UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA PÚBLICA

LUANA DE ASSIS

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL E SUA ATUAÇÃO REGIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

DISSERTAÇÃO

CURITIBA
2017

LUANA DE ASSIS

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL E SUA ATUAÇÃO REGIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Planejamento e Governança Pública. Área de concentração: Planejamento Público e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Christian Luiz da Silva.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

A848p
2017

Assis, Luana de
O planejamento estratégico de um hospital universitário federal e sua atuação regional nas políticas públicas de saúde / Luana de Assis.-- 2017.
249 f.: il.; 30 cm.

Disponível também via World Wide Web.
Texto em português, com resumo em inglês.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública. Área de Concentração: Planejamento Público e Desenvolvimento, Curitiba, 2017.
Bibliografia: f. 215-247.

1. Universidade Federal do Paraná. Hospital de Clínicas - Estudo de casos. 2. Hospitais universitários - Administração. 3. Planejamento estratégico. 4. Política de saúde. 5. Planejamento regional. 6. Indicadores de saúde. 7. Saúde pública - Política governamental. 8. Análise de conteúdo (Comunicação). 9. Administração pública - Dissertações. I. Silva, Christian Luiz da, orient. II. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública. III. Título.

CDD: Ed. 22 - 351

Biblioteca Central do Câmpus Curitiba - UTFPR

Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Diretoria do *Campus* Curitiba
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública

TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação Nº 59

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL E SUA ATUAÇÃO REGIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

por

LUANA DE ASSIS

Esta dissertação foi apresentada às 09h00 do dia **07/02/2017** como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA PÚBLICA, Área de Concentração – Planejamento Público E Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. O(a) candidato(a) foi arguido(a) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho:

(x) Aprovado
( ) Aprovado com restrições
( ) Reprovado

Prof. Christian Luiz da Silva, Dr.
(PPGPGP-UTFPR)

Prof. Ivan Carlos Vicentin, Dr.
(PPGPGP-UTFPR)

Profa. Dunia Comerlatto, Dra.
(PPGPS-UNOCHAPECÓ)

Visto da Coordenação

Prof. Helvo Slomp Junior, Dr.
(PPGPP-UFPR)

Prof. Antônio Gonçalves de Oliveira, Dr.
(PPGPGP-UTFPR)

- O Termo de Aprovação assinado encontra-se na Coordenação do Programa

A Deus, por este presente, esta oportunidade.

Aos meus pais, Jorge e Nina; a minha irmã Janaina e ao meu afilhado Jorginho: amor eterno; queridos e grandes amigos da caminhada.

A todos os colegas do SUS, guerreiros em favor da vida.

AGRADECIMENTOS

Vivenciar a experiência do mestrado é um desafio único e construtivo. Assim, inicio meus agradecimentos a Deus, pela oportunidade e proteção. Por fornecer as condições para que fosse possível toda a atenção necessária.

Mas, mesmo com toda a dedicação e com todo o esforço que se deve ter, sempre chega o momento em que se precisa da colaboração de alguém. E eu tive a ajuda de muitas pessoas. Por isso, digo a elas “Muito Obrigada”, com todo o coração.

Aos meus pais, Jorge e Nina, pelo apoio incondicional. Pelo exemplo de uma vida digna. A ajuda, o carinho e a força foram fundamentais. Assim como a crença e a torcida pelas minhas escolhas.Que bom poder contar com vocês!

Agradeço, igualmente, a minha irmã Janaina e ao meu afilhado Jorginho. Que acompanharam esse momento, o dia a dia. Que me ajudaram - e muito - na correria. Pela força. E pela compreensão! Esta, tão importante. Grata queridos!

À pessoa que me mostrou esse novo caminho, tão motivador e gratificante: Professor Christian, eu lhe Agradeço, por tudo. Pela paciência. Sempre presente, esclarecendo dúvidas, contribuindo com as inúmeras atividades e compartilhando conhecimento.

Aos professores Ivan, Helvo, Dunia e Paulo pelas ricas contribuições que resultaram no aprimoramento deste trabalho.

À Flavia de Faria Gomes, aluna do Programa de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) em Tecnologia e Sociedade - UTFPR, que me prestou todas as orientações para a utilização do *software* Atlas TI 7, na análise qualititativa de entrevistas. Ao pesquisador da Finlândia, Julius Krotzl, que em sua estada na UTFPR, cooperou com esse estudo através da criação de mapas.

Um agradecimento todo especial ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Essa instituição, que estimula e proporciona a capacitação de seus profissionais. Formada por pessoas guerreiras, que buscam diariamente atender ao próximo.

Eu tive o apoio total de minha equipe, Unidade de Ambulatórios/Serviço de Gestão Ambulatorial, Unidade de Regulação Assistencial e Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. Sem ela, a jornada seria muito mais difícil. E também, de demais colegas. Obrigada, às Unidades e aos Setores que contribuiram com seu tempo e com material para a realização desse estudo. À Gerência de Ensino e Pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/CHC/UFPR, que autorizaram a pesquisa de campo e disponibilizaram todas as orientações.Todos, com a confiança dos resultados positivos que a pesquisa traz, sempre foram muito receptivos e prestativos.

A minha consideração aos professores, colegas, familiares, amigos (de perto e de longe), que de alguma forma, colaboraram com a realização desse trabalho.

Eu espero que os resultados apresentados tragam, não só sugestões de melhorias, mas reflexões sobre nossas práticas do dia a dia, para que assim consigamos implantar mudanças que maximizem a qualidade dos serviços prestados a todas as pessoas que são atendidas pelo SUS e pelo Hospital de Clínicas da UFPR.

RESUMO

ASSIS, Luana de. **O planejamento estratégico de um hospital universitário federal e sua atuação regional nas políticas públicas de saúde**.2017.249f.Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) - Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGPGP), Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Curitiba, 2017.

A gestão da saúde pública ainda enfrenta grandes desafios a serem transpostos para que se consiga prover um atendimento de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde. Nesse sistema, os hospitais universitários federais exercem um papel de referência na região em que estão alocados. A partir de 2010, o governo intensificou os esforços no aprimoramento dessas organizações e criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. A questão investigada por essa pesquisa foi a relação entre o planejamento estratégico de um Hospital Universitário Federal, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, e a diretriz de regionalização definida pelos instrumentos das políticas públicas de saúde. O objetivo geral foi analisar a relação entre o planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e a sua atuação regional nas políticas públicas de saúde. A pesquisa é caracterizada como aplicada, quanto a sua natureza, e descritiva, quanto ao seu objetivo. Tem uma abordagem qualitativa-quantitativa e foi realizada através de multitécnicas: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, técnica de mapeamento, estatística descritiva, estudo de caso (análise documental e entrevistas), e análise mediante *software* Atlas TI 7, com referência no modelo de Bardin (2011). Constatou-se, através de indicadores de saúde, que a assistência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná tem um papel importante na região. Quanto a insumos, em relação à assistência hospitalar pública de Curitiba, possui 24,75% dos equipamentos, 22,95% dos profissionais e 14,04% dos leitos. Já em relação à produção hospitalar pública do município, tem participação de 18,87% das consultas médicas e 11,74% das internações. Dos usuários atendidos por essa instituição, 85,35% são da região metropolitana de Curitiba. Isso comprova a importância deste hospital para a região e também da inclusão da regionalização e da rede de atenção à saúde, diretriz e estratégia de organização do Sistema Único de Saúde, na gestão estratégica da instituição. Verificou-se, pelos três últimos planejamentos estratégicos (período 2007 a 2017), um avanço tanto em relação à presença dos componentes, à luz de Kaplan e Norton (2008), como também da regionalização e da rede de atenção à saúde. Como principais fatores dessa evolução, aponta-se a capacitação contínua dos gestores e a nova metodologia proposta pela empresa pública.

