



Planejamento Estratégico Situacional



2008/2009

© 2009 Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA

Hospital Geral Prado Valadares

Rua São Cristóvão, s/n - Centro

CEP: 45.203-110, Jequié – BA

E-mail: sesab.hgpv@saude.ba.gov.br

Home page: www.saude.ba.gov.br/hgpv

GOVERNO DA BAHIA
SECRETARIA ESTADUA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Gilmar Barros Vasconcelos¹
Reginaldo Mendes Santos²
Silvio Arcanjo Matos Filho³

JEQUIÉ
JANEIRO/2009

¹ Diretor Geral do Hospital Geral Prado Valadares – Jequié, Bahia

² Assessor da Comissão de Verificação de Prontuário e Auditoria Hospitalar do HGPV – Jequié, Bahia

³ Diretor Administrativo do Hospital Geral Prado Valadares e Professor do DS/UESB - Jequié, Bahia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

EQUIPE DE DIRETORES E COORDENADORES DE SERVIÇOS E UNIDADES DE PRODUÇÃO.....	07
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL – PES.....	09
ATENÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL.....	11
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO PRADO VALADARES E SUA METODOLOGIA.....	13
PERFIL.....	15
VALORES.....	16
MISSÃO.....	17
VISÃO.....	18
ANÁLISE DOS AMBIENTES.....	19
CATEGORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS POR LINHA DE AÇÃO.....	22
PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS POR LINHA DE AÇÃO.....	24
EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS PRIORIZADOS (ÁRVORE DE PROBLEMAS).....	25
MÓDULO OPERACIONAL POR OBJETIVO GERAL E LINHA DE AÇÃO.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

APRESENTAÇÃO

O Hospital Geral Prado Valadares se transforma e resgata seus valores a cada passo de uma gestão comprometida com a sua vocação de hospital terciário voltado para a área de assistência de alta complexidade, ensino e pesquisa. Salienta-se que o HGPV já presta importante papel enquanto instituição formadora de profissionais da saúde em parceria com duas Instituições de Ensino Superior e uma de Ensino Técnico além de possibilitar formação supervisionada por profissionais da casa de estágios extracurriculares, na cobertura assistencial tem também demonstrado a sua importância com mais de 10 mil atendimentos mensais e 800 internações.



Esta capacidade institucional tem demandado grande responsabilidade na condução dos avanços e inovações do hospital, diante disso se torna essencial adotar uma ferramenta capaz de catalisar as ações e as possibilidades internas dos trabalhadores bem como as demandas crescentes dos usuários do SUS e da sociedade civil.

O desenvolvimento do Planejamento Estratégico ancora em uma necessidade institucional de nortear as ações cotidianas dentro do imaginário de quem faz as coisas acontecer e de quem protagoniza a mudança, os trabalhadores do hospital.

Para isto foram realizados 13 encontros com a participação de servidores e dos responsáveis pelas diversas unidades de produção do hospital, tanto da área administrativa quanto da assistencial.

Desse trabalho de grande dimensão que duraram 11 meses de construção de saberes e discussão de experiências multiprofissionais surgiu esta primeira versão do Planejamento Estratégico Situacional do Hospital, a qual servirá de condutor para atingir 8 macro-objetivos que através destes e para estes, serão atingidos muitos outros.

Gilmar Barros Vasconcelos
Diretor Geral do HGPV

1. EQUIPE DE DIRETORES E COORDENADORES DE SERVIÇOS E UNIDADES DE PRODUÇÃO

Gilmar Barros Vasconcelos – Diretor Geral
Fernando Vieira Costa - Diretor Técnico
Hugo Felipe Rauen - Diretor Clínico Interino e do Serviço de Cirurgia
Rita Adriana Britto Santos - Diretora do Serviço de Enfermagem
Sílvio Archanjo Matos Filho - Diretor Administrativo

DIRETORES DE SERVIÇOS

Cintia Margaret Lucchini de Matteo – Diretor do Serviço de Anestesia
Elano Frederick Soares Arruda Andrade - Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional
Fernanda Dalla Costa - Diretora do Serviço de Urgência e Emergência
Frederico Giorgio de Souza e Azevedo Medrado - Diretor do Serviço de Endoscopia Digestiva
Herbert Lacrose Almeida - Diretor do Serviço de Clínica Médica
Idália do Eirado Ribeiro de Almeida - Diretora Serviço de Neonatologia
Ivonildo Calheira Pereira - Diretor Serviço de Oftalmologia
João Roberto Souza Araujo – Diretor do Serviço de Anatomia Patológica
Jorge Luiz Rubbo Abdo - Diretor Serviço de Cirurgia Ortopédica e Traumatologia
Luiz Claudio Teixeira Rezende - Diretor do Serviço de Terapia Intensiva
Márcio Resende Archanjo – Responsável Técnico pela UTI

COORDENADORES DA ÁREA DE ASSISTÊNCIA

Ana Patrícia do Espírito Santo – Coordenadora do Serviço Social
Claudia Maria Tetê da Silva – Coordenadora de Humanização
Gabriela Araújo Barbosa – Coordenadora da Equipe de Internação Domiciliar
Gilvan Santos Rodrigues – Coordenador da Psiquiatria
Gisele Duarte Lordelo – Coordenadora de Terapia Ocupacional
Liane Oliveira Souza Gomes – Coordenadora do Pronto Socorro
Linalva Oliveira Santos – Coordenadora da Unidade Obstétrica
Maria da Conceição Quirino dos Santos – Coordenadora do Centro Cirúrgico e CME
Marla Sampaio Cafezeiro Suzarte Almeida – Coordenadora da Unidade Neonatal
Patrícia Villar Moreira – Coordenadora do Serviço de Psicologia
Rita de Cássia Santos Barros – Coordenadora de Fisioterapia
Rosilda Barros Oliveira – Coordenadora da Pediatria
Sinara Sandes Menezes – Coordenadora da Clínica Médica
Thaís Larissa de Oliveira Santos – Coordenadora da UTI
Thiago Machado Pinto – Coordenador de Bioimagem

COORDENADORES DA ÁREA TÉCNICA

Agnes Claudine Fontes De La Longuiniere - Coordenadora da CIHDOTT
Edelmar Nogueira Leite – Coordenador de Farmácia Hospitalar
Gabriela de Novaes Rebouças Bulcão – Ouvidora Titular
Gildásia Silva do Espírito Santo – Coordenadora da Unidade de Coleta e Transfusão
Juliana da Silva Oliveira – Coordenadora do Serviço de Higienização e Lavanderia
Meirinha Alves Domingos – Coordenadora do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
Orlando Santos Souza Junior – Coordenador de Laboratório
Reginaldo Mendes Santos – Assessor da Comissão de Avaliação de Prontuário e Auditoria Hospitalar
Roberta Laise Gomes Leite Morais – Coordenadora da CCIH
Sandra Maria Brito Barreto – Coordenadora do Serviço de Nutrição e Dietética

COORDENADORES DA ÁREA ADMINISTRATIVA

Alan Santos Chaves – Coordenador de Finanças

Daniel Cruz Lacerda – Coordenador de Segurança

Dilnadson Celestino da Silva – Coordenador de Almoxarifado

Evaldo de Jesus Silva – Coordenador de Manutenção

Gilvania Silva Amaral – Secretária

Jaciara Barbosa Silva – Administradora Hospitalar

Jodeenes Maria Santos da Silva – Pregoeira Oficial

Marcos Jefson Santos Ferreira – Coordenador de Planejamento e Compras

Noelita de Jesus Oliveira – Coordenadora do PABX

Paulo Vitor Gomes Benevides – Coordenador de Faturamento Hospitalar/AIH

Robson Luiz Almeida de Oliveira – Coordenador do SAME

Rosana Pires de Holanda – Secretária

Saulu Santos Meira – Coordenador de Informática

Taís Fabianne Mendes Nascimento – Coordenadora de Recursos Humanos

Theodomiro Ribeiro Fonseca Neto – Coordenador de Pessoal e Assessor

Wildes Almeida dos Santos - Secretária da CCIH

2. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL - PES

Segundo CIAMPONE & PEDUZZI (1999) Carlos Matus é o fundador deste método desenvolvido como reação ao insucesso do planejamento tradicional ou normativo no governo Aliende, no Chile, a partir da experiência do autor como ministro, que no exílio elabora as primeiras reflexões a respeito, gerando posteriormente um livro denominado “Adeus Senhor Presidente”, MATUS tinha sólida formação materialista histórica dialética.

Entende-se que o planejamento tem relação intrínseca com o processo de “governabilidade” já que este precede e preside a ação no espaço do “jogo social”, aumenta a perícia pessoal que envolve capital intelectual e capital de experiência de articulação política. Assim é evidenciada uma proposta política com respaldo técnico.

O Planejamento Estratégico Situacional é voltado para a resolução de problemas - “algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas”.

Segundo CIAMPONE & PEDUZZI (1999) MATUS sintetiza os quatro momentos do PES como:

1. **Momento explicativo**, onde a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscando a compreensão mais ampla de porque estes ocorrem e identificando-se os nós críticos;
2. **Momento normativo**, que inclui a identificação dos atores que fazem parte do problema; a identificação dos recursos que esses atores dispõem para controlar as operações e o peso de cada ator; a projeção de cenários onde são mapeadas as variáveis de teto (as melhores possibilidades), as variáveis de centro e as de piso (as piores possibilidades); projetar cada uma das operações pensadas nos três cenários; construir a árvore de apostas;
3. **Momento estratégico**, busca responder quais as operações do plano são viáveis ou inviáveis; que possíveis reações cada ator envolvido no problema terá e como construir a viabilidade para as ações inviáveis;
4. **Momento tático operacional**, é o momento de implementação das ações propostas. Considera-se que a ação exige um cálculo que completa o plano. É necessário fazer a mediação do plano na realidade, isto é, adequá-lo diante das situações que se apresentam.

