	
		Docentes	A+	
		UFSC	A+	
		CCS	A+	
		EBSERH	A+	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

NC6	11. Ampliar o fomento externo para pesquisas	Centros de Ensino	A0	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Inexistência de política de pesquisa do HU		Depts de Ensino da UFSC	A0	
		EBSERH	A+	
		Gerência Administrativa	A+	
		Outras instituições de Ensino e Pesquisa com o mesmo proposito do HU UFSC	M0	
		Fundações da UFSC	A+	
		Órgãos de Fomento e Outras Inst. em parcerias Publico Privadas, MEC e MS	A+	
		Pesquisadores e profissionais que atuam no HU	A+	
		Pro Reitoria de Pesquisa	A+	
		Setor de Gestão da Informação	A+	
		Gerência de Ensino e Pesquisa	A+	
		Superintendente	A+	
NC7	12. Implantar o AGHU	Setor de Infraestrutura Física	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Falta de um sistema integrado de Tecnologia da Informação		Usuários	A0	
		Colegiado Executivo	A+	
		Divisão Adm Financeira	A+	
		EBSERH	A+	
		NIS	A+	
		SIS	A+	
		Setor de Gestão da Informação	A+	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

NC8	13. Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS	Chefias	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Inexistência de regulação, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais		Profissionais da Assistência	A0	
		SES	A+	
		Assessoria de Imprensa	A+	
		Colegiado Executivo	A+	
		EBESERH	A+	
		Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	A+	
		Setor Jurídico	A+	
		Setor de Gestão da Informação	A+	
		UFSC	A+	
NC9	14. Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos	Trabalhadores	A+	Ação de consenso Ação de viabilidade ALTA
Uso inadequado dos equipamentos		Discentes	A+	
		Residentes	A+	
		Docentes	A+	
		Gerência Administrativa	A+	
NC10	15. Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura	Trabalhadores do HU e UFSC	A+	Ação de consenso Ação de viabilidade ALTA
Ausência de Plano Diretor de Infraestrutura (e sua implementação)		EBSERH	A+	
		Bombeiros	A+	
		Vigilância Sanitária	A+	
		AAHU	A+	
		FATMA	A+	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

NC11	16. Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes	Agentes Patrimoniais	A+	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Falta de planejamento institucional para aquisição de bens permanentes		Chefias	A+	
		Discentes	B0	
		Residentes	M0	
		Docentes	M0	
		EBSERH	A+	
		Gerência de Administração	A+	
		Setor de Engenharia Clínica	A+	
		Setor de Gestão da Informação	A+	
		Setor de Infraestrutura Física	A+	
		Setor de Compras	A+	
		Trabalhadores	A+	
		Unidade de Licitação	A+	
		Unidade de Patrimônio	A+	
NC12 + NC08	17. Implementar os processos regulatórios intra hospitalares, de integração com a RAS e de avaliação em saúde	Corpo Clínico	A-	Ação conflitiva Ação de viabilidade MÉDIA
Ausência de regulação assistencial interna + Inexistência de regulação, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais		Discentes/Residentes	A-	
		Divisões e Setores da Gerência de Atenção à Saúde	A+	
		Docentes	A-	
		EBSERH	A+	
		MS	A+	
		SES	A+	
		Setor de Gestão da Informação	A+	
		SMS	A+	
		Trabalhadores	A-	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

NC13	18. Articular com o gestor o referenciamento da emergência adulto	Discentes/Residentes	A+	Ação conflitiva Ação de viabilidade BAIXA
Emergência do HU de porta aberta		Docentes	A+	
		EBSERH	A+	
		Meios de Comunicação (Mídia)	A+	
		Ministério da Saúde (Rede de Urgência)	A-	
		MPF	A-	
		MPSC	A-	
		SES	A-	
		SMS	A-	
		SMS dos municípios da Grande Florianópolis	A-	
		Trabalhadores da Rede de Atenção Básica	A-	
		Trabalhadores	A+	
		Usuários	A-	
NC14	19. Implementar protocolos clínico assistenciais multiprofissionais	Trabalhadores	A0	Ação duvidosa Ação de viabilidade MÉDIA
Protocolos clínicos/POP estabelecidos em apenas 50% dos serviços		Docentes	A0	
		Discentes/Residentes	A+	
		Usuários	A0	
		EBSERH	A+	
		Colegiado Executivo	A+	
		MS	A+	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