Palavras-Chave: Planejamento Estratégico. Hospitais Universitários Federais. Regionalização. Saúde. EBSERH.

ABSTRACT

ASSIS, Luana de. **The strategic planning of a federal university hospital and its regional action on the health public policies.** 2017.249f.Dissertation (Master's degree in Planning and Public Governance)-Post-Graduation Program in Planning and Public Governance (PPGPGP), Federal Technological University of Paraná (UTFPR). Curitiba, 2017.

The management of public health still faces great challenges to be tackled in order to provide quality service to those users of the Sole Health System. In this system, the federal university hospital play an outstanding role in the region in which they are located. As of 2010, the government has boosted its efforts to improve these organizations and has created the National Program for the Restructuring of Federal University Hospitals and the Brazilian Hospital Services Company. The matter investigated by this research was the relationship between the strategic planning of a Federal University Hospital, Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, and the regional guidelines set forth by the public health public policies. The general aim was to analyze the relationship between Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná's strategic planning and its regional performance as to public health policies. The research is characterized as applied, as to its nature, and descriptive as to its objective. It has a qualitative-quantitative approach and was carried out through assorted techniques: bibliographic research, document research, mapping techniques, descriptive statistics, case studies (document analyses and interviews) and an analysis by using the Atlas TI 7 software, with Bardin (2011) model. It was verified, through health indicators, that this hospital's service plays an important role in the region. As to the supplies for the public hospital services in Curitiba, the Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná has 24.75% of the equipment, 22.95% of the professionals and 14.04% of the hospital beds. Concerning the production of the municipal hospitals, the service has an 18.87% participation in medical appointments and 11.74% in hospital admissions. 85.35% of the patients helped by the institution are from the metropolitan area of Curitiba. This highlights the importance that the hospital has for the region, and the inclusion of regional services and the network of health services, Sole Health System's organization guidelines and strategy, in performing the strategic management. It has been verified, through the last three strategic plannings (2007 to 2017), an improvement as to the presence of components, as per Kaplan and Norton (2008), as well as the regional activities and the health services network. The main factors for such evolution have been the ongoing training of managers and the new methodology suggested by the public company.

Keywords: Strategic Planning. Federal University Hospitals. Regionalization. Health. EBSERH.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.Macrorregiões e regiões de saúde do estado do Paraná. 49
Figura 2.Mapa da 2ªRegional de Saúde do estado do Paraná. 49
Figura 3.Relação entre os três tipos de planejamento: estratégico, tático e operacional..... 72
Figura 4.Componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton. 73
Figura 5.Componentes do planejamento estratégico à luz de Kotler. 78
Figura 6.Componentes do planejamento estratégico à luz de Ansoff e Mcdonnell. 80
Figura 7.Momentos do planejamento estratégico situacional. 82
Figura 8.Técnicas utilizadas para atingir cada objetivo específico estabelecido. 96
Figura 9.Relação entre as temáticas da pesquisa. 111
Figura 10.Rede de serviços da saúde pública de Curitiba..... 116
Figura 11.Rede de serviços da saúde pública da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná. 118
Figura 12.Rede 1. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011..... 171
Figura 13.Rede 2. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011..... 172
Figura 14.Rede documentos do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011 178
Figura 15.Rede 1. Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015..... 181
Figura 16.Rede 2. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015..... 182
Figura 17.Rede documentos do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015. 188
Figura 18.Rede 1. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017..... 191
Figura 19.Rede 2. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017..... 192
Figura 20.Rede sistema de monitoramento do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017. 198

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.Missão, visão e valores nos 21 hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013 145
Gráfico 2.Missão, visão e valores.Por hospital universitário federal. 145
Gráfico 3.Planos de controle nos 21 hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013 151
Gráfico 4.Presença dos componentes do planejamento estratégico em cada grupo, conforme modelo de Kaplan e Norton (2008).....155
Gráfico 5. Número de componentes presentes do modelo de Kaplan e Norton (2008).Por hospital universitário federal 156

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.Procedimentos de média complexidade realizados no SUS. 23
Quadro 2.Procedimentos de alta complexidade realizados no SUS. 24
Quadro 3.Hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013. 101
Quadro 4.Informações referentes às técnicas utilizadas na pesquisa. 110
Quadro 5.Cidades que integram a 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná 117
Quadro 6.Hospitais que prestam serviços ao SUS na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. 121
Quadro 7.Componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton presentes nos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 2007 a 2017 135
Quadro 8.Destaque dos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 2007 a 2017 142
Quadro 9.Componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton nos hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013.Por região. 144
Quadro 10. Comparação da metodologia utilizada pela EBSERH e o Planejamento Estratégico Situacional 152
Quadro 11.Comparação entre o modelo de Kaplan e Norton (2008) e o Planejamento Estratégico Situacional, de Matus (1991). 153
Quadro 12.Hospitais universitários federais com maior número de componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton (2008), comparados com o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná 159
Quadro 13.Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011. 161
Quadro 14.Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015. 163
Quadro 15.Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017. 166
Quadro 16.Matriz SWOT do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011. 180
Quadro 17.Matriz SWOT do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015. 190
Quadro 18.Matriz SWOT do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017. 200
Quadro 19.Características das etapas de cada planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 2007 a 2017 201

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.Pesquisa de satisfação com usuários dos hospitais universitários federais, realizada no ano de 2015. 66
Tabela 2.Equipamentos disponíveis no SUS na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná em agosto de 2016 122
Tabela 3.Equipamentos disponíveis no SUS em hospitais da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná em agosto de 2016. 122
Tabela 4.Profissionais que atuam no SUS na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016 **...** 123
Tabela 5.Profissionais que atuam no SUS em hospitais da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 123
Tabela 6.Leitos disponíveis ao SUS na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 124
Tabela 7.Leitos disponíveis ao SUS em hospitais da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 124
Tabela 8.Valor médio por internação em média e alta complexidade na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016 125
Tabela 9.Consultas médicas (atenção especializada) na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 126
Tabela 10.Consultas ambulatoriais (atenção especializada) na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 127
Tabela 11.Consultas ambulatoriais *per capita* na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná e em Curitiba no período de janeiro a agosto de 2016. 127
Tabela 12.Internações na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 128
Tabela 13.Número de habitantes por internação na 2ªRegional de Saúde do estado do Paraná e em Curitiba no período de janeiro a agosto de 2016. 128
Tabela 14.Taxa média de permanência da 2ªRegional de Saúde do estado do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016 129
Tabela 15.Taxa de mortalidade em média e alta complexidade da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 129
Tabela 16.Inverso da taxa de mortalidade em média e alta complexidade na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. 130
Tabela 17.Procedência dos usuários atendidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016. 131
Tabela 18.Procedência dos usuários (de outros estados) atendidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016. 131
Tabela 19.Procedência dos usuários internados (de outros estados) atendidos em ambulatórios do no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016. 132
Tabela 20.Procedência dos usuários (de outros estados) internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016. 132

