

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO

Rio de Janeiro

2017 - 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO

Daniel Aragão Machado

Eduardo de Souza Duarte

Ewerton Mozart Nogueira Martins

Fernando Raphael de Almeida Ferry

Jorge Francisco da Cunha Pinto

Jorge da Cunha Barbosa Leite

Max Kopti Fakoury

Pedro Eder Portari Filho

Wânia Christina Ribeiro Duarte Terroso

Rio de Janeiro

2017 - 2018

AGRADECIMENTOS

Iniciamos com um agradecimento especial ao Professor Gilberto Scarazatti, que despertou no grupo do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle o espírito do Gestor, nos ensinando que tudo é possível e que o “movimento é mais importante do que a mudança”.

À Paula Ruiz, Juan Solis e Rafaella Oliveira, pela competência e inestimável ajuda na elaboração deste PDE.

Às nossas famílias pela compreensão do tempo ausente de suas vidas, pelo carinho demonstrado nessa trajetória, procurando nos incentivar e nos encorajar nas dificuldades vivenciadas durante todo o percurso.

A toda equipe de profissionais do HUGG, que demonstrou solidariedade e compromisso na resolução das dificuldades rotineiras da Instituição durante os períodos de nossas ausências, a fim de que pudéssemos fortalecer o processo de amadurecimento teórico-metodológico pertinente à nossa formação gerencial.

À diretoria da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), por oportunizar a capacitação de profissionais dos Hospitais Universitários Federais, através do Curso de Gestão de Hospitais Universitários Federais no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HSL), pelo acolhimento, pelas experiências compartilhadas e pelas contribuições dadas através do notório conhecimento nas áreas de gestão, saúde e educação, fortalecendo nossas competências e nos desafiando a aprender a aprender diariamente.

E a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a elaboração deste PDE.

Resumo

Trata-se do Plano Diretor Estratégico (PDE) realizado grupo gestor do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle que tem por objetivo possibilitar a governabilidade e sustentabilidade do HUGG, alinhando os processos de gestão às normas vigentes, na busca pela excelência na Assistência, Ensino e Pesquisa. A metodologia aplicada baseou-se no Planejamento Estratégico Situacional proposto por Matus (1993), que, partindo da identificação dos problemas, traça um plano de ação específico a cada contexto de análise. Com base no método, o PDE é composto por 06 macroproblemas, 24 nós críticos, 131 ações e 09 ações estratégicas para viabilidade do plano. Considera-se o Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle factível, uma vez que grande parte de suas ações são apoiadas no corpo clínico institucional e, o aporte financeiro, para intervir em questões de recursos humanos e infraestrutura, na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Descritores: Planejamento Estratégico. Gestão Hospitalar. Hospitais Universitários.

ÍNDICE

1 CONTEXTUALIZAÇÃO	7
1.1 FUNDAÇÃO/HISTÓRICO	7
2 OBJETO E OBJETIVOS	10
2.1 Objeto	10
2.2 Objetivo geral	10
2.3 Objetivos específicos	10
3 FUNDAMENTAÇÃO	11
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1.1 O Momento Explicativo	12
3.1.2 O momento normativo: as propostas de ação em diferentes cenários	13
3.1.3 O momento estratégico: construindo a viabilidade do plano	14
3.1.4 O momento tático-operacional: a gestão do plano.	15
4 Percurso Metodológico	16
4.1 Formulação da identidade organizacional – Matriz SWOT	16
5 Aderência aos modelos de Referências	21
5.1 Avaliação Global do HUGG	22
5.2 Gestão Hospitalar	24
5.3 Gestão da Clínica	27
5.4 Humanização da Saúde	30
Hotelaria Hospitalar	32
5.5 Compras Hospitalares	36
5.6 Administração Econômico-Financeira	38
Gestão de Obras e Engenharia Clínica	40
5.7 Outros Pontos de Atenção	43
6 Identificação dos problemas	44
6.1 Levantamento de expectativas e desafios	44
6.2 Dinâmica para a identificação de problemas	45
6.3 Levantamento dos Macroproblemas do HUGG	46
6.4 Explicando os Macroproblemas	48

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 FUNDAÇÃO/HISTÓRICO

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle está situado na Tijuca, bairro da zona norte do Rio de Janeiro, ocupando 21.900 metros quadrados de área construída, foi inaugurado no dia 01 de Novembro de 1929, sendo o maior da cidade, contando com 320 leitos, distribuídos por 12 enfermarias e quartos particulares, ambulatórios para mil atendimentos diários, 12 salas de cirurgia e duas salas de parto.

A Fundação Gaffrée e Guinle, idealizadora do Hospital Central Gaffrée e Guinle teve sua criação em 20 de agosto de 1923. Cândido Gaffrée esboçava a vontade de destinar uma determinada quantia de dinheiro para a construção de um hospital, intenção que foi redimensionada por Guilherme Guinle. Segundo a escritura da fundação, caberia à família Guinle construir e instalar um hospital para sífilis e doenças venéreas em terreno adquirido pela família e, posteriormente, repassá-lo para o patrimônio da fundação. O aparelhamento e a manutenção do hospital correriam às custas do governo federal. Em 1928, o arquiteto Porto d'Ave anunciava que, naquele momento, a fundação contava com 15 ambulatórios prontos e em funcionamento; no ano seguinte era inaugurado o Hospital Gaffrée e Guinle.

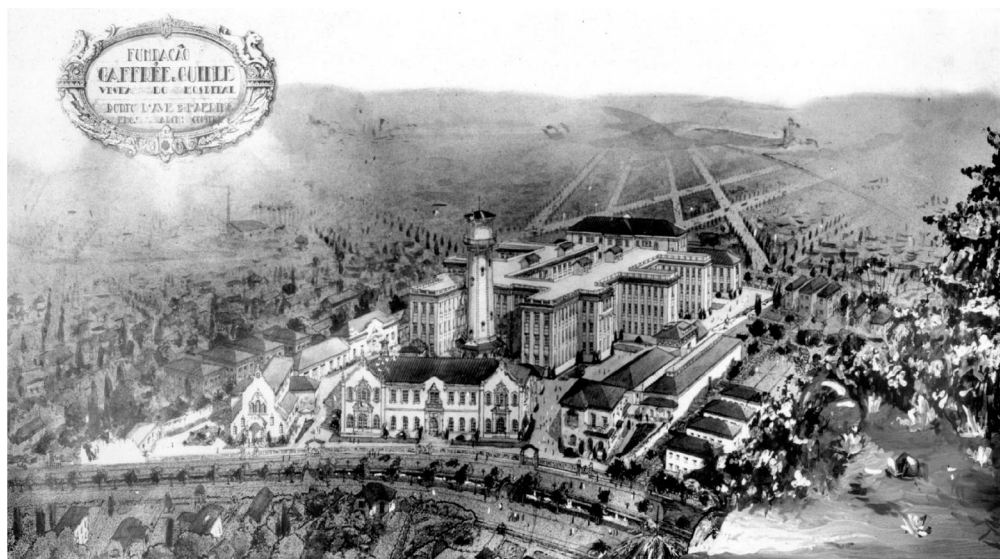


Foto 1 - Hospital Gaffrée e Guinle em 1929

Em 1966 foi incorporado à Escola de Medicina e Cirurgia. A partir de 1968 passou a ser denominado “Hospital Universitário Gaffrée e Guinle”, ocasião em que fora realizada uma reforma para readaptação do mesmo como um hospital-escola. A partir de 1º de Junho de 1982, por meio do convênio com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), passou a atender aos segurados da Previdência Social.

Em 1969, por meio do Decreto 773, passou a fazer parte, como uma das unidades, da FEFIEG (Federação de Faculdades Isoladas do Estado da Guanabara), depois renomeada para FEFIERJ (entre 1975 a 1979). Em 05 de Junho de 1979 com a criação da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), atual Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, tornou-se uma das unidades da Universidade e atualmente faz parte de seu Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS).

Na atualidade, conta com 170 leitos ativos e uma produção média anual de 70.000 atendimentos/ano, dos quais aproximadamente 4.000 correspondem a pacientes soropositivos. Não dispõe de pronto atendimento, mas conta com dois laboratórios, sendo um deles equipado com todas as ferramentas de biologia molecular que é utilizado para o diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais, e que também serve às disciplinas de genética e aos programas de pós-graduação da instituição.

Conta com 33 especialidades médicas, atendendo majoritariamente média e alta complexidade. O HUGG oferece também serviços complementares de atenção especializada como Enfermagem, Nutrição, Psicologia Clínica, Fisioterapia e Assistência Social, entre outros que totalizam cerca de 9000 consultas/mês.



Foto 2 - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle em 2016

Comporta além do curso de graduação em medicina, um programa de residência médica em 42 especialidades. Possui estudantes de graduação e pós-graduação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, a mais antiga escola de enfermagem do Brasil, além dos estudantes das Escolas de Nutrição e Biomedicina. O Hospital conta com um programa de Residência Multiprofissional nas áreas de enfermagem, nutrição, fisioterapia e fonoaudiologia. Conta com programas de Mestrado profissional e acadêmico nas áreas de Neurociências, Tecnologias no Espaço Hospitalar, HIV e Hepatites Virais e Videocirurgia. Recebe também estagiários de outras instituições públicas e privadas de diferentes áreas de estudo como farmácia, serviço social, psicologia e fonoaudiologia.

Recentemente, em 19 de Dezembro de 2015, foi assinado o Contrato de Gestão Especial Gratuita celebrado pela UNIRIO e EBSEH com o objetivo de garantir uma gestão profissionalizada do HUGG. Neste sentido algumas ações já foram iniciadas como a revisão da contratualização entre HUGG e a secretaria municipal de saúde com base em novas metas assistenciais de produção, visto que as vigentes são inferiores à produção real.

O Hospital Universitário Gaffrée e Guinle tem como missão ser um hospital onde são praticadas assistência de excelência em diversos níveis de complexidade, além do ensino de graduação, especialização *latu* e *stricto sensu* para o Sistema Único de Saúde com base na melhoria da qualidade de vida do cidadão. A prática institucional é feita com austeridade quanto à gestão do patrimônio público por meio da racionalização de recursos e melhora dos resultados.

Os valores defendidos e praticados pela instituição são:

- Conduta ética;
- Humanismo;
- Responsabilidade Social;
- Pioneirismo;
- Inovação;
- Competência Pessoal;
- Compromisso Institucional e
- Busca perene pela Qualidade.

2 OBJETO E OBJETIVOS

2.1 Objeto

A viabilidade da gestão do HUGG de acordo com as diretrizes para instituições hospitalares no âmbito do ensino, assistência, pesquisa e gestão.

2.2 Objetivo geral

Possibilitar a governabilidade e sustentabilidade do HUGG, alinhando os processos de gestão às normas vigentes, na busca pela excelência na Assistência, Ensino e Pesquisa.

2.3 Objetivos específicos

Melhorar a aderência aos modelos de referência nos domínios da gestão hospitalar, gestão da clínica, humanização da saúde, hotelaria hospitalar, compras hospitalares, administração econômico-financeira e gestão de obras e engenharia clínica.

3 FUNDAMENTAÇÃO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

Entre as vertentes do planejamento estratégico que surgem na América Latina a partir dos Anos 70, destaca-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus, e para a construção do Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle suas bases foram amplamente utilizadas.

O enfoque do PES surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo (Artmann, 2000).

Este enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

O conceito de situação é um dos principais enfoques teóricos do método. Segundo Matus, os diferentes atores sociais, em função de suas lutas e interações com os outros atores definem uma determinada situação denominada jogo social (Matus Romo, 2005). O fazem a partir de suas perspectivas e, portanto, de suas explicações para uma determinada situação.

Assim, a explicação situacional não é única; a depender da forma como os atores estão inseridos, a mesma realidade pode ter explicações distintas (causas). Além do mais, ela é dinâmica, e as explicações podem se modificar em decorrência de novas percepções que passam a ser adotadas pelos atores que a explicam.

Embora o método tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade.

Para tanto, Matus desenvolve os conceitos de espaço do problema e espaço de governabilidade do ator, bem como propõe o desenho de um plano de intervenção em dois níveis: o plano de ação que abrange as causas dos problemas situadas dentro do espaço de governabilidade do ator e o plano de demandas que aborda as variáveis sob o controle de outros atores.

Buscando ainda, enfrentar a questão da operacionalização de um método complexo e sofisticado no nível local, Matus propõe a trilogia PES, ZOPP (sigla em alemão de Zielorientierte Projektplanung - Planejamento por Projetos Orientado por Objetivos) e MAPP (Método Altadir de Planejamento Popular), desenhados, respectivamente, para os níveis central, intermediário e local/popular. O autor sugere a combinação destes métodos, segundo a hierarquia e a complexidade dos problemas abordados, destacando a coerência e identidade de concepção metodológica entre eles.

O PES, segundo Matus, é um método de alta complexidade e alta potência, apropriado para o nível diretivo de instituições de grande porte e com pessoal especializado. O ZOPP é um método de complexidade intermediária, com limitações para fazer análise estratégica e abordar determinados problemas que definem uma situação global (macroproblemas). É adequado para trabalhar em nível operacional específico e sofreu algumas modificações do original alemão para integrar o sistema PES. O MAPP constitui-se, para o autor, num bom método por problemas a ser operacionalizado no nível popular, associações de moradores e instituições de pequeno porte.

No planejamento estratégico situacional, Matus (1993) refere-se a quatro momentos que se alternam em um processo contínuo:

(1) momento explicativo, que se refere à questão “tende a ser”; (2) momento normativo, ou “deve ser”; (3) momento estratégico, que prospecta o que “pode ser”; e (4) momento tático-operacional, relacionado à execução das ações.

3.1.1 O Momento Explicativo

Este é o momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir. Se a seleção é feita por um grupo de pessoas, o uso de técnicas como “tempestade de ideias” utilizada pelo ZOPP, por exemplo, pode ser útil para a construção de uma primeira listagem de problemas que, depois de agrupados por afinidade poderão passar por um protocolo simples de seleção que servirá para refletir sobre a relevância dos mesmos antes da seleção definitiva. Mesmo quando o ator tem claro quais os problemas que devem ser enfrentados, o protocolo é útil para confirmar (ou não) sua importância estratégica.

O protocolo inclui alguns critérios como: valor do problema para o ator principal, para outros atores e para a população; custo econômico das soluções; custo político

do enfrentamento ou postergação do problema; eficácia da intervenção, entre outros que podem acrescentados dependendo do âmbito dos problemas.

Selecionados os problemas, passa-se à descrição dos mesmos através de indicadores ou descritores que o definam com clareza. Os descritores quantitativos ou qualitativos devem ser necessários e suficientes para expressar o problema sem confundi-lo com outros ou com suas próprias causas e consequências. A verificação deste critério de suficiência pode ser feita a partir da resposta afirmativa à pergunta: "eliminadas as cargas negativas expressas pelos descritores, fica eliminado o problema?" Caso contrário, é necessário rever os descritores.

É importante assinalar a fonte de verificação do descritor, ou seja, a procedência da informação. A descrição, quando bem realizada resultará nos indicadores que serão utilizados para avaliar os impactos do plano.

3.1.2 O momento normativo: as propostas de ação em diferentes cenários.

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

A situação-objetivo é, portanto, a nova situação a ser atingida (com os problemas modificados positivamente) através do Plano por Operações. Pode ser desenhada transformando-se os descritores do problema em novos indicadores desejados, os indicadores de resultado.

Cada descritor deverá ser transformado num resultado esperado, como decorrência das prováveis intervenções sobre o problema. Assim teremos um VDR (vetor de descrição de resultados) correspondente aos resultados finais a serem atingidos pelo plano como um todo e os resultados intermediários ao vetor de descrição dos nós-críticos modificados a serem alcançados através de cada operação/ações. Às vezes, é necessário complementá-la com um texto.

Para cada nó-crítico deverão ser elaboradas uma ou mais operações que correspondem às propostas de intervenção sobre o mesmo. As operações deverão ser enunciadas de forma sintética e deverão expressar uma proposta de intervenção, através de verbos que expressem ações concretas.