NC14	20. Implementar atividades de auditoria clínica assistencial	Colegiado Executivo	A+	Ação conflitiva Ação de viabilidade MÉDIA
Protocolos clínicos/POP estabelecidos em apenas 50% dos serviços		Setor Regulação Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde	A+	
		EBSERH	A+	
		Paciente	A+	
		MS	A+	
		Discentes/Residentes	A-	
		Docentes	A-	
		Equipes Assistenciais	A-	
NC14	21. Consolidar os processos do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente	Equipe Assistencial	A0	Ação duvidosa Ação de viabilidade ALTA
Protocolos clínicos/POP estabelecidos em apenas 50% dos serviços		DAS (EBSERH)	A+	
		MS	A+	
		SES	A+	
		GAS	A+	
		Órgãos de Controle	A0	
		Paciente	M0	
		Discentes	M0	
		Docentes	M0	
		Contrato Terceiros	A0	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Continuação)

NC15	22. Reestruturar o processo de trabalho do centro cirúrgico	Pacientes	A+	Ação de consenso Ação de viabilidade ALTA
Processo de trabalho no centro cirúrgico não favorece o aproveitamento da capacidade		Discentes	A+	
		Docentes	A+	
		Setor de Vigilância em Saúde	A+	
		Unidades Assistenciais	A+	
		Setor de Farmácia	A+	
		SES	A+	
		Setor de Suprimentos	A+	
		Equipe de Trabalho do CC	A+	
NC16	23. Implementar linhas de cuidado	Docentes	A0	Ação duvidosa Ação de viabilidade MÉDIA
Modelo assistencial não centrado no usuário + Estrutura organizacional atual não favorece a implementação das linhas de cuidado + Cuidado multiprofissional integrado em apenas 3 serviços		Gestores SMS/SES	A+	
		UBS	A0	
		Residentes	A+	
		Chefias	A+	
		Setor de Infraestrutura Física	A0	
		GEP	A+	
		Div GP	A+	
		Setor de Gestão da Informação	A+	
		Trabalhadores	A0	
		GAS	A+	
		Assessoria de Imprensa	A+	

Anexo A - Análise de Viabilidade (Conclusão)

NC16	24. Implementar o trabalho multiprofissional com foco no usuário e a aplicação dos Planos Terapêuticos	Discentes	A0	Ação duvidosa Ação de viabilidade MÉDIA
Modelo assistencial não centrado no usuário + Estrutura organizacional atual não favorece a implementação das linhas de cuidado + Cuidado multiprofissional integrado em apenas 3 serviços		Docentes	A0	
		Trabalhadores	A0	
		Usuários	A+	
		Gestores (estadual e municipal)	A+	
		GAS	A+	
		GTH	A+	

Anexo B - Pôster do Plano Diretor Estratégico HUUFSC 2017-2018

GESTÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO SUS PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

Autores: Francine Lima Gelbcke, Heda Mara Schmidt, Heloisa Cristina Martins Amaral, Isabel Canabarro, Licia Mara Brito Shiroma, Ligia Silveira Dutra, Mara Sèrgia Pacheco Honório Coelho, Maria de Lourdes Rovaris, Paulo Peixoto Portella

INTRODUÇÃO E CONTEXTO

O Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago foi fundado em 02 de maio de 1980, está localizado na cidade de Florianópolis, atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é considerado uma instituição de saúde de referência para a região da Grande Florianópolis, bem como para todo o estado de Santa Catarina, sendo o único Hospital Federal do estado.

O HUUFSC conquistou amplo reconhecimento da população catarinense, bem como das instituições que são responsáveis pela gestão da saúde, nos três níveis de governo. Em 2004 foi reconhecido como Hospital de Ensino e contratualizou com a Secretaria de Estado da Saúde. O HU concentra todos os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica.

MISSÃO: "Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social".
VISÃO: "Ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção à saúde e no trabalho interdisciplinar."

O Plano Diretor Estratégico do HUUFSC para o biênio 2017-2018 propõe ações para aprimorar o modelo de gestão no enfrentamento dos macroproblemas diagnosticados pela comunidade hospitalar.

OBJETIVO GERAL:
Identificar os principais problemas que o HUUFSC enfrenta atualmente e propor ações que promovam a melhoria da gestão dos processos administrativos, da assistência à saúde e da formação de profissionais, para os próximos dois anos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as oportunidades de melhoria e os macroproblemas, bem como análises;
- Elaborar um plano de intervenção para solucionar os nós críticos identificados nos macroproblemas priorizados;
- Implementar uma Política de Gestão de Pessoas, visando a promoção da saúde do trabalhador; a organização dos processos de trabalho e a capacitação voltada às necessidades da instituição e do trabalhador;
- Aprimorar a captação e o gerenciamento de recursos necessários ao desenvolvimento da missão do HU por meio da incorporação de novas tecnologias de informação, como o Aplicativo para a Gestão de Hospitais Universitários (AGHU), por meio da implantação de um sistema de regulação, monitoramento e avaliação de serviços assistenciais;
- Adequar a estrutura física e tecnológica do HU, por meio do desenvolvimento e da implantação de um Plano Diretor de Infraestrutura, bem como do planejamento para a aquisição de bens permanentes;
- Adaptar o modelo clínico assistencial vigente, a fim de atender às Políticas do SUS, por meio da promoção do cuidado centrado no paciente, da implantação de linhas de cuidado e da elaboração de protocolos clínicos multidisciplinares;
- Disponibilizar ensino integrado à assistência;
- Garantir práticas de ensino baseadas no cuidado integral e resolutivo ao usuário.