LISTA DE SIGLAS

AAHC	Associação Amigos do HC
AGHU	Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários Federais
APACN	Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia
APS	Atenção Primária à Saúde
BSC	*Balanced ScoreCard*
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CEGEMPAC	Centro de Genética Molecular e Pesquisa do Câncer em Crianças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CF	Constituição da República Federativa do Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
CHC/UFPR	Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
COAD	Conselho de Administração
COMEC	Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONEX	Conselho Executivo
DAGA	Departamento de Administração Geral Aplicada
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHR	Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPS	Educação Permanente em Saúde
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
FUNPAR	Fundação da Universidade Federal do Paraná
GIS	*Geographic Information System*
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HC/UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HC/UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
HC/UFPR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
HCTM/UFMG	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HC/PA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HNSG	Hospital Nossa Senhora das Graças
HSL	Hospital Sírio-Libanês
HUAB/RN	Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade do Rio Grande do Norte
HUCAM/UFES	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes da Universidade Federal do Espirito Santo

HU/UFGD	Hospital Universitário da Universidade Federal de Grande Dourados
HU/UFS	Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe
HU/UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
HU/UFMA	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
HU/UFPI	Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HU/SM	Hospital Universitário de Santa Maria
HUGV/AM	Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas
HUJM/MT	Hospital Universitário Júlio Mueller da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
HULW/PB	Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal de Paraíba
HUMAP/MS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
HUOL/RN	Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
HUPES/BA	Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia
HUWC/UFC	Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP/HSL	Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
ISQUA	*International Society for Quality In Health Care*
JCI	*Joint Commission International*
MCO/BA	Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia
MEAC/CE	Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará
MEJC/RN	Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
MVFA	Maternidade Victor Ferreira do Amaral
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONG´s	Organizações Não Governamentais
PDCA	*Plan, Do, Check, Act*
PDE	Plano Diretor Estratégico
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDTI	Plano Diretor de Tecnologia da Informação

PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPGPGP	Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RMC	Região Metropolitana de Curitiba
RPA	Recibo de Pagamento de Autônomo
SAMU	Serviço Móvel de Atendimento à Urgências e Emergências
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SEPT	Setor de Educação Profissional e Tecnológica
SIDA/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SisPDE	Sistema de Monitoramento dos Planos Diretores Estratégicos dos Hospitais Universitários Federais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSPE	Solicitação de Serviço de Pessoa Externa
STRATEX	*Strategic expenses*
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFES	Universidade Federal do Espirito Santo
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UPA	Unidades de Pronto-Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
2ªRS	Segunda Regional de Saúde do Paraná
5W2Hs	*What, Why, Where, Who, When, How, How much*
5W3Hs	*What, Why, Where, Who, When, How, How much, How measure*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....15
1.1 CONTEXTO E JUSTIFICATIVA.....21
1.2 RELEVÂNCIA DO TEMA. 28
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO. 29
1.4 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA. 30
1.5 OBJETIVOS. 31
1.5.1 Objetivo Geral 31
1.5.2 Objetivos Específicos.....31
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO. 32
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS: AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE E A GESTÃO ESTRATÉGICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. 33
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA APLICAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE. 33
2.2 PLANEJAMENTO URBANO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR.....37
2.2.1 A Regionalização e a Rede de Atenção à Saúde na construção do SUS. 41
2.2.1.1 A Regionalização e a Rede de Atenção à Saúde. 42
2.2.1.2 O Plano Diretor de Regionalização do estado do Paraná.....47
2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. 50
2.3.1 O Sistema Único de Saúde e a legislação aplicada à saúde. 51
2.3.2 As ações estratégicas para a recuperação dos Hospitais Universitários Federais no âmbito do Sistema Único de Saúde. 56
2.3.3 A percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde após o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 63
2.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. 70
2.4.1 Planejamento Estratégico. 70
2.4.2 Planejamento Estratégico em Hospitais Universitários Federais 84
2.5 CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS.....92
3 METODOLOGIA. 94
3.1 CARACTERIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DA PESQUISA. 94
3.1.1 Procedimentos para o primeiro objetivo específico. 97
3.1.2 Procedimentos para o segundo objetivo específico. 99
3.1.3 Procedimentos para o terceiro objetivo específico. 102
4 RESULTADOS. 112
4.1 O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....112
4.2 A RELAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, CURITIBA E O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. 114
4.2.1 A 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná: Região Metropolitana de Curitiba. ...114
4.2.2 Indicadores de assistência da saúde pública da 2ª Regional de Saúde do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 121
4.2.2.1 Indicadores insumos/*inputs*.....121
4.2.2.1.1 Equipamentos.....122
4.2.2.1.2 Profissionais. 123
4.2.2.1.3 Leitos. 124
4.2.2.1.4 Valor médio de internação. 125
4.2.2.2 Indicadores de produção/*outputs.*.....126
4.2.2.2.1 Consultas médicas. 126
4.2.2.2.2 Consultas ambulatoriais – total e *per capita*. 127

4.2.2.2.3 Internações – total e por habitantes. 128
4.2.2.2.4 Taxa média de permanência. 128
4.2.2.2.5 Taxa de mortalidade e Inverso da taxa de mortalidade/Taxa de vida.....129
4.2.2.3 Procedência dos usuários do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 130
4.2.2.3.1 Procedência dos usuários atendidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 131
4.2.2.3.2 Procedência dos usuários internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 132
4.2.2.4 Considerações sobre os indicadores apresentados.....133
4.3 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. 134
4.3.1 A presença dos componentes do planejamento estratégico nos três últimos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 135
4.3.1.1 Considerações sobre a presença dos componentes do planejamento estratégico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.....142
4.3.2 A presença dos componentes do planejamento estratégico nos primeiros Hospitais Universitários Federais contratualizados com a EBSERH. 143
4.3.2.1 Considerações sobre a presença dos componentes do planejamento estratégico nos primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 153
4.3.3 A relação da Regionalização e da Rede de Atenção à Saúde com os três últimos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 160
4.3.3.1 Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2007-2011. 160
4.3.3.2 Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2012-2015. 163
4.3.3.3 Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2016-2017. 165
4.3.3.4 Considerações sobre a Regionalização e a Rede de Atenção à Saúde nos três planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 168
4.3.4 O histórico recente do planejamento estratégico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. 169
4.3.4.1 Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2007-2011.....170
4.3.4.2 Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2012-2015.....180
4.3.4.3 Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2016-2017.....190
4.3.4.4 Considerações sobre os três momentos estratégicos e o histórico do PE no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.....201
4.4 CONSTATAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ E A DIRETRIZ DE REGIONALIZAÇÃO.....206
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS. 211
REFERÊNCIAS.....215
APÊNDICE A - Questionário para a identificação da presença dos componentes do planejamento estratégico, adaptado de Kaplan e Norton (2008).....248
APÊNDICE B - Roteiro semiestruturado de entrevista da pesquisa “A aplicabilidade do planejamento estratégico em hospitais universitários federais”.....249

1 INTRODUÇÃO.

Este estudo aborda uma das questões mais relevantes e que tem conquistado cada vez mais representatividade no contexto da gestão da saúde pública, ao longo dos últimos anos, que é a reestruturação de importantes atores do Sistema Único de Saúde - SUS: os hospitais universitários federais.

