

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



HOSPITAL
SÍRIO-LIBANÊS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR

ALEXANDRE GOMES VIZZONI

**GESTÃO HOSPITALAR: GERENCIANDO PROCESSOS
DE TRABALHO EM SAÚDE**

Rio de Janeiro

2017

GESTÃO HOSPITALAR: GERENCIANDO PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

ALEXANDRE GOMES VIZZONI

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Instituto Sírio-Libanês de
Ensino e Pesquisa para aprovação no curso
de Especialização em Gestão Hospitalar.

Orientador: Prof. Daniel Beltrammi

Rio de Janeiro

2017

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPA-I	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL INDIVIDUALIZADO
BPC	BOLETIM DE PRODUÇÃO AMBULATORIAL CONSOLIDADO
BPM	BUSINESS PROCESS MODELING
CADIG	COORDENAÇÃO DE ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS
CGU	CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO
DRG	DIAGNOSIS RELATED GROUPS
EAD	ENSINO A DISTÂNCIA
FAEC	FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO
FIOCRUZ	FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
HSL	HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS
ICT	INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES
IEP	INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA
INCA	INSTITUTO NACIONAL DE CANCER JOSÉ DE ALENCAR
INI	INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS
MAC	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
MDC	MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORY
NCPDM	NATIONAL COUNCIL OF PHYSICAL DISTRIBUTION MANAGEMENT
PAB	PISO DE ATENÇÃO BÁSICA
PBL	PROBLEM BASED LEARNING
PDCA	PLAN – DO – CHECK – ACT OU ADJUST
PNGTS	POLÍTICA NACIONAL DE GESTÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
RCA	ROOT CAUSE ANALYSIS
SCM	SUPPLY CHAIN MANAGEMENT
SGQ	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE
SIA	SISTEMA DE INFORMAÇÃO AMBULATORIAL
SIH	SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR
SIS	SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TBL	TEAM BASED LEARNING
TCU	TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
TQM	TOTAL QUALITY MANAGEMENT
UFRJ	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 DIÁRIO DE CLASSE	9
3 PROJETO APLICATIVO: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	41
4 IMPLANTAÇÃO DO PROJETO	41
5 CONCLUSÃO	43
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
APÊNDICE 1: TERMO ABERTURA DO PROJETO APLICATIVO	49
APÊNDICE 2: PÔSTER	56

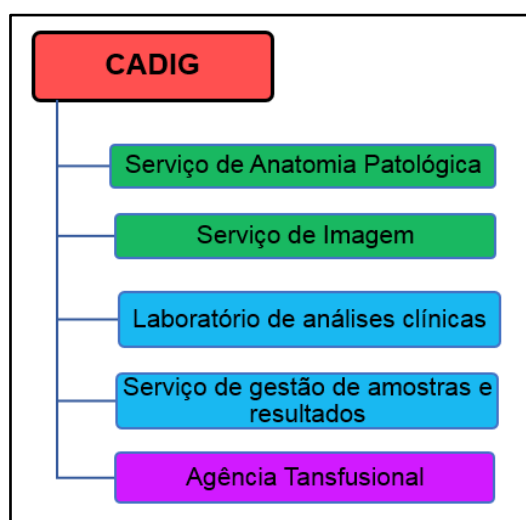
RESUMO

A função de gestor hospitalar é invariavelmente complexa, independentemente da região, de fato que, ainda em certos aspectos, os serviços de saúde sejam mais desafiadores em alguns países, devido a regulação de leitos, financiamento e tecnologias à disposição. Acrescenta-se à extensa relação de demandas gerenciais, a exigência por conhecimentos específicos na gestão dos recursos humanos e físicos. Este trabalho tem uma descrição reflexiva acerca do processo de gestão hospitalar. Nele está representado o diário de bordo durante a realização do curso de especialização em Gestão hospitalar promovido pelo Instituto de Pesquisa e Ensino do Hospital Sírio Libanês. Durante os meses de Março a Dezembro de 2017 os alunos tiveram a oportunidade de dialogar, discutir e construir o conhecimento com profissionais de alta relevância e competência profissional. Diversas ferramentas, metodologias, conceitos, relatos de casos, situações problemas foram apresentados aos alunos para que servissem de arcabouço para o embasamento teórico e prático. Foi extremamente enriquecedor as trocas dentro dos grupos de trabalho, que permitiram reflexões muito enriquecedoras. Cada um contribuindo com o seu pouco para gerar algo muito maior. Como produto final, emergiu o projeto aplicativo para a implementação do redesenho e mapeamento do processo de compras do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI). Nele, foi possível identificar os principais gargalos institucionais para o processo de compras com eficiência e eficácia e propor medidas para que as dificuldades ali encontradas pudessem ser inicialmente ser avaliadas e permitissem uma correção para um atendimento de melhor qualidade aos usuários e servidores da instituição.

1 INTRODUÇÃO

Me chamo Alexandre Gomes Vizzoni, nascido em Nova Friburgo, cidade serrana do estado do Rio de Janeiro, aos 13 de Abril de 1974. Atualmente resido na cidade de Niterói, região metropolitana do Rio de Janeiro. Cursei Ciências Biológicas na Universidade Salgado de Oliveira de 1997 a 2000. No ano de 2003 fiz a especialização em Imuno-Hematologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a especialização em Docência do Ensino Superior na Universidade Cândido Mendes. Concluí o mestrado (2010) e o doutorado (2016) em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas na Fiocruz. Entre o período de 2001 a 2006 fui chefe do laboratório de Imuno-Hematologia da Clínica de Hemoterapia, empresa privada que atua na área de Hemoterapia. Durante este período, tive a oportunidade de realizar diversas capacitações profissionais na Fundação Pró-Sangue do Hospital das Clínicas de São Paulo e no Hospital Sírio-Libanês, todas na área de Hemoterapia. Também tive uma grande oportunidade de desenvolvimento profissional ao trabalhar no Hospital do Câncer (INCA) durante o período de 1999 a 2006. Em outubro de 2006 ingressei na Fundação Oswaldo, por concurso público realizado no mesmo ano, como tecnologista em saúde pública, lotado na agência transfusional do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI). Em outubro de 2014, assumi o cargo de coordenador de atividades diagnósticas (CADIG), estando sob minha coordenação diversos serviços (figura 1).

Figura 1: Organograma institucional da CADIG no INI



Durante o ano de 2017 tivemos a troca de gestão da direção do INI, onde solicitei que os serviços de anatomia patológica e de imagem ficassem subordinados ao vice-diretor de serviços clínicos. Atualmente, minha contribuição na gestão está direcionada ao laboratório de análises clínicas.

Em 2017, antes da troca de gestão, fui apresentado a uma maravilhosa oportunidade, depois de algum tempo fazendo gestão sem ter sido preparado adequadamente para isso (ainda muito comum no serviço público), de aprender e compartilhar metodologias no mundo da gestão, através do curso de gestão hospitalar oferecido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), do Hospital Sírio-Libanês (HSL). Destaco a importância de preparar equipes de chefia de uma instituição de pesquisa e assistência na área de saúde para uma formação administrativa sólida, visto que as grades curriculares das profissões na área de saúde não atendem essa necessidade.

A maioria dos servidores que são alçados a cargos de gestores comumente “aprendem gestão na prática”, de forma amadora, sem a devida formação teórica como embasamento para enfrentar os futuros desafios administrativos, inerentes à profissão e aos cargos naturalmente ocupados.

A formação adequada permite que os profissionais envolvidos com a gestão da unidade hospitalar compartilhem de um mesmo olhar, de forma a produzir melhor entendimento nas dificuldades e deficiências de uma instituição pública em particular e, dessa forma, que as medidas adequadas de correção dos problemas sejam tomadas e as metas, alcançadas.

Este trabalho tem como proposta uma síntese crítico-reflexiva sobre a trajetória de construção da aprendizagem durante todo o transcorrer do curso, de modo que sua narrativa permita acompanhar a trajetória no curso e os impactos produzidos.

2 DIÁRIO DE CLASSE

A) Abertura do curso (Fevereiro/2017)

Tivemos uma aula inaugural solene, com a presença de diretores de Unidade, chefe de gabinete da presidência e da ilustre presidente da Fiocruz, Dra. Nísia Trindade, o que demonstrou total incentivo da Instituição no desenvolvimento do curso ofertado aos servidores.

Passado a fase cerimonial de apresentações, fomos informados sobre as atividades de concentração (mensal) e dispersão, com as leituras da bibliografia e tarefas do Ensino a Distância (EAD) que deveriam ser cumpridas durante todo o percurso do curso. Foi realizado uma dinâmica para separar os alunos em dois grupos de trabalho distintos (fui designado para o grupo Integração). Nossa primeira participação foi ser apresentado a metodologia da aprendizagem baseada em problemas (do inglês, *Problem Based Learning* ou PBL) (HUNG; JONASSEN; LIU, 2008). Nesta modalidade de aprendizagem os docentes ou facilitadores expõem um caso para estudo dos estudantes, que são separados em grupos de trabalho. Em seguida, os estudantes, estabelecidos em grupos de trabalho se utilizam da metodologia de aprendizagem baseada em equipes (do inglês, *Team Based Learning* ou TBL) (BOLLELA et al., 2014; MICHAELSEN; SWEET, 2008), identificam o problema, investigam, debatem, interpretam e produzem possíveis justificações e soluções ou resoluções, ou recomendações. Os alunos são confrontados com problemas contextualizados e pouco estruturados e para os quais se empenham em encontrar soluções significativas. Permite desenvolver o pensamento crítico dos alunos e construir, em conjunto, soluções mais criativas e novos caminhos já que surgem do trabalho conjunto, mais rico.

Atividade proposta: O termo “Gestão” significa o ato ou efeito de administrar; ação de governar ou gerir empresa, órgão público; exercer mando; ter poder de decisão (sobre), dirigir, gerir administração, gerenciamento.

A gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa com finalidade de otimizar o funcionamento das organizações, visando obter o máximo de eficiência (relação entre produtos e recursos empregados), eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e efetividade (resolver os problemas identificados). Nesse processo o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem

conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos que foram definidos (LOTUFO; MIRANDA, 2007; YOSHIMI TANAKA; MAMORU TAMAKI, 2012).

B) Concentração 1 (Março/2017)

Esse foi nosso primeiro encontro mensal, onde iniciamos um debate em pequenos grupos acerca dos principais problemas, desafios e pilares dos Institutos nacionais. Obtivemos a oportunidade de introduzirmos em nossos conhecimentos os conceitos básicos de gestão, entretanto, com destaque na gestão em saúde. O objetivo central de qualquer do hospital é prestar cuidados aos seus pacientes de forma segura. Pudemos fazer a distinção de dois termos comumente utilizados:

- Produtos hospitalares: pacientes atendidos, instrução médica, enfermeiros graduados, publicações médicas e cirúrgicas.
- Produtos intermediários: serviços de diagnóstico, terapêuticos (sala de cirurgia, cuidados de enfermagem, medicações, etc) e serviços de infraestrutura.

O conjunto específico de serviços que cada paciente recebe em função das suas necessidades para seu processo de tratamento pode ser denominado um produto hospitalar. Entretanto, de que forma seria possível mensurar um produto hospitalar? Uma das principais alternativas é a utilização de sistemas de classificação para a análise do produto hospitalar baseado em grupos diagnósticos relacionados (do inglês, *Diagnosis related groups* ou DRG) (CACACE; SCHMID, 2009; NORONHA et al., 1991), uma metodologia desenvolvida para agrupar pacientes com perfil clínico semelhante. Ela padroniza a coleta de dados e permite comparar resultados, sendo possível analisar quais hospitais são mais eficientes e identificar boas práticas dentro do próprio grupo. A análise pode ser feita com diversos níveis de detalhes: por hospital, por tipo de DRG (clínico ou cirúrgico) e por MDC (Major Diagnostic Category). Também é possível analisar índices de mortalidade, condições adquiridas e outros indicadores por DRG para comparar a qualidade dos hospitais.

Foi possível observar que através de discussões abertas e democrática num órgão colegiado, por intermédio de um *brainstorm* simples (tarjetas foram coladas nas paredes com as palavras-chave para uma determinada situação), trouxeram à tona situações complexas que vivenciamos cotidianamente.

Problemas diários são evidenciáveis de forma prática, didática e acessível através das “narrativas”, que permitiram construir uma “árvore de problemas”, que tem a representação gráfica de uma situação-problema (tronco), suas principais causas (raízes) e os efeitos negativos que ela provoca na população-alvo do projeto (galhos e folhas) ou seja, uma situação clara, que apresenta uma conotação negativa e que seja qualificável e/ou quantificável (PAIM, 2006; SOUZA, 2015). Um problema deve sempre vir estruturado como um predicado (sujeito, verbo, objeto). Como exemplo, é possível citar a situação: "100% dos pacientes do hospital X não preenchem o formulário de autorização para procedimentos invasivos".