Cada operação será então desagregada (detalhada) em ações, que expressem com maior precisão o seu conteúdo. Para elaborar as ações o grupo deverá tomar como referência os descritores do nó-crítico. Cada operação desagregada em ações,

deve ter seus produtos e resultados determinados, os responsáveis pelas ações, os recursos predominantes empregados e o tempo de realização definidos, o que pode ser feito já se considerando o contexto ou cenário do plano, pois é importante observar que a situação desejada não se configura somente a partir das ações do ator em pauta, mas de inúmeras condições que podem ser consideradas através de uma análise de tendências e a partir da ação de outros atores.

Os produtos correspondem aos efeitos imediatos esperados para cada operação e ação. Expressam bens e serviços produzidos devendo ser bem precisos e de preferência quantificados. Os resultados correspondem aos efeitos finalísticos das ações (impacto) na situação analisada, esperados como consequência dos produtos alcançados.

3.1.3 O momento estratégico: construindo a viabilidade do plano.

Neste momento é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa. No momento anterior já é feita uma pré-análise de viabilidade, mas agora é necessário um cálculo mais profundo através da simulação. Cabe lembrar a importância de uma análise de viabilidade bem feita em situações que o ator não controla todos os recursos necessários para a realização do plano.

A análise de viabilidade parte de dois níveis:

a) da análise da motivação dos atores frente às operações do plano, o que significa registrar o interesse que os atores têm em relação àquelas e o valor que lhe atribuem. O interesse é marcado com os sinais: a favor (+); contra (-) e indiferente (0) e o valor pode ser Alto (A), Médio (M) ou Baixo (B). É importante registrar o valor porque um ator contrário a um projeto, cujo valor para ele é alto, estará muito mais disposto a mobilizar recursos para que o mesmo não se realize do que se o valorizasse pouco. Assim também, com relação ao apoio de atores aliados, o valor também pode indicar o quanto estão dispostos a investir, a cooperar.

b) da análise do grau de controle dos recursos necessários à implementação das operações e ações por parte do conjunto de atores que os apoiam e do bloco que os rejeita. Esta análise é aplicada às operações de conflito, identificadas através do sinal de negativo (-).

Basta que haja um único sinal negativo, ou seja, um único ator contrário, mas que controle algum recurso crítico, para que a operação seja considerada de conflito.

O resultado desta análise permite distinguir as operações de conflito viáveis das não viáveis. Com relação às não viáveis é necessário a construção de novas estratégias, especialmente se tais operações têm um papel fundamental na viabilização do plano como um todo.

3.1.4 O momento tático-operacional: a gestão do plano.

Para acompanhar a realização do plano de maneira a produzir impactos reais, são necessárias formas adequadas de gerenciamento e monitoramento.

Os três principais sistemas que Matus apresenta ao discutir a Teoria das Macro organizações e que conformam o “triângulo de governo” são também fundamentais para o nível local (Matus Romo, 1987).

1) A Agenda do Dirigente: em nível local o "dirigente" pode ser uma equipe de trabalho responsável pelo plano. Ela deve se preocupar com os problemas e questões importantes e delegar os demais.

2) Sistema de Petição de Prestação de Contas: em cada instituição local, em cada departamento, até no nível mais descentralizado deve imperar o hábito, como rotina formal, de pedir e prestar contas sobre cada atividade.

3) Sistema de Gerência por Operações: deve constituir-se em um sistema recursivo, até os níveis mais operacionais guiado pelo critério de eficácia, ou seja, como as operações e ações realizadas afetam o VDP dos problemas. Sem esta responsabilização, torna-se impossível a avaliação do grau de realização do plano e das necessidades de adaptação ou possível revisão mediante mudanças na situação.

As variáveis a serem monitoradas, segundo o PES, são:

- Os descritores do problema;
- Os descritores dos nós-críticos;
- A implementação das operações considerando recursos e produtos e o tempo;
- Os processos relacionados à aprovação e implementação das operações como Aprovação de ações, alocações de recursos, designação de responsabilidades, etc;
- O comportamento das variantes (cenários) e a possibilidade de surpresas;
- A evolução estratégica do plano através de verificação dos resultados das estratégias implementadas e a necessidade de modificações.

4 Percurso Metodológico

O percurso metodológico para a elaboração do PDE foi definido pela EBSEH e pelo Hospital Sírio Libanês por meio da construção de um referencial teórico e de suas ferramentas, que incluem os sete Modelos de Referência para os hospitais (Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Administração Econômico-Financeira, Gestão de Obras e Engenharia Clínica), e a análise situacional (Lista de Contribuições, de GAPS normativos e Aderência a Bases e Padrões).

A identificação de riscos e problemas a resolver, bem como as capacidades e oportunidades a serem exploradas, foram desenvolvidas através da matriz SWOT e possibilitou a formulação de estratégias para a construção do PDE.

Os macroproblemas do hospital foram identificados com base em critérios avaliados pelas equipes ampliadas do HUGG. Esta etapa, primordial na metodologia da construção do PDE, foi importante para que direcionássemos os caminhos no planejamento estratégico.

Após a identificação, foi construída a Matriz Decisória com o objetivo de refinar a análise do contexto no hospital, que também foi sustentada por diversas oficinas realizadas durante o Diagnóstico Situacional – construção da Matriz SWOT e análise de aderência aos Modelos de Referência e aos GAPS normativos. Estes instrumentos facilitaram a priorização dos macroproblemas.

Paralelo a esta ação, os atores sociais foram identificados e relacionados aos macroproblemas. Posteriormente, foi pontuada a motivação de cada um e o impacto dos mesmos na resolução dos macroproblemas do HUGG.

4.1 Formulação da identidade organizacional – Matriz SWOT

A análise SWOT ou FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) é uma ferramenta utilizada para a análise de cenários. Fornece uma visão estruturada sobre o ambiente externo e interno, classificando cada item de discussão em aspectos positivos ou negativos para a instituição.

A aplicação da matriz SWOT possibilitou o desenvolvimento de estratégias para o PDE capazes de manter e potencializar pontos fortes, mitigar pontos fracos, além de se aproveitar de oportunidades e proteger-se de ameaças.

Após a elaboração da Matriz SWOT, foram identificados oito pontos Fortes e Fracos internos à gestão e operacionalização do hospital, além de oito Oportunidades e Ameaças, verificadas no ambiente externo. Adicionalmente todos os itens qualificados na Matriz SWOT foram priorizados de acordo com critérios de importância atribuídos pela equipe ampliada, seguindo a classificação: de 8 a 10 para Forças e Oportunidades; e de -8 a -10 para Fraquezas e Ameaças.

Dessa forma, os resultados da construção da Matriz SWOT podem ser observados na figura abaixo.



Figura 1 - representação do consolidado da matriz SWOT

No âmbito interno, a equipe identificou um conjunto de Forças relevantes que suportarão o hospital nos desafios futuros. Por Forças mais relevantes, identificou-se o fato de sermos referência nacional e internacional no atendimento à Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) desde sua fundação e, atualmente, no tratamento de pacientes com Aids.

Igualmente relevante, foi destacado pelo grupo, a Força relacionada à capacidade resolutiva de seus profissionais e o sentimento de pertencimento e orgulho em trabalhar no HUGG, apesar das dificuldades e falta de recursos. Destaque para alta qualidade técnica dos profissionais.

Quanto às principais Fraquezas, a equipe destacou a “Ausência de padrões nos processos de gestão e assistenciais” relacionados à inexistência de mecanismos

de controle e planejamento que permitam uma gestão eficiente e melhor avaliação da realidade assistencial, recursos e processos.

Outra Fraqueza identificada foi o subdimensionamento do quadro de pessoal e da diversidade de vínculos empregatícios existentes no HUGG. Atualmente possui cerca de 900 funcionários, dos quais 46% (pouco mais de 400) são bolsistas exercendo atividades finalísticas sem qualquer respaldo contratual.

Com relação ao cenário externo, a equipe identificou um conjunto de Oportunidades relevantes que deverão ser levadas em conta no momento da elaboração do planejamento estratégico do hospital. Uma das que mais se destacou foi a recente adesão à EBSERH. Por conta disso, espera-se que a realização de concursos para a contratação de funcionários regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) diminuam os problemas relacionados à insuficiência de recursos humanos.

Outra Oportunidade relevante tem relação com a crescente demanda local e regional por especialidades e apoio diagnóstico, ambos ofertados pelo hospital, viabilizando o potencial para resolução e captação de novos recursos.

A análise do cenário externo terminou com a identificação de Ameaças. Neste âmbito, a situação política e econômica do país prejudica o desenvolvimento do hospital. Adicionalmente, a mudança do cenário político municipal poderá representar uma ameaça.

Dessa forma, os resultados da construção da Matriz SWOT podem ser observados nos Quadros abaixo.

Forças	Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> • Ser o HUGG tradicionalmente uma referência na comunidade nacional e internacional no atendimento às DST desde sua fundação e, atualmente, no enfrentamento da 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de padrões nos processos de gestão e assistenciais - (-10) • Estrutura física limitada e infraestrutura obsoleta dificultando
<p>AIDS - (10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aportes financeiros por meio do financiamento de linhas de pesquisa (AIDS, Neurologia, hepatites, etc) e na assistência a pacientes - (8) • Associação do hospital com a universidade incentiva a qualificação do profissional, que o leva a ser um hospital com características de ensino, pesquisa e assistência - (9) • Capacidade resolutiva de seus profissionais qualificados frente às dificuldades e falta de recursos, porém, comprometidos com a assistência pelo sentimento de pertencimento (orgulho de ser HUGG) - (10) 	<p>a ampliação do ensino, pesquisa e assistência - (-9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déficit e diversidade de vínculos de RH (quantidade e qualificação) para a gestão dos processos e a implementação das normativas e programas do MS - (-10) • Falta de uma unidade específica de pesquisa e Biobanco (ilhas de excelência) - (-8)

Figura 2 - Forças e Fraquezas – Matriz SWOT

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Adesão à Ebsers: acesso a recursos antes não disponíveis e possibilidade de conquistar o orçamento global - (10) • Potencial para resolução e captação de recursos frente à crescente demanda por especialidades e apoio diagnóstico - (10) • Estabelecer vínculos, parceiros e convênios interinstitucionais integrados com as iniciativas e políticas do MS - (8) • SMS (Sec. Municipal de Saúde): possibilidade de incrementar a contratualização ante a demanda não atendida e habilitação de serviços prestados e não remunerados - (9) 	<ul style="list-style-type: none"> • Panorama político, econômico e social do país impactando as políticas de saúde nas esferas federal, estadual e municipal que geram repasse inadequado de recursos - (-10) • Sobrecarga do HUGG resultante de precariedade da rede de atenção a saúde - (-8) • Risco de interrupção de serviços essenciais de média e alta complexidade em função da falta de recursos - (-9) • Instabilidade do recurso humano devido aos vínculos precários - (-10)

Figura 3 - Oportunidades e Ameaças identificadas no HUGG

5 Aderência aos modelos de Referências

Nas visitas feitas pelos facilitadores do HSL ao HUGG, além das análises no grupo ampliado, foram feitas observações sobre o contexto e suas características com base nos 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, geraram um Lista de Contribuições.

Os resultados detalhados do diagnóstico de aderência à Lista de Contribuições estão apresentados da seguinte forma:

- Avaliação do nível de aderência às boas práticas e das principais oportunidades de melhoria: para cada um dos temas dos Modelos de Referência explorados nas visitas.
- Exposição gráfica quantitativa da aderência do hospital às boas práticas definidas em cada um dos temas dos Modelos de Referência. Esta aderência às boas práticas é apresentada tanto na visão global de posicionamento do Hospital em cada um dos Modelos, quanto na visão “Modelo a Modelo”, permitindo identificar os grupos específicos em que o hospital apresenta um maior ou menor grau de aderência às boas práticas.
- Com base no diagnóstico de aderência referente a cada Modelo, são sumarizados os itens que devem ser considerados como os principais pontos de melhoria identificados.

A classificação da aderência global do HUGG aos Modelos seguiu a classificação dos intervalos de aderência conforme tabela abaixo:

Tabela 1 - Classificação dos intervalos de aderência aos Modelos de Referência.

Classificação dos intervalos de aderência aos Modelos de Referência	
Classificação da aderência	Intervalo de aderência
Baixa	0% - 30%
Moderada Baixa	30% - 55%
Moderada Alta	55% - 80%
Alta	>80%

Houve a apresentação de pontos de atenção que não foram contemplados pela lista de aderência aos modelos de referência, mas que se entendem como importantes para a realidade do HUGG; e

- Apresentação da Lista de Contribuições preenchida está disponibilizada em anexo.

5.1 Avaliação Global do HUGG

O HUGG apresenta 38% de aderência global às boas práticas relacionadas na Lista de Contribuições dos Modelos de Referência. O nível de aderência consolidado por Modelo é apresentado no gráfico a seguir.

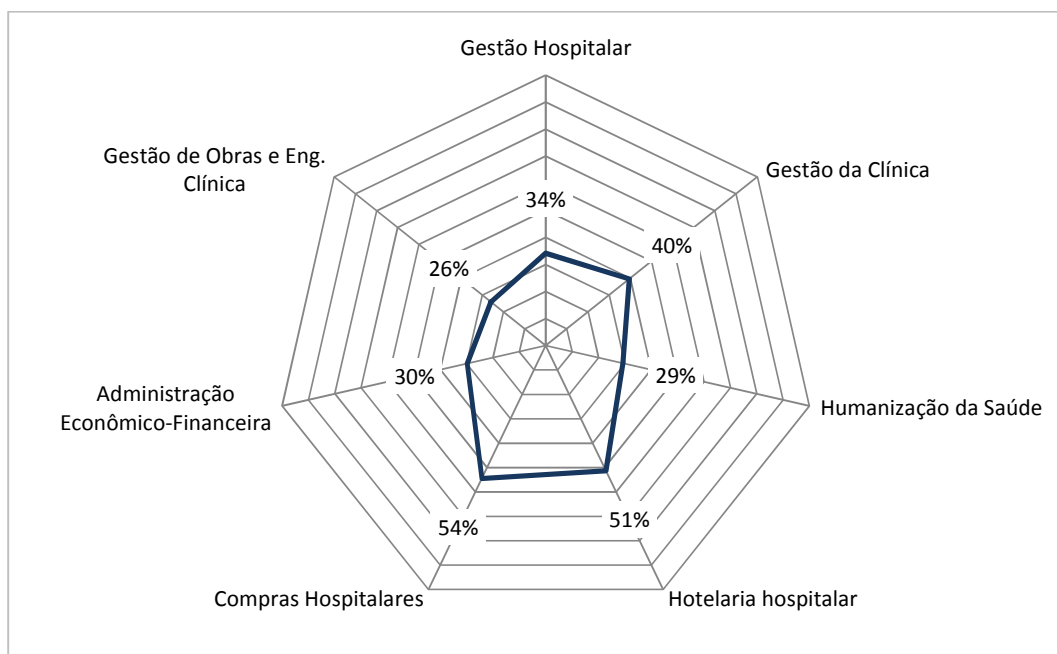


Figura 4 - Aderência do HUGG por Modelos de Referências

De acordo com o gráfico acima, pode-se concluir que a aderência global do HUGG às boas práticas é moderada baixa. O hospital destaca-se positivamente na aderência às boas práticas em relação ao Modelo de Referência de Compras Hospitalares (54%), com a maior aderência diagnosticada, Hotelaria Hospitalar (51%) e Gestão da Clínica (40%) ambos acima da aderência global. Em contrapartida, os Modelos de Referência de Gestão Hospitalar (34%), Administração Econômico-Financeira (30%), Humanização da Saúde (29%) e

Gestão de Obras e Engenharia Clínica (26%) representam os maiores percentuais de oportunidade de melhoria, pois se encontram abaixo da média global.