Os hospitais universitários federais são órgãos dotados da tríplice missão de ensino, pesquisa e assistência, com qualidade e efetividade. Como instituições de referência, realizam atendimentos e tratamentos a especialidades de média e alta complexidade. Exercem, portanto, papel essencial no sistema gratuito de saúde, conforme definem o Ministério da Educação [ca.2015a] e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH ([ca.2016a]).

Após um período de grandes dificuldades em razão da escassez de recursos, que repercutiram na insuficiência do atendimento às necessidades da população, o governo federal, a partir de 2010, elaborou ações estratégicas para a recuperação dessas instituições. Nesse mesmo ano, criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, a fim de prover recursos financeiros, tecnológicos e materiais; e em 2011, a EBSERH, para fornecer profissionais e reestruturar a gestão administrativa e estratégica desses hospitais (BRASIL, 2010a, 2010b).

Devido à extrema importância da gestão estratégica no âmbito da administração pública, esta pesquisa tem como objetivo analisar a relação entre o planejamento estratégico de um Hospital Universitário Federal, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - HC/UFPR, e a sua atuação regional nas políticas públicas de saúde. Diante da complexidade que ainda permeia o SUS, é primordial monitorar cada conduta executada, para assim aprimorar os resultados até então produzidos (OLIVEIRA, F.P. *et al*., 2015).

Neste aspecto, há a preocupação com a importância dos hospitais públicos federais para o desenvolvimento da região em que atuam, pois, imersos em uma rede hierarquizada e descentralizada do SUS, devem atender às necessidades de saúde de uma determinada área, e assim participar de seu progresso social (PEDROSO, V.G., 2008).

O hospital deve trabalhar de forma integrada com a comunidade regional para conseguir visualizar quais serviços de saúde são os mais necessários. Por serem

estruturas complexas, são agentes representativos desse espaço, que possuem a missão de contribuir com a elevação do padrão de saúde e de vida da população ao seu redor. Assim, os gestores dessas instituições devem estar sensibilizados e capacitados para criarem essa articulação da instituição com os elementos do sistema de saúde da região (GALVÃO, J., 2003).

Conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP (BRASIL, 2013), os hospitais, inclusive os universitários federais, têm um papel de integração na Rede de Atenção à Saúde – RAS. São definidos como uma referência a uma população específica, com território estabelecido. Essas organizações desempenham um papel essencial na região em que estão alocados, não só de prestadores de assistência, mas também de formadores de novos profissionais (capacitados a atuarem na saúde pública do país), bem como de centros de pesquisa e tecnologia.

É essencial também que essas organizações hospitalares estejam alinhadas com as demais instâncias de atendimento, como as Unidades Básicas de Saúde – UBSs e as Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, de forma a concretizar a integralidade do cuidado (BRASIL, 1988, 2013). Essas três instâncias juntas promovem a oferta de serviços de saúde, cada qual com a sua capacidade tecnológica, bem como o aprimoramento do nível de saúde de uma população em uma determinada região (BRASIL, 2010c).

Para isso, os hospitais universitários federais devem dotar de instrumentos de gestão a fim de compreenderem a complexidade do meio que envolve os aspectos regionais de organização da saúde e assim adotar estratégias que atendem aos requisitos legais (BRASIL 2002, 2010c, 2013).

O planejamento estratégico é um forte aliado nesse processo, de identificação do cenário social e especificidades regionais e a partir disso, a elaboração de ações resolutivas e de aprimoramento (SILVA, J.M., 2004; FEITOSA, 2007).

É também responsabilidade dos hospitais o gerenciamento da pactuação de serviços realizada junto ao gestor local, bem como potencializar os resultados obtidos pela sua prestação de serviços (BRASIL, 2013).

Entende-se que, através da otimização e organização de recursos e serviços promovida pela formulação e monitoramento do planejamento estratégico, torna-se mais concreta a oferta efetiva de um atendimento especializado ao usuário, que realmente responda as necessidades de saúde da região. Esse resultado deve ser

obtido sem desperdícios e distorções das funções de cada membro da rede, conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2007).

A regionalização é uma diretriz do SUS que deve embasar o planejamento e organizações dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2010c, 2013). A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA (2015) pontua a importância de os hospitais universitários federais terem a ciência de que, há uma definição clara de sua responsabilidade ao atendimento de atenção especializada a uma regional de referência. Os atendimentos a tratamentos de atenção primária, que ainda ocorrem nessas instituições, devem ser encaminhados às unidades responsáveis - as UBSs - já que existe uma regulação de acesso que deve ser respeitada (ROSA, 2014).

Há importantes mecanismos no processo de regionalização e pode-se destacar como um dos principais o sistema de referência e contrarreferência (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008; DUARTE *et al*., 2015). Ou seja, o encaminhamento do usuário à atenção especializada, na necessidade do atendimento com apoio tecnológico; e o reencaminhamento desse sujeito pelos prestadores, quando atingida a estabilidade do tratamento (COSTA, P.H. *et al.*, 2015).

A efetividade desse fluxo depende do conhecimento desse processo pelas partes envolvidas. Porém, ainda se verifica uma fragilidade nesse processo e uma das causas que pode ser mencionada é o encaminhamento aquém dos usuários pelos hospitais especializados (DUARTE *et al*., 2015). É necessário que a gestão estratégica dos hospitais universitários federais integre esse sistema, através da regulação de acesso a consultas, exames e cirurgias, bem como das filas de esperas. Ações e gerenciamento contínuo são fundamentais para melhor efetividade da função social do hospital, bem como da própria RAS (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A concretização da regionalização exige uma atuação com instrumentos de gerenciamento pelas organizações públicas e demais mecanismos, como a participação da comunidade. Essa governança pode e deve ser realizada de maneira cooperativa, entre as diversas instâncias da RAS, o que possibilita o compartilhamento de recursos e a efetividade dos fluxos (ALMEIDA, L.L., 2016). É mais um momento em que o planejamento estratégico se destaca como um dos pilares da administração hospitalar, contribuindo com a função gerencial e social dos hospitais universitários federais.

As influências desses hospitais no desenvolvimento regional repercutem não só nas melhores condições de saúde da população, mas também em aspectos econômicos, pois normalmente nos locais em que se encontram, cria-se uma estrutura de atividades, tais como lanchonetes, farmácias, lojas de equipamentos e produtos hospitalares, estacionamentos e pousadas, expandindo o comércio formal (PLANOS ENGENHARIA, 2010).