Ao proceder a análise de um evento (problema), utilizamos a Análise de Causa Raiz (do inglês, *Root Cause Analysis* ou RCA), que é um método de resolução de problemas usado para identificar as causas raiz de falhas ou problemas (WU; LIPSHUTZ; PRONOVOST, 2008). Um fator é considerado uma causa raiz se a remoção dele da sequência de falha do problema impede que o resultado final indesejável seja recorrente; enquanto um fator causal é aquele que afeta o resultado de um evento, mas não é uma causa raiz. Embora a remoção de um fator causal possa beneficiar um resultado, isso não impede totalmente sua recorrência (FRIEDMAN et al., 2007).

O RCA é uma abordagem estruturada para identificação dos fatores que estão diretamente influenciando nas consequências de um ou mais eventos a fim de identificar quais comportamentos ou condições necessitam ser aperfeiçoadas para prevenir a reincidência de consequências similares, sendo essa adversa, e para identificar o que se deve aprender para promover a obtenção de melhores consequências (BRAITHWAITE et al., 2006; PEERALLY et al., 2017).

Para que a investigação seja eficiente, a equipe deve focar seus esforços em áreas pequenas e bem delimitadas. Uma abordagem focada e bem criteriosa ajudará estreitar a investigação das falhas tendo como foco o ponto onde se encontra(m) a(s) causa(s) raiz(es). As poucas e essenciais causas raízes podem ser determinadas, tratadas e eliminadas sem recorrência e as hipóteses obviamente devem ser passíveis de testes pela equipe e sem perdas de tempo, causas individuais devem ser confrontadas com seus impactos e suas gravidades relativas. As evidências limitadas disponíveis sugerem que o gerenciamento de incidentes e a redução de erros podem ser facilitados através de programas de mudança de todo o sistema (BOWIE; SKINNER; DE WET, 2013; GIARDINA et al., 2013).

Torna-se claro que diferentes tipos de profissionais ou grupos técnicos específicos possuem diferentes visões sobre um mesmo problema. Uma forma básica de se atenuar esta dificuldade de consenso e chegar numa definição clara e comum é tentar responder as seguintes simples perguntas: qual é o problema? Quando aconteceu? Onde aconteceu? Qual meta da área foi impactada pelo problema? Estas perguntas inicialmente devem ser respondidas com afirmativas curtas; um objeto e um defeito como por exemplo: o tomógrafo teve seu componente elétrico danificado por aumento de temperatura na sala de operação do aparelho.

A construção de uma “hipótese”, pode condensar vários problemas numa só frase e lhe dá uma dimensão explicativa. Consiste numa síntese provisória, que é capaz de produzir perguntas e questões de aprendizagem. A práxis científica compreende o conjunto das atividades desempenhadas pelos cientistas tendo por finalidade a produção de novos conhecimentos científicos. Para a teoria dialética do conhecimento, a interação prática com o objeto apenas fundamenta a construção do conhecimento científico pela mediação teórica. A natureza da relação prática é condicionada, a qualidade da prática ou da experiência sensorial depende do grau de desenvolvimento do pensamento do sujeito e, por outro lado, dos condicionantes históricos e sociais dispostos na realidade objetiva que a sustenta (ABRANTES; MARTINS, 2007; FRANCO, 2011).

C) Concentração 2 (Abril/2017):

Dia 04/04/2017

Nos foi ofertado um vídeo motivacional chamado Tree (2007), onde o personagem principal era um menino indiano. Ele começa com uma grande árvore caída na rua, obstruindo o trânsito de uma típica cidade indiana. Todos estão irritados, agoniados com a situação e esperam que algo seja feito, mas ninguém toma uma atitude a respeito do problema, apenas aguardam passivamente que outros tomem providência. Mas, entre estas pessoas presas no engarrafamento, há uma criança que, ao contrário dos demais, tomou com coragem a atitude que deveria ser tomada pelos adultos: foi tentar tirar a árvore do caminho. A iniciativa do garoto acarretou em uma reação motivadora no grupo de pessoas, que logo saem do estado de inércia e começam a ajudar o menino, vencendo facilmente o desafio ao agir em conjunto. Há

evidente demonstração de iniciativa, liderança, trabalho em equipe, atitude e cooperação.

Posteriormente, foi exibido um documentário sobre a experiência do Hospital Odilon Berhens, um hospital público mineiro, que se tornou modelo de sucesso para o Sistema Único de Saúde (SUS) com a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), que existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH nasceu como radicalização da aposta na humanização. O documento base do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização assume, entre outras diretrizes, que a humanização deve ser vista como política que transversaliza todo sistema: das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde, e de enfrentar seus agravos (DE PAULA SOUZA; MENDES, 2009).

A estratégia de formação desenvolvida na PNH compreende que o aprender e o ensinar se dão ao mesmo tempo e em um processo onde todos – usuários, gestores e trabalhadores – são convocados a problematizar, disputar e compartilhar projetos de saúde (CORREA DE MELLO; GARCIA BOTTEGA, 2009).

A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, em que cada profissional realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas, tem sido apontada como uma das razões que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem (MATOS; PIRES DE PIRES; SOUSA CAMPOS, 2009).

A finalidade do processo de trabalho em saúde é, por meio de alguma ação terapêutica, co-produzir saúde e o que define o trabalho em saúde é a necessidade colocada pelo sujeito que busca estes serviços. No entanto, a necessidade não se constitui unilateralmente. No caso do trabalho em saúde estão envolvidas as necessidades dos trabalhadores, dos usuários do serviço, as quais devem ter precedência sobre as demais, e as da instituição (MATOS; PIRES DE PIRES; SOUSA CAMPOS, 2009).

O trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de

concretização da prática. Os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (FEUERWERKER, 2005).

Existem então, campos que operam nas organizações de saúde:

- a) Gestão participativa, colegiada ou cogestão – é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, um diretriz ético política que visa democratizar as relações no campo da saúde.
- b) Unidades de produção – departamentos organizados segundo lógica interprofissional. Diminuição da hierarquia, promovendo uma relação profissional mais horizontalizada entre as unidades de produção (Ex: unidade de internação, centro de tratamento intensivo e ambulatório). Há necessidade da instalação de uma instância colegiada para as atividades gerenciais nestes locais.
- c) Equipe de referência para o paciente: Obtêm-se uma maior responsabilização do cuidado pelo doente, onde há a presença de um coordenador de casos que conjuntamente com a equipe vai propor com o paciente os objetivos do plano de cuidados.
- d) Protocolos e diretrizes clínicas: pactos e consensos profissionais, com evidências de eficácia, eficiência e efetividade, de acordo com a realidade dos serviços. Promoção de linhas de cuidado.
- e) Apoio matricial especializado: interconsulta (parecer) - referência e contrarreferência). Contato próximo com o especialista, porém mantendo responsabilidade na condução do caso (CAMPOS, 1999) .

Dia 05/04/2017

Iniciamos este dia com uma aula de gestão de processos proferida pelos palestrantes. Dr. André Osório e Paloma Rubinato Perez. A palavra “processo”, é comumente utilizada na nossa prática profissional, entretanto, nem sempre compreendida em sua essência. Gerir por processos representa a integração entre todas as funções desempenhadas por uma empresa em seus vários departamentos, contrariando o conceito de gestão por setores e seções utilizado nas organizações. Essa divergência tem confundido bastante a compreensão do conceito e a sua abrangência na organização.

A importância do ponto de vista do processo não se restringe a um setor empresarial específico. No campo da saúde, como resultado da natureza do serviço oferecido, os processos das instituições de saúde também são a base para a tomada de decisões, que está focada na consecução do objetivo de fornecer assistência médica de qualidade. Os principais desafios da modelagem de processos de negócios em saúde (*Business Process Modeling* ou BPM) são a definição de processos de saúde, a natureza multidisciplinar dos cuidados de saúde, a flexibilidade e variabilidade das atividades envolvidas nos processos de cuidados de saúde, a necessidade de interoperabilidade entre múltiplos sistemas de informação e a atualização contínua de conhecimento científico em saúde (BERNONVILLE et al., 2013).

A percepção do trabalho atravessando as diversas áreas funcionais para executar um macroprocesso (também denominado de processo de negócio), trouxe uma nova demanda aos que implementam a tecnologia da informação nas organizações: integrar os diversos programas e sistemas de informação existentes nas áreas funcionais, a fim de operarem em sincronia com a arquitetura dos novos processos de negócios, da nova visão de gestão requerida pelas organizações (SORDI; SPELTA, 2007).

A complexidade profissional, social e organizacional de um hospital, requer uma exigência muito superior no que respeita a criação de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) que pretenda obter o envolvimento de todas as partes interessadas. A dificuldade reside, principalmente, na multiplicidade de interesses que é necessário conciliar, na variedade de especialidades técnicas que participam na vida de um hospital, no convívio permanente de seres humanos com culturas, origens e formações completamente distintas (VALENTE; ESTEVES; PADILHA, 2012).

O conceito de Lean foi introduzido por Womack e Jones no seu livro “A

Máquina que mudou o mundo”, publicado em 1996, e que assenta numa interpretação histórica da evolução da indústria a nível mundial. Nessa publicação os autores estabelecem o paralelo entre os dois caminhos escolhidos por duas personagens fundamentais do mundo automóvel: Henry Ford e Taiichi Ohno, engenheiro da Toyota que deu seguimento às ideias do fundador da empresa, Sakichi Toyoda (OBARA; WILBURN, 2012).

No período da tarde foi proposto uma dinâmica de simulação dos processos da recepção de um hospital imaginário. Os discentes protagonizaram as funções de funcionários e pacientes. Percebeu-se inicialmente uma total anarquia, com períodos de longa demora para atendimento dos pacientes, o que gerou uma total insatisfação dos mesmos. Aproximadamente após a revisão de 5 (cinco) processos, já estruturados com a teoria apresentada, notou-se nitidamente que o atendimento foi agilizado e eficiente. Foi uma experiência exitosa, que permitiu demonstrar a assimilação de conteúdos previamente ofertados.

Dia 06/04/2017

A oferta pelo nosso facilitador Daniel Beltrammi foi um filme italiano Si Può Fare, com tradução livre de "Dá pra Fazer", de 2008, dirigido por Giulio Manfredonia. Baseado em fatos reais, conta a história de Nello, um sindicalista que após ser demitido, começa a trabalhar como diretor em uma cooperativa formada por pacientes de extintos manicômios. A partir do momento que Nello percebe a potencialidade de cada um, transforma eles em sócios, que passam a receber um salário, transformando a fonte de renda em trabalho com parquet (peças, geralmente de madeira que se montam para servirem de assoalho). Juntos aprendem a administrar o negócio e a vendê-lo. No decorrer do filme, acompanha-se o desenvolvimento e melhora do quadro clínico de cada personagem, contrapondo a ideia de serem doentes mentais.

Na direção dessa Cooperativa, Nello se depara com uma realidade ainda fortemente instituída de manicômio, na qual os indivíduos eram reduzidos a doentes mentais, medicados, vivendo, cotidianamente, sob efeito de drogas psicoativas farmacológicas. Nello, discordando dessas medidas, toma iniciativa de promover uma reinserção social dos pacientes. Com estímulos cautelosos, ele provoca nos indivíduos autonomia, tomando suas próprias decisões, tendo relações afetivas, ambições e principalmente sentindo o mundo da maneira que há tempos não sentiam devido ao uso exacerbado de medicamentos.

O filme não só mostra como são capazes os pacientes de saúde mental, como também conseguem decidir e realizar um trabalho que lhes traz satisfação, que os coloca como sujeitos de potencialidades, melhorando dessa forma seu quadro clínico, a sua maneira de enfrentar a vida e os desafios que a mesma impõe diante da sua psicopatologia.

O processo de inclusão promove aos telespectadores um novo olhar a respeito dos efeitos da medicalização da vida e um foco nas potencialidades de cada um. É possível identificar um ponto de vista de gestão, a importância da definição de missão, visão, valores, objetivos e estratégia para uma organização.

D) Concentração 3 (Maio/2017)

Dia 09/05/17

Iniciamos a concentração deste mês com uma oficina de gestão da qualidade e segurança. A gestão da qualidade total (em inglês, *Total Quality Management* ou TQM) refere-se a uma estratégia de administração orientada a criar consciência da qualidade em todos os processos organizacionais. Como hospital é um ambiente naturalmente perigoso, a qualidade dos serviços de saúde oferecidos por uma unidade de saúde necessariamente envolve Segurança do Paciente e Gerenciamento de Risco.