De forma transversal a todos os Modelos, face aos aspectos avaliados pela Lista de Contribuições, destacam-se positivamente as seguintes boas práticas:

- **Adoção de modelos padronizados de instrumentos no processo de compras da UNIRIO** como, por exemplo, Editais de Licitação, Termos de Referência e Projetos Básicos que são utilizados visando à redução da variabilidade processual, o aumento da eficiência na condução do processo e a redução do risco associado a erros operacionais;
- **Existência de acordos de níveis de serviço** estipulados em contrato para todos os serviços executados por empresas contratadas pelo HUGG para execução dos Serviços de Higienização, Rouparia e Nutrição;
- **Institucionalização de Setores que asseguram a redução dos riscos relacionados à assistência à saúde e prevenção da ocorrência de incidentes como, por exemplo, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Gerenciamento de Risco, Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH).** Além destes, observa-se a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);
- **Inserção participativa do HUGG, na Rede de Atenção à Saúde (RAS),** por meio do Fórum anual do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES/RJ) e dos eventos promovidos pela Coordenadoria Geral de Saúde da Área Programática 2.2 (CAP 2.2). Além disso, o Superintendente se reúne quinzenalmente com o gestor municipal para ajustar as diretrizes do HUGG com as necessidades da RAS;
- **Mapeamento de grande parte dos processos administrativo-financeiros formalizados.** A EBSEH, por meio da DGPTI, visitou o HUGG para verificar o mapeamento elaborado e orientar quanto à melhoria de macroprocessos, com base na cadeia de valor do hospital;
- **Estruturação e atuação da Ouvidora** a qual gerencia a formalização dos *feedback* comunicados pelos usuários;
- **Realização da gestão das notas,** de forma a garantir o cumprimento dos termos acordados em contrato de obras ou de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, bem como os recolhimentos dos impostos e encargos.

- Por outro lado, com maior ou menor impacto em cada um dos Modelos, verifica-se um conjunto de oportunidades que facilitarão a aderência às boas práticas, destacando-se:
- **Definição de planos de manutenção predial e dos equipamentos médico-hospitalares**, com a inclusão das iniciativas de manutenção preventiva, corretiva, preditiva e calibragem destes equipamentos;
- **Existência de mecanismos de comunicação** que potencializem a eficiência dos processos assistenciais e que reforcem a marca e a imagem do HUGG perante aos usuários;
- **Institucionalização do ciclo de planejamento orçamentário** com programação orçamentária e financeira e necessidades de fluxo de caixa detalhadas mensalmente.
- **Desenvolvimento do plano diretor estratégico (PDE)** incluindo a definição dos objetivos estratégicos de forma participativa e colaborativa, identificação das atividades chaves e determinação de indicadores para monitorar a execução dos objetivos;
- **Implantação da Auditoria Clínico-Assistencial** com avaliação de indicadores qualitativos e quantitativos, avaliação da qualidade dos registros das informações em prontuário e avaliação sistemática da assistência multiprofissional;
- **Melhorar a comunicação entre os espaços hospitalares e o serviço de higienização**, incluindo o monitoramento do tempo das atividades de higienização entre a alta do paciente e liberação do leito para a próxima admissão;
- **Elaboração da estratégia de compras**, incluindo a definição dos itens que serão adquiridos de forma coletiva e quais serão adquiridos individualmente.

Nas próximas seções serão apresentadas as análises situacionais do hospital em relação a cada Modelo, incluindo o gráfico representativo do percentual de aderência à Lista de Contribuições, aberta por Grupos de Referência.

5.2 Gestão Hospitalar

A análise quantitativa da aplicação da Lista de Contribuições teve como resultado o quadro a seguir, que indica a aderência a cada Grupo de Gestão

Hospitalar. No consolidado, a aderência atingiu 34% com relação às melhores práticas neste âmbito.

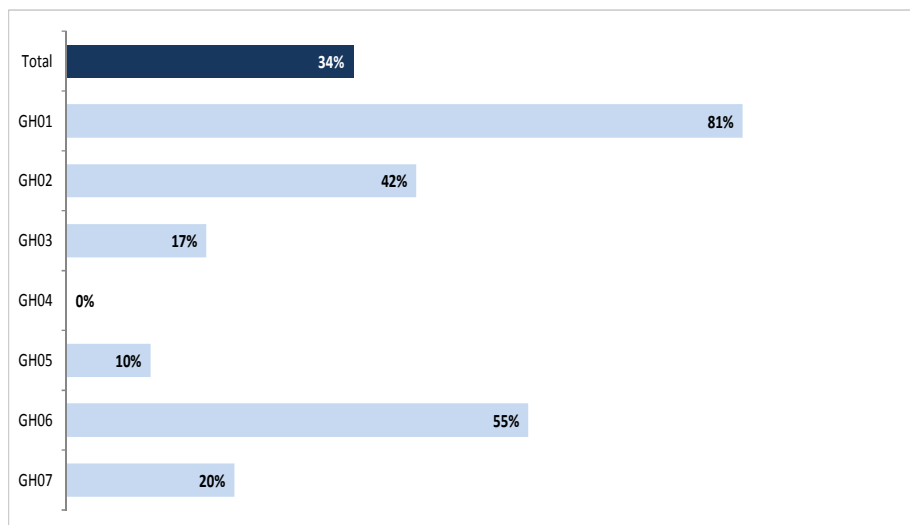


Figure 5 - Aderência do HUGG ao Modelo de Gestão Hospitalar

Código	Título do Grupo de Referência
GH01	Contratualização com o gestor do SUS que potencialize a integração do hospital à Rede de Atenção à Saúde
GH02	Adoção de modelo de governança que contemple a implantação das Linhas de Cuidado
GH03	Envolvimento organizacional no planejamento estratégico, integrando profissionais da assistência e de ensino e pesquisa
GH04	Gestão da estratégia e disponibilização dos resultados
GH05	Construção de uma sistemática para gestão da qualidade e segurança
GH06	Padronização do processos de distribuição e dispensação
GH07	Adoção de medidas de segurança para os processos de distribuição e dispensação

No gráfico acima podem ser observados os resultados de aderência em relação ao Modelo de Gestão Hospitalar. O HUGG se apresenta em desenvolvimento, sobretudo, com relação à vigência e esforços para manter a contratualização atualizada com o gestor municipal. Neste contexto, a equipe gestora revê a cada trimestre os termos da Contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) com a finalidade de atualizar as bases históricas de produção relativas ao trimestre.

Quanto à padronização de procedimentos institucionalizados de distribuição e dispensação, há iniciativas isoladas de boas práticas, como o controle de estoques de materiais e medicamentos por meio do monitoramento do

ponto de ressuprimento, além de Farmácia Clínica com farmacêutico 24 horas por dia. Tais fatos estão representados pelos resultados de aderência dos grupos

Dentro desse referencial, destacam-se as seguintes boas práticas:

- Participação do HUGG em Fóruns e eventos periódicos com o município;
- Realização do processo de Contratualização com base nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
- Acompanhamento do estoque de materiais e medicamentos por meio do sistema de complementação da previsão pelo controle do ponto de ressuprimento em uma planilha que utiliza o método “*Kanban*”;
- Dispensação de grande parte dos insumos via Farmácia Central, sem presença de farmácias satélites e estoques periféricos; e
- Funcionamento da Farmácia Clínica administrada 24 horas pela presença de farmacêutico plantonista para a atuação assistencial, incluindo avaliação técnica das prescrições, dosagens e diluições de medicamentos.

Todavia, a aderência em relação à Gestão Hospitalar sofre impacto negativo principalmente pela ausência de indicadores e de uma cultura de comunicação dos resultados. Reflexo disso pode ser observado na aderência nula e baixa aos Grupos “Gestão da estratégia e disponibilização de resultados” (0%), “Construção de uma sistemática para gestão da qualidade e segurança” (10%) e “Envolvimento organizacional no planejamento estratégico, integrando profissionais da assistência e de ensino e pesquisa” (17%).

Assim, dentre os temas relacionados à Gestão Hospitalar, podem ser destacadas as seguintes oportunidades de melhoria:

- Definição dos objetivos estratégicos de forma participativa e colaborativa, com a identificação das atividades chaves e determinação de indicadores;
- Definição das diretrizes organizacionais (missão, visão e valores) do hospital a fim de incrementar seu poder de negociação com o gestor local;
- Definição e institucionalização de um Planejamento Estratégico estabelecido de forma participativa entre Hospital e Universidade;
- Adoção de um Programa de Gestão à Vista para a visibilidade dos resultados alcançados;

- Criação de um programa de Gestão da Qualidade, incluindo a formação de uma equipe estruturada responsável e capacitada para a execução das atividades, assim como a disponibilização de estruturas e de ambiente de trabalho adequados para que os requisitos de qualidade sejam cumpridos;
- Organização de um modelo de gestão orientado a processos, contemplando a responsabilidade horizontal pelo impacto daquele processo sob o usuário;
- Estruturação, após realização do concurso EBSEH, de um Setor de Qualidade Hospitalar, que será responsável pelo cumprimento dos requisitos de qualidade de todos os serviços e direcionamento da melhoria contínua;
- Definição de procedimentos de preparo e administração dos medicamentos, com etapas de controle como checagem e registro das informações, que garantam a sua rastreabilidade; e
- Instauração de modelo específico para o processo de descarte de medicamentos suspensos, incluindo a característica estrutural do local, forma de armazenamento e de isolamento.

5.3 Gestão da Clínica

Quanto à Gestão da Clínica, a análise quantitativa da aplicação da Lista de Contribuições teve como resultado o quadro a seguir, que indica a aderência a cada Grupo de Gestão da Clínica. No consolidado, a aderência atingiu 40%, com base nas melhores práticas neste âmbito.

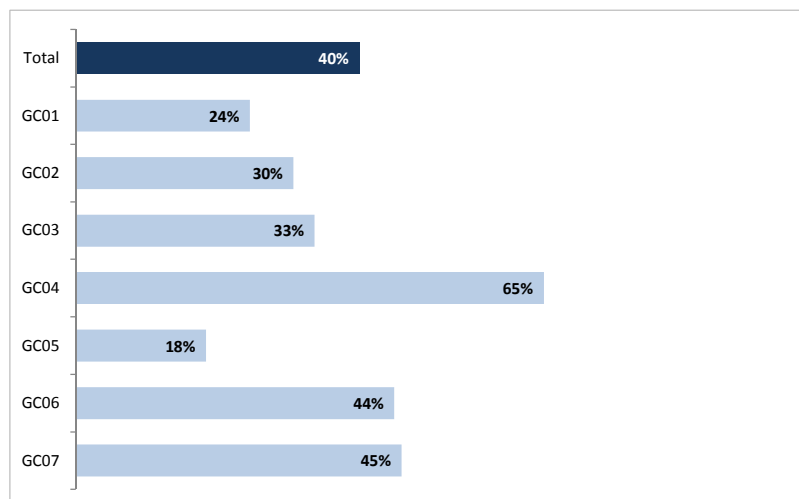


Figure 6 - Aderência ao Modelo de Gestão da Clínica

Código	Título do Grupo de Referência
GC01	Padronização da atenção à saúde
GC02	Construção de processos assistenciais multiprofissionais focados na integralidade do cuidado
GC03	Padronização e análise das informações assistenciais para tomada de decisão
GC04	Estabelecimento de padrões e metas para segurança assistencial
GC05	Padronização das atividades de auditoria clínico-assistencial
GC06	Aprimoramento das atividades de regulação assistencial
GC07	Estabelecimento de métodos e ferramentas para o desenvolvimento de competências da equipe multiprofissional

A análise do Modelo de Gestão da Clínica evidencia a existência e atuação por meio do Programa de Hemovigilância, além da boa prática de notificação aos órgãos responsáveis da ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória, como por exemplo, Aids, Sífilis Congênita, Hepatites virais e Tuberculose.

Verifica-se a capacitação de trabalhadores recém-admitidos e daqueles que atuam na instituição por meio de um núcleo que realiza educação continuada, entretanto, aplica-se somente à equipe de enfermagem. Além disso, destaca-se o monitoramento dos leitos através de um censo diário. Este cenário é constatado conforme aderência aos grupos “Estabelecimento de Padrões e metas para segurança assistencial” (65%), “Estabelecimento de métodos e ferramentas para o desenvolvimento de competências da equipe multiprofissional” (45%) e “Aprimoramento das Atividades de Regulação Assistencial” (44%), respectivamente.

Somado a isso, existem outros pontos de aderência no gráfico que refletem o início da implantação de algumas boas práticas pelo HUGG:

- Identificação de condições de saúde que exigem respostas sociais reativas e proativas, como nos casos do tratamento da Aids e de pacientes oncológicos;
- Atuação por meio da Linha de Cuidado na Unidade de Maternidade, através do Projeto Cegonha Carioca, que assegura às gestantes o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis;
- Existência de iniciativas de estímulo à atuação da equipe multiprofissional, como nas Comissões de Dietética e Terapêutica, de Curativos e de Revisão de Prontuários, que alinha das informações no prontuário para otimizar e tratamento;
- Capacitação da equipe do Núcleo Interno de Regulação e do Setor de Faturamento quanto à manipulação dos Sistemas Nacionais de Informações como SISAIH e *TabWin*; e
- Monitoramento dos indicadores e metas voltadas ao gerenciamento de riscos e infecções hospitalares, revisando os protocolos de infecções hospitalares, quando necessário.

A aderência ao modelo de Gestão da Clínica sofre impacto negativo pela inexistência de uma auditoria clínico-assistencial que gerencie a avaliação da qualidade dos resultados, assim como processos padronizados de assistência à saúde que favoreçam reduzam as incertezas e variações no diagnóstico e tratamento. Esse fato é demonstrado pela aderência de 18% ao Grupo “Padronização das atividades de Auditoria Clínico-Assistencial” e de 24% ao Grupo “Padronização da atenção à saúde”.

Com isso, destacam-se algumas oportunidades de melhoria para a Gestão da Clínica:

- Adoção e implantação de Linhas de Cuidado baseadas na epidemiologia local;
- Revisão e atualização dos Protocolos Clínicos Assistenciais utilizados na instituição para a operacionalização da assistência;
- Definição de equipes de referencia de caráter multiprofissional que definam as diretrizes, protocolos clínicos assistenciais e linhas de cuidado na busca da efetividade clínica;

- Estabelecimento de rotinas assistenciais multiprofissionais focadas no usuário, através de planos terapêuticos singulares com a participação inclusive de familiares;
- Definição de um prontuário único e sequencial que, mesmo em meio físico, possibilite a migração para um modelo eletrônico quando houver disponibilidade do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU) na instituição;
- Implantação da auditoria clínico-assistencial, incluindo: avaliação de indicadores qualitativos e quantitativos; avaliação da qualidade dos registros das informações em prontuário; e acompanhamento sistemático da assistência multiprofissional;
- Implementação de um programa de desenvolvimento multiprofissional baseado em práticas de Educação Permanente para os servidores do HUGG, para além dos profissionais de enfermagem.

5.4 Humanização da Saúde

Quanto a análise quantitativa da aplicação da Lista de Contribuições, para cada item que compõe o Grupo de Humanização da Saúde, o consolidado mostrou adesão de 29%, com base nas melhores práticas neste âmbito.