O planejamento estratégico é caracterizado por:

- O sujeito que planeja faz parte da realidade juntamente com outros atores;
- Admite-se que não há uma realidade única estática, avançando-se para o entendimento da mesma no que diz respeito à superação da visão da multicausalidade para uma teoria explicativa pautada na determinação social;
- Admite-se que não há neutralidade e que o planejamento tem uma dimensão política, além da dimensão técnica;
- É histórico e identifica-se com o “pode ser”;
- Trabalha com a visão dialética situacional-estratégica;
- Reconhece e trabalha com o conflito e relações de poder.

3. ATENÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

É importante transcrever na íntegra parte da introdução do Projeto: Pequenos Hospitais: uma estratégia alternativa de organização e financiamento elaborado em versão preliminar de 29/04/04 pela Coordenação de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde, na qual aborda de forma muito clara a Atenção Hospitalar no Brasil, conforme se segue:

“A Atenção Hospitalar tem sido um dos principais pontos de debate acerca da assistência no Sistema Único de Saúde. Os hospitais têm evidente importância na organização da rede de serviços, seja pelo tipo de serviços ofertados, pela sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar.

Além desses aspectos, a constituição histórica de um modelo de organização da saúde hospitalocêntrico vem reforçando a supervalorização dos hospitais também enquanto espaços de produção de conhecimento na área biomédica, bem como para a prática de ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção à saúde.

Se considerarmos o fato dessas instituições lidarem predominantemente com pessoas agudas e/ou gravemente enfermas e com risco de morte, os hospitais adquirem ainda maior visibilidade, inclusive sob a perspectiva dos usuários, o que pode ser facilmente percebida pela grande e dramática exploração feita pela mídia com respeito a esses serviços.

Do ponto de vista organizacional, a resultante dessa sobrevalorização das unidades hospitalares é um isolamento destas em relação ao sistema de saúde, tanto no que se refere ao dimensionamento e adequação da sua oferta de serviços, como também com relação às medidas de regulação do sistema e de avaliação dos resultados obtidos e sua eficiência.

O Brasil possui uma rede hospitalar bastante heterogênea do ponto de vista de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, com grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte, com claro desequilíbrio regional e favorecimento das regiões sul e sudeste do país.

Vivemos um momento em que é preciso em muito avançar na direção de uma maior resolubilidade dos serviços prestados. Por um lado, há a necessidade da melhoria organizativa do sistema como um todo, ampliando o acesso, facilitando a utilização dos serviços de saúde

através da articulação responsável e racional dos serviços, da desburocratização e descentralização das ações.

De outro lado, é preciso haver mudanças conceituais no foco da atenção prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e a centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde, para um modelo de cuidado centrado nas efetivas necessidades de saúde do usuário, contemplando suas relações e espaços de vida, bem como a sua qualidade.

Qualificar a atenção prestada aos usuários do SUS tem sido um dos grandes imperativos enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro a partir da década de 90, após ter passado por uma radical descentralização e municipalização de seus serviços. Maior volume de recursos administrados de maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços.

Sabe-se ainda que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento local das unidades hospitalares podem produzir avanços significativos em direção à superação da crise do sistema hospitalar no país. É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação dos sistemas de saúde, ao mesmo tempo em que se instrumentaliza os dirigentes hospitalares para um melhor gerenciamento dos hospitais vinculados à rede pública de saúde.

O entendimento deste contexto sob a ótica da proposta de gestão impõe um reordenamento e redefinição de políticas para a atenção hospitalar no Brasil tendo como princípios básicos a busca contínua da maior eficiência; a participação ampla de todos os interessados, inclusive usuários, e a total transparência na condução dos trabalhos e tomadas de decisão.”

4. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO PRADO VALADARES E SUA METODOLOGIA

O Planejamento estratégico é uma das ferramentas de gestão adotadas pela direção do Hospital Geral Prado Valadares. A partir de então o hospital passa a contar com um documento elaborado no decorrer de 13 encontros realizados com a participação de servidores e dos responsáveis pelas diversas unidades de produção, tanto da área administrativa quanto da assistencial. Aos encontros estiveram presentes médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos administrativos, funcionários da higienização e lavanderia, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos em radiologia, bioquímicos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfim, foram encontros multidisciplinares e multiprofissionais, proporcionando visões transversais de um mesmo problema.



Os encontros de Planejamento Estratégico iniciaram no mês de fevereiro, depois de uma reestruturação administrativa do hospital e também de uma vivência de 11 meses de gestão hospitalar experimentada pela equipe do novo governo da Bahia. Durante este tempo inicial os coordenadores e diretores tiveram a oportunidade de conhecer melhor os problemas, de solucionar ou amenizar parte deles e de compreender como agir estrategicamente para superar as dificuldades gerenciais.

Partindo desse pressuposto a gestão se sentiu apta a iniciar o processo de Planejamento Estratégico Situacional no HGPV. O primeiro encontro ocorreu em 13/02/08, quando foi apresentado o projeto aos coordenadores de Unidades de Produção, bem como os objetivos propostos em um seminário quando foi socializado o Projeto. A partir desse momento foram definidos Valores, Missão, Perfil e Visão do HGPV. Em encontros seguintes foi realizada análise do ambiente - análise situacional dos fatores internos (pontos fortes e fracos) e externos (oportunidades e ameaças), fatores críticos do ambiente interno e externo. Momento este que foi realizada a revisão da missão/visão.

A Missão é a razão de ser de uma instituição; representa o negócio em que ela se encontra. É o papel desempenhado pela instituição em seu negócio. A Missão visa comunicar interna e externamente o propósito de seu negócio. Define o que ela é e o que ela faz.

Visão é a imagem compartilhada daquilo que os administradores da instituição querem que ela venha a ser no futuro. A Visão funciona como uma bússola da instituição, mostrando ao mundo

a direção na qual a instituição está caminhando. Representa as maiores esperanças e os mais expressivos sonhos da instituição.

Além disso, foi construída a Declaração de Valores do HGPV, que é a identificação das crenças e princípios que orientam a instituição, que guiam as suas atividades e operações.

A partir desse momento os problemas levantados foram categorizados em 8 linhas de ação em função da análise dos pontos fracos internos e em função dos novos desafios colocados para a Gestão do Hospital.

Depois de categorizados em linhas de ação foi priorizado um problema de cada linha de ação e a partir daí foram construídas as árvores de problemas definindo suas causas e conseqüências e somente depois disso foram definidos macro-objetivos ou objetivos gerais e específicos e formuladas as ações e para atingir os objetivos estratégicos, compatíveis com o orçamento da Unidade, quando também foi definido um indicador para cada ação, o prazo e o responsável por realizá-la.

Os encontros tiveram carga horária mínima de quatro horas de duração, e foram ampliados até conclusão da primeira etapa de planejamento em 12/01/09.

Nesse momento o Plano está sendo implementado por todos os setores e áreas do Hospital como subsídio ao Planejamento Tático e Operacional.

Em março será realizada uma primeira análise dos indicadores definidos no Planejamento Estratégico para mensurar e avaliar os resultados, adotar ações corretivas, replanejar e tomar decisões.

Com o PES esperam-se os seguintes resultados: MELHORAR PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES; MELHORAR A COMUNICAÇÃO; AUMENTAR A CAPACIDADE GERENCIAL PARA TOMAR DECISÕES; PROMOVER UMA CONSCIÊNCIA COLETIVA; PROPORCIONAR UMA VISÃO DE CONJUNTO; MAIOR DELEGAÇÃO; DEFINIR DIREÇÃO ÚNICA PARA TODOS; ORIENTAR PROGRAMAS DE QUALIDADE; MELHORAR O RELACIONAMENTO DA ORGANIZAÇÃO COM SEU AMBIENTE INTERNO E EXTERNO.



5. PERFIL

Hospital Geral de abrangência regional, com capacidade de 200 leitos, com atendimento de Urgência e Emergência e internação nas especialidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria e Terapia Intensiva tipo II.



6. VALORES

Ética e cidadania
Interdisciplinaridade
Compromisso e respeito com a vida



7. MISSÃO

Prestar assistência humanizada, integral, equânime e universal.

8. VISÃO

Ser um hospital de referência para o Sistema Único de Saúde prestando serviços de excelência.



9. ANÁLISE DOS AMBIENTES

AMBIENTE EXTERNO: AMEAÇAS.

1. Baixa cobertura de Tecnologia da Informação no Hospital.
2. Morosidade na realização de investimentos (manutenção predial e atualização tecnológica).
3. Discrepância entre a demanda e a capacidade instalada (única referência regional de urgência/emergência e internação de maior complexidade).
4. Precariedade da rede pública de saúde regional (falta do modelo alternativo de atenção voltado para a prevenção, falta de regionalização e hierarquização do atendimento e regulação).
5. Forte cultura hospitalocêntrica com grande volume de atendimento que deveria ser direcionado à rede básica (incompatíveis com o perfil assistencial do Hospital).
6. Co-responsabilização e integração de gestores municipais do SUS insuficiente ou inexistente.
7. Processos administrativos burocráticos e morosos (RH, Materiais).
8. Dificuldade de entendimento da comunidade sobre o papel do Hospital.
9. Presença marcante de políticos locais tentando facilitar atendimento de usuários a revelia dos princípios de universalidade e equidade.
10. Insuficiências de especialidades médicas na região para contratação a exemplo de anesthesiologia, cirurgia, terapia intensiva, pediatria, neonatologia, etc.
11. Inexistência de regulação de leitos loco-regional.

AMBIENTE EXTERNO: OPORTUNIDADES

1. Satisfação dos usuários.
2. Reconhecimento regional pela comunidade da qualidade dos serviços prestados no âmbito da assistência e ensino.
3. Tornar-se Hospital de Ensino articulado com a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) com a implantação do Curso de Medicina em Jequié.
4. Participação no estabelecimento de políticas de saúde e ensino com as demais esferas (municipais, estaduais, federais) compatibilizando com instituições públicas, filantrópicas e privadas.
5. Efetividade da Política de Humanização do Ministério da Saúde no Hospital.
6. Adesão ao processo de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde e ONA.
7. Contribuição da UESB no âmbito científico-educacional.