O planejamento estratégico para as organizações de saúde é um processo social e, como tal, deve ser executado também em âmbito local. Isso porque é necessário que exista a conexão entre prestadores, autoridades reguladoras e usuários para atender aos problemas locais e suas influências - políticas, culturais, epidemiológicas e econômicas (RIVERA; ARTMANN, 2003; DUBEUX; CARVALHO, 2009). Para a definição dos diversos elementos da diretriz de regionalização e consequentemente de uma construção de uma assistência descentralizada e organizada, é necessário que todos os atores do SUS adotem instrumentos de gestão, como o planejamento estratégico.

Assim, é fundamental que o movimento de reestruturação nacional pelo qual passam os hospitais universitários federais considere as abordagens regionais que esses devem manter para atender a sua população.

Esta pesquisa é classificada, quanto a sua natureza, como aplicada, já que tem como propósito gerar conhecimentos para aplicação em problemas reais (GIL, 2010). É também descritiva, pois descreve a realidade de uma amostra em relação ao objeto de pesquisa (MICHEL, 2009; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Quanto aos procedimentos, foi realizada mediante multitécnicas, tanto qualitativas como quantitativas (GIL, 2010; MARTINS, G.A., 2006a; MICHEL, 2009; PRODANOV; FREITAS, 2013) e assim pode ser classificada quanto a sua abordagem como qualitativa-quantitativa.

As técnicas utilizadas foram: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, técnica de mapeamento, estatística descritiva, estudo de caso (análise documental e entrevistas), e análise mediante *software* Atlas TI 7, com referência no modelo de Bardin (2011). Uma delas, a entrevista com gestores do HC/UFPR, foi executada com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos - CEP/CHC/UFPR desta instituição, mediante análise e aprovação do projeto de pesquisa número 54011716.6.0000.0096.

Minha trajetória como servidora do HC/UFPR teve um papel relevante para a realização dessa pesquisa. Ao atuar na instituição como Administradora há 10 anos, vivenciei diversas experiências direcionadas a sempre buscar prover todos os recursos e as condições necessárias a um atendimento resolutivo e efetivo aos cidadãos que utilizam o SUS.

Esse processo é extremamente gratificante, quando se consegue atingir os requisitos definidos e esperados, de uma assistência de qualidade. Mas também, em alguns momentos, pode-se definí-lo como um difícil desafio, diante de tantas limitações e entraves ainda presentes no sistema público de saúde deste país, que são detalhadas ao longo deste trabalho. Exatamente por isso, a capacitação e a qualificação são pilares para qualquer profissional, servidor, a fim de mitigar as dificuldades e aprimorar os resultados para o bem público.

Esse caminho de agregação de conhecimento na área hospitalar iniciou em 2007, quando na realização de minha especialização em gestão hospitalar, estudei a área de qualidade e Acreditação, importante certificação aos hospitais e demais organizações de saúde. Naquele momento, o HC/UFPR já tinha iniciado seus trabalhos para a busca do certificado, o que obteve em 2011. E com o estudo realizado em meu trabalho final de conclusão para a especialização, pude contribuir com minha Unidade e consequentemente, com a instituição.

Dessa forma, ao realizar este Mestrado Profissional em Planejamento e Governança Pública, o desejo foi novamente aprofundar conhecimento que pudesse ser aplicado neste hospital. Devido ao constante envolvimento com planejamento e gestão estratégica, é que esse tema foi escolhido como objeto dessa pesquisa. Soma-se a isso, as novas diretrizes nacionais dos hospitais universitários federais – realizadas pela EBSERH – que pontuam o planejamento estratégico como um dos principais instrumentos para a restruturação dessas organizações.

A relação do planejamento estratégico com a diretriz de regionalização definida pelos instrumentos legais de saúde pública tornou-se a questão norteadora devido à representatividade de um hospital universitário federal na rede de atenção à saúde de uma região, e também, devido às novas inserções da reestruturação nacional.

Além dessa relação, identificaram-se pontos possíveis de aprimoramento. Esses resultados, bem como sugestões de melhoria, serão apresentados à organização e aos participantes da pesquisa de campo, conforme normas do

CEP/CHC/UFPR. E ainda, fluxos e processos de trabalho já estão sendo reavaliados, com base no conhecimento agregado nessa pesquisa.

Esse estudo está vinculado à linha de pesquisa de Planejamento e Políticas Públicas, do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGPGP) da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. O estudo e o aprimoramento do planejamento estratégico nas políticas públicas são salutares, já que há uma história de resultados insuficientes e de falhas nesse processo político-social. É com o correto planejamento que se torna possível a efetiva implantação das políticas públicas, assim como a definição clara das responsabilidades das diversas instâncias envolvidas e dos recursos financeiros aplicados (OLIVEIRA, J.A.P., 2006).

Não somente os hospitais universitários federais, mas também organizações de saúde de outras esferas, como as estaduais, estão buscando melhor desempenho, que no caso dos agentes públicos é obtido pela otimização dos recursos disponíveis, principalmente financeiros, de forma a ter mais condições de atender a demanda da população.

Em pesquisa realizada pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde – PPSUS (2014) com 19 hospitais estaduais do Paraná, identificou-se que na maioria da amostra (cerca de 60%) há motivação para a busca de melhorias em sua gestão, inclusive com relação a mecanismos de gerenciamento de custos, de forma a aprimorar a aplicação dos recursos. Ou seja, percebe-se que o amadurecimento da gestão hospitalar é uma preocupação de todos os atores envolvidos com a saúde.

Formular e implantar projetos e programas, gerenciar os resultados e potencializar as ações desenvolvidas formam o processo de planejamento estratégico das organizações públicas. O planejamento é um instrumento de gestão que possibilita a análise do ambiente organizacional, a identificação de seus problemas, e as atividades necessárias para sanar essas limitações, bem como a melhoria de processos. O planejamento deve atentar-se às questões legais e constitucionais. (PATRÍCIO *et al*., 2010)

Desta forma, a pesquisa traz questões relevantes para o tema de políticas públicas, especificamente na área de saúde, bem como reflexões e propostas com vistas ao aprimoramento da administração hospitalar, de maneira que contribua com a construção de uma assistência humanizada, segura, resolutiva e de qualidade aos usuários do SUS.

1.1 CONTEXTO E JUSTIFICATIVA.

O desafio de oferecer serviços efetivos e atendimento resolutivo à população, na área da saúde pública, apresenta-se cada vez mais forte. Diante da criação do SUS, há quase 30 anos, as políticas públicas realizadas na saúde ainda se encontram em debate e construção, a fim de tornar acessível a assistência gratuita e universal garantida pela Constituição da República Federativa do Brasil - CF de 1988, legislação e normativas administrativas (CONASS, 2015a; CAMPOS *et. al.,*2016).