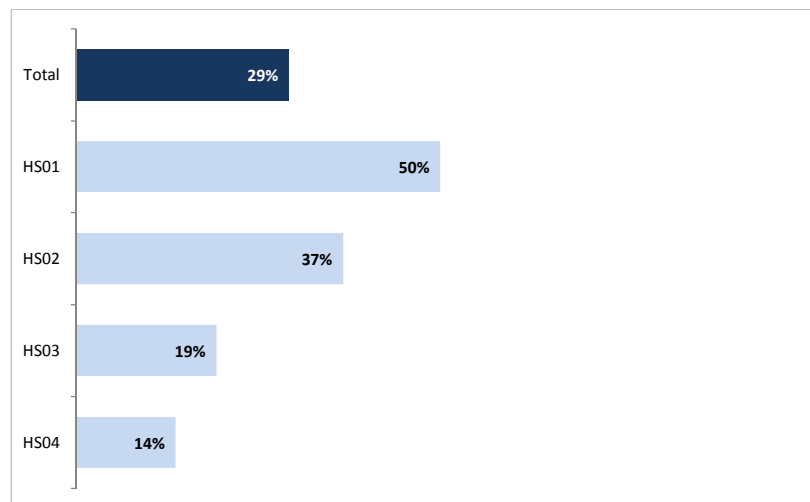


Figura 7 - Aderência do HUGG ao Modelo de Humanização da Saúde

Código	Título do Grupo de Referência
HS01	Implementação de estruturas organizacionais no âmbito da Humanização
HS02	Definição e implementação de programas e iniciativas direcionadas ao usuário
HS03	Definição e implementação de programas e iniciativas direcionadas ao trabalhador
HS04	Padronização e potencialização de elementos e mecanismos de identificação e comunicação

O HUGG se apresenta incipiente na Humanização em Saúde, sobretudo, na existência de mecanismos de comunicação que potencializem a eficiência dos processos assistenciais e que reforcem a marca e a imagem do HUGG perante aos usuários. A adesão à Política Nacional de Humanização (PNH) é isolada e conduzida por iniciativas de alguns servidores e não uma cultura institucional.

Mesmo com a baixa adesão a lista de contribuições, existem iniciativas culturais e de lazer como Enfermaria do Riso (liderada por palhaços que junto aos pacientes hospitalizados e seus acompanhantes promovem a alegria nas enfermarias do hospital), Oficina Literária e de artesanato, além de caracterização das imediações do hospital em datas comemorativas Festa Junina, Natal e Páscoa.

Mecere destaque algumas boas práticas como a estruturação do Serviço de Ouvidoria e suas iniciativas em otimizar o acolhimento aos usuários. Esta conjuntura é contestada na aderência aos Grupos “Implementação de estruturas organizacionais no âmbito da Humanização” (50%) e “Definição e implementação de programas e iniciativas direcionadas ao usuário” (37%).

Dentro desse referencial, mais algumas boas práticas se destacam:

- Existência de um Serviço de Ouvidoria implantado, atuante e participativo nas formalizações e tratativas dos *feedbacks* dos usuários;
- Garantia das condições de permanência a acompanhante de usuários, conforme estabelecido nos Estatuto da Criança e do Adolescente do Idoso, visto o perfil assistencial do hospital; e
- Desenvolvimento de iniciativas culturais e de lazer que promovem a qualidade de vida dos usuários e equipe de saúde no âmbito do hospital.

A aderência do hospital às boas práticas no âmbito de Humanização da Saúde sofre impacto negativo pela ausência de mecanismos de identificação e comunicação entre usuários e trabalhadores do hospital, bem como iniciativas que

ampliem o desenvolvimento da qualidade de vida do trabalhador e de ferramentas voltados ao monitoramento da satisfação. Isso é ratificado pelas aderências de 14% e 19%, respectivamente, aos Grupos “Padronização e potencialização de elementos e mecanismos de identificação e comunicação” e “Definição e implementação de programas e iniciativas direcionadas ao trabalhador”.

Quanto aos temas relacionados à Humanização da Saúde, as seguintes oportunidades de melhoria podem ser destacadas:

- Definição dos responsáveis para posterior implantação de um Comitê de Humanização no hospital;
- Definição de uma política de comunicação interna e externa ao hospital, a partir das diretrizes e estratégias estabelecidas para a Rede EBSEH;
- Elaboração de iniciativas que promovam a padronização para identificação de trabalhadores (crachás) e de uniformes que permitam rapidamente a visualização do seu nome e de sua especialidade dentro do hospital;
- Criação de fluxos de recepção, análise e *feedback* relativos às queixas e sugestões dos trabalhadores, incluindo a aplicação de uma pesquisa de satisfação direcionada aos trabalhadores;
- Operacionalização do Programa de Qualidade de Vida do Trabalhador com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
- Capacitação dos funcionários responsáveis pela recepção e acolhimento dos usuários no HUGG; e
- Implantação de programas e iniciativas direcionadas aos usuários de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH).

5.5 Hotelaria Hospitalar

A análise quantitativa da aplicação da Lista de Contribuições teve como resultado o quadro a seguir, que indica a aderência a cada Grupo de Hotelaria Hospitalar. No consolidado, a aderência atingiu 51%, com relação às melhores práticas neste âmbito.

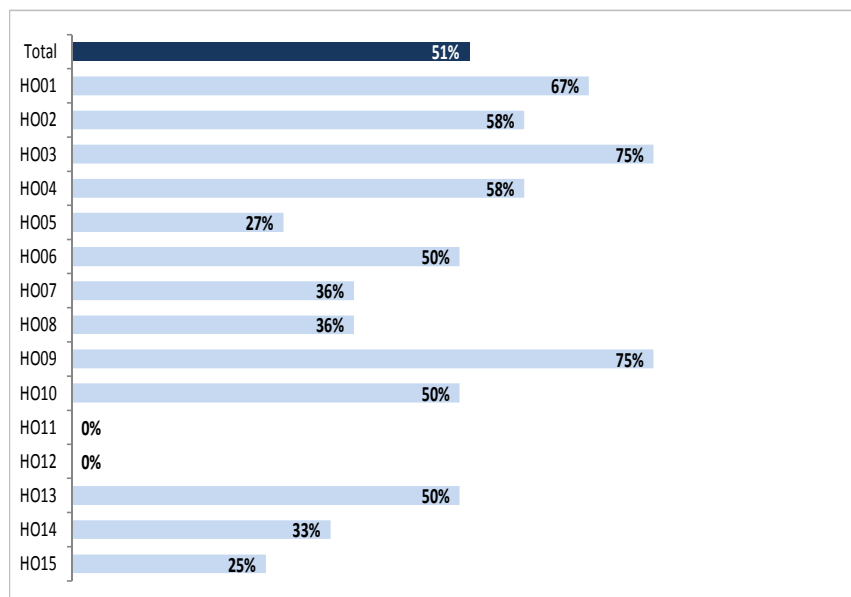


Figure 8 - Aderência do HUGG ao Modelo de Hotelaria Hospitalar

Código	Hotelaria Hospitalar
HO01	Padronização dos serviços de higienização
HO02	Padronização dos serviços de processamento de roupas
HO03	Padronização dos serviços de produção do SND
HO04	Racionalização de insumos de limpeza
HO05	Racionalização de roupas
HO06	Racionalização de refeições
HO07	Gestão dos níveis de serviço e dos recursos dos serviços de higienização, focado em melhoria contínua
HO08	Gestão dos níveis de serviço e dos recursos dos serviços de processamento de roupas, focado em melhoria contínua
HO09	Gestão dos níveis de serviço e dos recursos dos serviços de produção do SND, focado em melhoria contínua
HO10	Capacitação dos trabalhadores dos serviços de higienização
HO11	Capacitação dos trabalhadores dos serviços de processamento de roupas
HO12	Capacitação dos trabalhadores dos serviços de produção do SND
HO13	Desenvolvimento de programas de gestão ambiental
HO14	Gestão dos programas ambientais focada em melhoria contínua
HO15	Conscientização de usuários e trabalhadores sobre a gestão ambiental

No contexto da Hotelaria Hospitalar, vale ressaltar que o serviço de Higienização é totalmente terceirizado. Tanto a equipe quanto os insumos são fornecidos por terceiro e há acompanhamento, por parte do HUGG, das rotinas padronizadas e dos acordos de níveis de serviço estipulados em contrato, contribuindo de forma positiva para a aderência a esse Modelo de Referência.

Em relação aos serviços de Rouparia é adotado um sistema misto, ou seja, os equipamentos e instalações são próprios, entretanto, o pessoal de produção é terceirizado (com 10 profissionais alocados no HU). O enxoval do HUGG é

produzido no próprio hospital, mas as roupas são higienizadas nas ambiências da empresa terceirizada. A existência de rotinas padronizadas para Rouparia impacta positivamente no monitoramento dos contratos do serviço.

Quanto ao Serviço de Nutrição Dietética (SND), o HUGG possui um serviço terceirizado para a preparação das refeições. Para tal, o hospital conta com um quadro composto por 17 coqueiras, sob a supervisão das nutricionistas do HUGG, para a produção de seis refeições diárias. A nutrição enteral é feita em doses individualizadas por sistema fechado. Já as fórmulas lácteas são feitas em Lactário próprio, o qual necessita de alguns ajustes na estrutura física para atender plenamente as normatizações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A empresa terceirizada disponibiliza o Manual de Boas Práticas para todos os funcionários, fato que contribui positivamente para a aderência ao Modelo Hotelaria Hospitalar.

A gestão ambiental obteve a menor média das aderências aos Grupos de Referência que abordam esse tema. Porém, o HUGG possui em fase de consolidação, algumas iniciativas previstas no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço em Saúde (PGRSS) como, por exemplo, a coleta de lixo hospitalar específica com a identificação das fontes geradoras, segregação de lixo hospitalar e comum e descarte e destinação de medicamentos antineoplásicos.

No gráfico de adesão a Lista de Contribuições evidenciam resultados de aderência em relação ao Modelo de Hotelaria Hospitalar. O destaque positivo ficou com a existência do processo de registro das rotinas de controle dos alimentos, equipamentos, distribuição das dietas enterais, fórmulas lácteas e de refeições assegurado pela existência do Manual de Boas Práticas do SND, assim como a existência de acordos de nível de serviço nos contratos com a empresa terceira, além de todos os produtos utilizados no serviço de higiene hospitalar possuírem especificações técnicas formalizadas fatos representados pela aderência aos grupos “Padronização dos serviços de produção do SND”, “Gestão dos níveis de serviço e dos recursos dos serviços de SND, focado em melhoria contínua”, ambos com 75% de aderência e “Padronização dos serviços de higienização” (67%).

Dentro desse referencial, destacam-se as seguintes boas práticas:

- Existência de normas e procedimentos institucionalizados para os serviços de higiene hospitalar e processamento de roupas por meio de POP's devidamente atualizados conforme normas vigentes;

- Definição de rotinas formalizadas e institucionalizadas para os Serviços de higienização, processamento de roupas e nutrição e dietética;
- Distribuição controlada dos produtos saneantes e das quantidades de enxoval nas unidades;
- Existência de ações definidas para os principais desvios constatados entre o esperado e o apresentado relacionado à higienização, provisão de roupas e à qualidade prestada do SND, além da existência de contratos com empresas terceiras; e
- Desenvolvimento de iniciativas de programas de gestão ambiental por meio da identificação das fontes de resíduos, controle da proporção de resíduos por categoria (perfuro cortante, infectante, químico, comum, radioativas), coleta de lixo hospitalar específica e segregação entre lixo comum e lixo hospitalar.

No entanto, a aderência em relação à Hotelaria Hospitalar sofre o impacto negativo devido à inexistência de programas de treinamento formalizado e institucionalizado de capacitação das rotinas e procedimentos dos serviços de processamento de roupas e de nutrição e dietética. Ademais, verifica-se a ausência no controle da distribuição das roupas nas unidades e de capacitação sobre o gerenciamento de resíduos, necessitando ampliar o treinamento para toda equipe multiprofissional que atua diretamente com resíduos, fatos representados pela aderência aos grupos “Capacitação dos trabalhadores dos serviços de processamento de roupas” e “Capacitação dos trabalhadores dos serviços de produção do SND”, ambos com aderência nula e “Conscientização de usuários e trabalhadores sobre a gestão ambiental” (25%).

Assim, dentre os temas relacionados à Hotelaria Hospitalar, podem ser destacadas as seguintes oportunidades de melhoria:

- Estabelecimento de comunicação entre a gestão de leitos e o serviço de higienização, incluindo o monitoramento do tempo das atividades de higienização entre a alta do paciente até a liberação para a próxima admissão;
- Existência de mecanismos que garantam a rastreabilidade do usuário por todo trajeto terapêutico no hospital;
- Definição de períodos para a distribuição e coleta de roupas e realização de controle de evasão do enxoval com frequência e forma de contagem de roupas;

- Institucionalização de processo que garanta a distribuição das refeições prontas na temperatura adequada;
- Adequação do Lactário de acordo com as normas previstas pela ANVISA no que tange à produção e manipulação de fórmulas lácteas, assim como o controle microbiológico das mesmas;
- Adoção de iniciativas que visam à racionalização dos insumos de limpeza, e de roupas;
- Definição em contrato que os trabalhadores terceirizados que atuam no HUGG tenham passado por capacitação para realização de suas atividades, assim como programa de educação permanente para estes.

5.6 Compras Hospitalares

A análise quantitativa da aplicação da Lista de Contribuições teve como resultado o quadro a seguir, que indica a aderência a cada Grupo de Compras Hospitalares. A aderência atingiu 54%, a maior taxa de todos do Modelos de Referência.

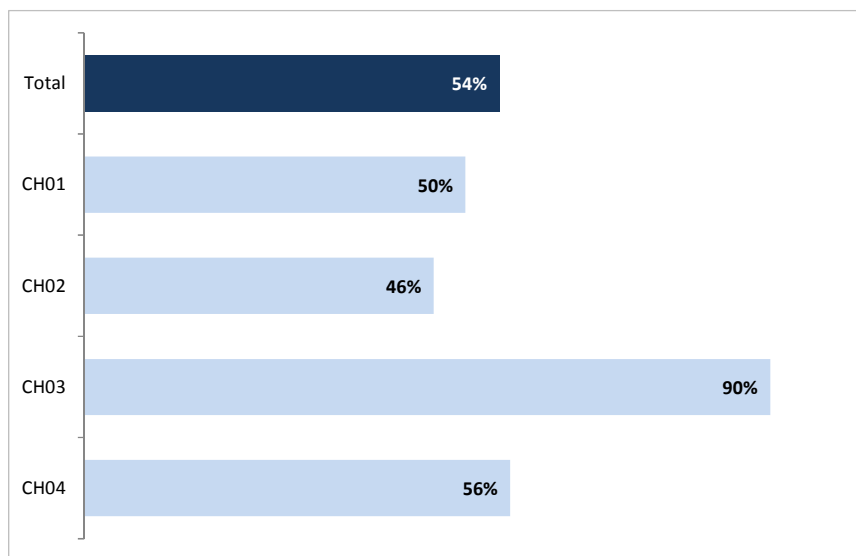


Figura 9 - Aderência do HUGG ao Modelo de Compras Hospitalares

Código	Título do Grupo de Referência
CH01	Classificação e padronização de insumos
CH02	Definição da estratégia de compras e de contratações hospitalares
CH03	Utilização de instrumentos padronizados no processo de compra
CH04	Disponibilização de informação e monitoramento de fornecedores e contratos

No gráfico acima podem ser observados os resultados de aderência em relação ao Modelo de Compras Hospitalares, destacando-se positivamente a adoção de modelos padronizados da UNIRIO para os editais e Termos de Referência. Todas as compras são efetuadas por meio do SIASG (Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais) pelo módulo ComprasNet via pregão eletrônico, fatos representados pela aderência aos grupos “Utilização de instrumentos padronizados no processo de compras” (90%) e “Disponibilização de informação e monitoramento de fornecedores e contratos” (56%).

Dentro desse cenário, destacam-se as seguintes boas práticas:

- Padronização de grande parte dos medicamentos por meio da atuação da Comissão Farmácia e Terapêutica de acordo com a lista do Rename (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) que visa atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira;
- Classificação dos insumos do catálogo de acordo com a lógica XYZ, oferecendo uma visão do nível de criticidade de cada item a partir da análise do impacto da sua falta. Também se lança mão do sistema ABC com o objetivo de não perder o foco sobre a importância econômica dos insumos; e
- Utilização da modalidade de Pregão Eletrônico para registrar as etapas da negociação, assegurar a uniformidade e conformidade das aquisições com os padrões estabelecidos pelo Serviço Público Federal.

No entanto, o impacto negativo nas Compras Hospitalares se dá por não haver definidas as necessidades de compras alinhadas com a Rede EBSEH e a institucionalização de processos para a gestão e atualização dos catálogos de insumos (materiais e medicamentos), conforme pode ser verificada pelas aderências aos Grupos “Definição da estratégia e de contratações hospitalares” (46%) e “Classificação e padronização de insumos” (50%).