Embora muitas táticas possam ser usadas para impulsionar a melhoria da qualidade, algumas produzem resultados que são de curto prazo e insustentáveis e que não conseguem incorporar uma cultura de melhoria de qualidade dentro das organizações. Existe um consenso de que uma abordagem de baixo para cima pode ser melhor - onde as motivações intrínsecas do pessoal clínico são aproveitadas para impulsionar a melhoria da qualidade. Esta é uma oportunidade ideal para o pessoal clínico de todos os níveis participar.

As etapas envolvidas na melhoria da qualidade incluem escolher um tópico, escolher ferramentas para medir o problema, usar plano, fazer, estudar, atuar ciclos para impulsionar a melhoria e depois redigir e compartilhando o projeto. Projetos de melhoria de qualidade podem alcançar múltiplos resultados, incluindo melhor experiência do paciente e economia de custos (WALSH; HELM; ABOSHADY, 2016; WALTON; MUNRO, 2015).

Nos foi apresentado uma definição sobre cultura de segurança como sendo o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da gestão de uma organização saudável e segura. Organizações com uma cultura de segurança positiva caracterizam-se por uma comunicação fundada na confiança mútua, através da percepção comum da importância da segurança e do reconhecimento da eficácia das medidas preventivas (PEZZOLESI et al., 2013; WALTON; MUNRO, 2015).

Tivemos ainda a oportunidade de realizar a análise de evento adverso com o auxílio da Análise de Causa Raiz. As ferramentas propostas foram: 5 porquês, 5W e 2H, Ishikawa 4. Para a ação corretiva foi proposto o PDCA (do inglês: *Plan - Do - Check - Act ou Adjust*) que é um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos.

Um princípio fundamental do método científico e do PDCA é a iteração (repetição), uma vez que uma hipótese é confirmada (ou negada), e a execução do ciclo novamente vai ampliar o conhecimento adiante. Repetir o ciclo PDCA pode trazer-nos mais perto do objetivo, geralmente o perfeito funcionamento e o resultado correto no final (JUNIOR, 2010). Assim, tivemos a oportunidade de observamos mais exemplos de aplicação das ferramentas intelectuais adquiridas nas aulas anteriores.

À tarde, foi ministrada a aula de gestão de pessoas com o Prof. Fábio Patrus, do HSL. Ele relatou que 80% dos problemas são processos e pessoas. A interface da Gestão de Processos e de Pessoas é feita através da Gestão de Competências: para se chegar a melhor eficiência, eficácia e efetividade da organização é necessário o conhecimento, as habilidades, a criatividade, a motivação e a competência das pessoas.

O grande desafio de alinhar as pessoas, seus respectivo desempenho e competências com as estratégias do negócio e objetivos organizacionais aparece com destaque absoluto nesta pesquisa. Na visão de 82,3% dos respondentes, este será o principal objetivo do modelo de gestão de pessoas das empresas competitivas para os próximos anos (TRINDADE DA SILVA BARRETO et al., 2011) .

Síntese construtiva: Algumas instituições creem veementemente que apenas bons salários são a principal forma de motivação. Mas é sabido que a motivação não é oriunda unicamente da remuneração. É necessário que cada um saiba seu papel, seu objetivo e suas responsabilidades, enfim, o que a empresa espera dele. É preciso que sejam realizados *feedbacks* sobre seu desempenho, pois é através dele que é possível melhorar, crescer, prosperar.

Dia 10/05/17

Na primeira parte do dia nos reunimos em pequenos grupos novamente para discutir uma situação problema, seguindo o modelo anterior da árvore de problemas/questão de aprendizado. Entretanto, foi utilizado neste momento uma narrativa que evidenciava as principais dificuldades de resposta de pareceres de outras especialidades (interconsulta) numa unidade de saúde. A problemática tendia nos levar a uma análise de apoio matricial e equipes de alta performance como possíveis soluções para os problemas identificados.

O apoio matricial e a equipe de referência são tanto arranjos organizacionais, como uma metodologia para fazer algo. Foram imaginadas e experimentadas como forma para se operar em redes ou em sistemas complexos. Possibilitam a oportunidade da construção de um modo de operar o trabalho a partir de diretrizes nem sempre fáceis de compatibilização (CAMPOS et al., 2014).

O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operadores. O segundo deles – **matricial** – indica uma mudança radical de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio. Na teoria de sistemas de saúde, há o princípio da hierarquização em que se prevê uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe; o nível primário dirige-se ao secundário e assim sucessivamente, havendo ainda uma transferência de responsabilidade quando do encaminhamento (DELZIOVO et al., 2012).

Já o primeiro termo – **apoio** – sugere uma maneira para operar-se essa relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade. Ou seja, sugere uma metodologia para ordenar essa relação entre referência e especialista, não mais com base na autoridade, mas com base em procedimentos dialógicos (DELZIOVO et al., 2012).

Essa atividade contribuiu bastante para o entendimento do apoio matricial e sua utilidade nas rotinas hospitalares.

À tarde, foi proferida uma aula acerca da gestão da cadeia de suprimentos e logística hospitalar com um profissional do HSL. A farmácia automatizada, que possui um robô para preparo e dispensação de medicamentos (capacidade para substituir até 75 pessoas), promoveu um certo espanto na turma, devido ao grande desnível da realidade do Sírio Libanês em comparação com outros hospitais públicos como o INI e o IFF. Tive o privilégio de visitar o HSL há alguns anos atrás, quando fui realizar um curso de reações transfusionais e na época ele era o único na América Latina em

operação. Realmente tive a percepção da máquina substituindo o homem.

O *National Council of Physical Distribution Management* (NCPDM) define logística como sendo: “As atividades associadas à movimentação eficiente de produtos acabados, desde o final da linha de produção até o consumidor, e, em alguns casos, inclui a movimentação de matéria-prima da fonte de suprimentos até o início da linha de produção (BALLOU, 2006).

Observa-se numa organização de saúde um sistema produtivo de atenção à saúde, onde o setor de abastecimento integra-se como subsistema para atender as necessidades de insumos (materiais de consumo) e de equipamentos (materiais permanentes) daqueles que desenvolvem e disponibilizam os produtos, que são os profissionais de saúde (LAMBERT; COOPER, 2000).

Por outro lado, as atividades de atenção à saúde são atividades complexas, assentadas sobre uma cadeia produtiva que incorpora sequências de ações definidas para a geração de seus produtos (os chamados “procedimentos”). Cada procedimento demanda um portfólio específico de insumos (bens) e processos de trabalho (serviços), cuja composição pode variar entre diferentes organizações e até segundo os diferentes tipos de pacientes e profissionais de uma mesma organização (INFANTE; BORGES DOS SANTOS, 2007).

Cada vez mais, o gerenciamento de múltiplas relações em toda a cadeia de suprimentos está sendo referido como gerenciamento da cadeia de suprimentos (do inglês, *Supply Chain Management* - SCM). Estritamente falando, a cadeia de suprimentos não é uma cadeia de negócios com relações individuais, de negócios para empresas, mas uma rede de negócios e relacionamentos múltiplos. O SCM oferece a oportunidade de capturar a sinergia da integração e gerenciamento intra e intercompanhias. Nesse sentido, a SCM trata da excelência total dos processos de negócios e representa uma nova maneira de gerenciar o negócio e as relações com outros membros da cadeia de suprimentos (LAMBERT; COOPER, 2000).

Lição: O sistema de abastecimento deve ser composto por quatro subsistemas: planejamento, controle, guarda/distribuição e compras. O subsistema de planejamento estaria ligado às tarefas de seleção, especificação e incorporação de novos materiais e sobre ele incidiam as primeiras intervenções preconizadas na metodologia. O subsistema de controle responsável por acompanhar e valorar estoques. Ao subsistema de guarda e distribuição cabe receber, conferir, estocar de forma organizada e distribuir internamente os materiais, enquanto o subsistema de compras o responsável pela aquisição de materiais. A equipe do subsistema de

compras deveria ter um bom conhecimento do mercado de materiais, cabendo-lhe organizar o cadastro de fornecedores, elaborar editais e implantar as formas mais eficientes disponíveis de adquirir materiais.

Seguimos para uma discussão sobre documentário "Mulheres da Terra". Ele demonstra o trabalho das mulheres do Movimento de Mulheres Camponesas de Santa Catarina (MMC/SC) que tem o Projeto de produção, recuperação e melhoramento de sementes Crioulas como um de seus pilares de luta. Tendo como desafio trabalhar para que as sementes "crioulas" (não receberam modificação genética) sejam preservadas. Elas respeitam as sementes como patrimônio dos povos a serviço da humanidade, por isso entendem que preservá-las é sentir também a energia de uma história guardada há milênios pela agricultura camponesa, pelos quilombolas e pelos indígenas.

Embora seja praticamente inviável prover alimentação para a população mundial (cerca de 8 bilhões) com alimento orgânico, acredito ser louvável a luta dessas mulheres pela manutenção do patrimônio de seus povos.

Percepção: Não há como encobrir o excesso de capitalismo que assola a exploração econômica, gerando prejuízos ambientais graves, na biodiversidade ou mesmo prejuízos culturais como conhecimentos folclóricos tradicionais. Entretanto, o mundo está sendo modificado pelo homem, e suas consequências fazem parte do seu legado, seja ela positiva ou negativa.

Dia 3 (11/05/2017)

No terceiro dia iniciaram-se as discussões sobre a confecção e execução do Projeto Aplicativo. No INI, a definição dos problemas ainda se encontrava, neste momento, em fase bem incipiente. Recebemos o modelo do Projeto, com o compromisso de trazer um esboço para o próximo encontro.

E) Concentração 4 (Junho/2017)

Dia 06/06/2017

Inicialmente realizamos uma nova síntese sobre as equipes de referência e apoio matricial, que são arranjos organizacionais, bem como uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde. O apoio matricial se configura como uma retaguarda

especializada que oferece suporte técnico-pedagógico às equipes de referências, as quais são as equipes responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Dessa forma, esses arranjos organizacionais tendem a minimizar o poder das profissões e corporações de especialistas, reforçando a gestão da equipe interdisciplinar (DELZIOVO et al., 2012).

O Apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação (CUNHA; CAMPOS, 2011).

No período da tarde nossa oferta foi sobre referência/contrarreferência. Foi extremamente interessante, principalmente por termos no INI um número muito reduzido de leitos, ausência de várias especialidades e a não realização de cirurgias.

Entende-se por referência e contrarreferência a organização dos serviços de saúde em redes sustentadas por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos. A rede prevê diferentes níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos entre os equipamentos de saúde (COSTA et al., 2014).

A abordagem da integração dos sistemas e redes de saúde envolve diversos aspectos inter-relacionados, tais como: regulação dos serviços; processos de gestão clínica; condições de acesso aos serviços; recursos humanos; sistemas de informação e comunicação e apoio logístico. A regulação adequada de uma rede de ações e serviços de saúde requer que se conte com apoio de sistema de informações voltado para a identificação dos pacientes (como o Cartão SUS); o acesso a prontuários eletrônicos pelos profissionais das diferentes unidades; o controle da disponibilidade de leitos e vagas para consultas e exames; além do monitoramento das ações desenvolvidas. A inexistência ou o mau funcionamento de sistema de informação desse tipo dificulta o encaminhamento dos pacientes, seu acesso aos serviços, assim como a capacidade do gestor de controlar e avaliar o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos. (GONÇALVES SERRA; ALMEIDA RODRIGUES, 2010).

A referência compreende o fluxo de encaminhamento do usuário do nível menor para o de maior complexidade, inversamente, a contra referência está relacionado ao ato de referenciar do nível de maior para o de menor complexidade. Para garantir o acesso e o atendimento ao usuário em todos os níveis de atenção à

saúde, é imprescindível estabelecer o sistema de referência e contrarreferência baseados na acessibilidade e continuidade da assistência, caso contrário, a ausência deste fluxo pode ser apenas um discurso reiterado, sem possibilidade de concretização. Observamos a importância, para a gestão de leitos, da participação e estruturação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da nossa unidade hospitalar.