AMBIENTE INTERNO: PONTOS FRACOS

1. Produção de serviços de saúde com qualidade insuficiente.
2. Estruturas físicas inadequadas e com algumas dificuldades de integração, faltam salas para implantação de novos setores, sala de estudos, etc.
3. Mobiliários e equipamentos precários e insuficientes;
4. Princípios da Humanização não incorporados nos processos de trabalho.
5. Profissionalização insuficiente de coordenadores de Unidade de Produção em diversos níveis hierárquicos.

6. Falta de gerenciamento de custos para racionalização de recursos e otimização de resultados.
7. Política incipiente de Recursos Humanos e Educação Permanente.
8. Dificuldades de Gestão dos Processos de Trabalho.
9. Política de Saúde do Trabalhador do Hospital incipiente.
10. Protocolos assistenciais e rotinas das unidades de trabalho insuficientes e não oficiais.
11. Falta de comprometimento de alguns profissionais e servidores para melhor assistência e processo de trabalho.
12. Cultura organizacional com visões corporativas e dificuldade de entrosamento entre as profissões.
13. Tecnologia da Informação com baixa cobertura (quase inexistente).
14. Falta de sistemas de informação para melhorar os processos de faturamento hospitalar, controle de almoxarifado, farmácia, etc.
15. Informações Assistenciais e Gerenciais insuficientes e sem indicadores.
16. Manutenção preventiva predial precária.
17. Manutenção preventiva de equipamentos precária.
18. Dificuldades de estruturação de área para gestão de arquivos (documentos, prontuários, etc.).
19. Interposição e desvio de competências de algumas categorias profissionais;
20. Laboratório (hematologia e bioquímica manual, inexistência de imunologia e hemogasometria com custo alto).
21. Inexistência de Laboratório de microbiologia.
22. Ações de Vigilância Epidemiológica (incipientes ou insuficientes para o fluxo de pacientes com agravos de notificação compulsória).
23. Clínica Cirúrgica (insuficiente para a demanda atual).
24. Longa permanência de pacientes (especialidade cirúrgica ortopédica).
25. Longa permanência de pacientes com patologias crônicas, principalmente Câncer.
26. Desassistência por conta do Serviço inativo de Cirurgia Ortopédica.
27. Dificuldades de planejamento pelos Setores (compras, serviços, atividades, ações, etc.).
28. Transporte para pacientes (frota sucateada e insuficiente).
29. Falta de planejamento das compras com antecedência – levando em conta os prazos legais para aquisição.
30. Rede de Gases da UTI, Unidade Neonatal e outras (sub-dimensionada e insuficientes).
31. Comunicação (não efetiva entre os setores; conflito de informação).
32. Serviço de Neurocirurgia (inexistente).
33. Falta de definição de práticas e competências profissionais.
34. Inexistência de Serviço de Internação Domiciliar para desafogar leitos ocupados com pacientes crônicos e de longa permanência.
35. Fragmentação do cuidado;
36. Quadro funcional (necessita recomposição em algumas áreas/atividades profissionais).
37. Plano de Gerenciamento de Resíduos (inexistente).

Obs: Os problemas em cinza já foram solucionados.

AMBIENTE INTERNO: PONTOS FORTES

1. Multidisciplinaridade e magnitude de serviços assistenciais oferecidos à comunidade.
2. Oferecimento de campo de estágio enriquecedor do ponto de vista científico proporcionando desempenho positivo dos alunos inseridos no mercado de trabalho.
3. Campo de pesquisa pra produção científica relevante de discentes e docentes das Faculdades e Universidade.

4. Desenvolvimento da Política Nacional de Humanização e possibilidade de Acreditação num futuro breve (benefício institucional e sistêmico para qualificação do hospital).
5. Oportunidade de aperfeiçoamento profissional decorrente do desenvolvimento da Educação Permanente.
6. Dinamismo, comprometimento e esforço pessoal de parte dos profissionais com resultados positivos na assistência, gestão e ensino.
12. Existência de referências de pacientes do HGPV para Hospitais da Rede Estadual.
13. Processo de automatização do Laboratório em trâmite;
14. Realização de Contra-referência (em processo de implantação);
15. Hospital com perfil regional propício à redefinição enquanto hospital terciário;
16. Quadro funcional suficiente de Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Técnicos em Radiologia, Assistentes Sociais e Nutricionistas.

10. CATEGORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS POR LINHA DE AÇÃO

1. Melhoria da Infra-estrutura

- **Estrutura Física Inadequada – Construções antigas que não atendem às normatizações, ao perfil epidemiológico local e ao crescimento populacional. De acordo com a RDC 50/ANVISA e a PNH, os espaços físicos das unidades de produção de serviços não atendem satisfatoriamente as normas, nos seguintes itens: o dimensionamento mínimo em m² por leito, a ambiência, climatização, fluxo, acesso (todos os pacientes entram pela mesma porta de entrada, seja ele ambulatorial ou de emergência), o que dificulta o processo de trabalho.**
- Manutenção predial precária;
- Dificuldades de estruturação de área para gestão de arquivos (documentos, prontuários, etc.).
- Clínica Cirúrgica (insuficiente para a demanda atual).
- Inexistência de Laboratório de Microbiologia;
- Insuficiência de espaço para armazenamento de materiais e medicamentos (Almoxarifado).

2. Aquisição de Equipamentos;

- **Mobiliários e equipamentos precários e insuficientes;**
- Morosidade na realização de investimentos (manutenção predial e atualização tecnológica).
- Manutenção preventiva precária de equipamentos).
- Obstetrícia com estrutura imprópria para o atendimento da lei do acompanhante da mulher em trabalho de parto (RDC 36).
- Laboratório (hematologia e bioquímica manual, inexistência de imunologia e microbiologia e hemogasometria com custo alto).
- Cirurgia Ortopédica (serviço inativo).
- Transporte para pacientes (frota sucateada e insuficiente).
- Rede de Gases da UTI, Unidade Neonatal e outras (sub-dimensionada e insuficientes).
- Plano de Gerenciamento de Resíduos (inexistente).

3. Informatização e descentralização da Informação em Saúde;

- **Inexistência de informatização dos processos de trabalho das Unidades de Produção;**
- Baixa cobertura de Tecnologia da Informação no Hospital;
- Falta de gerenciamento de custos para racionalização de recursos e otimização de resultados.
- Tecnologia da Informação com baixa cobertura (quase inexistente; falta de sistemas de informação para melhorar os processos de faturamento hospitalar, controle de almoxarifado, farmácia, etc.).
- Informações Assistenciais e Gerenciais insuficientes e sem indicadores.
- Ações de Vigilância Epidemiológica (incipientes ou insuficientes para o fluxo de pacientes com agravos de notificação compulsória).

4. Gestão de Processo de Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos com vistas à Humanização do Cuidado em Saúde;

- **Política incipiente de Recursos Humanos e Educação Permanente.**
- Princípios da Humanização não incorporados nos processos de trabalho.
- Produção de serviços de saúde com qualidade insuficiente.
- Profissionalização insuficiente de Coordenadores de Unidades de Produção.
- Dificuldades de Gestão dos Processos de Trabalho.
- Política de Saúde do Trabalhador do Hospital incipiente.
- Protocolos assistenciais e rotinas das unidades de trabalho insuficiente e não oficiais.
- Falta de comprometimento de alguns profissionais e servidores para melhor assistência e processo de trabalho;
- Cultura organizacional com visões corporativas e dificuldade de entrosamento entre as profissões.
- Interposição e desvio de competências de algumas categorias profissionais;

- Falta de planejamento pelos Setores (compras, serviços, atividades, ações, etc.).
 - Fragmentação do cuidado;
 - Quadro funcional deficitário (necessita recomposição em algumas áreas/atividades profissionais).
- 5. Fortalecimento da Gestão da Unidade e do SUS;**
- **Profissionalização insuficiente de coordenadores de Unidades de Produção.**
 - Co-responsabilização e integração de gestores municipais do SUS insuficiente ou inexistente.
 - Processos administrativos burocráticos e morosos (RH, Materiais).
 - Falta de gerenciamento de custos para racionalização de recursos e otimização de resultados.
 - Cultura organizacional com visões corporativas e dificuldade de entrosamento entre as profissões.
 - Falta de planejamento das compras com antecedência – levando em conta os prazos legais para aquisição.
 - Plano de Gerenciamento de Resíduos inexistente.
- 6. Regulação da Assistência e do acesso de usuários como estratégia de Humanização da Assistência;**
- **Superlotação do Hospital (especialmente da Emergência).**
 - Inexistência de regulação de leitos loco-regional.
 - Discrepância entre a demanda e a capacidade instalada (única referência regional de urgência/emergência e internação de maior complexidade).
 - Precariedade da rede pública de saúde regional (falta do modelo alternativo de atenção voltado para a prevenção, falta de regionalização e hierarquização do atendimento e regulação).
 - Forte cultura hospitalocêntrica com grande volume de atendimento que deveria ser direcionado à rede básica (incompatíveis com o perfil assistencial do Hospital).
 - Presença marcante de políticos locais tentando facilitar atendimento de usuários a revelia dos princípios de universalidade e equidade.
 - Longa permanência de pacientes da especialidade cirúrgica ortopédica.
 - Longa permanência de pacientes com patologias crônicas, principalmente Câncer.
- 7. Ampliação da oferta de serviços como estratégia de garantia da integralidade da assistência;**
- **Dificuldade de acesso a procedimentos de Alta Complexidade (especialmente nas áreas Neurocirúrgica, Cardiovascular, Hemodinâmica, Ortotrauma e Oncológica).**
 - Desassistência por conta do Serviço de Cirurgia Ortopédica inativo.
 - Discrepância entre a demanda e a capacidade instalada (única referência regional de urgência/emergência e internação de maior complexidade).
 - Insuficiências de especialidades médicas na região para contratação a exemplo de anestesiologia, cirurgia, terapia intensiva, pediatria, neonatologia, etc.
 - Laboratório (hematologia e bioquímica manual, inexistência de imunologia e hemogasometria com custo alto).
 - Inexistência de Laboratório de microbiologia.
 - Clínica Cirúrgica insuficiente para a demanda atual.
 - Longa permanência de pacientes da especialidade cirúrgica ortopédica.
 - Longa permanência de pacientes com patologias crônicas, principalmente Câncer.
 - Inexistência do Serviço de Internação Domiciliar.
- 8. Programa de Comunicação.**
- **Alguns princípios da Política Nacional de Humanização não incorporados aos processos de trabalho.**
 - Presença marcante de políticos locais tentando facilitar atendimento de usuários a revelia dos princípios de universalidade e equidade.
 - Cultura organizacional com visões corporativas e dificuldade de entrosamento entre as profissões.
 - Comunicação (não efetiva entre os setores; conflito de informação).