MACROPROBLEMAS, NÓS CRÍTICOS E AÇÕES

MACROPROBLEMAS	NÓ CRÍTICO	AÇÃO
MP1 Dificuldade de implementação de Política de Gestão de Pessoas	NC01 - Falta de ações visando à promoção da saúde do trabalhador	01 - Realizar Pesquisa de Clima Organizacional
	NC02 - Falha na organização dos processos de trabalho (divisão, fluxos)	02 - Implementar ações visando a saúde do trabalhador
	NC03 - Falta de revisão e institucionalização da Política de Gestão de Pessoas	03 - Melhorar a organização dos processos de trabalho
	NC04 - Falta de plano de capacitação voltado às necessidades institucionais e do trabalhador (presenciais e EAD)	04 - Implementar a Política de Gestão de Pessoas do HU
MP2 Ineficiência na captação e no gerenciamento de recursos necessários à missão do HU	NC05 - Insuficiência de mecanismos de controle de insumos, materiais e medicamentos	05 - Implantar Política de Educação Permanente
	NC06 - Inexistência de política de pesquisa do HU	06 - Estabelecer uma Política de Gestão de Materiais para o HU (insumos, materiais e medicamentos)
	NC07 - Falta de um sistema integrado de tecnologia da informação	07 - Implantar modelo de gestão de custos efetivo
	NC08 - Inexistência de regulação, monitoramento e avaliação dos serviços assistenciais	08 - Implantar ações de Gestão Ambiental
MP3 Inadequação da estrutura física e tecnológica	NC09 - Uso inadequado dos equipamentos	09 - Aprimorar módulo informatizado para a gestão de materiais, insumos e medicamentos
	NC10 - Ausência de Plano Diretor de Infraestrutura (e sua implementação)	10 - Implantar a Gerência de Ensino e Pesquisa
	NC11 - Falta de planejamento institucional para aquisição de bens permanentes	11 - Ampliar o fomento externo para pesquisas
	NC12 - Ausência de regulação assistencial interna	12 - Implantar o AGHU
MP4 Modelo clínico assistencial insuficiente para o atendimento às políticas do SUS	NC13 - Emergência do HU de porta aberta	13 - Institucionalizar o processo de gestão da contratualização com o Gestor do SUS
	NC14 - Protocolos clínicos/POP estabelecidos em apenas 50% dos serviços	14 - Implementar ações visando o uso adequado dos equipamentos
	NC15 - Processo de trabalho no centro cirúrgico não favorece o aproveitamento da capacidade	15 - Implementar um Plano Diretor de Infraestrutura
	NC16 - Modelo assistencial não centrado no usuário; Estrutura organizacional atual não favorece a implementação das linhas de cuidado; Cuidado multiprofissional integrado em apenas 3 serviços	16 - Implementar um Plano Estratégico para aquisição de bens permanentes

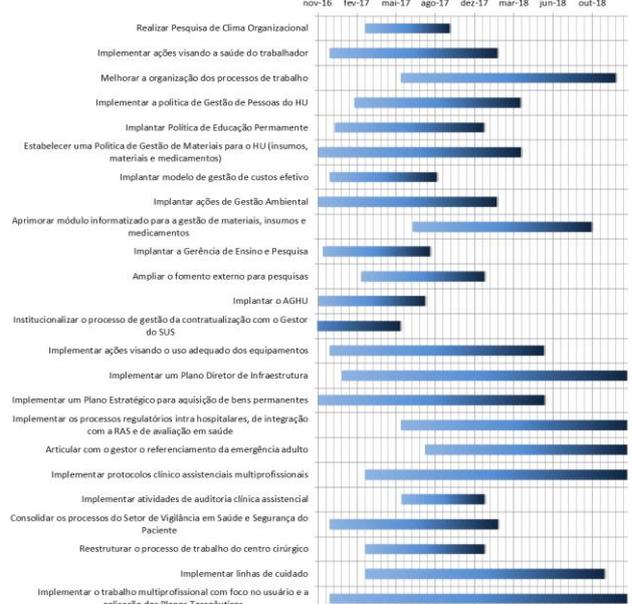
PERCURSO METODOLÓGICO



DIAGNÓSTICO SITUACIONAL



CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO



CUSTO TOTAL DO PROJETO: R\$ 44.572.200,00