Em pequeno grupo, discutiu-se contratualização (interna x externa). O modelo de contratualização é estabelecido a partir de deveres e de obrigações entre contratante e contratado através de um arranjo. O contrato de gestão é constituído por metas físicas e por metas de qualidade acordadas previamente, cujo cumprimento é verificado na avaliação dos resultados pactuados. Este se constitui no instrumento formal da contratualização. Em particular, na gestão dos recursos públicos em saúde, o contrato é uma ferramenta importante, pois permite acompanhar o desempenho do prestador de serviços hospitalares de modo que intervenções necessárias possam ser realizadas. Para tanto é preciso um monitoramento eficaz e contínuo, garantindo a qualidade do serviço hospitalar prestado.

Dia 07/06/2017

Iniciamos a manhã com um debate sobre dois filmes. O primeiro foi sobre um curta metragem de animação que tratava sobre transformar o ser humano numa releitura engrenagem, seja no trabalho ou na escola, e como essa despersonalização das relações desumaniza o ser humano, retirando o “colorido” da vida.

O segundo filme foi um documentário chamado O Invasor Americano (2015), do cineasta americano Michael Moore que, como de costume, cumpre bem o papel de instigar e provocar o espectador a sair da sua zona de conforto. Questões sociais não resolvidas em educação, saúde, segurança e outras áreas continuam a preocupar o documentarista Michael Moore, que decide então, literalmente, “invadir” nações europeias para verificar como lidam com tais questões por lá.

Sua viagem começa na Itália, discutindo direitos trabalhistas, onde ele se espanta ao saber que existem benefícios para os trabalhadores como 30 dias de férias, feriados remunerados ou ainda um pagamento adicional, na íntegra, no final do ano, o chamado 13º salário. Da terra de Da Vinci e Michelângelo, ele irá migrar para outras potências, como a Alemanha ou a França, países nos quais se informará sobre educação e jornadas de trabalho. Aprenderá que entre os alemães as jornadas são de

36 horas semanais com o pagamento de 40 horas trabalhadas ou, ainda, que para os franceses a hora do lanche das crianças na escola é também momento de aprendizagem importantíssimo para a formação integral dos alunos, com direito a cardápio saudável e saboroso, entre outras ideias interessantes e de grande valor.

A jornada de Moore não se restringe, no entanto, somente as nações mais ricas ou desenvolvidas da Europa. Ele visita Portugal, onde questões relativas aos direitos humanos são discutidas; países nórdicos, nos quais as prisões e o sistema prisional são a ele apresentados (muito surpreendente e com resultados extraordinários relativamente a recuperação dos presos) ou ainda a Islândia, país no qual o acesso das mulheres a posições de comando no governo ou em empresas privadas em condições de igualdade aos homens é um dos maiores do mundo, ou seja, onde se preza, realmente a ideia de igualdade de gênero.

Minha percepção é de são realidades que soam utópicas para o Brasil de hoje, mas que servem de norte para o momento conturbado em que vivemos a fim de que tenhamos um rumo a seguir ao invés de modelos calcados no preconceito e sem apoio na realidade objetiva. São soluções que funcionam e críticas que precisam ser feitas.

Após a discussão do documentário, houve um esboço de realização de uma nova síntese de gestão de pessoas, após nossas pesquisas para responder à pergunta de aprendizado sobre o tema e a discussão com o especialista.

À tarde, houve reunião para discussão dos nossos projetos aplicativos. Entendemos mais sobre as etapas e a parte acadêmica do projeto. Foi importante para sanar uma série de dúvidas e perceber que o projeto que havia escolhido inicialmente não teria condições de ser executado. Então, fui orientado para me juntar a um projeto aplicativo que já estivesse em andamento e pudesse contribuir.

Dia 08/06/2017

Iniciamos com uma aula versando sobre orçamento da Saúde.

Orçamento público é um instrumento de planejamento e execução das finanças públicas. Na atualidade, o conceito está intimamente ligado à previsão das Receitas e à fixação das Despesas públicas. No Brasil, sua natureza jurídica é considerada como sendo de lei em sentido formal, apenas. Isso guarda relação com o caráter meramente autorizativo das despesas públicas ali previstas. O orçamento contém estimativa das

receitas e autorização para realização de despesas da administração pública direta e indireta em um determinado exercício que, no Brasil, coincide com o ano civil.

O Orçamento público é o instrumento de gestão de maior relevância e provavelmente o mais antigo da administração pública. É um instrumento que os governos usam para organizar os seus recursos financeiros. Partindo da intenção inicial de controle, o orçamento público tem evoluído e vem incorporando novas instrumentalidades. No Brasil, o orçamento reveste-se de diversas formalidades legais. Sua existência está prevista constitucionalmente, materializada anualmente numa lei específica que “estima a receita e fixa despesa” para um determinado exercício.

Por força da Constituição Federal de 1988, o país todo adota uma estrutura orçamentária baseada em três documentos: Planos Plurianuais – PPA, Leis de Diretrizes Orçamentárias – LDO, e Leis Orçamentárias Anuais, que valem para os governos federal, estaduais e municipais da mesma forma. Conforme preceito legal, o PPA estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da Administração Federal (Estadual ou Municipal) para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas continuados.

Quando se fala em orçamento público, a maioria das pessoas entende que se está tratando de despesas, e os próprios administradores públicos dão muito mais atenção ao lado dos gastos do que ao lado da entrada de recursos. É natural, porque o impacto das despesas públicas nos cidadãos é muito maior, embora, muitas vezes, o cidadão não se dê conta de quanto é atingido pela receita pública.

Percepção: Assunto extremamente técnico, mas totalmente relevante para gestores hospitalares. Não há como não se debruçar sobre as diversas situações que são vivenciadas diretamente em decorrência de orçamento.

À tarde, no Pequeno Grupo, fizemos uma discussão de uma narrativa sobre superlotação/longa permanência em uma UTI neonatal, para elaboração de uma pergunta de aprendizagem que será usada no próximo encontro.

F) Concentração 5 (Julho 2017)

Dia 11/07/2017

Na manhã tivemos aula sobre Gestão de Custos Hospitalares. Custo: gastos, sacrifícios, aplicados na produção de um bem ou realização de um serviço. Podem ser

diretos ou indiretos; variáveis ou fixos. Falou-se também sobre centro de custos, e sistemas de custeio, ou sistemas de contabilidade de custos (direto ou variável, por absorção e o custeio ABC).

O sistema de custo baseado em atividades (do inglês, *Activity Based Costing - ABC*) visa avaliar o processo de produção do custo e não apenas o custo final do serviço ou bem. O sistema de custeio baseado em atividades não se diferencia do sistema de custeio baseado em volume apenas pela mudança das bases de alocação de custos indiretos, mas também pela identificação que faz dos custos por atividade e pela maneira como aloca os custos aos produtos, através de maior número de bases (BEUREN; ROEDEL, 2002).

Dessa forma, a mudança do modo de cálculo dos custos por absorção (a maneira tradicional) para a visão de custos por atividade, depende da mudança do modelo de gestão departamental para uma gestão por processos, mostrando sincronia de conteúdo com o exposto nas Concentrações anteriores. O sistema de gerenciamento baseado em atividades tem como finalidade auxiliar a empresa a atingir seus objetivos com o menor consumo de recursos, ou seja, obtendo os mesmos benefícios com um custo total mínimo. Esse objetivo somente será alcançado através de um conjunto de medidas interligadas, que somente podem ser desenvolvidas com informações provenientes do método de custeio ABC (POMPERMAYER, 2017).

Cada vez mais os conceitos da economia e da contabilidade tem se popularizado na saúde por vários motivos: avanço exponencial da tecnologia, com custos crescentes, disputas dos recursos por outras áreas, Lei de Responsabilidade Fiscal, falta de priorização das áreas sociais, etc.

Escassez é o problema econômico fundamental de se ter desejos humanos praticamente infinitos em um mundo de recursos limitados. A sociedade tem meios de produção e recursos insuficientes para atender aos desejos e necessidades de todos os seres humanos. Para algo ser escasso, é preciso que ele seja difícil de se obter, de se produzir, ou ambos, ou seja, o seu CUSTO de produção determina se é escasso ou não.

À tarde falou-se sobre Gestão de Unidades de Diagnóstico. Análise do modelo de operação, tecnologia e metodologias em função da demanda. Modelo de operação com plano de negócio e análise de viabilidade com opções de gestão direta e de terceirização parcial. Conceitos de custo teórico e real, que podem ser bem diferentes, métodos de custeio (rateio por exames realizados)(24). Muita atenção foi dada à padronizações nos laboratórios. *Logical Observation Identifiers Names and Codes*

(*LOINC*): Base de dados composta por nomes e códigos que identificam observações clínicas e laboratoriais (25).

Dia 12/07/2017

A manhã começou uma aula sobre Gestão de Hotelaria hospitalar. É a reunião de todos os serviços de apoio, que associados aos serviços específicos, oferecem aos clientes internos e externos conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação.

A hospitalidade no ambiente hospitalar é um dos fatores que contribuem para a satisfação de algumas das necessidades humanas, como a socialização e participação, tendo em vista que o homem é um ser social. Na maioria das vezes, o cliente hospitalizado encontra-se em situação de grande instabilidade física e emocional e por isso necessita de assistência e compreensão, tanto de seus familiares como de toda a equipe que lhe assiste (OLIVEIRA et al., 2012).

Falou-se também sobre Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde. O gerenciamento dos resíduos constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. Todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados (27).

À tarde houve discussão sobre os Projetos Aplicativos dos alunos no Instituto Nacional de Infectologia e no Instituto Fernandes Figueira.

Dia 13/07/17

Na manhã, fizemos a síntese da pergunta de aprendizado do mês anterior, para resolver superlotação e tempo de permanência elevado: 'Como implantar o gerenciamento de leitos e vagas para mitigar a superlotação em UTI neonatal?'

Hipóteses: Ausência de equipes de referência, transferência de cuidado interno/externo ruim, ausência de PTS, indefinição de linha de cuidado, ausência de contratualização interna/externa (rede).

Uma série de intervenções são comprovadamente efetivas para a mitigação do problema de superlotação. Entre elas:

- Implementar governança clínica para gestão de leitos;
- Aplicar tecnologias para gestão de fluxos;
- Planejar a alta em concomitância à proposta terapêutica;
- Estabelecer um sistema de informação para a gestão de permanência

A participação e estruturação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) da unidade hospitalar tem papel preponderante para a resolução das intervenções acima citadas, embora também estabeleça conexões extramuros com outras instituições para gerir a regulação interna e externa dos leitos hospitalares.

G) Concentração 6 (Agosto 2017)

A partir deste encontro começamos a dividir os discentes em 2 grupos distintos, entretanto, salvaguardando as afinidades: Atenção à Saúde e Gestão Administrativa, com temas peculiares para cada um deles, dando ênfase no campo de atuação.

Dia 08/08/2017

O evento do dia foi a aula sobre tendências na assistência e na gestão hospitalar pública e privada, com a professora Ana Maria Malik.

Analizou as tendências observadas na assistência hospitalar brasileira, no que diz respeito ao cenário, situação atual, desafios e ao que necessita ser feito, tendo em vista os itens anteriores. As variáveis com as quais se trabalhou o cenário geral foram a demografia, o perfil epidemiológico, os recursos humanos, a tecnologia, a medicalização, os custos, a revisão do papel do cidadão, a legislação, a equidade, o hospitalocentrismo e a regionalização, o fracionamento do cuidado e a oferta de leitos.

Segundo a professora, há passos obrigatórios:

- a) Definir a capacidade de sustentação do modelo de prestação de serviços hospitalares.

b) Garantir capacidade regulatória e integração com o sistema privado. A noção da atenção privada como suplementar implica em não realizar o planejamento de maneira adequada.

c) Aprimorar a gestão. Tanto o setor público quanto o privado têm que fazer um voto de busca da eficiência.

Dia 09/08/2017

Neste dia tivemos a discussão de uma série de conceitos sobre Clínica Ampliada e projetos terapêuticos no período da manhã. O assunto exposto foi muito útil para um grupo específico do INI, por estava diretamente relacionado com o projeto aplicativo que estavam desenvolvendo na unidade. Talvez, dada a formação inicial de alguns participantes, o tema possa ter parecido um pouco fora do contexto esperado.

À tarde, tivemos uma aula magna sobre Apoio Institucional e Gestão Colegiada com o prestigiado Professor Gastão Wagner.

O tema abordado se faz presente na Política Nacional de Humanização (PNH), que a busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si.