Obs: Em negrito são os problemas priorizados.

11. PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS POR LINHA DE AÇÃO

LINHA DE AÇÃO	PROBLEMA PRIORIZADO
1. Melhoria da infraestrutura Hospitalar;	Estrutura Física Inadequada.
2. Ampliação e renovação do parque de Equipamentos;	Insuficiência de equipamentos.
3. Informatização e descentralização da Informação em Saúde;	Inexistência de informatização dos processos de trabalho.
4. Gestão de Processo de Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos com vistas à Humanização do Cuidado em Saúde;	Política incipiente de Recursos Humanos e Educação Permanente.
5. Fortalecimento da Gestão da Unidade;	Profissionalização insuficiente de coordenadores de Unidades de Produção.
6. Regulação da Assistência e do acesso de usuários como estratégia de Humanização da Assistência;	Superlotação do Hospital (especialmente da Emergência).
7. Ampliação da oferta de serviços como estratégia de garantia da integralidade da assistência;	Dificuldade de acesso a procedimentos de Alta Complexidade (especialmente nas áreas Neurocirúrgica, Cardiovascular e Oncológica).
8. Programa de Comunicação.	Alguns princípios da Política Nacional de Humanização não incorporados aos processos de trabalho das Unidades de Produção.

12. EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS PRIORIZADOS (ÁRVORE DE PROBLEMAS)

CAUSAS

- Falta de modernização nas estruturas prediais de acordo com as normatizações existentes/ Políticas de saúde atual/ Crescimento populacional. Obs.: A capacidade instalada das unidades não correspondem à demanda dos serviços prestados e não acompanharam a mudança do perfil assistencial, como também a evolução das políticas de saúde.
- Falta de alteração da estrutura física, para a ampliação de serviços. As demandas da população, do Ministério Público e da SESAB, impõem a implantação de novos serviços sem o devido planejamento prévio e execução das reformas necessárias às unidades.
- Insuficiência de orçamento para atender as demandas locais.
- Ausência de planejamento das unidades em consonância com as prioridades demandadas pelo nível central.
- Priorização de orçamento.
- Burocracia dos processos licitatórios.

Problema 01: Estrutura Física Inadequada – Construções antigas que não atendem às normatizações, ao perfil epidemiológico local e ao crescimento populacional. De acordo com a RDC 50/ANVISA e a PNH, os espaços físicos das unidades de produção de serviços não atendem satisfatoriamente as normas, nos seguintes itens: o dimensionamento mínimo em m² por leito, a ambiência, climatização, fluxo, acesso (todos os pacientes entram pela mesma porta de entrada, seja ele ambulatorial ou de emergência), o que dificulta o processo de trabalho.

CONSEQUÊNCIAS

- Superlotação das unidades;
- Insatisfação do usuário;
- Acomodações inadequadas;
- Dificuldades nos processos de trabalho;
- Redução da produtividade;
- Restrição à abertura de novos serviços;
- Desobediência às normas da Vigilância Sanitária;
- Baixa qualidade da assistência.

CAUSAS

- Falta de manutenção preventiva;
- Ausência de renovação do parque de equipamentos;
- Escassez de recursos financeiros;
- Processo de aquisição de equipamentos centralizado na SESAB;
- Má utilização dos equipamentos devido ao desconhecimento, bem como ausência de compromisso, treinamento, ética profissional, fiscalização e medidas disciplinares dos gestores;
- Aquisição de equipamentos de baixa qualidade;
- Quantidades de equipamentos insuficientes para a demanda, causando sobrecarga e redução da vida útil do produto.

Problema 02: Insuficiência de equipamentos.**CONSEQUÊNCIAS**

- Desgaste precoce;
- Diminuição da vida útil do equipamento;
- Aumento dos gastos com manutenção corretiva;
- Dificuldade nos processos de aquisição
- Diminuição da eficácia e da eficiência dos processos de trabalho da unidade;
- Interrupção de serviços para a comunidade;
- Aumento da doença ocupacional;
- Interferências no relacionamento interpessoal;
- Diminuição da produtividade da unidade;
- Insatisfação dos usuários e trabalhadores;
- Construção de uma imagem negativa da unidade;
- Ônus para o serviço público devido à recompra.

CAUSAS

- Insuficiência de Computadores nas Unidades de Produção
- Ausência de sistema de informação apropriado para a área assistencial e gerencial (prontuário eletrônico);
- Inexistência de rede de dados em todas as Unidades de Produção;
- Ausência de capacitação em informática dos recursos humanos;
- Resistência de alguns profissionais para as mudanças dos processos de trabalho;
- Falta de aptidão de alguns profissionais.

Problema 03: Inexistência de informatização dos processos de trabalho.**CONSEQUÊNCIAS**

- Morosidade nos processos de trabalho;
- Retrabalho;
- Aumento da possibilidade da ocorrência de erros;
- Perda de produtividade;
- Diminuição da qualidade da assistência;
- Aumento da carga de trabalho;
- Geração de indicadores incompatíveis com o perfil assistencial (epidemiológicos, financeiros, produção, etc.);
- Geração de Dados imprecisos;
- Dificuldade de gerenciamento de custos e do processo de trabalho.

CAUSAS

- Ausência de núcleo de educação permanente;
- Desmotivação de alguns profissionais;
- Inexistência de carga horária específica /destinada a atividades de educação permanente (dentro da escala);
- Ausência de espaço físico e equipamentos áudio-visuais para realização das atividades de educação permanente;
- Ausência de recurso financeiro na unidade destinado a capacitação (para custear palestrante externo);
- Ausência e articulação entre ensino-assistência;
- Insuficiência de Protocolos Assistenciais e Rotinas das Unidades de Produção.

Problema 04: Política incipiente de Recursos Humanos e Educação Permanente.**CONSEQUÊNCIAS**

- Existência de Profissionais pouco preparados e desmotivados;
- Diminuição na qualidade da assistência;
- Ausência de padronização de procedimentos;
- Dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais.

CAUSAS

- Falta de capacitação permanente dos coordenadores na sua área de atuação e na área administrativa hospitalar;
- Falta de definição das funções e responsabilidades de cada coordenador;
- Falta de condições ideais de trabalho;
- Falta de compromisso de alguns coordenadores;
- Falta de motivação de alguns coordenadores;
- Falta de harmonia entre as diversas coordenações;
- Falta de conhecimento dos Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Problema 05: Profissionalização insuficiente de alguns coordenadores de Unidades de Produção.**CONSEQUÊNCIAS**

- Inoperância do processo de trabalho com baixa da produtividade;
- Baixa resolutividade da Unidade de Produção;
- Gasto elevado de recursos da Unidade;
- Supervalorização de problemas da sua Unidade de Produção;
- Demora dos trâmites dos processos administrativos;
- Baixa da qualidade da assistência;
- Insatisfação dos Usuários.

CAUSAS

- Inexistência de regulação de leitos loco-regional;
- Insuficiência de leitos intra-hospitalar;
- Ineficiência no Planejamento da Pactuação de Leitos e Procedimentos com os municípios;
- Baixa resolutividade da Atenção Básica e da Média Complexidade;
- A Rede Conveniada não absorve as internações que geram custos mais elevados na internação;
- O HGPV é a única referência regional para Obstetrícia;
- O Pronto Atendimento do Município é insuficiente para a demanda loco-regional;
- Falta de conhecimento pela população acerca dos serviços prestados pelo Hospital e atenção básica.

Problema 06: Superlotação do Hospital (especialmente da Emergência).**CONSEQUÊNCIAS**

- Insatisfação do Usuário;
- Baixa qualidade da assistência e acomodações;
- Sobrecarga de trabalho para os profissionais;
- Dificuldade na realização dos processos de trabalho;
- Aumento do Índice de Infecção Hospitalar;
- Atrito entre os profissionais e Unidades de Produção.

CAUSAS

- Inexistência de Serviços de Alta Complexidade em Neurocirurgia, Hemodinâmica, Ortopneumatologia, Oncologia e Cirurgia Cardiovascular na Unidade;
- Falta de estrutura na Unidade para implantação dos Serviços de Alta Complexidade.

Problema 07: Dificuldade de acesso a procedimentos de Alta Complexidade (especialmente nas áreas Neurocirúrgica, Cardiovascular/Hemodinâmica, Ortopneumatologia e Oncológica).

CONSEQUÊNCIAS

- Longa permanência de pacientes;
- Óbitos evitáveis por intervenção Neurocirúrgica, Cardiovascular, etc.
- Longa fila de espera para procedimentos de Alta Complexidade;
- Insatisfação do usuário e profissionais;
- Dificuldade para atrair novos profissionais;
- Baixa resolutividade na assistência;
- Transferências de pacientes para outros centros, principalmente Capital do Estado.

CAUSAS

- Desconhecimento por parte dos profissionais acerca dos princípios da PNH;
- Estrutura física inadequada e com espaço insuficiente;
- Número de profissionais capacitados insuficientes;
- Falta de motivação de alguns servidores;
- Comunicação não efetiva entre os profissionais;
- Não implantação de alguns dispositivos da PNH.

Problema 08: Alguns princípios da Política Nacional de Humanização não incorporados aos processos de trabalho das Unidades de Produção.