Assim, dentre os temas relacionados às Compras Hospitalares, podem ser destacadas as seguintes oportunidades de melhoria:

- Elaboração da estratégia de compras, incluindo a definição dos itens que serão adquiridos de forma coletiva e quais serão comprados individualmente.
- Conciliar as necessidades derivadas do perfil assistencial do hospital com os dados epidemiológicos da região em que o hospital está inserido para melhor direcionamento dos medicamentos a serem adquiridos;
- Criação de catálogos padronizados, preferencialmente informatizados, que possuam especificação detalhada de cada uma das tipologias de insumos consumidas no HUGG, incluindo a apresentação das marcas homologadas para a sua compra;
- Estruturação do planejamento de compras que contemple todas as necessidades de consumo de materiais, medicamentos, contratualização de serviços e de investimento em equipamentos;
- Constituição do cadastro único de fornecedores o qual deve estar suportado por um sistema, permitindo que o hospital faça a gestão e atualização da lista de fornecedores; e
- Ampliação dos mecanismos para controle e execução dos contratos de serviços incluindo acordos de nível de serviço em todos os contratos.

5.7 Administração Econômico-Financeira

A análise quantitativa da aplicação da Lista de Contribuições teve como resultado o quadro a seguir, que indica a aderência a cada Grupo de Administração Econômico-Financeira. No consolidado, a aderência atingiu 30% com relação às melhores práticas neste âmbito.

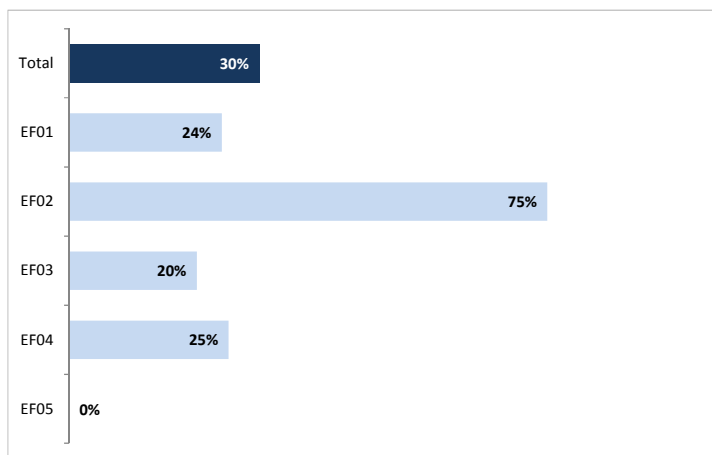


Figura 10 - Aderência do HUGG ao Modelo de Administração Econômico-Financeira

Código	Título do Grupo de Referência
EF01	Planejamento, execução e acompanhamento financeiro e orçamentário com visão segregada em ensino, pesquisa e assistência
EF02	Institucionalização e monitoramento de processos administrativo-financeiros
EF03	Garantia de visão gerencial das contas hospitalares
EF04	Garantia da transparência das contas hospitalares
EF05	Desenvolvimento de trabalhadores em gestão de recursos públicos

No gráfico acima podem ser observados os resultados de aderência em relação ao Modelo de Administração Econômico-Financeira, destacando-se positivamente as iniciativas para a institucionalização de fluxos de processos administrativo-financeiros. Tal fato pode ser representado pela aderência ao grupo “Institucionalização e monitoramento de processos administrativo-financeiros” (75%).

Dentro desse referencial, destacam-se as seguintes boas práticas:

- Acompanhamento das despesas previstas *versus* despesas realizadas por meio do SIAFI (Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal);
- Método de Mapeamento dos processos administrativo-financeiros formalizados; e
- Institucionalização de equipe para gestão de ativos por meio de inventário de bens móveis, imóveis, almoxarifado e catalogação de bens.

No entanto, a aderência em relação à Administração Econômico-Financeira sofre o impacto negativo devido à inexistência de capacitação para os

trabalhadores na área de gestão de recursos públicos, e de centros de custos definidos, conforme pode ser observado pelas aderências nula e de 20% aos grupos “Desenvolvimento de trabalhadores em Gestão de recursos públicos” e “Garantia da visão gerencial de contas hospitalares”, respectivamente.

Assim, dentre os temas relacionados à Administração Econômico-Financeira, podem ser destacadas as seguintes oportunidades de melhoria:

- Estabelecimento do ciclo orçamentário do HUGG de curto e longo prazos, como parte integrante do planejamento estratégico e com a definição de diretrizes econômicas, necessidades orçamentárias categorizadas em assistência, ensino e pesquisa e, por fim, monitoramento da viabilização orçamentária pela definição de novas fontes de receitas ou ganho de eficiência em custos;
- Adoção de modelo de custeio gerencial que viabilize a comparação entre a execução orçamentária e o planejamento orçamentário.
- Definição de critérios de alocação de custos, preferencialmente, com a maior proporção de itens alocados como custos diretos em relação aos itens alocados como custos indiretos e estabelecimento de processos de registro e lançamento de custos em toda a cadeia de valor do hospital;
- Institucionalização de modelo de divulgação periódico de resultados que atenda a todas as instâncias de acompanhamento pertinentes e de controle social do hospital; e
- Desenvolvimento de programa de competências no âmbito da gestão dos recursos públicos, de forma que seja executado de acordo com uma frequência determinada, anual ou semestral, incluindo planejamento, execução e avaliação.

5.8 Gestão de Obras e Engenharia Clínica

No contexto de Gestão de Obras e Engenharia Clínica, cabe mencionar que o HUGG possui uma infraestrutura deteriorada, o que tem demandado da equipe de obras o desenvolvimento de tarefas quase exclusivamente de manutenção, com pouco ou nulo espaço para o planejamento e desenvolvimento de tarefas mais estratégicas e de gestão.

A análise quantitativa da aplicação da Lista de Contribuições teve como resultado o quadro a seguir, que indica a aderência a cada Grupo de Gestão de Obras e Engenharia Clínica. No consolidado, a aderência atingiu 26% a pior taxa entre todos os Modelos de Referência.

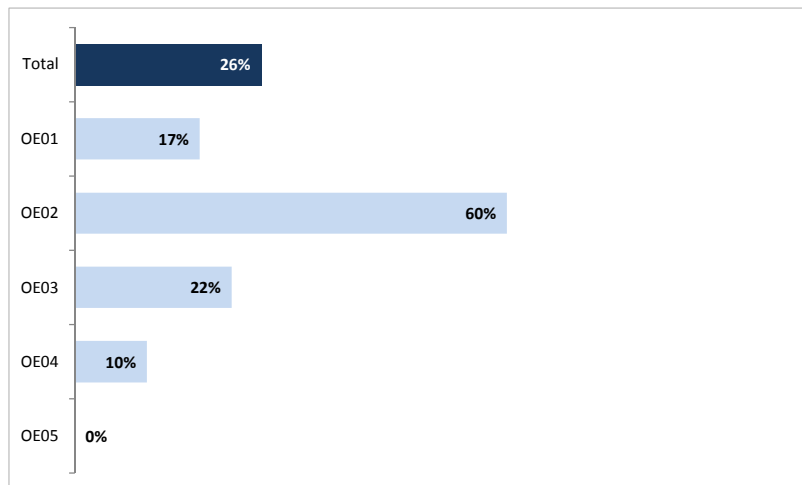


Figura 11 - Aderência do HUGG ao Modelo de Gestão de Obras e Engenharia Clínica

Código	Gestão de Obras e Engenharia Clínica
OE01	Avaliação da infraestrutura e dos equipamentos médico-hospitalares e dimensionamento das iniciativas de obras e aquisição de equipamentos médico-hospitalares
OE02	Gerenciamento de projetos de obras, de aquisição de equipamentos médico-hospitalares e de contratos
OE03	Implementação de estratégia de manutenção ativa da infraestrutura e dos equipamentos médico-hospitalares
OE04	Implementação de processo de descarte de equipamentos médico-hospitalares
OE05	Capacitação técnica e de gestão de trabalhadores e treinamento de operadores de equipamentos médico-hospitalares

No gráfico acima podem ser observados os resultados de aderência em relação ao Modelo de Gestão de Obras e Engenharia Clínica, destacando-se positivamente a utilização do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC), fatos representados pela aderência ao Grupo “Gerenciamento de projetos de obras, de aquisição de equipamentos médico-hospitalares e de contratos” (60%).

Dentro desse referencial, destacam-se as seguintes boas práticas:

- Realização de comissionamento do contrato no momento da entrega da obra, tanto pela equipe de gestão da iniciativa quanto pelo terceiro;

- Existência de equipe própria, técnica e administrativa, disponível para realizar pequenos reparos emergenciais e manutenção predial; e
- Desenvolvimento do Programa de Gerenciamento de Riscos relacionado à infraestrutura e aos equipamentos médico-hospitalares integrado com o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e Núcleo de Vigilância Hospitalar (NHV).

No entanto, a aderência em relação à Gestão de Obras e Engenharia Clínica sofre o impacto negativo devido à inexistência de Programas de Capacitação voltado aos profissionais na área de infraestrutura e engenharia clínica. Inexiste Educação Permanente para os usuários de equipamentos médico-hospitalares, além da falta de processo de descarte destes equipamentos definido e implantado, integrado ao processo de compras. Estes fatos são apresentados na aderência aos grupos “Capacitação técnica e de gestão de trabalhadores e treinamento de operadores de equipamentos médico-hospitalares” (0%) e “Implementação de processo de descarte de equipamentos médico-hospitalares” (10%).

Assim, dentre os temas relacionados à Gestão de Obras e Engenharia Clínica, podem ser destacadas as seguintes oportunidades de melhoria:

- Institucionalização de processo rotineiro de mapeamento e avaliação da infraestrutura e dos equipamentos médico-hospitalares;
- Elaboração do Plano Diretor Físico contemplado por um conjunto de princípios e regras orientadoras da construção e utilização do espaço do HUGG;
- Definição de um plano de organização do espaço hospitalar, considerando a otimização dos fluxos e melhor agrupamento de áreas;
- Implementação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) para dar apoio ao Programa de Gerenciamento de Riscos relacionado à infraestrutura e aos equipamentos médico-hospitalares;
- Desenvolvimento de planos de contingência e sistemas que garantam a continuidade do atendimento em caso de situações adversas e de emergência para além da implementação de geradores;
- Constituição de uma equipe que seja responsável pela gestão de cada projeto de engenharia clínica e pela gestão individual de cada obra, em andamento no hospital;

- Definição de planos de manutenção predial e dos equipamentos médico-hospitalares, com a inclusão das iniciativas de manutenção preventiva, corretiva, preditiva e calibragem dos equipamentos; e
- Implementação de um Programa de Capacitação por meio da definição da matriz de competências, ou, mais especificamente, de conhecimentos, habilidades e atitudes, por funções e cargos.

5.9 Outros Pontos de Atenção

Além dos pontos destacados nas Listas de Atribuições dos Modelos de Referencias, alguns pontos que não necessariamente se enquadram nos sete modelos devem ser destacados:

- Sub dimensionamento do quadro de pessoal em áreas administrativas, e nas áreas assistenciais, cerca de 40% da força de trabalho possui vínculos precarizados de trabalho – Bolsistas;
- Déficit orçamentário impactando negativamente na assistência prestada pelo HUGG - redução das cirurgias eletivas e inativação de aproximadamente 100 leitos;
- Necessidade de liberação dos cargos a serem nomeados para o HUGG por parte da EBSEH;
- Necessidade de um sistema de informação hospitalar que apoie tanto os processos de atendimento ao paciente quanto o planejamento e monitoramento de atividades administrativas; e

6 Identificação dos problemas

6.1 Levantamento de expectativas e desafios

Para este momento, foram convidadas pessoas de diversos setores para integraram um grupo chamado de ampliado. Este grupo, através suas expectativas e desafios manifestado em tarjetas compôs, conforme mostrado no gráfico de *wordcloud* a seguir, aquilo que cada um entendia ser fruto da nova parceria entre HUGG e EBSEH:



Figure 12 – Expectativas e desafios destacados pela equipe do relativos ao projeto

De maneira geral, a equipe demonstrou a expectativa de conseguir melhorar a qualidade dos serviços do hospital, com uma grande esperança nas melhorias que a adesão à EBSEH possivelmente proporcionaria ao HUGG. Destaca-se também a qualificação da gestão do hospital de forma que a torne transparente, eficiente e moderna. Nas expectativas enunciadas estavam presentes os termos qualidade e serviço que refletem a perspectiva de atuação do hospital centrada no paciente.

No tocante aos desafios, o termo “recursos” ganhou destaque. Possivelmente a atual situação de subfinanciamento enfrentada pela instituição seja a explicação para

isso e um dos grandes desafios. O segundo grande destaque foi o enfrentamento de barreiras históricas e culturais que terão que ser gerenciadas adequadamente para o processo de adaptação ao modelo de gestão da EBSEH e cumprimento das ações pretendidas em um Plano Diretor Estratégico (PDE).

Por último, destaca-se a visão superficial que a gestão do HUGG tem sobre a Rede de Atenção à Saúde a participação de um hospital universitário.

6.2 Dinâmica para a identificação de problemas

Os integrantes do grupo ampliado, para a identificação dos problemas, passaram por alguns movimentos:

1. Confecção da matriz SWOT resultado da análise situacional do HUGG
2. Identificação individual da situação inicial, por meio do levantamento de problemas em relação à realidade – cada ator elegeu três desconfortos, expressos através de palavras, em relação ao contexto ao qual pretende intervir em tarjetas;
3. Identificação do conjunto de problemas, por meio dos esclarecimentos das ideias individuais, análise de pertinência e agrupamento de ideias afins;
4. Declaração dos macroproblemas identificados – neste momento os macroproblemas foram agrupados e foi definido o melhor enunciado que expressasse seu sentido e sua carga negativa utilizando como ferramentas a elaboração da Matriz Decisória e dos Atores Sociais.
5. Declaração do desejo de mudança - situação objetivo (SO) - neste momento cada integrante do grupo declarou seu desejo de transformar a carga negativa que os problemas trazem.



Figura 13 - Agrupamento de problemas

6.3 Levantamento dos Macroproblemas do HUGG

De acordo com o levantamento preliminar problemas, foram identificados pela equipe ampliada seis macroproblemas.

Tabela 2 - Declaração dos macroproblemas do HUGG

#	Declaração do macroproblema
1	A falta de sistemas de informações e dados confiáveis prejudica a organização gerencial e a tomada de decisões
2	Gestão do HUGG prejudicada pela falta de comunicação, integração e resistência à mudança
3	Os recursos financeiros e orçamentários são insuficientes para as necessidades do HUGG
4	As limitações físicas estruturais e as relações de poder com o espaço prejudicam a assistência de qualidade
5	A insuficiência qualitativa e quantitativa de RH prejudica os serviços do HUGG
6	Ausência de definição de linhas de cuidado

A construção do macroproblema “A falta de sistemas de informações e dados confiáveis prejudica a organização gerencial e a tomada de decisões” teve sua etiologia vinculada à inexistência de mecanismos de controle e planejamento que permitam uma gestão eficiente e um maior controle da realidade assistencial, consumo

de recursos e avaliação de processos. A adoção destes mecanismos pelo hospital contribuirá para o maior controle dos processos de trabalho e as interações com outras unidades do hospital.

O macroproblema “Gestão do HUGG prejudicada pela falta de comunicação, integração e resistência à mudança” está vinculado a situação de conflito vivida no processo de adesão à EBSEH. Existem diversos relatos (publicações internas, gravações de assembleias informativas) que demonstram a polarização vivida durante o processo de assinatura do contrato, que interfere no desenvolvimento de alguns processos. Além disso, esse macroproblema reflete a resistência às mudanças existente em parte dos profissionais do HUGG e das deficiências no processo de comunicação interna.