Conceitos ofertados:

a) **Linhas de cuidado na Assistência à Saúde:** A fim de garantir a integralidade na atenção à Saúde, a otimização dos recursos e serviços dispostos à população e usuários, surgiu a necessidade de se desenvolver as linhas do cuidado.

b) **Gestão da clínica:** É um conjunto de tecnologias de microgestão destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde.

c) **Gestão de caso:** é uma tecnologia que pertence ao campo da gestão da clínica. É o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa, geralmente crônica

d) **Projeto Terapêutico Singular (PTS):** O PTS é uma ferramenta de gestão de caso, centrada na AUTONOMIA do paciente. Dessa forma, observamos sua estreita relação com o conceito de Clínica Ampliada. Consiste num conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

e) **Gestão colegiada:** Existem três problemas comuns em organizações de baixa responsabilidade: a falta de prestação de contas (de acordo com a missão institucional), a falta de visão do conjunto e a falta de comunicação entre os diferentes departamentos. Esse modelo de gestão busca, também, aumentar os laços entre os trabalhadores e o seu próprio trabalho, mostrando a eles a importância deste para o cumprimento global da missão institucional e democratizando as tomadas de decisões.

Dia 10/08/2017

Durante a manhã, aula sobre Logística e Gestão de materiais, com foco na área assistencial. Administração de Recursos Materiais engloba a sequência de operações que tem início na identificação do fornecedor, na compra do bem ou serviço, em seu recebimento, transporte interno e acondicionamento (armazenagem), em seu transporte durante o processo produtivo, em sua armazenagem como produto acabado e, finalmente, em sua distribuição ao consumidor final.

A logística é uma especialidade da administração responsável por prover recursos e informações para a execução de todas as atividades de uma organização. Sendo uma especialidade da administração que visa suprir recursos ela envolve também a aplicação de conhecimentos de outras áreas como a engenharia, economia, contabilidade, estatística, marketing e tecnologia e recursos humanos.

À tarde, aula sobre Indicadores das unidades produtivas assistenciais. A existência de propostas sistematizadas e com definição técnica dos indicadores nos sistemas de monitoramento da atenção hospitalar a partir dos anos 90 no Brasil, como

parte do desenvolvimento das políticas de gestão do SUS, se constitui em etapa importante na gestão dos serviços e regulação dos sistemas público e privado. No entanto, enquanto essas propostas não passarem por processos de pactuação mais ampliados e não forem incorporados ajustes para as características diferenciadas dos hospitais e dos pacientes atendidos, esses indicadores serão de utilidade limitada no estabelecimento de parâmetros que permitam análises comparativas da qualidade da assistência prestada e o dimensionamento do impacto da assistência hospitalar sobre a saúde da população (DI COLLI; CORDONI JUNIOR; MATSUO, 2010; SCHOUT; DUTILH NOVAES, 2007).

Alguns tipos de serviços tendem a revelar uma qualidade dos registros sistematicamente de melhor ou pior qualidade. Nas Unidades de Terapia Intensiva, por exemplo, onde se concentram pacientes de maior gravidade, os registros frequentemente são mais valorizados, uma vez que o acompanhamento minucioso e constante do paciente pela equipe clínica ampliada é essencial para a possibilidade de recuperação e superação da situação crítica em que o doente se encontra (ARTS et al., 2002).

Indicadores de desempenho estratégico tem a função de verificar se a organização está alcançando os objetivos determinados pela alta direção, os chamados objetivos estratégicos. Uma ferramenta muito usada para auxiliar na determinação desses objetivos é o *Balanced Scorecard (BSC)*. O BSC motiva melhorias não incrementais em áreas críticas, tais como desenvolvimento de produtos, processos, clientes e mercados.

H) Concentração 7 (Setembro 2017)

Dia 12/09/2017

Na manhã desta data, realizamos uma nova síntese acerca da Gestão da clínica – Projeto Terapêutico Singular e, à tarde, uma discussão dialogada sobre Arranjos e dispositivos da clínica ampliada.

O projeto terapêutico incorpora a noção interdisciplinar que recolhe a contribuição de várias especialidades e de distintas profissões. Assim, depois de uma avaliação compartilhada sobre as condições do usuário, são acordados procedimentos a cargo de diversos membros da equipe multiprofissional, denominada equipe de

referência (MUNIZ PINTO et al., 2011). Outrossim, como indica o termo “projeto”, trata-se de uma discussão prospectiva e não retrospectiva, conforme acontecia tradicionalmente na discussão de casos em medicina (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Discutiu-se também os assuntos: regulação interna, gestão de leitos e fluxos interno, embora essa temática tenha sido abordada na concentração do mês e Julho.

Dia 13/09/17

No período da manhã iniciamos a aula sobre o ensino nos Institutos Nacionais. O INI e o Instituto Fernandes Figueira são instituições reconhecidas pelas vertentes de assistência, pesquisa e ensino.

Desde seus primórdios, como também nos dias atuais, a pesquisa em saúde de alta qualidade tem sido a base principal dos programas de ensino da Fiocruz. Eles se desenvolvem nas áreas biológicas/biomédicas, de saúde pública, saúde materno-infantil, história das ciências e da saúde e do controle de qualidade em saúde e encontram-se entre os melhores do país no processo de avaliação do sistema Capes/MEC. Para a reorientação do ensino na Fiocruz busca-se sinergicamente a articulação com atores representativos das demandas da sociedade; a integração entre os programas e projetos de ensino; a modernização de sua gestão; e a valorização do vínculo entre ensino e pesquisa, bem como das experiências bem-sucedidas (BUSS; GADELHA, 2002).

A educação permanente em saúde, incorporada ao cotidiano da gestão setorial e da condução gerencial dos serviços de saúde, colocaria o SUS como um interlocutor nato das instituições formadoras, na formulação e implementação dos projetos político-pedagógicos de formação profissional, e não mero campo de estágio ou aprendizagem prática (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Percepção: O ensino é uma ferramenta transformadora das instituições de pesquisa, servindo para a formação de novos pesquisadores que contribuirão com as políticas públicas e desenvolvimento de novas tecnologias aplicadas ao SUS para a manutenção das mesmas.

À tarde, o tópico abordado foi a Gestão de Orçamento e Finanças Hospitalares. Os Sistemas de Informação em Saúde – SIS, criado no final dos anos 80, início dos anos 90, podem ser definidos como um conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde,

subsidiando o planejamento, o aperfeiçoamento e o processo decisório dos múltiplos profissionais da área da saúde envolvidos no atendimento aos pacientes e usuários do sistema de saúde.

Na prática sua aplicação tem sido voltada para o faturamento. A remuneração das unidades assistenciais do SUS tem como base não apenas a produção, mas também a capacitação física e técnica da unidade, com as quais se define um orçamento e teto financeiro. Existem duas formas de remuneração:

- MAC (Média e Alta Complexidade) dentro do orçamento e do teto financeiro.
- FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) remuneração adicional, fora do teto financeiro da unidade.

O SIS subdivide-se em dois grandes sistemas:

- SIA – sistema de informação ambulatorial (pacientes ambulatoriais)
- SIH – sistema de informação hospitalar (pacientes internados)

No SIA podem ser evidenciados 4 formas de informação/cobrança:

- 1 - PAB (Piso de Atenção Básica)
- 2 - BPA-C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado)
- 3 - BPA-I (Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado)
- 4- APAC (autorização de Procedimento de Alta Complexidade: Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise entre outros)

No SIH a cobrança é feita pela AIH (MAC ou FAEC).

Procedimento: "unidade de cobrança" no SUS, que corresponde ao detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação de saúde que será realizada no paciente ou no ambiente e, ainda, podendo representar a ação de controle ou acompanhamento de atos complementares e administrativos ligados, direta ou indiretamente, ao atendimento de usuários no SUS.

É bem verdade que muitas vezes, ainda que corretamente preenchido e enviado, os valores dos procedimentos não são repassados aos centros de custos das Instituições, com a alegação de que as mesmas já são financiadas pelo SUS e

recebem verba pública. No INI por exemplo, o ressarcimento dos exames de CD4/CD8 e Carga Viral para o HIV foi pactuado com o Ministério da Saúde, com o Governo do Estado e com o Município, e a verba nunca chegou ao orçamento da Instituição.

Percepção: O preenchimento adequado da documentação médica espelha o cuidado dispensado ao paciente e possibilita em alguns casos a remuneração correta das instituições de saúde.

Dia 14/09/2017

Na manhã fizemos uma dinâmica educacional: Mesa de pactuação de linha de cuidado. Simulamos um cenário em que, *"nos últimos meses, novos casos de peregrinação de gestantes viraram manchetes de jornal. Uma gestante teve seu parto dentro de um táxi, enquanto percorria uma verdadeira "via crucis" procurando uma maternidade que a atendesse. Outro caso que chamou a atenção: uma maternidade se recusou a atender uma gestante em trabalho de parto, alegando que a gestante não era moradora da região sob sua responsabilidade, de acordo com o Mapa de Vinculação, mandando-a embora, sem lhe examinar e sem lhe orientar a que maternidade ela deveria estar vinculada.*

No primeiro caso, o que causou a notícia foi que o parto foi filmado por uma pessoa, através de seu celular e o vídeo viralizou na internet. No segundo caso, mãe e bebê morreram... a mãe apresentava eclampsia (uma perturbação da gravidez em que se verifica hipertensão arterial, quantidade elevada de proteínas no sangue ou outras disfunções em órgãos) e não chegou a tempo de receber o tratamento adequado, na terceira maternidade, onde já foi recebida em crises convulsivas subentrantes.

Foi chamada uma reunião de urgência no Gabinete do Secretário Municipal de Saúde. Para esta reunião foram chamados representantes das maternidades de alto risco habitual, representantes da atenção básica de saúde, representantes do segmento de usuários do Conselho Municipal de Saúde (também ligados ao Fórum Perinatal, que está com atuação reduzida no momento) e após a abertura pelo próprio Secretário Municipal de Saúde, a reunião foi coordenada pelos representantes do nível central da SMS, ligados ao Programa Materno-infantil".

Percepção: Os alunos foram alternados nos diversos "personagens" ali descritos, tentando analisar os cenários descritos e chegar a um consenso de conduta para resolver a situação. A dinâmica se mostrou muito interessante, permitindo identificar a necessidade do diálogo, de saber agir em situações de conflito. Embora na prática

deva ser bem diferente, saber ouvir e ceder também são características importantes a serem consideradas.

No período vespertino, o tempo foi destinado a discussão dos Projetos Aplicativos.

H) Concentração 8 (Outubro 2017)

Dia 17/10/2017

O Grupo de Atenção à Saúde, na manhã do primeiro dia de encontro, recebeu uma aula sobre Assistência Farmacêutica, com dois profissionais farmacêuticos de outras Instituições, a Debora Leal Mantovani (UNIP - Universidade Paulista) e o Danilo Almeida.

Atenção Farmacêutica, prática recente da atividade farmacêutica, prioriza a orientação e o acompanhamento farmacoterapêutico e a relação direta entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos. Na maioria dos países desenvolvidos a Atenção Farmacêutica já é realidade e tem demonstrado ser eficaz na redução de agravamentos dos portadores de patologias crônicas e de custos para o sistema de saúde (PEREIRA; DE FREITAS, 2008).

É um modelo de prática profissional que consiste na provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos em resposta à terapêutica prescrita, que melhorem a qualidade de vida do paciente. Busca prevenir ou resolver os problemas farmacoterapêuticos de maneira sistematizada e documentada (PEREIRA; DE FREITAS, 2008).

Na Espanha, país que tem sido considerado referência para vários pesquisadores no Brasil, a Atenção Farmacêutica foi encarada como oportunidade única de demonstrar o valor do profissional farmacêutico no controle dos medicamentos junto à equipe de saúde. Entretanto, além do farmacêutico, todos os profissionais da farmácia devem estar dispostos a realizar a Atenção Farmacêutica, contrariando a posição de outros grupos que consideram a Atenção Farmacêutica, atividade privativa do profissional farmacêutico (MARTÍNEZ ROMERO, 1996).

No Brasil, há farmacêuticos, isoladamente, que buscam alternativas para desenvolver a Atenção Farmacêutica, entretanto pode-se observar que, na maioria dos casos, esse novo processo está associado às Universidades e seus docentes. De

maneira geral, pode-se considerar que a atividade de Atenção Farmacêutica ainda é incipiente no Brasil, tanto no setor público quanto no privado.

No período da tarde, tivemos uma palestra sobre Controladoria. A controladoria é considerada um segmento de administração ou de contabilidade, e pode ser dividida justamente em Controladoria Administrativa e Controladoria Contábil.

A controladoria desempenha um papel importante no dia a dia das instituições. Auxiliar na definição das estratégias e dos objetivos, na elaboração do orçamento, das normas, do planejamento, da implantação e/ou implementação dos modelos de decisão, gestão e informação são algumas das atividades que fazem parte das funções da controladoria, independentemente de sua natureza ser pública ou privada (SUZART; MARCELINO; ROCHA, 2011).