CONSEQUÊNCIAS

- Desumanização da Assistência;
- Dissociação entre a gestão e atenção;
- Redução da qualidade da assistência;
- Dificuldade de efetivação dos dispositivos já implantados.

13. MÓDULO OPERACIONAL POR OBJETIVO GERAL E LINHA DE AÇÃO

Linha de Ação – 1			
Melhoria da infra-estrutura Hospitalar			
Objetivo Geral			
Adequar a estrutura física do HGPV às normas atuais, perfil epidemiológico e ao crescimento populacional;			
Objetivos Específicos			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar manutenção predial dos ambientes internos das Unidades de Produção em ordem de prioridade; 2. Ampliar, modificar e modernizar as estruturas físicas prediais das Unidades de Produção do HGPV para atender às normatizações existentes, às mudanças das políticas de saúde e também superar o déficit em relação ao crescimento populacional possibilitando a implantação de novos serviços e ampliação dos existentes; 3. Assegurar aumento do orçamento através da formulação de projetos para financiamento externo e inserção no orçamento anual do Governo do Estado da Bahia para atender às necessidades da Unidade; 4. Atender as solicitações do nível central no que concerne às informações necessárias ao planejamento da SESAB. 			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
1.1 Contratar empresa de engenharia/arquitetura para elaboração de projetos executivos com respectivas planilhas de custo por Unidade de Produção a ser realizada manutenção predial nesta ordem: Centro Cirúrgico e CME; Lavanderia; Psiquiatria; Clínica Médica; Obstetrícia; Clínica Cirúrgica; Almoarifado (reforma e construção de novo espaço); Pronto Socorro. 1.2 Organizar fase interna dos processos para reforma das Unidades de Produção; 1.3 Encaminhar à DITEC para aprovação do projeto e planejar descentralização orçamentária; 1.4 Encaminhar processo à PGE para análise e parecer; 1.5 Licitar as obras de reforma das Unidades de Produção; 1.6 Contratar as empresas vencedoras do certame e autorizar	1.1 Proporção de Unidades de Produção com projetos elaborados a serem reformadas com empresas contratadas; 1.2 Proporção de Unidades de Produção com fase interna dos processos organizados; 1.3 Proporção de Projetos aprovados pela DITEC com descentralização orçamentária planejada; 1.4 Proporção de processos com parecer favorável da PGE; 1.5 Proporção de obras de reforma licitadas; 1.6 Proporção de Unidades de Produção com empresas contratadas e OS.	1.1 – 10/01/09 1.2 – 20/01/09 1.3 – 05/02/09 1.4 – 20/02/09 1.5 – 11/03/09 1.6 – 13/03/09 1.7 – 13/03/09 1.8 – 13/04/09 1.9 – 13/04/09 2.1 – 31/01/09 2.2 – 31/01/09 2.3 – 09/02/09 2.4 – 09/03/09	1.1 Marcos Jefson, Silvio Arcanjo e Gilmar Vasconcelos 1.2 Marcos Jefson, Jodeenes da Silva, Gilmar Vasconcelos 1.3 Gilmar Vasconcelos 1.4 Gilmar Vasconcelos 1.5 Jodeenes da Silva e Equipe de Apoio 1.6 Jodeenes da Silva, Gilmar Vasconcelos, Mara

<p>execução dos trabalhos (Ordem de Serviço);</p> <p>1.7 Reorganizar fluxo e funcionamento dos serviços enquanto estiver ocorrendo a reforma;</p> <p>1.8 Acompanhar a execução dos serviços pelas empresas;</p> <p>1.9 Receber as obras e atestar cumprimento do objeto de acordo com as planilhas de custo.</p> <p>2.1 Acompanhar junto à DITEC a elaboração do projeto de reestruturação e ampliação da unidade de urgência e emergência com espaços ideais para a aplicação do Protocolo de Manchester com 3 leitos de reanimação, 5 leitos de estabilização, 10 leitos de Observação Masculino, 10 Feminino e 10 Pediátricos com leitos de isolamento em cada espaço destes, espaço para bioimagem que acomode USG, Tomografia, Raio-X e ECG, espaço para Hemodinâmica, conforto para profissionais, recepção e espaço para acolhimento com classificação de risco com fluxo separado de pacientes Adultos e Pediátricos desde o acolhimento até a prestação da assistência, salas administrativas, elevador, heliporto, etc.;</p> <p>2.2 Realizar reunião com os profissionais de saúde da Emergência para aprovar/reformular o projeto;</p> <p>2.3 Encaminhar o Projeto à DIVISA para aprovação.</p> <p>2.4 Acompanhar os trâmites do Projeto junto à DITEC e demais instâncias do nível central da SESAB/SUCAB se for o caso para assegurar conclusão;</p> <p>2.5 Reorganizar fluxo e funcionamento do Serviço da Unidade de Produção em outros ambientes durante a realização da obra;</p> <p>2.6 Acompanhar o desenvolvimento da obra e receber após conclusão.</p> <p>2.7 Acompanhar junto à DITEC a elaboração do Projeto de reestruturação do Hospital no que concerne à construção de Bloco Cirúrgico com 6 salas cirúrgicas, sala de RPA e CME, Clínica Cirúrgica com 40 leitos, UTI Adulto com 10 leitos, reconstrução/readaptação de Centro Obstétrico com 4 salas, 15 leitos/Box de PPP, readequação ampliação do Puerpério/Alojamento Conjunto para 40 leitos, Unidade</p>	<p>1.7 Proporção de Serviços com fluxo e funcionamento reorganizados durante as reformas;</p> <p>1.8 Proporção de serviços acompanhados com livro de ocorrência/acompanhamento atualizado diariamente.</p> <p>1.9 Proporção de empresas que cumpriram integralmente o contrato de acordo com o planejado/esperado.</p> <p>2.1 Projeto elaborado de acordo com especificações técnicas descritas.</p> <p>2.2 Duas Reuniões realizadas com parecer da Equipe.</p> <p>2.3 Projeto com parecer da DIVISA.</p> <p>2.4 Projeto executivo concluído e licitado.</p> <p>2.5 Unidade funcionando no espaço da Clínica Cirúrgica Feminina.</p> <p>2.6 Obra acompanhada e concluída.</p> <p>2.7 Proporção de espaços contemplados pelo projeto.</p> <p>2.8 Projetos priorizados.</p> <p>2.9 Acompanhamento realizado.</p> <p>3.1 Proporção de projetos programados, elaborados e apresentados aos órgãos de fomento.</p> <p>3.2 Valor aprovado no orçamento direcionado ao HGPV.</p> <p>4.1 Solicitações atendidas.</p>	<p>2.5 – 09/03/09</p> <p>2.6 – 09/09/09</p> <p>2.7 – 15/02/09</p> <p>2.8 – 28/02/09</p> <p>2.9 – 28/02/09</p> <p>3.1 – 15/04/09</p> <p>3.2 – 31/01/09</p> <p>4.1 - concorrente</p>	<p>Clécia e Jorge Solla</p> <p>1.7 Conceição Quirino, Juliana Silva, Gilvan Rodrigues, Rita Adriana, Dilnadson da Silva e Liane Gomes</p> <p>1.8 Evaldo de Jesus, Silvio Arcanjo e Gilmar Vasconcelos</p> <p>1.9 Evaldo de Jesus e Gilmar Vasconcelos</p> <p>2.1 Gilmar, Fernanda, Liane e Silvio</p> <p>2.2 Gilmar e Silvio</p> <p>2.3 Gilmar</p> <p>2.4 Gilmar, Silvio, Theodomiro, Marcos,</p> <p>2.5 Rita Adriana, Liane, Evaldo, Daniel.</p> <p>2.6 Evaldo, Silvio, Gilmar, Marcos, Liane, Rita Adriana, Dr^a. Fernanda</p> <p>2.7 Gilmar, Silvio, Marcos, Evaldo.</p> <p>2.8 Unidades de Produção.</p> <p>2.9 Gilmar e Silvio</p> <p>3.1 Silvio, Fabiano, Gilmar, Luiz Claudio, Edemar, João Roberto.</p> <p>3.2 Gilmar, Silvio</p> <p>4.1 Interessados</p>
--	--	--	---

<p>Neonatal de Cuidados Intermediários com 20 leitos e de Cuidados Intensivos de 10 leitos, Clínica médica para 40 leitos, com disposição da área materno-infantil no primeiro pavimento e Clínica Médica no Térreo, ampliação da Pediatria com disponibilização de sala de aula, construção de nova lavanderia com todos os espaços preconizados pela RDC-50/02, Espaço Adequado para a Nutrição e Dietética seguindo também as orientações da RDC-50/02, construção de depósito de resíduos na área externa, biotério, anfiteatro com 200 lugares, 3 salas de aula de 50 m², biblioteca com 150m², 6 salas de 30m² para os Cursos da área de Saúde, garagem para 8 veículos, além de espaços adequados para a área administrativa (ouvidoria, SAME, Informática), Terapia Ocupacional, Psicologia, e Internação Domiciliar, CIHDOTT.</p> <p>2.8 Priorizar as demandas em etapas para adequação da estrutura física do Hospital.</p> <p>2.9 Acompanhar trâmite dos processos junto à SESAB e demais órgãos.</p> <p>3.1 Elaborar os seguintes projetos para pleitear financiamento externo: Implantação de Biotério, Laboratório de Microbiologia, Laboratório de Anatomopatologia.</p> <p>3.2 Sensibilizar parlamentares estaduais e federais para a apresentação de emendas orçamentárias no Orçamento do Estado e União direcionadas ao HGPV.</p> <p>4.1 Atender as solicitações do nível central.</p>			
--	--	--	--