Quanto ao macroproblema “Os recursos financeiros e orçamentários são insuficientes para as necessidades do HUGG”, há um reflexo atual situação financeira construída ao longo de gestões anteriores que tiveram inúmeros problemas com a apresentação devida da produção assistencial, gerando uma contratualização precária e redução do financiamento do hospital por parte da administração geral da universidade. A grave consequência é o desabastecimento e insuficiência de recursos. Este fato causa muitos esforços da equipe gestora com o objetivo de obter recursos adicionais (doações, parcerias com outras instituições, busca por emendas parlamentares, etc.) que possam minimizar temporariamente a situação.

O quarto macroproblema “As limitações físicas estruturais e as relações de poder com o espaço prejudicam a assistência de qualidade” faz referência às dificuldades que o Espaço Físico do hospital impõe ao fluxo de pacientes e materiais, manutenção de uma assistência adequada de acordo com as normas vigentes e ao crescimento tecnológico, haja vista ser uma edificação quase centenária. Além disso, a subutilização da capacidade instalada em algumas unidades, como, por exemplo, o grande número de salas que compõem o âmbito administrativo em detrimento do assistencial.

O hospital possui alguns processos junto à ANVISA para que sejam cumpridas as adequações às normas técnicas, em especial os serviços de hemodiálise e endoscopia, que possuem a estrutura física como fator limitador.

Estreitamente ligado ao primeiro, está o quinto macroproblema “A insuficiência qualitativa e quantitativa de RH prejudica os serviços do HUGG” que retrata situação dos profissionais do quadro assistencial e administrativo do HUGG. O número de profissionais deveria ser revisto de acordo com a produção atual, a capacidade

instalada e a demanda reprimida da população. Quanto à qualificação, a equipe ampliada entende que vínculos empregatícios precários, a dificuldade de reposição de pessoal e o baixo investimento da universidade em qualificação de profissionais que atuam em setores administrativos estratégicos impacta no desenvolvimento dos serviços assistenciais.

Com relação ao sexto macroproblema “Ausência de definição de linhas de cuidado”, há uma particularidade. Ao longo do desenvolvimento dos processos para se chegar ao plano de ação, o grupo gestor percebeu que os macroproblemas apresentados não contemplavam a gestão da clínica. Definimos, então, o sexto macroproblema, que dá conta de questões assistenciais do HUGG. Portanto, apesar de estar descrito neste momento, dentro do percurso metodológico este macroproblema só foi contemplado quando a árvore de nós críticos foi revista e agrupada por núcleos de sentido.

O sexto macroproblema diz respeito à ausência de definição de linhas de cuidados, fato relacionado à forma desarticulada entre os serviços refletindo a não sistematização das ações de cuidado.

6.4 Explicando os Macroproblemas

O objetivo da análise dos problemas é o de apresentar uma visão geral da situação problemática.

A explicação do problema é a reconstrução simplificada dos processos que os geram e das consequências identificadas. A explicação das relações entre causas e consequências gera um diagrama de causa-efeito. A melhor descrição dos problemas e a construção de um fluxograma relacionado às causas e consequências possibilita a identificação de potenciais obstáculos e oportunidades para a intervenção. A explicação situacional, representada por esse fluxograma, é conhecida como árvore explicativa ou árvore de problemas.

O raciocínio, ao se processar uma árvore explicativa é analítico-causal. Assim, no diagrama/fluxograma foram estabelecidas as ligações consideradas mais importantes, sem hierarquia entre elas. Essa representação simplifica a realidade do HUGG, que é complexa.

Paralelamente à perda de complexidade, a construção da árvore explicativa permite uma identificação mais objetiva de âmbitos e oportunidades para a construção de intervenções.

Partindo deste princípio, para a priorização do macroproblema, seguiu-se com algumas etapas:

- 1) Definição do ambiente – Na apresentação da árvore, foi explicitado o espaço de governabilidade controlado, para a identificação das causas que podem ser enfrentadas diretamente pela equipe, considerando os recursos que controla, e aquelas que escapam à sua capacidade direta de ação.
- 2) Definição dos descritores – nesta etapa foram criados descritores capazes de dimensionar o macroproblema, de modo a facilitar a construção e o monitoramento das ações de intervenção. Os descritores apontam as cargas negativas que compõe o problema e são passíveis de modificação a partir das ações de intervenção que ocorrem em cada macroproblema;
- 3) Identificação das causas que determinam o problema – são as causas evidenciam a existência daquele descritor;
- 4) As consequências do problema – a partir de cada descritor foi estabelecido suas consequências considerado que estas dão as consequências um panorama da magnitude do problema e o quanto a resolução desse problema pode ser valorizada.
- 5) Definição da cadeia lógica multicausal entre os descritores, causas e consequências, ou seja, a construção da árvore explicativa.
- 6) Identificação de “nós críticos” – Uma vez construída a árvore explicativa, procedeu-se à identificação e seleção de causas-chave sobre as quais a equipe deve e pode atuar, ou seja, identifica as causas que devem ser alvos de intervenção no plano de ação.

Esse movimento foi importante por haver diferentes tipos de causas e, dependendo de sua natureza, o tipo de intervenção é distinto. Nesse sentido, a identificação de nós críticos favoreceu a distinção entre as causas, priorizando-as segundo alguns critérios que identificam os eixos explicativos prioritários e os pontos de maior possibilidade e potencial de intervenção.

Com relação aos nós críticos, Matus (1993) mostra que devem cumprir simultaneamente três condições, considerando-se as seguintes perguntas:

- 1) A intervenção sobre esta causa tem impacto decisivo sobre os descritores do problema, no sentido de modificá-los positivamente?
- 2) A causa é um centro prático de ação? Ou seja, há possibilidade de intervenção direta sobre este nó causal, mesmo que não seja pelos atores que a explicam?

- 3) É politicamente oportuno atuar sobre a causa identificada (viabilidade política e mudanças favoráveis nos problemas)?

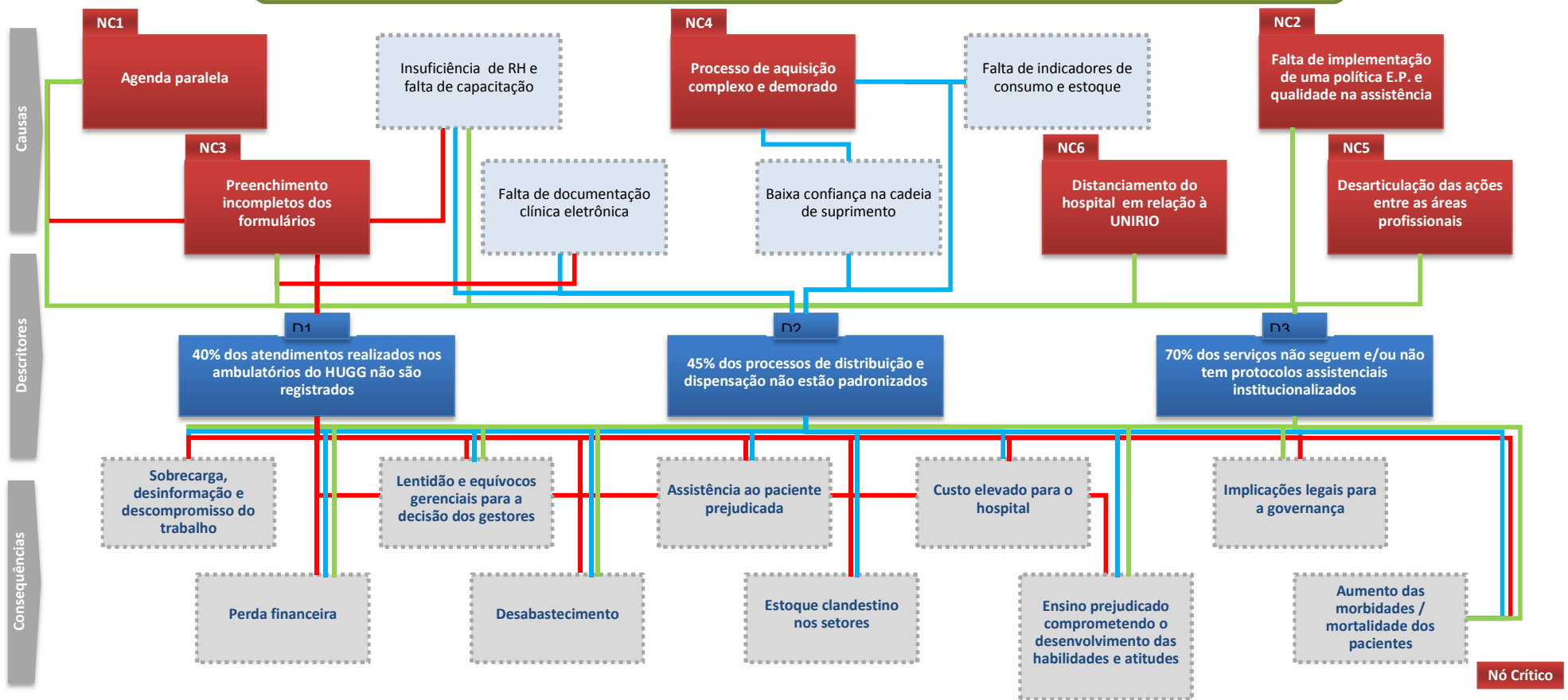
Se essas três questões forem respondidas afirmativamente, a causa deve ser selecionada como um “nó crítico” (Matus Romo, 1993). A partir dos nós críticos identificados (também denominados de frentes de ataque) elaboram-se as ações (dentro da governabilidade do ator que explica o problema) ou as demandas de ação (fora da governabilidade) necessárias para a mudança dos descritores do problema, ou seja, o que pode ser feito para um determinado período de gestão.

Sendo assim, abaixo apresentamos as árvores explicativas para cada Macroproblema.

REFERENCIAL TEÓRICO E EMPÍRICO DO MACROPROBLEMA 1 (A falta de sistemas de informações e dados confiáveis prejudica a organização gerencial e a tomada de decisões)

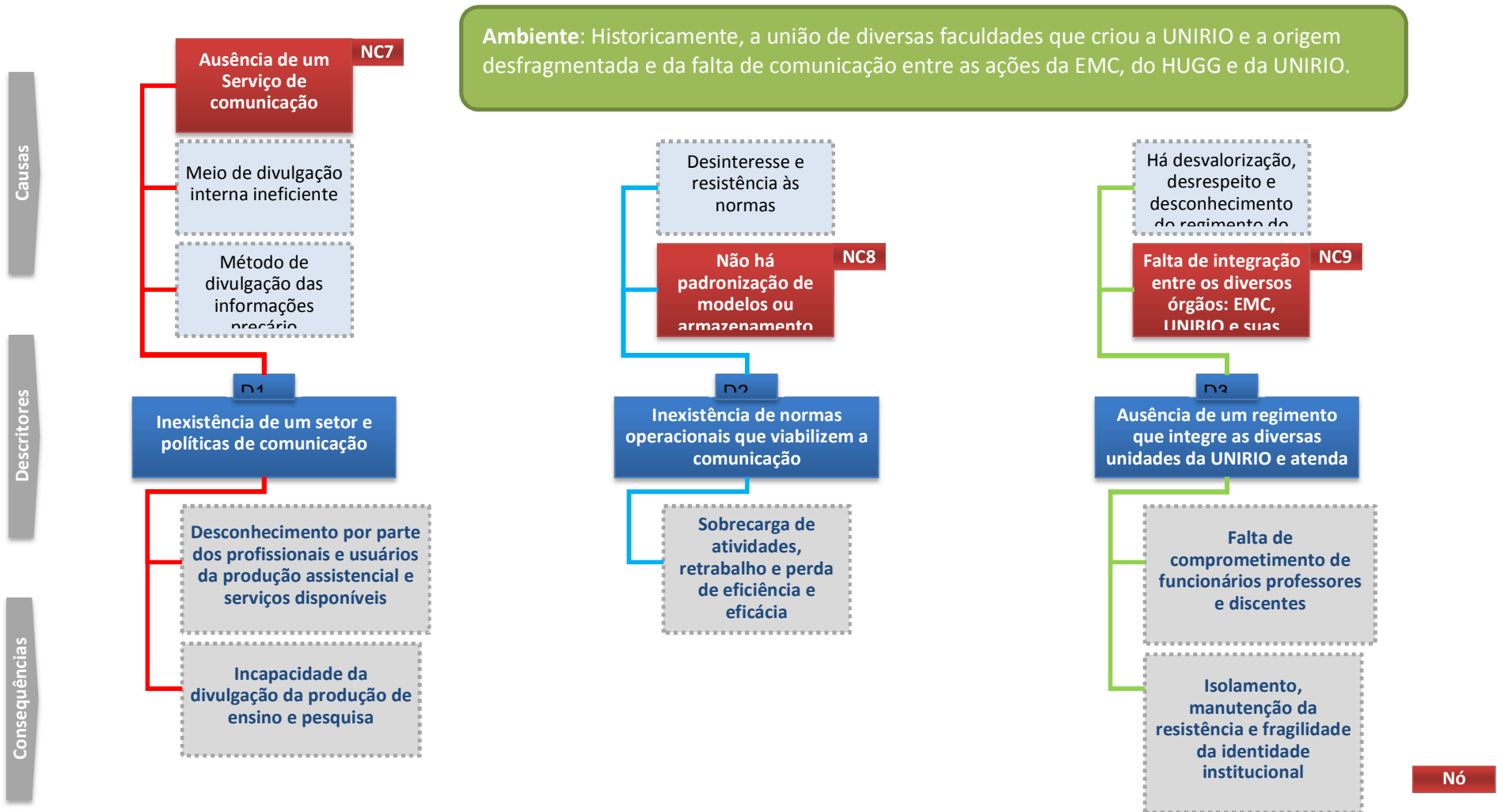
Macroproblema 1: A falta de sistemas de informações e dados confiáveis prejudica a organização gerencial e a tomada de decisões

Ambiente: O HUGG nunca teve um processo de gestão. Seus atores internos são isolados entre si. Seus processos desarticulados. O Relacionamento com os atores externos é insuficiente, principalmente com a SMS.