A discussão sobre o papel da intervenção governamental na economia, para fins de alocação igualitária dos recursos da sociedade, tem como embasamento a teoria dos bens públicos para a justificativa da alocação dos recursos nacionais entre o setor público e privado, para fornecimento de parte de bens requeridos pela população. Essa teoria visa analisar a eficiência na utilização dos recursos pelo setor público (SCARPIN; SLOMSKI, 2007).

No Serviço Público, os órgãos de Controladoria, como a Controladoria Geral da União (CGU), fazem isso por meio de atividades como controle interno, auditoria pública, correção, prevenção e combate à corrupção e ouvidoria.

As decisões do governo em gastar, taxar, regular ou estabelecer uma empresa estatal influenciam diretamente, uma vez que, as decisões são pautadas pela ótica de quais produtos e serviços serão produzidos pela economia, como e para quem. A expansão dos gastos públicos se relaciona com o seu papel de produção dos bens públicos e de controle de externalidades numa economia de mercado. O governo tende a permanecer se expandindo dada a incapacidade de os mercados organizarem-se eficientemente para produzir os bens públicos (REZENDE, 2000).

Dia 18/10/2017

Neste dia tivemos discussões durante todo o dia sobre os Projetos Aplicativos do Instituto Nacional de Infectologia e do Instituto Fernandes Figueira.

Dia 19/10/2017

Na manhã tivemos aula sobre Informatização na Saúde, também denominada *e-Health*. As organizações de saúde devem se preparar para a onda de transformação digital que já está em movimento.

A e-saúde é um campo emergente na interseção da informática médica, saúde pública e negócios, referente a serviços de saúde e informações entregues ou aprimoradas através da Internet e tecnologias relacionadas. Em um sentido mais amplo, o termo caracteriza não só um desenvolvimento técnico, mas também um estado de espírito, uma forma de pensar, uma atitude e um compromisso para o pensamento global em rede, para melhorar os cuidados de saúde a nível local, regional e mundial, usando tecnologias de informação e comunicação (EYSENBACH, 2001).

O e-Health tem potencial para fornecer soluções inovadoras para as questões de saúde, e muitas vezes é vista por políticos e profissionais de saúde como uma tecnologia chave "habilitadora" para melhorar os cuidados e a experiência de cuidados para aqueles que vivem com condições crônicas, particularmente em um momento de financiamento restritivo da saúde. Atrás de tudo isso, é o indivíduo, cidadão, paciente ou cliente, quem está cada vez mais familiarizado com as tecnologias de informação e comunicação (do inglês, *information and communication technologies* ou ICT) e espera encontrar suporte entrega de cuidados de saúde modernos, facilitando mais cuidado centrado na pessoa no momento certo e no lugar certo (COWIE et al., 2016).

Várias empresas prestadoras de cuidados de saúde e companhias de seguros hoje usam uma ou outra forma de sistema eletrônico de registro médico. Um paciente pode ter mais de um provedor de serviços de saúde, incluindo médicos de cuidados primários, especialistas e terapeutas. Além disso, ele pode ter um registro com empresas de saúde de segmentos diferentes, como médicos e dentistas (ABBAS; KHAN, 2014).

À tarde, tivemos a palestra sobre gestão da atenção especializada ambulatorial. Atenção especializada é feita através de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que englobam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade.

A assistência à saúde na atenção especializada vive uma pressão de demanda por recursos assistenciais, o que gera longas filas de espera por atendimento médico

e procedimentos, expondo a dificuldade de acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS. A baixa resolutividade da atenção básica, um modelo assistencial centrado no médico e a falsa ideia de qualidade associada à medicalização, aumenta a demanda por consultas especializadas e exames. Oferecer um atendimento centrado no usuário e suas necessidades, reorganizar os processos de trabalho e construir uma linha de produção do cuidado nos diversos níveis assistenciais são caminhos para uma assistência integral à saúde (DIAS et al., 2012).

I) Concentração 9 (Novembro 2017)

Dia 07/11/2017

Na parte da manhã, retornamos ao tema sobre indicadores e metas, uma vez que os mesmos foram abordados na concentração 6 (Agosto/2017). O mais interessante foi a discussão de indicadores hospitalares universais, que inclusive são usados para *benchmarking* entre instituições, mas há a necessidade da personalização e adequação de um perfil de indicadores adequados a cada instituição.

Alguns dos indicadores hospitalares universais são: mortalidade geral, média em dias por permanência da internação, taxa de infecção hospitalar, taxa de ocupação operacional, taxa de cesáreas, pesquisa de satisfação do usuário (após 2 a 3 semanas da alta ou atendimento).

À tarde, assistimos a um episódio da série de televisão Unidade Básica, do Canal Universal, que mostra o cotidiano de um posto de saúde brasileiro. Neste episódio contou-se a história do diagnóstico de um câncer metastático em uma senhora idosa com uma série de dramas familiares. Mostrou o cenário biopsicossocial da paciente, e o quanto uma abordagem humanizada e integralizada são benéficas. Um episódio sobre PTS "na prática".

Dia 08/11/2017

Durante todo o dia tivemos aula sobre Ferramentas de Qualidade, com realização de dinâmicas. Muitas delas são semelhantes às ferramentas vistas na Concentração II, de Abril (*Lean* e/ou Seis Sigma, DMAIC, PDCA, Kanban, Kaizen, etc). O conceito continua centrado na eliminação de desperdícios, baseada em tempo e valor para os clientes, pacientes ou beneficiários dos produtos/serviços da instituição.

Desperdício: atividades que não agregam valor. Os 8 desperdícios: defeitos,

superprodução, esperas (tempo), intelectual, transporte, estoques, movimentação, processamento extra. Cada um desses desperdícios pode acontecer em 3 etapas: manufatura, logística e serviços.

Percepção: As ferramentas utilizadas para a resolução de problemas na área da saúde evoluem, não são caracterizadas como inertes. São modelos comportamentais, de pensamento. É necessário adequá-los à instituição e a suas particularidades.

Dia 09/11/2017

A turma recebeu, na manhã, uma aula sobre Incorporação Tecnológica no hospital.

A revolução tecnológica tem mudado a sociedade num ritmo acelerado. Nesse contexto, as tecnologias de informação, investigação e comunicação impactaram de maneira contundente a natureza do trabalho em saúde. Nele, há a particularidade de ter como “objeto” do nosso trabalho o cuidado ao ser humano e daí a complexidade desse processo (HORTA; CAPOBIANGO, 2017).

O rápido desenvolvimento dessas tecnologias gera importantes resultados comerciais, clínicos e sociais. Do ponto de vista comercial, as tecnologias em saúde geram renda para os profissionais, produtores e distribuidores, o que explica, em grande parte, as pressões exercidas para sua adoção e utilização.

O Brasil logrou instituir, em pouco tempo, um conjunto amplo de atividades no campo da gestão de tecnologias em saúde no âmbito do SUS. Ao sinalizar para o mercado que somente tecnologias seguras, eficazes e custo-efetivas serão incorporadas, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) tem contribuído para articular as atividades de pesquisa, desenvolvimento e inovação das empresas com as necessidades de saúde da população e as prioridades definidas pela política nacional de saúde (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012).

A adoção de uma determinada tecnologia por um hospital deve necessariamente ser discutido por um grupo colegiado, que envolva profissionais com expertise para averiguar o custo/benefício da nova incorporação, manutenção da mesma e viabilidade de pré-instalação. Ressalta-se a importância da participação do engenheiro clínico na definição das especificações técnicas do equipamento ou tecnologia perante ao operador.

Em um nível mais abrangente, o profissional de engenharia clínica é responsável pelo planejamento, definição e execução de políticas e programas em toda a gestão da tecnologia da saúde, incluindo gerenciamento de risco, melhorias na qualidade, atendimento à demanda de pacientes e otimização da produtividade de todos os funcionários. As questões financeiras também são atribuições para o profissional.

Percepção: É importante pesar os custos versus os benefícios da incorporação de novas tecnologias: pressão por avanços técnicos contra modismos e pressões por novidades com um objetivo puramente comercial, por parte dos criadores/fornecedores de tecnologia. A própria sustentabilidade financeira do sistema de saúde (público ou privado) depende disso.

À tarde, preparação para o encontro final em dezembro, com avaliação do curso, do facilitador e do especializando. Orientações finais sobre o Trabalho de Conclusão de Curso.

3 PROJETO APLICATIVO: Mapeamento e Redesenho dos Processos de Compras

Uma característica marcante dos processos organizacionais na administração pública é que o funcionamento dos mesmos geralmente é regido pela legislação vigente e está sujeito à auditoria dos órgãos de fiscalização do governo, entre eles o Tribunal de Contas da União (TCU). Embora essa característica restrinja o potencial de redesenho de processos, ela ressalta a necessidade de padronização de procedimentos, aspecto que pode se beneficiar com a implantação do BPM.

A área de compras tem como finalidade suprir a organização com materiais e serviços no tempo, na quantidade, na qualidade e no preço correto, de forma a garantir o seu pleno funcionamento. O processo de compra, desde a sua solicitação até o recebimento efetivo do material, passa por diversos estágios que envolvem a tomada de importantes decisões, tais como, definir onde e quando comprar, em que quantidade, com quais especificações, dentre outras questões (DE MELO BORGES; WALTER; SANTOS, 2016).

Enquanto a logística concentra-se nas operações da própria empresa, a cadeia de suprimentos olha desde o início até os elos finais da corrente de fornecedores e clientes. E com uma visão mais ampla e panorâmica do que a visão logística. Além da preocupação de todas as empresas com o que ocorre ao longo de toda a sua cadeia, é necessário um intenso grau de colaboração entre empresas ao longo da cadeia de suprimentos para que se atinja maior eficiência (MACHLINE, 2011).

4 IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

A implantação do projeto iniciou no INI no primeiro semestre de 2017, através do mapeamento de fluxos do serviço de compras do INI na interface com os demais setores da instituição.

Iniciou-se então, uma entrevista com os executores do software que foi criado para gerenciamento da gestão da instituição, então denominado SGINI. A idéia inicial com a criação desse produto seria facilitar o processo de compras, o controle de gastos da instituição e principalmente a padronização dos inúmeros produtos que são rotineiramente utilizados na instituição.

Num momento posterior, objetivou-se delinear orientações aos setores requisitantes, referente às aquisições de materiais e equipamentos, bem como a contratação de serviços e aquisição de bens e materiais. Essa etapa foi fundamental para a observância à lei de licitações 8666/93 por parte dos usuários do serviço de compras, uma vez que, fora constatado inúmeras solicitações em desacordo com a referida lei, o que acarretava num processo muito demorado para a aquisição dos insumos e/ou equipamentos solicitados, prejudicando o paciente e gerando conflitos internos.

Como proposta inicial do projeto, objetivou-se a redução de pelo menos 50% no número de compras urgentes e/ou emergenciais e aumentar para 90% a quantidade de itens adquiridos por licitação. De forma complementar, os benefícios pretendidos eram a diminuição do desabastecimento, a melhoria da qualidade dos produtos adquiridos, aumento da celeridade nos processos de compras, a economicidade e otimização de recursos financeiros, promovendo uma confiabilidade interna e externa nos processos do setor de Compras do INI.

A consultoria *in loco* do HSL no INI, e o apoio teórico do projeto aplicativo no curso, facilitou extremamente a compreensão dos usuários e o apoio da chefia do setor e da direção do Instituto na aplicação inicial do projeto.

Atualmente a aquisição de insumos por licitação ainda está aquém (78%) do proposto pelo projeto aplicativo, no entanto, é esperado que este percentual seja aumentado após a reunião com os requisitantes e direção do Instituto, cuja temática será expor as rotinas e ações inerentes à seção de compras.

O Projeto Aplicativo encontra-se na íntegra no Apêndice deste trabalho.

5 CONCLUSÃO

A partir do momento em que profissionais de saúde, que trabalham diretamente com o paciente, ocupam coordenações, na medida que ascendem na organização, passam a desempenhar mais tarefas administrativas. Como exemplo, é possível perceber que uma enfermeira ou médico que coordenam uma unidade de internamento, realizam mais funções administrativas e quase nenhuma técnica. Eles usam seus conhecimentos técnicos para atuar na chefia. Esses profissionais, ao ocupar determinados cargos, nem sempre entendem das atividades administrativas. Com isso, o hospital perde um bom técnico e pode não ganhar um bom chefe.

Deve ser uma preocupação constante de um diretor do hospital, qualificar tecnicamente seus profissionais para a prática da gestão.