Em uma realidade na qual a demanda é muito maior do que os recursos e estruturas disponibilizados, torna-se vital a busca do aumento de competitividade (no sentido de obter melhores resultados, de forma cooperativa) da gestão pública, para maximizar os benefícios e minimizar os desperdícios. Nesse sentido, a fim de obter maior otimização, novas configurações de atendimento são criadas, tais como serviço de acolhimento, hospital-dia e sistemas de integração com unidades locais. Em paralelo, há o esforço dos hospitais em ampliar a oferta de serviços e processos, de forma a tornarem-se Complexos Hospitalares (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

O acesso à oferta dos serviços na área de saúde pode ser obtido por meio de três formas: gratuito, pelo SUS; por planos privados; ou pagamento particular. O número de pessoas que pagam por esses serviços é muito pequeno. Cerca de 25% da população brasileira tem planos de saúde e o restante utiliza somente o SUS (RUIZ, 2012; GAVA *et al.,* 2016).

Por isso, é muito importante o papel do Estado na gestão de uma estrutura que atenda e preserve o maior bem das pessoas: sua vida. É essencial que todos os fatores envolvidos nesse processo tenham, cada vez mais, resultados satisfatórios e efetivos.

O SUS é aquele que, pioneiramente, transformou o acesso da saúde pública em universal (BRASIL, 1988). Nessa premissa, em que a saúde é caracterizada como direito de todos e de responsabilidade do Estado, surgem atribuições às três esferas (PAIM; TEIXEIRA, C.F., 2007).

O sistema é formado por ações desenvolvidas por órgãos e instituições públicas da Administração Direta e da Administração Indireta. Seus princípios são: universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência, preservação da autonomia do indivíduo, direito à informação às pessoas assistidas, divulgação de informações dos serviços de saúde, epidemiologia para a definição de prioridades,

participação da comunidade, descentralização político-administrativa, integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, conjugação de recursos financeiros e serviços públicos resolutivos e organizados. (BRASIL, 1990a).

Dentro desse contexto referente à normatização da gestão pública na área da saúde, bem como dos atores envolvidos legitimamente, criou-se também uma importante portaria, a Portaria nº.1000/2004, de 15 de abril de 2004, que certifica as organizações hospitalares como hospitais de ensino, atuantes no SUS. Essa regulação foi firmada entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

A partir de então, essas instituições tiveram de se adequar às normas do âmbito SUS, tais como a contratualização de serviços ofertados à população, firmadas com o gestor local (BRASIL, 2004). Percebe-se, com essa nova proposta, o reconhecimento da importância da relação das diretrizes nacionais, estaduais e municipais.

Os hospitais universitários federais também precisaram inteirar-se dos novos requisitos para a garantia de obter financiamento. A missão com foco estrito no ensino foi remodelada para a igual atenção entre ensino, pesquisa e assistência, de forma a exercerem papel ativo na prestação de serviços públicos à sociedade (LONGARAY; ENSSLIN, 2014).

Assim, essas organizações públicas formam profissionais na área de saúde, através de ensino, pesquisa e extensão; mediante os vínculos com as instituições de ensino superior. E na assistência, são centros de referência para as especialidades de média e alta complexidade. Há 50 hospitais universitários federais, vinculados a 35 instituições federais de ensino (EBSERH, [ca.2016a]).

A atuação dessas organizações precisou inserir instrumentos e mecanismos de gestão, como o planejamento estratégico e a participação da comunidade em conselhos e reuniões, referentes à oferta dos serviços (BRASIL, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Com a realização dessas práticas, é possível identificar os tratamentos mais necessários à população de uma região, e assim, tornar a assistência prestada mais efetiva (PÉREZ, 2010).

Os hospitais universitários federais recebem somente aqueles usuários que não tiveram suas necessidades atendidas em instâncias primárias. A RAS é formada por uma relação entre as unidades que fornecem a assistência da atenção básica, da média complexidade e da alta complexidade. Todas essas instâncias são importantes

e indispensáveis ao SUS, sendo que a principal característica que as difere é a tecnologia de atendimento (CONASS, 2007).

A atenção primária à saúde - APS, ou nível primário, realiza ações e procedimentos mais simples, com menor custo de execução, voltados à comunidade local, por equipes multidisciplinares (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários). Já as instâncias de média e alta complexidade, ou níveis secundário e terciário, demandam ações e serviços para o atendimento de agravos de saúde que demandam profissionais especialistas, além de tecnologia para o apoio de diagnóstico e tratamento, de acordo com a definição do CONASS (2007) e do Ministério da Saúde (2009).

A atenção básica é fornecida pelas UBSs, e o atendimento às especialidades de média e alta complexidade por unidades ambulatoriais e hospitais especializados de referência, com tecnologia de diagnóstico e tratamento (OUVERNEY; NORONHA, 2013). É o caso dos hospitais universitários federais.

Os procedimentos considerados de média complexidade, conforme o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (2009), estão relacionados no quadro 1:

PROCEDIMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO SUS	
1.Ações especializadas em odontologia	8.Patologia clínica
2.Anatomopatologia e citopatologia	9.Procedimentos especializados
3.Anestesia	10.Procedimentos traumato-ortopédicos
4.Cirurgias ambulatoriais especializadas	11.Próteses e órteses
5.Diagnose	12.Radiodiagnóstico
6.Exames ultra-sonográficos	13.Terapias especializadas
7.Fisioterapia	

Quadro 1. Procedimentos de média complexidade realizados no SUS.
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de CONASEMS (2009, p.207).

O mesmo Conselho também classifica os procedimentos de alta complexidade, conforme pode-se visualizar no quadro 2:

PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE REALIZADOS NO SUS	
1.Assistência ao paciente oncológico	14.Distrofia muscular progressiva
2.Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (diálise)	15.Estomatognático
3.Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica)	16.Fibrose cística e reprodução assistida.
4.Assistência aos pacientes portadores de queimaduras	17.Genética clínica
5.Assistência em otologia	18.Laboratório de eletrofisiologia
6.Assistência em traumato-ortopedia	19.Osteogênese imperfecta
7.Cirurgia cardiovascular	20.Procedimentos da cardiologia intervencionista
8.Cirurgia cardiovascular pediátrica	21.Procedimentos de neurocirurgia
9.Cirurgia da calota craniana, da face e do sistema	22.Procedimentos em fissuras lábio palatais
10.Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical	23.Procedimentos endovasculares extracardíacos
11.Cirurgia de implante coclear	24.Procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono
12.Cirurgia reprodutiva	25.Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático
13.Cirurgia vascular	

Quadro 2. Procedimentos de alta complexidade realizados no SUS.
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de CONASEMS (2009, p.32).

Reconhece-se que há dificuldades na área de saúde, relacionadas à insuficiência de recursos financeiros e de equipes. As características como porte, natureza jurídica, esfera administrativa e atividade de ensino exercem influências no desempenho (RAMOS *et al.,* 2015). Porém, essa realidade não pode promover uma zona de conforto, resistente a melhorias que estão na governabilidade dos gestores. Isso acarreta uma falsa constatação de que a injeção maciça de recursos resolveria todos os problemas, além de resultar em certa inércia e desresponsabilização dos profissionais (GRABOIS, 1995).