Linha de Ação - 2			
Ampliação e renovação do parque de Equipamentos			
Objetivo Geral			
Ampliar e renovar o parque de Equipamentos			
Objetivos Específicos			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos da Unidade; 2. Renovar o parque de equipamentos do Hospital em quantidade suficiente à demanda; 3. Alocar recursos no orçamento do Estado para aquisição de Equipamentos; 4. Pleitear a descentralização dos processos de aquisição de equipamentos; 5. Capacitar os profissionais das Unidades de Produção para utilização dos equipamentos, adotando medidas disciplinares quando confirmada a intenção de danificar o equipamento; 6. Informar à DITEC sobre a inconformidade entre o equipamento descrito e o adquirido. 			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Realizar levantamento e classificação dos Equipamentos para manutenção. 1.2 Contratar empresas especializadas para realização das manutenções de todos os equipamentos do Hospital. 1.3 Supervisionar e fiscalizar os contratos de Manutenção de equipamentos acerca do cumprimento de suas obrigações contratuais. 2.1. Realizar levantamento da necessidade de equipamentos por Unidade de Produção. 2.2. Encaminhar lista organizada por ordem de prioridade à SESAB. 2.3. Acompanhar processos de aquisição de Equipamentos desde a publicação do certame até entrega no Almoxarifado Central. 3.1 Solicitar à SESAB que inclua no orçamento do Estado o gasto com aquisição de equipamentos de acordo com o planejado. 4.1 Encaminhar ofício à SESAB justificando a importância na descentralização dos processos de compra de equipamentos para 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Proporção de equipamentos classificados. 1.2 Proporção de equipamentos cobertos por contrato de manutenção. 1.3 Proporção de empresas que cumprem as regras contratuais. 2.1 Lista elaborada. 2.2 Lista encaminhada à SESAB. 2.3 Processos acompanhados. 3.1 Orçamento alocado. 4.1 Ofício encaminhado. 5.1 Proporção de Unidades de Produção que concluíram o levantamento; 5.2 Proporção de profissionais qualificados para uso dos equipamentos em relação aos que utilizam. 5.3 Proporção de profissionais responsabilizados 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 - 31/12/2008 1.2 - 30/04/2009 1.3 - 31/12/2008 2.1 - 15/12/2008 2.2 - 15/12/2008 2.3 - 2008/2009 3.1 - 15/11/2008 4.1 - 31/12/2008 5.1 30/01/2009 5.2 - 30/03/2009 5.3 - 2009 6.1 - permanente 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Evaldo e Coord. de Unidades de Produção 1.2 Marcos, Gilmar, Silvio, Jodeenes 1.3 Evaldo, Jaciara 3.1 Gilmar 4.1 - Gilmar 5.1 - Responsáveis pelas UP 5.2 - Responsáveis pelas UP

<p>que seja discutida a possibilidade junto às instâncias superiores.</p> <p>5.1 Realizar levantamento da necessidade de capacitação por tipo de equipamento e quem deverá ser capacitado;</p> <p>5.2 Realizar curso com demonstração do uso correto de cada equipamento para os profissionais que utilizam nas Unidades de Produção.</p> <p>5.3 Realizar monitoramento do funcionamento dos equipamentos atribuindo responsabilidades ao responsável pela quebra de equipamento por mau uso.</p> <p>6.1 Informar à DITEC os problemas e inconformidades apresentadas por equipamentos.</p>	<p>pela quebra de equipamentos em relação aos danificados.</p> <p>6.1 Proporção de equipamentos com inconformidades e informado à DITEC.</p>		<p>5.3 Responsáveis pelas UP</p> <p>6.1 Evaldo ou especialista da área</p>
---	--	--	--

Linha de Ação – 3			
Informatização e descentralização da Informação em Saúde			
Objetivo Geral			
Informatizar os processos de trabalho das Unidades de Produção			
Objetivos Específicos			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilizar Computadores nas Unidades de Produção; 2. Implantar sistema de informação apropriado para a área assistencial e gerencial (prontuário eletrônico); 3. Implantar rede de dados em todas as Unidades de Produção; 4. Capacitar os profissionais das Unidades de Produção para utilização do Sistema Informatizado e do coputador e outros softwares; 5. Sensibilizar os profissionais para as mudanças dos processos de trabalho; 6. Remanejar profissionais para atividades que se sintam aptos e introduzir pessoal de apoio para implantação dos Sistemas informatizados. 			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
1.1 Solicitar à Diretoria de Modernização Administrativa (DMA) da SESAB a aquisição e disponibilização de Computadores para informatizar as Unidades de Produção em quantidade suficiente.	1.1 Proporção de computadores disponibilizados em relação aos solicitados.	1.1 – 15/11/2008 2.1 – 15/12/2008 2.2 – 15/12/2008	1.1 – Gilmar 2.1 – Maria José– DMA 2.2 – Maria José – DMA
2.1 Implantar Servidor de Banco de Dados.	2.1 Servidor implantado.	3.1 - 30/08/2009	3.1 – Saulu e Evaldo
2.2 Implantar o Sistema Informatizado SAH4 produzido pela DMA no Hospital.	2.2 Sistema implantado.	3.2 – 15/12/2008	3.2 – Maria José – DMA
3.1 Instalar Rede física e lógica de Computadores interligando todos os terminais do Hospital.	3.1 Proporção de terminais de computadores interligados em rede.	3.3 – 31/12/2008 4.1 – 20/12/2008	3.3 – Gilmar
3.2 Implantar Servidor de Rede no Hospital para gerenciamento do acesso aos terminais e Internet.	3.2 Servidor de rede implantado.	4.2 – 30/01/2009	4.1 – Coordenadores das UP
3.3 Solicitar da DMA a ampliação do Link do Hospital através da Rede Governo.	3.3 Velocidade do Link de internet ampliado.	4.3 – 31/01/2009 4.4 – 31/03/2009	4.2 – Desenvolvedor do SAH4 - DMA
13.1 Orientar o Coordenador de Informática sobre o fluxo das Unidades de Produção e do Hospital.	4.1 Coordenador de informática orientado acerca do fluxo.	4.5 – 30/04/2009 5.1 – 15/03/2009	4.3 – Saulu e Coordenadores de UP
13.2 Encaminhar o Coordenador de Informática do Hospital para realizar capacitação em todos os módulos do SAH4.	4.2 Coordenador capacitado no uso do SAH4.	6.1 – 31/03/2009	4.4 – Saulu
13.3 Realizar 2 oficinas para os profissionais de cada Unidade de	4.3 Número de oficinas realizadas.	6.2 – 31/03/2009	4.5 – Saulu e colaboradores
	4.4 Proporção de unidades acompanhadas durante a implantação do sistema.		
	4.5 Proporção de servidores de UP		

<p>Produção sobre o uso dos módulos do sistema adequado à unidade.</p> <p>13.4 Acompanhar a utilização do sistema nas Unidades de Produção.</p> <p>13.5 Realizar cursos de informática básica para todos os servidores das Unidades de Produção.</p> <p>5.1 Realizar 2 Seminários no Hospital para sensibilizar os profissionais para a mudança dos processos de trabalho.</p> <p>6.1 Remanejar profissionais para atividades que se sintam aptos caso tenham dificuldades extremas no uso do sistema informatizado.</p> <p>6.2 Introduzir pessoal de apoio nas Unidades de Produção para implantação do Sistema Informatizado.</p>	<p>capacitados em informática básica.</p> <p>5.1 Número de Seminários realizados.</p> <p>6.1 Proporção de profissionais remanejados para outras atividades.</p> <p>6.2 Proporção de pessoal de apoio introduzido nas Unidades de Produção em relação aos que incorporaram as mudanças do processo de trabalho.</p>		<p>5.1 – Saulu e Gilmar</p> <p>6.1 – Gilmar e Silvio</p> <p>6.2 – Gilmar</p>
---	--	--	--

Linha de Ação – 4			
Gestão de Processo de Trabalho e Desenvolvimento de Recursos Humanos com vistas à Humanização do Cuidado em Saúde			
Objetivo Geral			
Consolidar uma Política de Recursos Humanos e Educação Permanente no Hospital			
Objetivos Específicos			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantar núcleo de educação permanente; 2. Motivar os profissionais do Hospital para a realização das suas atividades de forma adequada; 3. Definir carga horária específica para atividades de educação permanente (dentro da escala); 4. Disponibilizar espaço físico e equipamentos áudio-visuais para realização das atividades de educação permanente; 5. Disponibilizar recurso financeiro/orçamentário na unidade destinado a capacitação (para custear palestrante externo); 6. Articular ensino e assistência; 7. Elaborar e implantar Protocolos Assistenciais e Rotinas das Unidades de Produção. 			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Criar núcleo composto por servidores de áreas afins. 1.2 Articular com o Pólo de Educação Permanente. 1.3 Capacitar os componentes do núcleo. 1.4 Elaborar um plano anual de Educação Permanente. 2.1 Realizar capacitação abordando temas que proporcione motivação. 2.2 Encaminhar cartões em datas especiais, ligar no dia do aniversário e homenagear profissionais destacados no trabalho. 3.1 Fazer escalas de serviços mensais com data e Carga Horária direcionada à atividades de Educação Permanente. 4.1 Equipar o Auditório do Hospital Geral Prado Valadares com poltronas/cadeiras apropriadas e Projetor Multimídia; 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Comissão designada. 1.2 Parceria estabelecida. 1.3 Núcleo capacitado. 1.4 Plano elaborado. 2.1 Proporção de questionários aplicados que apresenta resultado positivo quanto à motivação. 2.2 Proporção de profissionais que receberam homenagem, cartão ou ligação telefônica. 3.1 Proporção de Unidades de Produção que inseriram carga horária para Educação Permanente na Escala de Serviços e realizaram as atividades. 4.1 Auditório Equipado. 4.2 Biblioteca implantada e equipada. 4.3 Profissional designado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 - 15/12/2009 1.2 - 30/01/2009 1.2 - 28/02/2009 1.3 - 15/03/2009 2.1 - 2009 2.2 - 2009 3.1 - 2009 4.1 - 30/03/09 4.2 - 30/12/2009 4.3 - 30/12/2009 5.1 - 30/03/09 6.1 - 15/03/09 6.2 - 2009 6.3 - 2009 6.4 - 2010 7.1 - 30/06/2009 7.2 - 30/06/2009 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 - Gilmar e Tais 1.2 - Tais 1.3 - ESSP e Tais 1.4 - Tais, Juliana, Fernanda, Elano, Rita Adriana, Claudia e Wildes. 2.1 - Tais e Gabriela Rebouças 2.2 - Tais, Noelita e Gilmar 3.1 - Responsáveis pelas UP 4.1 - Gilmar 4.2 - Gilmar e NEP 4.3 - Gilmar 5.1 - Gilmar 6.1 - Gilmar 6.2 - Tais 6.3 - Gilmar 7.1 - Gilmar, Fernanda, Fernando,