REFERENCIAL TEÓRICO PARA O MACROPROBLEMA 2 (Gestão do HUGG prejudicada pela falta de comunicação, integração e resistência à mudança)

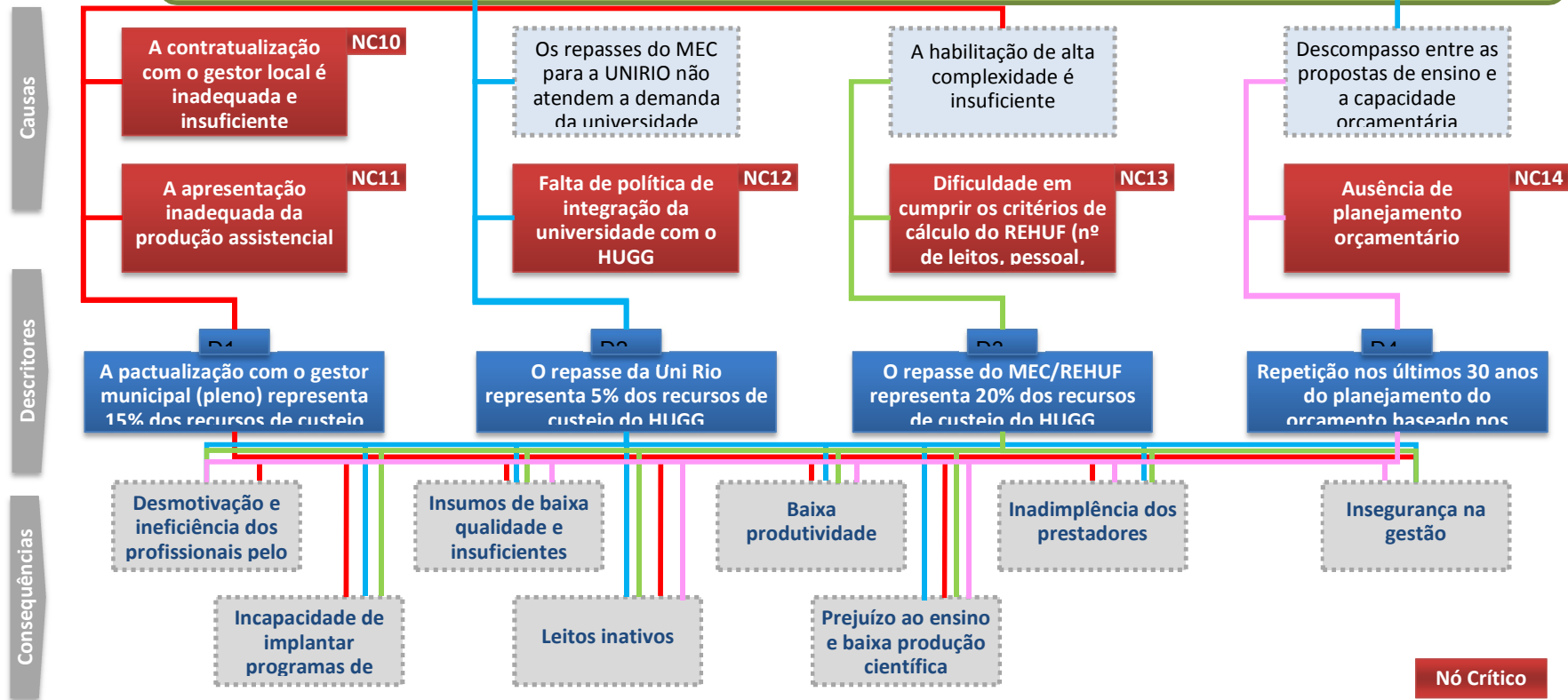
Macroproblema 2: Gestão do HUGG é prejudicada pela falta de comunicação, integração e a resistência à mudança



REFERENCIAL PARA O MACROPROBLEMA 3 (Os recursos financeiros e orçamentários são insuficientes para as necessidades do HUGG)

Macroproblema 3: Os recursos financeiros e orçamentários são insuficientes para as necessidades do HUGG

Ambiente: Perda histórica da capacidade de planejar e pensar o orçamento do HUGG. Hoje os repasses dependem de uma contratualização cin a SES que é insuficiente; a universidade não tem recursos para suprir as necessidades do HUGG como



REFERENCIAL PARA O MACROPROBLEMA 4 (As limitações físicas estruturais e as relações de poder com o espaço prejudicam a assistência de qualidade)

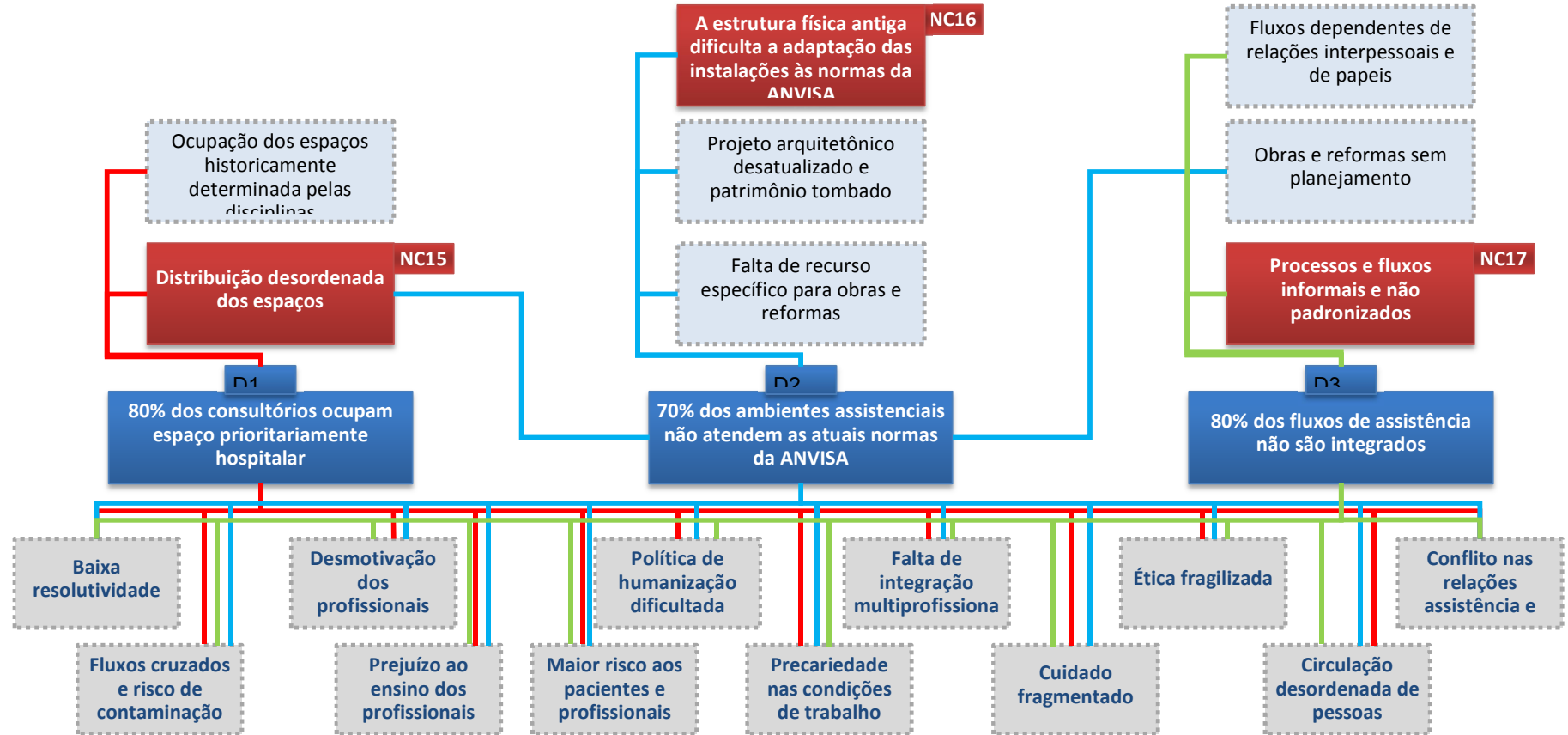
Macroproblema 4: As limitações físicas estruturais e as relações de poder com o espaço prejudicam a assistência de qualidade

Ambiente: No HUGG, a divisão dos serviços e a distribuição dos espaços físicos foram feitas sem planejamento e baseada na tradição hegemônica. A estrutura antiga defasada e tombada acarreta baixa integração dos serviços e prejudica a assistência e o ensino.

Causas

Descritores

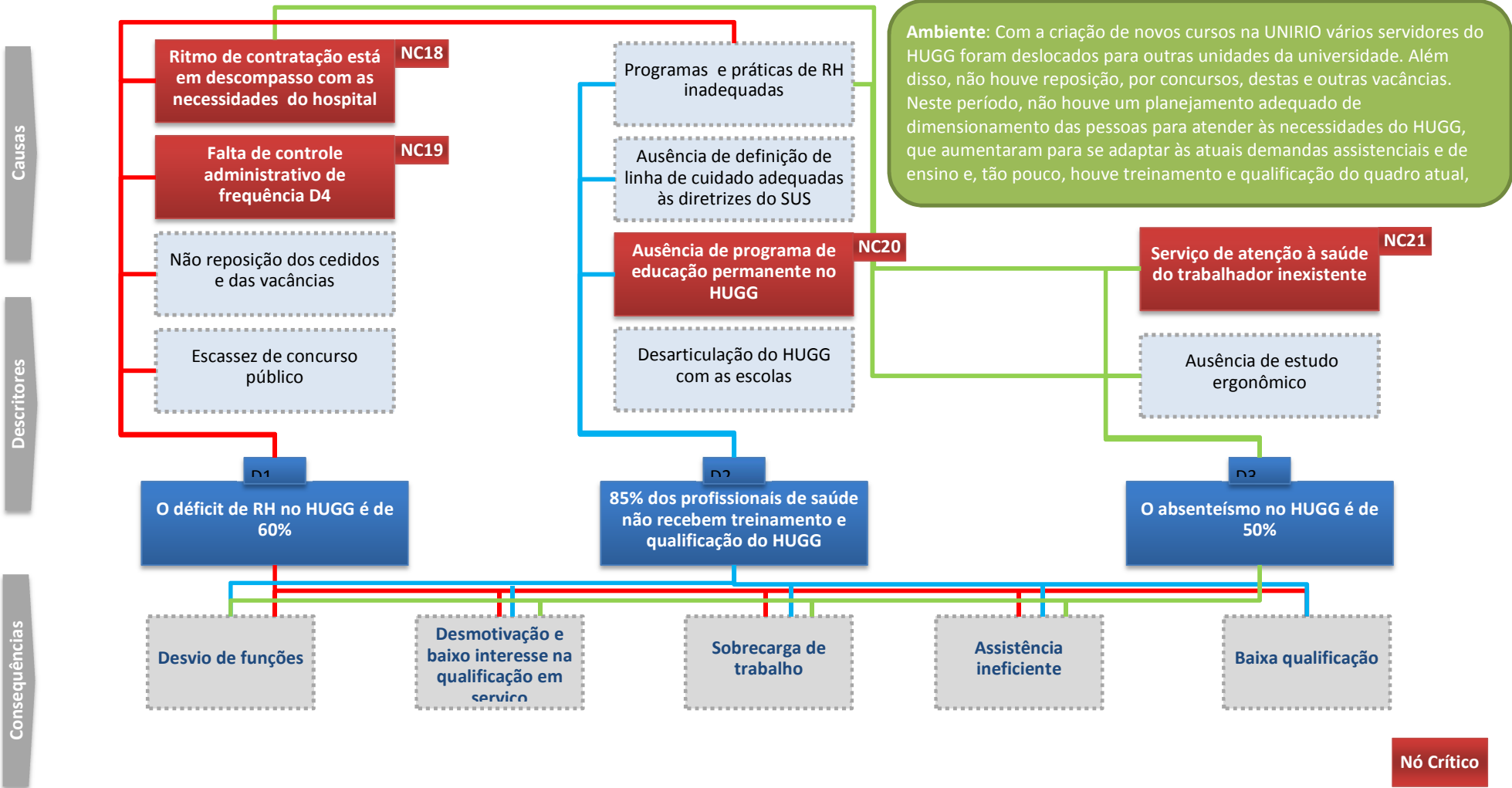
Consequências



Nó Crítico

REFERENCIAL PARA O MACROPROBLEMA 5 (A insuficiência qualitativa e quantitativa de RH prejudicam os serviços do HUGG)

Macroproblema 5: A insuficiência qualitativa e quantitativa de RH prejudicam os serviços do HUGG



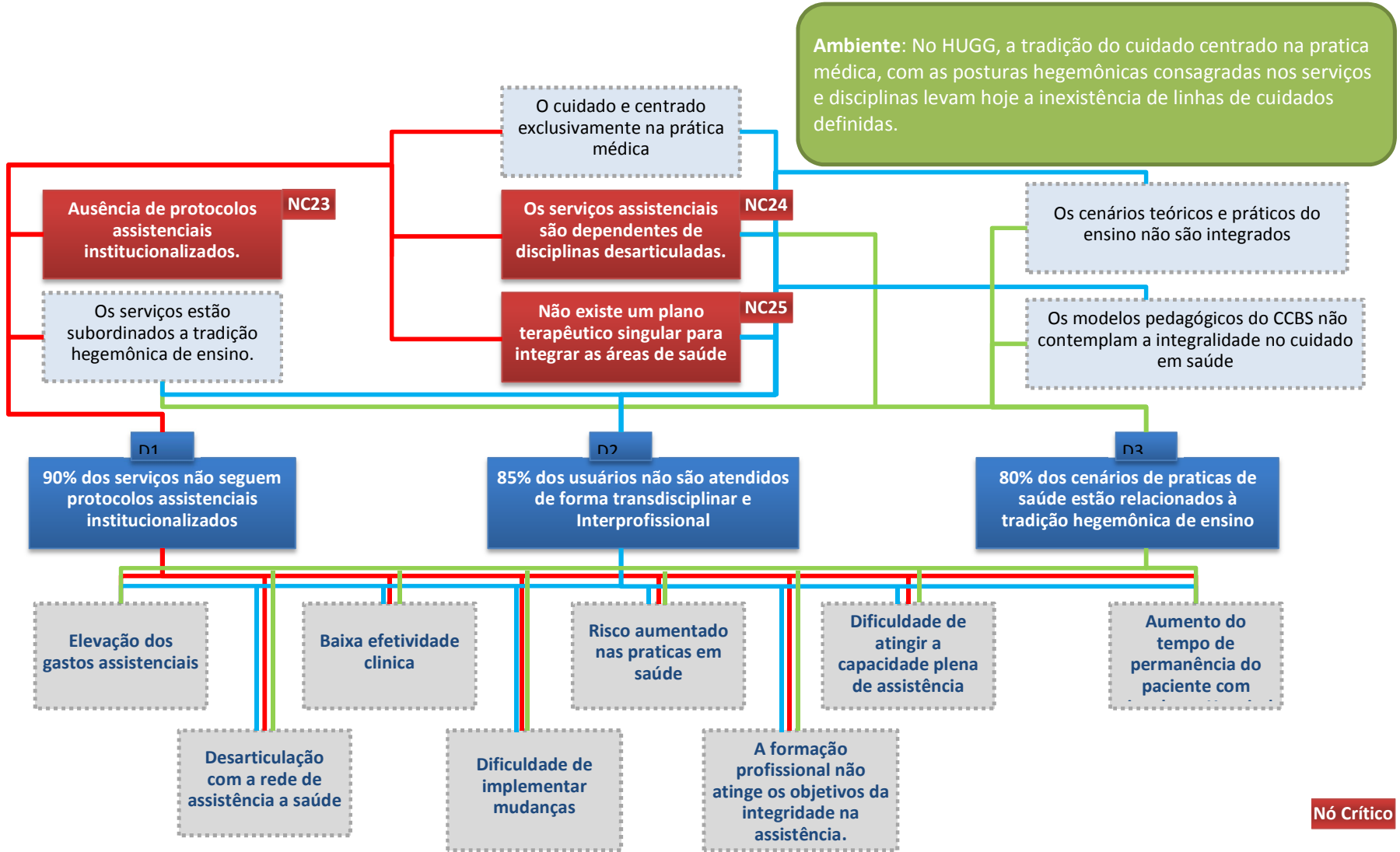
REFERENCIAL PARA O MACROPROBLEMA 6 (Ausência de definição de linhas de cuidado)

Macroproblema 6: Ausência de definição de linhas de cuidado adequadas

Causas

Descritores

Consequências



Nó Crítico

Com base nas árvores explicativas dos 06 macroproblemas e dos 24 nós críticos, optou-se em agrupar os nós críticos por núcleo de sentido. Sendo assim, apresentamos a primeira árvore de nós críticos, formatada ainda sem a presença de alguns nós em virtude da não existência, no momento da construção da mesma, do sexto macroproblema, conforme referido anteriormente.