Há aqueles que valorizam o SUS. Segundo Médici (2014), os anos de 1994 a 2002 trouxeram importantes melhorias para a saúde pública. Nova visão de gestão, mais descentralizada e autônoma, com utilização de sistemas de informação; estratégias para ampliação do financiamento e controle do gasto público estão entre os passos realizados.

Melhoria de processos que resultaram, por exemplo, em diminuição do número de óbitos por diarreia, aumento do acesso à saúde bucal, criação do Serviço Móvel de Atendimento à Urgências e Emergências - SAMU, o qual atendeu mais de 100 milhões de pessoas, evitando óbitos, sequelas e internações (MENICUCCI, 2009).

Pode-se citar, ainda, a valorização da capacitação dos gestores de saúde, o reconhecimento de que tal posição, em um meio complexo como o hospitalar, exige a escolha de profissional habilitado, superando a antiga ideia de que um líder desse tipo de organização deveria ser um religioso (MALAGÓN – LONDOÑO, 2010a).

Porém, há também posições que definem a gestão dos atores da saúde, inclusos os hospitais universitários federais, como a causa de tantos problemas sem solução, na assistência prestada à população.

O SUS ainda precisa de muitas melhorias, para que atenda aos seus princípios e diretrizes. Azevedo e Costa, A.M. (2010) e o Conselho Federal de Medicina – CFM (2015a) apontam que há questões que podem ser trabalhadas pelo Estado, como descentralização, hierarquização, sistema de referência e contrarreferência, e distribuição dos diversos recursos necessários.

A dificuldade para fortalecer o fluxo de referência e contrarreferência, um dos mecanismos para o atendimento integral proposto pela legislação, é gerada pela insegurança dos profissionais dos prestadores especializados, em relação à estrutura das unidades de APS, bem como o vínculo criado com os usuários. Estes, na maioria das vezes, preferem continuar o tratamento nos hospitais (REIS, A.A.C., 2011).

Há medidas que podem ser iniciadas pelos hospitais universitários, como aprimoramento da gestão pública, com gerenciamento de indicadores e organização de processos internos. Percebe-se a falta de uma cultura de planejamento e gerenciamento, além de objetivos articulados com as diretrizes do SUS. Isso leva a ações isoladas, com baixa efetividade e resolubilidade. Há um consenso sobre a urgente necessidade de reestruturar a administração hospitalar (LIMA, 2006).

Devido às especificidades de um ambiente hospitalar, existe uma tendência a priorizar as atividades rotineiras. Alia-se a isso o déficit de profissionais, que resulta na sobrecarga das equipes. Também se salienta a quantidade considerável de terceirizados, os quais se reportam a outra liderança, que não necessariamente compartilha da missão, visão, valores, políticas e objetivos hospitalares (AMARAL, 2013).

Visualiza-se baixo comprometimento dos colaboradores, atuação desmotivada, uma maneira específica de realizar o trabalho. Isso porque existe uma cultura institucional que permite. Como elementos dessa cultura, pode-se relacionar a ausência de: planejamento estratégico, gestão compartilhada, integração entre os

setores, condições de trabalho, políticas de pessoas e agilidade no processo decisório (ÁVILA, 2006).

Uma questão importante que acarreta, muitas vezes, a ineficácia nas práticas efetuadas, é a falta de integração do hospital entre a função de assistência e as funções de ensino e pesquisa. Deve-se articular as diversas demandas, como o atendimento às especialidades de média e alta complexidade – exigida pela contratualização com o gestor local, e o atendimento às obrigações curriculares dos estágios de residência, que incluem também a realização de procedimentos e atendimentos não contratualizados com o gestor do SUS (LIMA, 2006).

A Portaria nº. 1000/2004, marco para essas organizações, define como um dos requisitos obrigatórios para certificação de ensino, a implantação de um modelo de administração hospitalar, que articule elementos como a avaliação da satisfação dos usuários, um sistema de custos e um sistema de informações (BRASIL, 2004).

Para atender a todas essas demandas de um hospital universitário federal, voltado para o SUS, é necessário adotar mecanismos de gestão. O planejamento estratégico é um recurso primordial, pois possibilita aos hospitais reconhecerem sua complexidade para então definirem seus objetivos, além de contribuir com a reflexão e a compreensão de seu propósito na esfera pública. Ele permite à instituição fazer um estudo dos âmbitos interno e externo, conhecer e refletir sobre seus propósitos e, com isso, elaborar componentes basilares para o bom desempenho, como missão, visão, valores, objetivos, metas e estratégias (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; KOTLER, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; LOVATO *et al.,* 2014).

Além disso, proporciona o acompanhamento da execução e do alcance de todas essas diretrizes definidas, bem como a identificação das ações corretivas. Ou seja, é um instrumento que auxilia na aprendizagem organizacional, e consequentemente, na efetividade de sua administração (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; KOTLER, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008).

O planejamento estratégico também é importante na relação de um hospital universitário federal com o SUS, devido ao papel dessas organizações na RAS, como prestadores das políticas de média e alta complexidade (ROSA, 2014; SESA, 2015). Para tal, precisam obter os recursos e estruturas necessários a esses tipos de serviços, requisitos inclusive determinados em portarias específicas para cada atendimento, como por exemplo, a Política Nacional de Atenção e Saúde Mental e a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012).

É fundamental o planejamento dos recursos e ações necessárias (JOHNSON; SCHOLES; WHITTINGTON, 2007) a essa assistência para que não ocorra a indisponibilidade dos serviços ou a execução ineficiente ou ineficaz dos mesmos.

As mudanças realizadas na questão do financiamento, implantadas também pela Portaria nº. 1000/2004, exigem um planejamento estratégico que inclua a consolidação de mecanismos para garantir o ressarcimento dos serviços realizados, essencial para a manutenção da organização e do cuidado à população. Assim, muitos hospitais de ensino incorporaram as novas metas propostas pelo gestor local, derivadas da contratualização de serviços, como determinantes na implantação de novos fluxos e processos (REIS, A.A.C., 2011).

O próprio ambiente em que estão inseridos esses hospitais, com diversas dificuldades ainda presentes no SUS, também motivam a realização de planos estratégicos. E cada vez mais, a participação da comunidade que usufrui desses serviços torna-se presente (BACKES *et al.*, 2009; PALHARES; CUNHA, A.C.R., 2014). O controle social é um princípio essencial na formação do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A elaboração das estratégias de uma organização de saúde deve incluir considerações como: a identificação das diferentes condições de vida de diversos locais da sua região e da sua população, a definição de práticas que reduzam os fatores de risco e atendam às funções de saúde, a elaboração de ações por unidades produtoras de serviços, e a identificação de atividades e recursos, bem como sua quantificação (PÉREZ, 2010).

Assim, o planejamento estratégico é um forte aliado do direcionamento institucional, pois permite o mais alto nível de decisão em uma organização, que é a definição de suas diretrizes (SCHMIDT, 2015). É primordial para qualquer tipo de organização pública, pois permite a reflexão e o aprimoramento de processos na execução dos serviços públicos, de forma a prover melhores condições de vida à sociedade (REZENDE, 2012).