Os discentes do INI e do IFF tiveram uma enorme oportunidade para construir o conhecimento teórico e muitas vezes prático para o desenvolvimento da gestão hospitalar. Inicialmente, o temor para assimilar tantos conceitos que não foram ofertados quando iniciamos a tarefa de gerir um setor ou departamento, se transformou em algo mais palpável e possível.

Nos foi oferecido o que se tinha de melhor, os profissionais docentes, a estrutura, o apoio incondicional e o entendimento de que estavam diante de gestores que nem sempre tinham o arcabouço necessário.

Então se passaram nove meses, e pudemos nos tornar pessoas melhores, gestores melhores e com o entendimento que as mudanças de paradigmas são lentas e árduas.

Um aprendizado formal de gestão hospitalar propicia uma mudança de rumo, o desejo de melhorar e atender melhor o usuário do hospital. É nisso que vamos nos concentrar agora.

Tenho certeza que esta oportunidade foi única na minha carreira profissional, e mesmo com tantos problemas externos alheios a minha vontade, cheguei até aqui. Meu sincero muito obrigado! Por partilharem a sabedoria, o entendimento, o altruísmo e acreditarem que podíamos nos tornar melhor.

Que as parcerias das instituições perdurem e gerem novos frutos no futuro.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABBAS, A.; KHAN, S. U. A Review on the State-of-the-Art Privacy-Preserving Approaches in the e-Health Clouds. **IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics**, v. 18, n. 4, p. 1431–1441, jul. 2014.

ABRANTES, A. A.; MARTINS, L. M. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, 2007.

ARTS, D. et al. Quality of data collected for severity of illness scores in the Dutch National Intensive Care Evaluation (NICE) registry. **Intensive Care Medicine**, v. 28, n. 5, p. 656–659, maio 2002.

BALLOU, R. H. A evolução e o futuro da logística e do gerenciamento da cadeia de suprimentos. **Production**, v. 16, n. 3, p. 375–386, dez. 2006.

BERNONVILLE, S. et al. A business process modeling experience in a complex information system re-engineering. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 192, p. 969, 2013.

BEUREN, I. M.; ROEDEL, A. O uso do custeio baseado em atividades: ABC (Activity Based Costing) nas maiores empresas de Santa Catarina. **Revista Contabilidade & Finanças**, v. 13, n. 30, p. 7–18, dez. 2002.

BOLLELA, V. R. et al. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 47, n. 3, p. 293–300, 3 nov. 2014.

BOWIE, P.; SKINNER, J.; DE WET, C. Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. **BMC Health Services Research**, v. 13, p. 50, 7 fev. 2013.

BRAITHWAITE, J. et al. Experiences of health professionals who conducted root cause analyses after undergoing a safety improvement programme. **Quality & Safety in Health Care**, v. 15, n. 6, p. 393–399, dez. 2006.

BUSS, P. M.; GADELHA, P. Fundação Oswaldo Cruz: experiência centenária em biologia e saúde pública. **São Paulo em Perspectiva**, v. 16, n. 4, p. 73–83, out. 2002.

CACACE, M.; SCHMID, A. The role of diagnosis related groups (DRGs) in healthcare system convergence. **BMC Health Services Research**, v. 9, n. Suppl 1, p. A5, 5 nov. 2009.

CAMPOS, G. W. DE S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 1999.

CAMPOS, G. W. DE S.; AMARAL, M. A. DO. Amplified clinic, democratic management and care networks as theoretical and pragmatic references to the hospital reform. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849–859, ago. 2007.

- CAMPOS, G. W. S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 1, 2014.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 14, n. 1 (2004), p. 41-65**, 2004.
- CORREA DE MELLO, V.; GARCIA BOTTEGA, C. A prática pedagógica no processo de formação da Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, 2009.
- COSTA, S. DE M. et al. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. **Revista de APS**, v. 16, n. 3, 2 abr. 2014.
- COWIE, M. R. et al. e-Health: a position statement of the European Society of Cardiology. **European Heart Journal**, v. 37, n. 1, p. 63–66, 1 jan. 2016.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. DE S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 961–970, 1 jan. 2011.
- DE MELO BORGES, L.; WALTER, F.; SANTOS, L. C. Análise e redesenho de processos no setor público: identificação de melhorias em um processo de compra. **HOLOS**, v. 1, p. 231–252, 2016.
- DE PAULA SOUZA, L. A.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 681–688, 2009.
- DELZIOVO, C. R. et al. Bases conceituais do apoio matricial. Eixo III - A Assistência na Atenção Básica. Universidade Federal de Santa Catarina.2012.
- DI COLLI, L.; CORDONI JUNIOR, L.; MATSUO, T. Avaliação de indicadores hospitalares antes e após a implantação da gestão plena do sistema municipal em município do sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 4, p. 367–377, dez. 2010.
- DIAS, R. C. et al. Impacto do Planejamento Estratégico Situacional em um Ambulatório de Atenção Especializada. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 83–96, 1 jun. 2012.
- EYSENBACH, G. What is e-health? **Journal of Medical Internet Research**, v. 3, n. 2, 18 jun. 2001.
- FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489–506, 2005.
- FRANCO, M. A. DO R. S. A metodologia de pesquisa educacional como contrutora da práxis investigativa. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 9, n. 9/10, 4 jul. 2011.
- FRIEDMAN, A. L. et al. Medication Errors in the Outpatient Setting: Classification and Root Cause Analysis. **Archives of Surgery**, v. 142, n. 3, p. 278–283, 1 mar. 2007.

GIARDINA, T. D. et al. Root Cause Analysis Reports Help Identify Common Factors In Delayed Diagnosis And Treatment Of Outpatients. **Health affairs (Project Hope)**, v. 32, n. 8, ago. 2013.

GONÇALVES SERRA, C.; ALMEIDA RODRIGUES, P. H. DE. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, 2010.

HORTA, N. DE C.; CAPOBIANGO, M. Novas tecnologias: desafio e perspectivas na saúde. **Percursos Acadêmicos**, v. 6, n. 11, p. 6–9, 4 abr. 2017.

HUNG, W.; JONASSEN, D. H.; LIU, R. Problem-based learning. **Handbook of research on educational communications and technology**, v. 3, p. 485–506, 2008.

INFANTE, M.; BORGES DOS SANTOS, M. A. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

JUNIOR, F. G. Aplicação da ferramenta da qualidade (diagrama de Ishikawa) e do PDCA no desenvolvimento de pesquisa para a reutilização dos resíduos sólidos de coco verde. **INGEPRO-Inovação, Gestão e Produção**, v. 2, n. 9, p. 104–112, 2010.

LAMBERT, D. M.; COOPER, M. C. Issues in Supply Chain Management. **Industrial Marketing Management**, v. 29, n. 1, p. 65–83, 1 jan. 2000.

LOTUFO, M.; MIRANDA, A. S. DE. Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde. **Revista de Administração Pública - RAP**, v. 41, n. 6, 2007.

MACHLINE, C. Cinco décadas de logística empresarial e administração da cadeia de suprimentos no Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, v. 51, n. 3, p. 227–231, jun. 2011.

MARTÍNEZ ROMERO, F. Atención Farmacéutica en España: un gran compromiso. **Farm. Profess**, v. 6, n. 9, p. 6–12, 1996.

MATOS, E.; PIRES DE PIRES, D. E.; SOUSA CAMPOS, G. W. DE. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, 2009.

MICHAELSEN, L. K.; SWEET, M. The essential elements of team-based learning. **New Directions for Teaching and Learning**, v. 2008, n. 116, p. 7–27, 1 dez. 2008.

MUNIZ PINTO, D. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2011.

NORONHA, M. F. et al. The development of “Diagnosis Related Groups” - DRGs, a methodology for classifying hospital patients. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 198–208, jun. 1991.

OBARA, S.; WILBURN, D. **Toyota by Toyota: Reflections from the Inside Leaders on the Techniques That Revolutionized the Industry**. [s.l.] Productivity Press, 2012.

OLIVEIRA, C. et al. A hotelaria hospitalar como uma nova perspectiva de atuação em organizações de saúde. **Revista Turismo: estudos e práticas**, v. 1, n. 2, p. 191–209, 2012.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. **Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec**, p. 767–82, 2006.

PEERALLY, M. F. et al. The problem with root cause analysis. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 5, p. 417–422, maio 2017.

PEREIRA, L. R. L.; DE FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601–612, 2008.

PEZZOLESI, C. et al. Human factors in clinical handover: development and testing of a “handover performance tool” for doctors’ shift handovers. **International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care**, v. 25, n. 1, p. 58–65, fev. 2013.

POMPERMAYER, C. B. Sistemas de gestão de custos: dificuldades na implantação. **Revista da FAE**, v. 2, n. 3, 2 fev. 2017.

REZENDE, F. DA C. Organizations and institutional answers to State reform policies. **Revista de Sociologia e Política**, n. 14, p. 119–138, jun. 2000.

SCARPIN, J. E.; SLOMSKI, V. Estudo dos fatores condicionantes do índice de desenvolvimento humano nos municípios do estado do Paraná: instrumento de controladoria para a tomada de decisões na gestão governamental. **Revista de Administração Pública - RAP**, v. 41, n. 5, 2007.

SCHOUT, D.; DUTILH NOVAES, H. M. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, 2007.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS, F. T. Avanços e desafios da política nacional de gestão de tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. spe, p. 83–90, 2012.

SORDI, J. O. D.; SPELTA, A. G. Análise de componentes da tecnologia de Business Process Management System (BPMS) sob a perspectiva de um caso prático. **JISTEM - Journal of Information Systems and Technology Management**, v. 4, n. 1, p. 71–94, 2007.

SOUZA, B. C. C. Gestão da Mudança e da Inovação: Árvore de problemas como ferramenta para avaliação do impacto da mudança. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 14, n. 19, p. 89–106, 16 jul. 2015.

SUZART, J. A. DA S.; MARCELINO, C. V.; ROCHA, J. S. DA. As instituições brasileiras de controladoria pública – teoria versus prática. **Contabilidade, Gestão e Governança**, v. 14, n. 1, p. 44–56, 2011.

TRINDADE DA SILVA BARRETO, L. M. et al. Temas emergentes em gestão de

peessoas: Uma análise da produção acadêmica. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 4, n. 2, 2011.

VALENTE, R. P.; ESTEVES, M.; PADILHA, J. A metodologia Lean na área hospitalar - a gestão da qualidade enquanto factor de melhoria contínua e humanização do esforço de racionalização dos recursos. dez. 2012.

WALSH, K.; HELM, R.; ABOSHADY, O. A. Quality improvement in health care: how to do it. **British Journal of Hospital Medicine (London, England: 2005)**, v. 77, n. 9, p. 536–538, 2 set. 2016.

WALTON, H.; MUNRO, W. Improving the quality of handover by addressing handover culture and introducing a new, multi-disciplinary, team-based handover meeting. **BMJ Open Quality**, v. 4, n. 1, p. u206069.w2989, 1 jan. 2015.

WU, A. W.; LIPSHUTZ, A. K. M.; PRONOVOST, P. J. Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine. **JAMA**, v. 299, n. 6, p. 685–687, 13 fev. 2008.

YOSHIMI TANAKA, O.; MAMORU TAMAKI, E. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: TERMO DE ABERTURA DO PROJETO APLICATIVO

Termo de Abertura do Projeto

Projeto: Mapeamento e Redesenho dos Processos de Compras

GESTOR DO PROJETO: Michael Jacob Fagundes

PATROCINADOR: Direção INI / VDG

DATA DE APROVAÇÃO: 23/03/ 2017

Escopo do Projeto (Objetivo geral)

Aumentar a eficiência e a confiabilidade dos processos de compras, evitando o desabastecimento de insumos e ausência de contratos, que acarretaria a descontinuidade na pesquisa clínica e cuidado dos pacientes, no âmbito do INI.

Justificativa do Projeto (Problema/opportunidade)

O Serviço de Compras (SECOM) é responsável pela aquisição, de insumos e contratação de serviços utilizados nas atividades desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, em pesquisa clínica, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas, deste modo o setor precisa amparar a pesquisa clínica, adquirindo materiais e contratando serviços, com base nos pilares estratégicos de qualidade, segurança e eficácia para o tratamento eficaz dos pacientes.

O apoio de uma instituição, geralmente da qual o serviço do pesquisador faz parte, é fundamental para o bom andamento de uma pesquisa clínica, pois também será necessário contar com serviço de pronto atendimento, enfermarias para eventual necessidade de internação hospitalar, auxílio de outras especialidades médicas para diagnóstico e tratamento de prováveis intercorrências que o paciente

venha a apresentar no decorrer do estudo (Santini-Oliveira M. O pesquisador principal e a condução de estudos clínicos. In: Lousana G (Coord.). Pesquisa clínica no Brasil. Rio de Janeiro: Revinter, 2007.