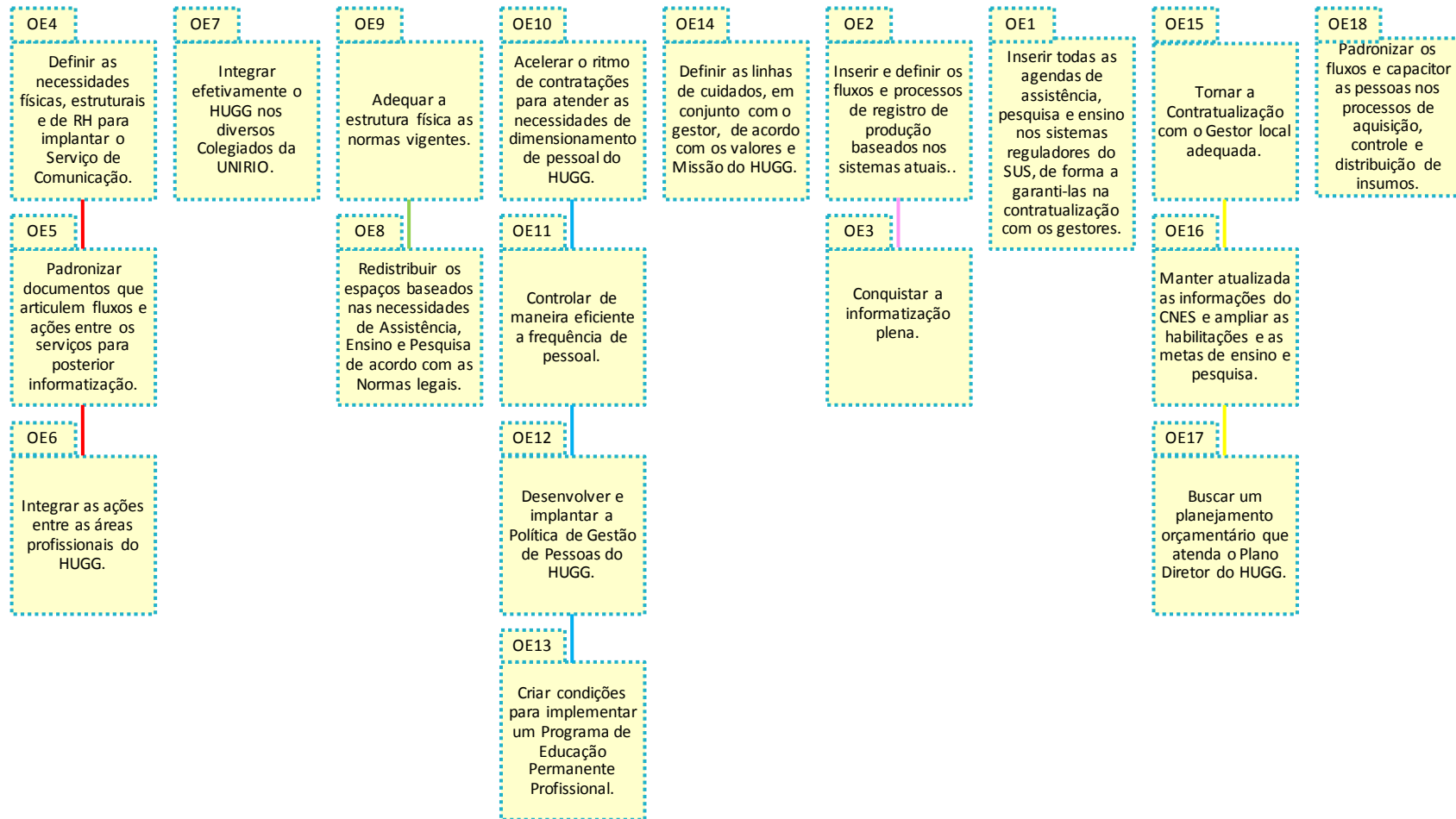
Árvore Explicativa de Nós Críticos



Após a construção da árvore de nós críticos, estabelecemos objetivos estratégicos capazes de dar conta das causas identificadas como alvo de intervenção no plano de ação. Com isso elaboramos uma nova árvore, chamada de árvore explicativa de objetivos estratégicos, baseado na metodologia ZOPP.

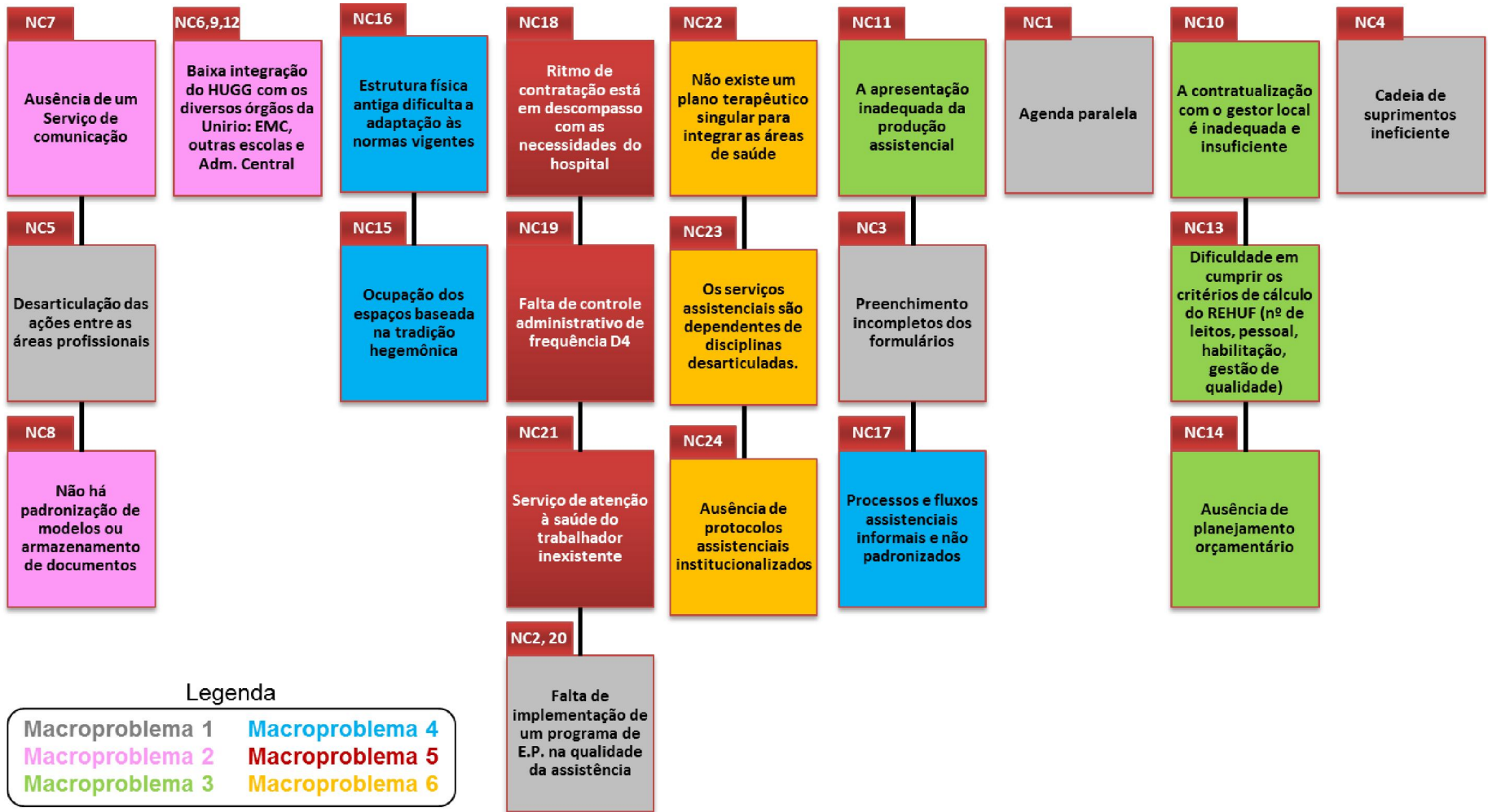
Ao escrever alguns objetivos estratégicos, percebeu-se que algumas ações resolveriam mais de um nó crítico. Optamos assim por agrupar essas ações em um mesmo objetivo estratégico.

Árvore Explicativa de Objetivos Estratégicos



Conforme referido anteriormente, deu-se conta que questões relativas à gestão da clínica não haviam sido contempladas de forma adequada. O grupo entendeu que este deveria ter sido abordado como sendo mais um macroproblema. Cabe que ressaltar que esta passagem metodológica foi apenas citada anteriormente para que a coerência na elaboração plano de ação fosse preservada. Sendo assim, justifica-se a presença do sexto macroproblema.

Abaixo apresentamos a árvore de nós críticos final contemplando todos os macroproblemas. Elegemos cores para cada nó, respeitando sua relação singular com o macroproblema de origem.



7 Intervindo nos problemas

Entende-se por intervenção o conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico em um dado momento para produzir bens ou serviços, com o objetivo de identificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997).

A partir dos nós críticos elencados, desenhamos os meios necessários para modificação da situação atual e então alcançarmos a nossa situação objetiva, num determinado tempo.

Alguns destes meios estão dentro de nosso espaço de governabilidade ou dirigidos à outros atores sociais com maior governabilidade. Utilizamos a ferramenta de ação Plano Estratégico Situacional (PES), que tem como produto final uma planilha para cada macroproblema priorizado. Cada ação foi detalhada segundo as atividades que a compõe. Para cada uma delas foi designado um responsável por monitorá-las, bem como os produtos e resultados finais a serem alcançados.

Os recursos empregados, o tempo de execução e o contexto, também foram levados em consideração.

8 Viabilizando o plano de ação

Segundo Matus (1993), esta etapa corresponde ao momento estratégico do PDE. É o resultado de propostas de intervenções numa determinada área, no qual coexistem diferentes interesses e desejos, sendo necessário compreender que a estratégia é primordial para a efetivação do plano.

Matus (1993) refere a estratégia como “a arte de lidar com a incerteza, com a imprecisão e com a névoa do amanhã”.

Para o início da análise de viabilidade é preciso responder a seguinte questão: Que ações do PDE são viáveis hoje?

As ações viáveis são aquelas que atores sociais vêm de modo positivo. Podem ser também indiferentes pois não possuem um peso imobilizador sobre as atitudes planejadas. Também são consideradas viáveis as ações conflitivas, nas quais os que as apoiam, superam a oposição do que as resistem. Assim, foi um movimento estratégico, a análise da motivação dos atores frente as ações.

Utilizamos uma matriz onde o interesse pelas ações foi classificado como: a favor, contra ou indiferente, e o seu valor podendo ser alto, médio ou baixo.

Com relação às operações conflitivas que podem se tornar viáveis, uma segunda pergunta se impõe: Como construir viabilidade às ações conflitivas? E quais as estratégias?

No primeiro momento foram identificados no jogo social os aliados, opositores ou indiferentes. Esse posicionamento será dinâmico podendo variar de acordo com a conjuntura. A relevância desses atores está diretamente relacionada com os recursos que eles controlam podendo interferir nas ações do plano. Os recursos podem ser de quatro tipos:

- Políticos – referem-se aos recursos de poder;
- Econômicos – referem-se à disponibilidade de recursos econômicos e financeiros;
- Técnicos – corresponde à capacidade técnica em uma determinada área;
- Organizacionais – referem-se às capacidades institucionais, do sistema como um todo e às capacidades pessoais e de liderança;

Para a confecção da matriz de viabilidade nos orientamos por quatro tipos:

1. Tempo necessário para que a ação seja viabilizada, considerando a relação de precedência com as demais operações;
2. Recursos financeiros e humanos (necessidade de qualificação);
3. Responsáveis envolvidos;
4. Disponibilidade de tecnologia para a execução da ação (necessidade de customização?).

O somatório de todas as análises de viabilidade possibilita verificar se os meios táticos e estratégicos definidos estão adequados e, se alguma ação deve ser modificada.

Para que ações e atividades que compõe o PDE sejam efetivas e perenes, foi elaborado um o plano orçamentário, orçado em cerca de R\$ 9.800.000,00. Deste valor, cerca de 60% correspondem a recuperação da infraestrutura do HUGG.

9 A monitoração do plano de ação

Este é o momento tático operacional e se refere à intervenção propriamente dita. Nesta etapa ocorre a condução do plano, seu monitoramento, a identificação das dificuldades e a realização de possíveis correções nas ações propostas anteriormente.

Há a necessidade de se formular um sistema de gestão que:

1. Coordene e acompanhe a execução das ações;
2. Promova a comunicação e integração entre os envolvidos;
3. Permita as correções necessárias; e
4. Garanta que o plano seja efetivamente implementado.

É importante que este modelo de gestão seja colegiado, com a participação tanto da direção superior, como instâncias diretivas intermediárias.

O processo de acompanhamento da implementação será realizado por meio de ferramentas de gestão apoiadas no cronograma, indicadores e metas descritas no plano.

Há necessidade de uma descrição precisa sobre os indicadores definidos ou critérios a serem empregados, havendo coerência destes com os resultados esperados. Dentro do plano foram criados mecanismos para que os responsáveis pelas ações atualizem periodicamente sua evolução. Esta estratégia permite que eventuais ajustes no rumo do plano possam ser realizados.

As discussões acerca das metas estabelecidas será feita de forma colegiada, o que acarretará num sistema de alta responsabilidade entre os atores envolvidos.

Esse sistema para gestão do plano utilizará critérios que classificação das ações de acordo com:

1. Viabilidade – alta, média e baixa;
2. Impacto – alto, médio e baixo;
3. Comando – gerentes e atores internos; comissões temporárias internas; atores internos articulados com atores externos;
4. Duração – curta, média e longa;
5. Recursos – político, econômico, técnico e organizacional;
6. Precedência – cada ação, de acordo com sua característica e escopo, devem proceder umas as outras.

Assim sendo, foram realizados três movimentos para a confecção da matriz e gestão do plano.

1. Classificação das ações quanto à viabilidade, impacto, comando, duração e recurso, sempre estabelecendo se há ou não precedências entre elas;
2. Construção da matriz de monitoramento do plano, que será dividida em três situações: concluída, não concluída e em andamento;
3. Construção do cronograma de acompanhamento de ações.

Neste momento optamos por utilizar o diagrama de Gantt associado a cores que traduzem a prioridade das ações adaptado do Protocolo Manchester para estratificação de risco em unidades de Emergência. Assim, atribuímos às cores utilizadas no protocolo, bases prioritárias para o início das ações conforme a descrição:

Vermelho – ação de início imediato de alto impacto;

Laranja – ação de início imediato de médio impacto;

Amarelo – ação de início imediato de baixo impacto;

Verde – ação cujas precedências impactam na sua implantação;

Azul – ação depende de fatores externos.

Ao final dessa argumentação, optamos, por entender ser esta uma forma mais didática, apresentar o Plano de Ação, o gráfico de análise do avanço das ações e o plano orçamentário do PDE do HUGG na forma de apêndice.

10 Considerações Alcançáveis

A equipe gestora, em nome da equipe ampliada, entende que as ações definidas no Plano Diretor Estratégico do HUGG atendem aos objetivos propostos, que são possibilitar a governabilidade e sustentabilidade do HUGG, alinhando os processos de gestão às normas vigentes, na busca pela excelência na Assistência, Ensino e Pesquisa.

A adesão às boas práticas presentes nos sete domínios que compõe o Modelo de Referência, a saber, gestão hospitalar, gestão da clínica, humanização da saúde, hotelaria hospitalar, compras hospitalares, administração econômico-financeira e gestão de obras e engenharia clínica apresentarão um avanço que recolocará o HUGG no patamar de notoriedade no cenário nacional.

A etapa da análise situacional, baseada nos padrões nacionais, iniciou uma mudança institucional, onde as pessoas notaram que a fragilidade do ambiente em que atuam, interfere no cuidado que praticam, seja qual for o espaço do HUGG.

O desenvolvimento das oficinas revelou desejos de se modificar uma realidade alcançável. De certo que os problemas perpassam por questões não tão próximas à governabilidade da maioria, versam sobre eles, a estrutura deficitária de recursos humanos e infraestrutura. Entretanto, é preciso considerar que grande parte dos resultados esperados tem relação com a mudança do processo de gestão e não o aporte financeiro direto.

O Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle é factível, visto que grande parte de suas ações são apoiadas no corpo clínico institucional e o aporte financeiro para intervir em questões de recursos humanos e infraestrutura, na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

11 Referencias

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** Cadernos da Oficina Social. Rio de Janeiro. 2000

MATUS ROMO, C. **Adiós, señor presidente : planificación, antiplanificación y gobierno.** Caracas, Venezuela: Editorial Pomaire Venezuela, 1987. 239 p. ISBN 9802900087.

MATUS ROMO, C. **Política, planejamento e governo.** 2. Brasília - DF: IPEA, 1993.

MATUS ROMO, C. **Teoria do Jogo Social.** Chile: Editora Fundap, 2005. ISBN 9802900087.

12 APÊNDICES

12.1 Plano de ações

12.2 Diagrama de Gantt

12.3 Plano Orçamentário