<p>4.2 Criar uma Biblioteca do Hospital com acervo bibliográfico, sala de leitura e acesso à Internet exclusivo para pesquisa e estudo.</p> <p>4.3 Designar responsável pelo espaço da Biblioteca.</p> <p>5.1 Solicitar/informar junto à SESAB/EESP sobre a possibilidade de aquisição de orçamento destinado à Educação Permanente.</p> <p>6.1 Encaminhar novo Ofício à UESB/DS e FTC solicitando apoio no desenvolvimento de projetos na área da assistência e administrativa no HGPV.</p> <p>6.2 Continuar possibilitando os Estágios curriculares e Extracurriculares na Instituição, bem como visitas técnicas.</p> <p>6.3 Pleitear estágios remunerados para o Hospital, tanto na área assistencial quanto na gerencial.</p> <p>6.4 Implantar internato na área de medicina no Hospital.</p> <p>7.1 Elaborar e divulgar Regimento Interno do Hospital.</p> <p>7.2 Elaborar e implantar normas e rotinas em todas as Unidades de Produção.</p> <p>7.3 Elaborar e implantar Linhas de Cuidado de acordo com o perfil e necessidade dos Serviços e Unidades de Produção.</p> <p>7.4 Elaborar e implantar Procedimentos Operacionais Padrão (POP) nas Unidades de Produção e/ou Serviços.</p> <p>7.5 Instituir comissão de revisão de Normas, Rotinas, POPs, Linhas de Cuidado e Regimento.</p> <p>7.6 Publicação dos documentos elaborados e implantados.</p>	<p>5.1 Orçamento definido para Educação Permanente no HGPV.</p> <p>6.1 Ofício encaminhado e nº de projetos implantados.</p> <p>6.2 Número de Estágios e visitas técnicas realizadas (Curriculares e Extracurriculares) e carga horária executada.</p> <p>6.3 Número vagas para estágios remunerados adquiridos para o Hospital.</p> <p>6.4 Internato implantado.</p> <p>7.1 Regimento Elaborado e Divulgado.</p> <p>7.2 Proporção de Unidades de Produção com Normas e Rotinas elaboradas e implantadas.</p> <p>7.3 Número de Linhas de Cuidado implantados por Unidade de Produção/Serviço.</p> <p>7.4 Número de POPs implantados por Unidade de Produção.</p> <p>7.5 Comissão instituída.</p> <p>7.6 Proporção de UP com Normas e Rotinas, Linhas de Cuidado e POP publicados.</p>	<p>7.3 – 30/06/2009</p> <p>7.4 – 30/06/2009</p> <p>7.5 – 20/01/2009</p> <p>7.6 – 30/06/2009</p>	<p>Silvio, Rita Adriana, Tais, Paulo Cesar, Theodomiro, Hugo, Reginaldo, Gilvan, Rita de Cassia, Orlando, Gisele, Patrícia, .</p> <p>7.2 – Responsáveis pelas UPs</p> <p>7.3 – Responsáveis por UPs e Diretores de Serviço.</p> <p>7.4 – Responsáveis por UPs.</p> <p>7.5 – Gilmar e Silvio</p> <p>7.6 - Gilmar</p>
--	--	---	---

Linha de Ação – 5			
Fortalecimento da Gestão da Unidade			
Objetivo Geral			
Profissionalizar todos os coordenadores de Unidades de Produção			
Objetivos Específicos			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capacitar de forma permanente os coordenadores na sua área de atuação e na área administrativa hospitalar. 2. Definir as funções e responsabilidades de cada diretor e coordenador. 3. Possibilitar boas condições de trabalho. 4. Acompanhar o cumprimento das responsabilidades dos coordenadores e diretores. 5. Motivar os coordenadores e diretores. 6. Agregar as diversas coordenações. 7. Divulgar os Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde para todos os Coordenadores e Diretores. Lista padrão material 			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitorar os Cursos agendados pela SESAB/SAEB e solicitar liberação para participar. 1.2 Liberar os coordenadores de Unidades de Produção para cursos e atividades nas suas áreas afins. 1.3 Promover atividades educativas sobre administração hospitalar. 2.1 Contemplado no Regimento Interno. 3.1 Redimensionar quadro de pessoal Administrativo e Assistencial das Unidades de Produção de acordo com o quantitativo preconizado. 3.2 Disponibilizar materiais, medicamentos e equipamentos necessários à realização das atividades das Unidades de Produção. 3.3 Reestruturar e/ou disponibilizar área física adequada à realização das atividades das Unidades de Produção. 4.1 Supervisionar o trabalho das coordenações e direções, definir metas e acompanhar os resultados periodicamente. 5.1 Proporcionar boas condições de trabalho e reconhecimento pelo trabalho realizado e cumprimento de metas para motivar os 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Proporção de Coordenadores de UP com curso identificado na sua área afim e solicitada a liberação. 1.2 Número de coordenadores liberados para participação de Cursos. 1.3 Proporção de Coordenadores que participaram das atividades educativas. 2.1 Proporção de Coordenadores e Diretores com suas funções e responsabilidades definidas. 3.1 Proporção de Unidades de Produção com quadro de pessoal Administrativo e Assistencial redimensionado. 3.2 Proporção de UP com disponibilidade de materiais e equipamentos de acordo com a necessidade. 3.3 Proporção de Unidades de Produção com área física adequada às atividades que realiza. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 – 2009 1.2 – 2009 1.3 – 2009 2.1 – 30/06/2009 3.1 – 30/06/2009 3.2 – 30/06/2009 3.3 – 30/09/2009 4.1 – 2009 5.1 – 2009 6.1 – 2009 7.1 – 30/03/2009 7.2 – 15/04/2009 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 – Todos os Coordenadores de Unidades de Produção 1.2 – Gilmar 1.3 – Gilmar, NEP, Coordenador de UP que se dispuser 2.1 – Gilmar, Tais, Theodomiro, Fernando, Fernanda, Silvio, Rita Adriana e o Responsável pela UP além de convidados. 3.1 – Gilmar, Silvio, Rita Adriana, Fernando, Theodomiro, Tais. 3.2 – Gilmar, Silvio, Dilnadson, Edelmar. 3.3 – Gilmar, Evaldo, Silvio.

<p>coordenadores e diretores.</p> <p>6.1 Realizar eventos bimestrais com a participação de todos os Coordenadores e Diretores de UP fora da Instituição a exemplo de (jantar, confraternização, passeio, palestra, etc.)</p> <p>7.1 Elaborar panfleto e realizar seminários com a Temática (Sistema Único de Saúde) abordando seus princípios, diretrizes, Reforma Sanitária e arcabouço jurídico.</p> <p>7.2 Exibir o Filme Políticas de Saúde para os Coordenadores e Diretores e fazer a crítica ao final da exibição abrindo para debate.</p>	<p>4.1 Proporção de metas cumpridas por Coordenadores e Diretores.</p> <p>5.1 Proporção de Coordenadores e Diretores motivados.</p> <p>6.1 Proporção de Coordenadores e Diretores que participaram dos eventos bimestrais.</p> <p>7.1 Proporção de Coordenadores e Diretores que participaram dos seminários.</p> <p>7.2 Proporção de Coordenadores e Diretores que assistiram ao filme.</p>		<p>4.1 – Gilmar e Coordenadores e Diretores</p> <p>5.1 – Gilmar, Silvio, Rita Adriana, Fernando, Patrícia</p> <p>6.1 – Gilmar, Tais, Theodomi, Jaciara, Silvio, Rita Adriana,</p>
---	--	--	---

Linha de Ação – 6			
Regulação da Assistência e do acesso de usuários como estratégia de Humanização da Assistência			
Objetivo Geral			
Reduzir a superlotação do Hospital (especialmente da Emergência)			
Objetivos Específicos			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoiar e ajudar no funcionamento da regulação de leitos loco-regional. 2. Ampliar o número de leitos intra-hospitalar. 3. Participar do planejamento da Pactuação de Leitos e Procedimentos de Jequié com os municípios de acordo com a capacidade instalada quando os serviços ofertados estiverem disponíveis apenas no HGPV. 4. Solicitar maior resolutividade da Atenção Básica e da Média Complexidade dos municípios (especialmente Jequié). 5. Solicitar da SMS que assegure que a Rede Conveniada absorva as internações com perfil para as Unidades independente dos custos da permanência. 6. Discutir com o município de Jequié para estruturar serviços na área de Saúde da Mulher de forma que o HGPV não seja a única referência regional para Obstetrícia. 7. Articular com o município de Jequié para a abertura de novo Pronto Atendimento do Município e adequação do existente de forma a absorver a demanda loco-regional de acordo com perfil e fluxo do paciente previamente definido para cada serviço. 8. Informar à população acerca dos serviços prestados pelo Hospital e atenção básica do município. 			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Manter o Sistema de Regulação de Leitos atualizando em tempo real, quanto às vagas de internação do HGPV; 1.2 Apoiar o funcionamento da Central de Regulação de Leitos junto aos municípios da Microrregião e Pactuados de forma a receber pacientes transferidos devidamente regulados, assegurando vaga para internação e reduzindo superlotação/internação na Emergência; 1.3 Apoiar o município de Jequié na divulgação dos critérios de regulação de pacientes; 2.1 Solicitar ao Secretário da Saúde do Estado da Bahia a ampliação dos leitos do Hospital Geral Prado Valadares assim como adequação e reforma da Unidade de Emergência; 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Relação entre admissões e/ou transferências de pacientes no Sistema de Regulação de Leitos e o Censo Hospitalar Diário. 1.2 Relação entre admissões de pacientes proveniente de transferências externas devidamente reguladas e o total de admissões de pacientes proveniente de transferências externas. 1.3 Número de reuniões do HGPV/SMS Jequié com a participação de todos os municípios e material informativo produzido e repassado. 2.1 Pleito encaminhado e deferido pelo 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Diário; 1.2 Diário; 1.3 Permanente; 2.1 Realizado; 3.1 – 2009 4.1 – Mensal 5.1 Diário; 6.1 – 2009 7.1 – 2009 7.2 – Fevereiro/09 8.1 Março/09 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Coord. de Unidades Assistenciais; 1.2 Coord. de Unidades Assistenciais; 1.3 Gilmar e Silvio; 2.1 Gilmar; 3.1 Gilmar 4.1 Gilmar 5.1 Liane 6.1 Gilmar 7.1 Gilmar 7.2 Gilmar, Fernanda,