Assim justifica-se tal projeto, mapeamento e redesenhos dos processos de compras, vez que o apoio do serviço de compras, como suporte a pesquisa clínica, ensino e assistência de referência, na área de doenças infecciosas, atende as necessidades do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI. Logo, pretende-se cooperar para o atendimento às exigências da pesquisa envolvendo seres humanos, no que se refere a que danos previsíveis possam ser evitados mediante a garantia de aquisição de insumos, na quantidade certa e no tempo adequado com eficiência e celeridade necessárias e evitar a descontinuidade no cuidado.

Objetivos Específicos:

- Expor as rotinas e ações inerentes à seção de Compras;
- Comparar as estruturas existentes em outros Institutos, bem como a literatura;
- Mapear os fluxos da seção de compras na interface com demais serviços do INI;
- Delinear as orientações, aos setores requisitantes, referente às aquisições de materiais e equipamentos, bem como a contratação de serviços e aquisição de bens e materiais;

Benefícios para o Instituto:

- Diminuição do desabastecimento;
- Melhoria da qualidade dos produtos;
- Celeridade nos processos;
- Evitar a descontinuidade do Cuidado Assistencial;
- Economicidade;
- Otimização de Recursos Financeiros;
- Confiabilidade interna e externa nos processos de Compras.

Stakeholders (Partes Interessadas)

- **Nome:** Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos

Cargo/Função: Diretora do INI Evandro Chagas

- **Nome:** Solange Siqueira Duarte dos Santos

Cargo/Função: Vice-diretora de Gestão

Prazos estimados:

Data Início: 23 /03/ 2017

Data Final: 31 /12/ 2017

Equipamentos, materiais e serviços para execução do Projeto:

Assessoria de Processos;

Software;

Recursos Humanos.

Equipe do Projeto: proposta do Gestor do Projeto

Nome	Unidade / Setor	Função
Michael Jacob Fagundes	Secom	Pregoeiro
Alexandre Gomes Vizzoni	CADIG	Coordenação Diagnóstica

1. Âmbito do problema:

O Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI), no estado do Rio de Janeiro, situado dentro do campus da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ foi o primeiro hospital e único do País a ser criado com o objetivo de desenvolver pesquisa. Quis seus idealizadores criar no estado um hospital no qual pudessem os doentes ser cuidadosamente estudados e convenientemente tratados à luz das mais recentes aquisições científicas. No ano de 1999 tornou-se uma Unidade Técnico-Científica da FIOCRUZ, com a denominação de Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas. Em 2002, constituiu-se como Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas - IPEC/FIOCRUZ, cuja missão era estudar as doenças infecciosas através de projetos de pesquisa e ensino interprofissionais, integrados a programas de atendimento, voltados para a recuperação, promoção e proteção da saúde e prevenção de agravos.

Assim, considerada a necessidade estratégica, com base em critérios sócio-epidemiológicos, e a possibilidade de pesquisar-se sobre uma doença, devem ser criadas condições para o atendimento aos respectivos clientes. Este foi o caso da AIDS, a partir de 1986; o mesmo se deu em relação a dengue, no mesmo ano de sua reintrodução no País, em 1986; de forma semelhante inicia-se a investigação de pacientes de HTLV, na década de 90, infecção viral humana identificada nos anos 80; em 1998 implanta-se o Serviço de Farmacocinética para ampliar os estudos terapêuticos e realizar ensaios de bioequivalência; no ano de 2000 se implementa o estudo de zoonoses incluindo-se o âmbito da medicina veterinária; e em 2001 a linha de oncoviroses ampliando interfaces com linhas já estabelecidas de HTLV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Hoje sua missão “contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira, através de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas”(2). Sua visão está na excelência, e devido a isto vem construindo um caminho de vivacidade, porém para tanto observa-se na administração uma descontinuidade nas formas e métodos administrativos, considerados empecilhos, que precisam ser transpostos.

A prestação de um serviço de excelência constitui, dentre outras coisas, a resolução de demandas vinculadas à burocracia, neste sentido, faz-se necessária, maior agilidade dos processos de trabalho, para o alcance de melhores resultados, garantindo não só a excelência nos serviços prestados aos clientes internos, como a população de modo geral.

Entende-se que a execução do projeto aplicativo, proporcionará uma maior eficiência e celeridade aos processos, além de se obter um serviço de excelência.

Ademais o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas encontra-se diante da imperativa necessidade de adequação as novas demandas regulatórias, Instrução Normativa nº 05/2017, do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, que diz:

Art. 1º As contratações de serviços para a realização de tarefas executivas sob o regime de execução indireta, por órgãos ou entidades da Administração Pública federal direta, autárquica e fundacional, observarão, no que couber:

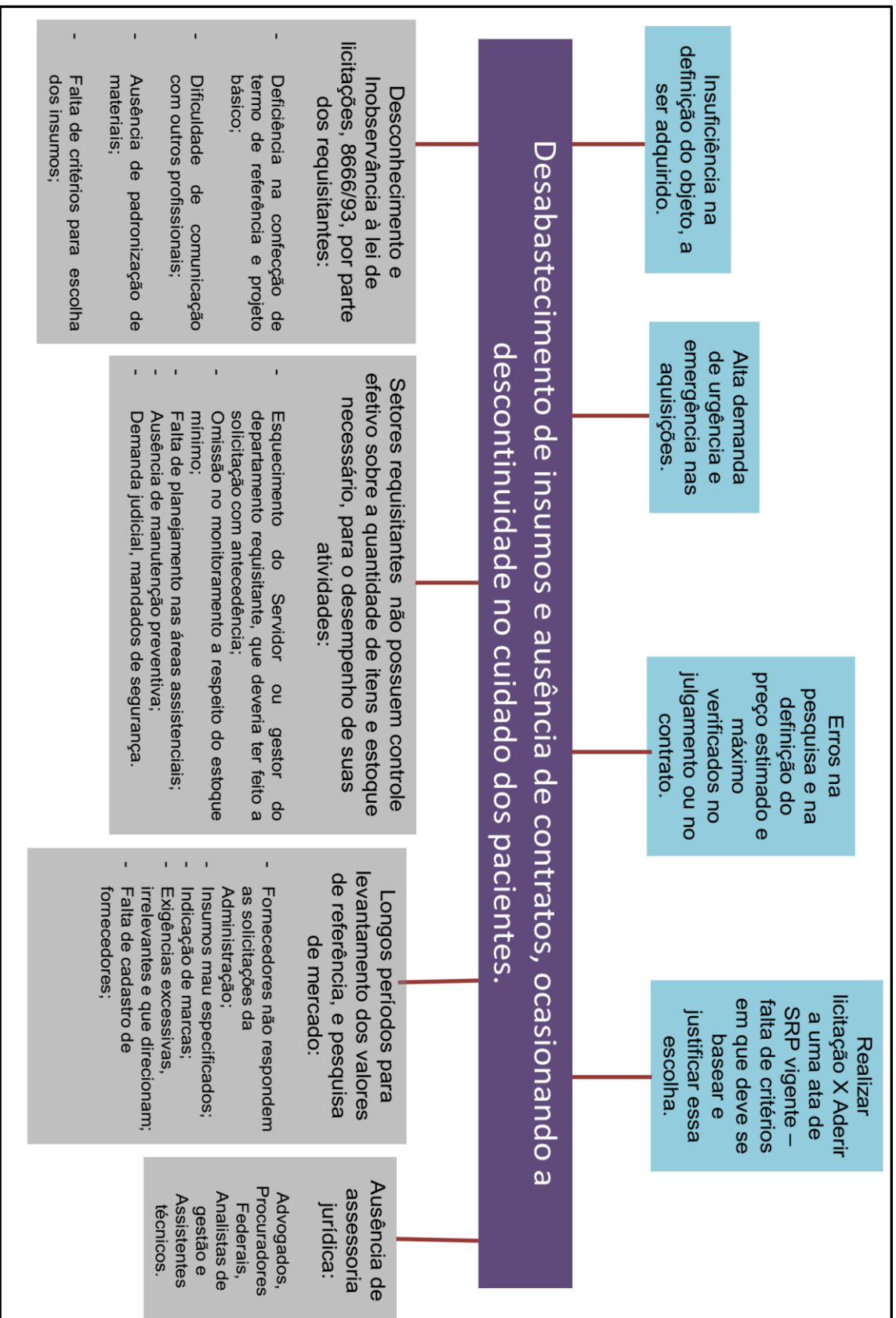
I - as fases de Planejamento da Contratação, Seleção do Fornecedor e Gestão do Contrato;

II - os critérios e práticas de sustentabilidade; e

III - o alinhamento com o Planejamento Estratégico do órgão ou entidade, quando houver.

Portanto, aborda a problemática desse estudo, qual seja, a morosidade, nas licitações, a conseqüente falta de insumos e a descontinuidade no cuidado dos pacientes, assim propõe se a aplicação do projeto afim de que considere se as hipóteses em que o Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas possa concretizar negócios jurídicos com seus fornecedores, com eficiência e confiabilidade, de acordo com a Lei 8.666/93, processando e conduzindo todas as ações de aquisição de material ou serviços, procurando alcançar o produto exato, na quantidade exata e nos prazos e locais pré-determinados, satisfazendo aos limites e princípios da legislação vigente, sempre com a escolha da proposta, mais vantajosa para a Administração e atendendo ao interesse público.

2. ÁRVORE DE PROBLEMAS:



APÊNDICE 2: PÔSTER PROJETO APLICATIVO

ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO HOSPITALAR

CURSO DE GESTÃO HOSPITALAR

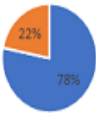
Autores: Michael Jacob Fagundes e Alexandre Gomes Vizzoni

MAPEAMENTO E REDESENHO DOS PROCESSOS DE COMPRAS

Justificativa	Objetivos
<p>O Serviço de Compras (SECOM) é responsável pela aquisição, de insumos e contratação de serviços utilizados nas atividades desenvolvidas pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, em pesquisa clínica, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas, deste modo o setor precisa amparar a pesquisa clínica, adquirindo materiais e contratando serviços, com base nos pilares estratégicos de qualidade, segurança e eficácia para o tratamento eficaz dos pacientes. Logo, pretende-se cooperar para o atendimento às exigências da pesquisa envolvendo seres humanos, no que se refere a que danos previsíveis possam ser evitados mediante a garantia de aquisição de insumos, na quantidade certa e no tempo adequado com eficiência e celeridade necessárias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mapear os fluxos da seção de compras na interface com demais serviços do INI; • Delinear as orientações aos setores requisitantes, referente às aquisições de materiais e equipamentos, bem como a contratação de serviços e aquisição de bens e materiais.
	Indicadores
	<ul style="list-style-type: none"> • Redução no número de compras urgentes e/ou emergenciais em $\geq 50\%$. • Percentual de itens adquiridos por licitação em $\geq 90\%$.

Plano de Ação

Ação	Desdobramento	Responsável	Rede de ajuda	Prazo	Status
Mapear os fluxos da seção de compras na interface com demais serviços do INI	Entrevista com os executores, desenho do Fluxo no Software indicado e validação do desenho como processo atual.	Equipe	Serviço de compras	Maio	Concluído
Delinear orientações aos diversos setores do INI, referente às aquisições de materiais e equipamentos, bem como a contratação de serviços e aquisição de bens e materiais.	Reunião com os requisitantes, delimitar as ações e validá-las.	Equipe	Serviço de compras	Setembro	Concluído
Comparar as estruturas existentes em outros Institutos federais.	Benchmarking HCFMUSP	Michael	Consultoria HSL	Julho	Concluído
Expor as rotinas e ações inerentes à seção de Compras.	Reunião com os requisitantes e Direção do Instituto	Equipe	Vice-direção de Gestão	Novembro	Em Conclusão

Resultados esperados	Conclusões
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do desabastecimento; • Melhoria da qualidade dos produtos; • Celeridade nos processos; • Economicidade e Otimização de Recursos Financeiros; • Confiabilidade interna e externa nos processos de Compras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da interface entre o setor requisitante e o serviço de compras após definição do fluxo de compras. • A orientação promovida pelo serviço de compras pode reduzir a alta demanda de compras urgentes oriundas dos setores. • Concentrar esforços para que a meta de 90% de itens adquiridos pela modalidade de licitação seja atingida.
Resultados obtidos até o momento	
<p>Percentual de itens adquiridos em licitação</p>  <p>■ Itens desertos e fracassados ■ Itens adquiridos</p>	