<p>3.1 Participar do planejamento da Pactuação de Leitos e Procedimentos de Jequié com os municípios;</p> <p>4.1 Solicitar dos municípios da microrregião em especial Jequié no sentido de melhorar cobertura de PSF e Procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade.</p> <p>5.1 Solicitar maior controle e fiscalização da Rede Conveniada para absorção das internações com perfil para as Unidades independente dos custos da permanência.</p> <p>6.1 Discutir com o município de Jequié estratégias para a construção do Hospital da Mulher;</p> <p>7.1 Articular com o município de Jequié para a Construção do Novo Pronto Atendimento e adequação do existente;</p> <p>7.2 Definir juntamente com a SMS Jequié o perfil e fluxo dos pacientes a serem atendidos no HGPV, nos PAs municipais, UBS e PSF.</p> <p>8.1 Elaborar em conjunto com a SMS de Jequié material informativo acerca dos serviços ofertados à população nos diversos Serviços, inclusive do HGPV, com fluxos e perfis.</p>	<p>Secretário de Saúde do Estado da Bahia.</p> <p>3.1 Participação de representante do HGPV em reunião de PPI.</p> <p>4.1 Cobertura populacional por PSF e Serviços ambulatoriais de média complexidade de acordo com a Portaria 1.101/02.</p> <p>5.1 Número de internações diárias na Emergência do HGPV.</p> <p>6.1 Discussão realizada e estratégias definidas;</p> <p>7.1 Articulação realizada;</p> <p>7.2 Perfil e fluxo de pacientes definidos.</p> <p>8.1 Número de materiais informativos elaborados e distribuídos.</p>		<p>Fernando, Liane, Claudia, Silvio, Representantes da SMS Jequié</p> <p>8.1 Gilmar, Fernanda, Fernando, Liane, Claudia, Silvio, Representantes da SMS Jequié</p>
--	---	--	---

Linha de Ação – 7			
Ampliação da oferta de serviços como estratégia de garantia da integralidade da assistência			
Objetivo Geral			
Proporcionar acesso da população a procedimentos de Alta Complexidade (especialmente nas áreas Neurocirúrgica, Cardiovascular/Hemodinâmica, Ortotrauma, Nutrologia e Oncologia)			
Objetivos Específicos			
1 Implantar Serviços de Alta Complexidade em Neurocirurgia, Hemodinâmica, Cirurgia Cardiovascular, Ortotraumatologia, Nutrologia e Oncologia na Unidade;			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
1.1 Elaborar projetos de implantação dos Serviços de Alta Complexidade e encaminhar à SESAB, áreas técnicas e Câmaras Técnicas; 1.2 Solicitar oficialmente a implantação dos Serviços de Alta Complexidade no HGPV; 1.3 Solicitar visita das Câmaras e Áreas Técnicas ao Hospital para aplicar “Check List” e orientar ações; 1.4 Planejar e adquirir equipamentos e instrumentais; 1.5 Planejar e adquirir materiais de consumo e medicamentos; 1.6 Solicitar cadastramento dos serviços ao gestor Municipal junto ao CNES; 1.7 Solicitar Credenciamento dos Serviços ativos; 1.8 Contratar profissionais médicos nas áreas afins; 1.9 Ampliar quadro de Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem; 1.10 Capacitar Profissionais nas áreas afins; 1.11 Executar os projetos de adequação da estrutura física da unidade hospitalar;	1.1 Proporção de Projetos elaborados e encaminhados oficialmente; 1.2 Proporção de Serviços com solicitações oficiais; 1.3 Visitas realizadas; 1.4 Proporção de Serviços com Equipamentos planejados para aquisição e adquiridos; 1.5 Proporção de Serviços com materiais de consumo e medicamentos planejados para aquisição e adquiridos; 1.6 Proporção de Serviços ativos cadastrados; 1.7 Proporção de Serviços ativos e com solicitação de credenciamento realizada; 1.8 Proporção de médicos contratados em relação ao número e especialistas necessárias aos serviços; 1.9 Quadro ampliado de Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem de acordo com a necessidade; 1.10 Proporção de profissionais capacitados em relação aos necessários; 1.11 Proporção de projetos em andamento e executados.	1.1 Janeiro/09 1.2 Janeiro/09 1.3 Fevereiro/09 1.4 Junho/09 1.5 Julho/09 1.6 Julho/09 1.7 Junho/09 1.8 Março/09 1.9 Março/09 1.10 Julho/09 1.11 Setembro/09	1.1 Gilmar, Schulte, Luiz Claudio, Márcio Archanjo, Silvio, Fernanda, Jorge Abdo, Diniz e Reginaldo 1.2 Gilmar 1.3 Gilmar; 1.4 Gilmar, Schulte, Luiz Claudio, Márcio Archanjo, Jorge Abdo, Diniz e SESAB. 1.5 Gilmar, Schulte, Luiz Claudio, Márcio Archanjo, Jorge Abdo, Diniz, Dilnadson, Edelmar, Marcos Jefson, Jodeenes, Alan. 1.6 Gilmar 1.7 Gilmar 1.8 Gilmar, Silvio, Theodomiro 1.9 Gilmar, Rita Adriana, Silvio, 1.10 Gilmar, Schulte, Luiz Claudio, Márcio Archanjo, Jorge Abdo, Diniz, Tais Fabianne, Fernanda, Claudia, Núcleo de Educação Permanente. 1.11 Gilmar, DITEC/SESAB, SUCAB,

Linha de Ação - 8			
Programa de Comunicação			
Objetivo Geral			
Incorporar os princípios da Política Nacional de Humanização aos processos de trabalho das Unidades de Produção			
Objetivos Específicos			
1 Proporcionar aos profissionais do Hospital conhecimento acerca dos princípios da PNH; 2 Adequar estrutura física da Unidade de forma a dispor de espaço suficiente ao desenvolvimento dos processos de trabalho; 3 Ampliar o número de profissionais capacitados para a execução de suas atividades; 4 Motivar os servidores; 5 Proporcionar comunicação efetiva entre os Profissionais e Usuários; 6 Implantar os dispositivos da PNH que sejam importantes para o Hospital e/ou para os Usuários.			
Ações (o que fazer)	Indicadores (como medir os resultados)	Prazos (quando)	Responsáveis (quem vai executar a ação)
1.1 Realizar atividades de disseminação dos princípios da PNH junto a todos os profissionais do Hospital cotidianamente através de oficinas, seminários, cartazes, folderes, faixas, panfletos, e-mails, site do HGPV, dentre outras formas de comunicação; 2.1 Executar projetos de readequação da Unidade Hospitalar; 3.1 Desenvolver a Política de Educação Permanente; 4.1 Realizar atividades que busque motivar os funcionários do Hospital; 5.1 Definir formas e fluxo de comunicação e informação entre os profissionais do Hospital para que assegure a sua efetividade; 5.2 Padronizar atendimento nas recepções do Hospital e ao Telefone, tanto no PABX quanto nas Unidades de Produção; 5.3 Implantar circuito interno de TV e sonorização, com programação educativa, definida pela Direção do Hospital e Núcleo de Educação Permanente; 6.1 Realizar reuniões do GTH para discutir estratégias de implantação dos dispositivos da PNH que se adéqua ao HGPV.	1.1 Número de atividades realizadas por mês; 2.1 Proporção de projetos executados de readequação da Unidade Hospitalar; 3.1 Política em Desenvolvimento; 4.1 Número de atividades motivadoras realizadas por mês; 5.1 Número de formas e fluxos de comunicação e informação definidos no Hospital; 5.2 Atendimento padronizado; 5.3 Circuito implantado; 6.1 Proporção de dispositivos que se adéqua ao HGPV implantados.	1.1 Mensal 2.1 Setembro/09 3.1 Mensal 4.1 Mensal 5.1 Fevereiro/09 5.2 Fevereiro/09 5.3 Junho/09 6.1 Março/09	1.1 – Claudia, GTH 2.1 – Gilmar 3.1 – Tais, Fernanda, Rita Adriana, Núcleo de Educação Permanente 4.1 – Idem 5.1 – Gilmar, Diretores e Coordenadores de Unidades de Produção 5.2 Gilmar, NEP, GTH 5.3 Gilmar, NEP, GTH 6.1 Claudia, GTH

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDAY, Hernan E. Contreras. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica. Rev. FAE, Curitiba, v.3, n.2, p.9-16, maio/ago. 2000.

CIAMPONE M. H. T. Metodologia do planejamento aplicada a enfermagem. In: KURCGANT, P.(org.). Administração em enfermagem. São Paulo, 1991. Cap. 4.

KISIL, Marcos. Como capacitar para planejar um sistema fragmentado e em constante mudança. Faculdade de Saúde Pública, USP. 2006.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Manual para elaboração de monografias e dissertações. São Paulo: Atlas, 2000.

VASCONCELOS, Gilmar Barros. O PLANEJAMENTO EM SAÚDE E SUAS ADAPTAÇÕES. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA, 2002.