1.2 RELEVÂNCIA DO TEMA.

Apesar dos avanços em algumas áreas, como transplantes, técnicas de procedimentos cirúrgicos, implantação de próteses e telemedicina (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; SIQUEIRA, J.E., 2013; FERREIRA *et al*., 2015; SOUZA, V.L. *et al.,* 2015), há uma contínua denúncia de um sistema público de saúde como sendo insuficiente e não resolutivo para o atendimento da população nas UBSs e UPAs; ou em tratamento para consultas ou cirurgias nos hospitais especializados. Isso pode ser evidenciado nas reportagens dos meios de comunicação e nos depoimentos dos próprios usuários do SUS.

Portanto, deve-se buscar, da forma mais ágil possível, identificar e dispor as melhorias para esse sistema do qual tantas pessoas são dependentes. É urgente adotar métodos que tragam maior efetividade aos serviços disponíveis, de modo a não só salvar vidas e reduzir o sofrimento dos cidadãos, que possuem o direito a um tratamento digno, mas também fornecer meios de promoção da saúde e prevenção de doenças, de forma a cuidar integralmente da população e torná-la mais saudável e com maiores condições de atuar socialmente (MALAGÓN – LONDOÑO, 2010a).

No que se refere aos hospitais universitários federais, pode-se destacar a importância da responsabilidade da prestação de serviços em atenção especializada, com apoio terapêutico e tecnológico, de forma a oferecer o cuidado necessário ao usuário encaminhado pelas instâncias primárias (BRASIL 2010c, 2013). A função de um hospital universitário federal na RAS, em conformidade com a diretriz de regionalização (BRASIL, 2010c), é um processo social que deve ser estudado, planejado e aprimorado, de forma a resultar em melhores condições de vida à sociedade.

Para isso, assim como em qualquer organização que tenha uma missão e objetivos, é primordial adotar o comprometimento com uma gestão eficiente e eficaz. Acentua-se a essencialidade desse processo nas organizações públicas, que têm como dever prover o bem público (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000).

Uma atuação efetiva tem incluída em seu processo, fortemente, gestão e planejamento estratégicos. São eles que auxiliarão a instituição a visualizar seu ambiente, seus pontos fortes e fracos, suas oportunidades e ameaças, seus objetivos e metas, bem como a forma de alcança-los (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2011). Esses passos são primordiais para a identificação

de problemas e estratégias, a fim de atingir os resultados organizacionais, inclusive nos hospitais universitários federais.

É importante também mencionar que, após a implantação do Programa REHUF, recursos financeiros têm sido direcionados a essas instituições tanto pelo Ministério da Educação como pelo Ministério da Saúde, a fim de ampliar sua capacidade de atendimento à população. A Secretaria de Educação Superior (2011) informa que no primeiro ano do programa, 2010, o Ministério da Educação entregou R$ 80.160.444,91 reais a esses hospitais. Já em 2011, o valor foi de R$ 114.600.000,00 reais (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2012).

A Secretaria de Atenção à Saúde (2011) apresenta que o Ministério da Saúde disponibilizou, em 2010, R$1.336.895.971,32 reais. Já no ano de 2011, o valor foi em torno de R$ 500.000.000,00 reais (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2012). Em 2013, o montante destinado pelos dois Ministérios foi de R$ 751.700.000,00 reais (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2014) e em 2014, R$ 738.600.000,00 reais (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2015). Os recursos foram destinados com a finalidade de atender às despesas de custeio, despesas de capital e reformas.

Diante dos valores investidos é essencial que o gerenciamento da utilização desses recursos, e da efetividade dos resultados gerados por essas instituições hospitalares na região em que atuam, seja constantemente realizado.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.

O propósito deste trabalho é analisar a relação entre o planejamento estratégico de um Hospital Universitário Federal, o HC/UFPR, e a sua atuação regional nas políticas públicas de saúde. Espera-se com isso contribuir com o aperfeiçoamento da gestão pública deste e demais órgãos, que considerarem esse estudo pertinente a suas atividades.

Verifica-se a necessidade de delimitar a amostra para a pesquisa de campo, devido à complexidade organizacional de um hospital universitário federal, ente que possui diversos processos e estruturas críticos para o atendimento da saúde. O HC/UFPR é escolhido não só pela maior facilidade da realização da pesquisa devido à atuação profissional da pesquisadora nesta instituição, mas também pela sua

representatividade no sistema público nacional, visto que entre os 50 hospitais universitários federais, é o terceiro do país (EBSERH, 2014).

Além disso, está incluso na região sul, que demonstra resultados positivos na área hospitalar, como a região que mais realiza procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (6,95 por 100 habitantes), bem como internações de média complexidade (4,34 por 100 habitantes) e alta complexidade (5,7 por 1000 habitantes). Possui o maior número de hospitais com a contratualização de metas, conforme dados do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (2016a).

E como fator complementar e importante para a definição da amostra, o HC/UFPR é uma das organizações que aderiram à EBSERH, empresa responsável pela ação nacional de reestruturação estratégica, que os hospitais universitários federais contratualizados estão trabalhando neste momento.

1.4 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA.

As diversas limitações da área da saúde pública geram um cenário de desajustes entre as demandas e os recursos (financeiros, estruturais, materiais e de gestão). Além dessa equação desigual, somam-se aos entraves da eficiência na saúde pública, a ausência de planejamento da alocação dos recursos e a falta de um movimento político que inclua os atores e a sociedade, para que ações em contextos maiores sejam realizadas (CAMPOS *et al*., 2016; DOMINGOS *et al*., 2016).

Devido a esses limitantes, presentes também nos hospitais universitários federais, o que se percebia era uma ausência de resposta às necessidades da população por essas instituições. Suas reais condições eram bem diversas do modelo idealizado de um hospital, com processos certificados, cultura da qualidade, eficiência no atendimento ao usuário e na padronização de processos (ARAÚJO, C.A.F.; FIGUEIREDO, O.H.S; FIGUEIREDO, K.F, 2015).

Para mitigar as barreiras à uma assistência de qualidade, e tentar reestruturar esses hospitais, o governo criou o Programa REHUF, mediante decreto nº. 7.082/2010, em 27 de janeiro de 2010 (BRASIL, 2010a).

O aporte financeiro e material à estrutura desses hospitais foi um passo importante no longo caminho ainda a ser percorrido até que se atinja uma condição ideal de assistência. Mas, além desses recursos, outros também eram necessários.

Assim, o governo elaborou mais uma estratégia, a criação da EBSERH, mediante lei nº. 12.550/2011, em 15 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

A EBSERH foi criada para atender a duas grandes demandas: prover os hospitais universitários federais de profissionais para o atendimento à população; e redefinir a estrutura administrativa e estratégica, de modo a permitir o gerenciamento de assistência, ensino e pesquisa. O principal instrumento para tal foi a elaboração de um Plano de Reestruturação e posteriormente, do Plano Diretor Estratégico-PDE, junto com cada hospital universitário federal contratualizado, com a parceria do Instituto de Pesquisa do Hospital Sírio Libanês-IEP/HSL (BRASIL, 2010b; EBSERH, [ca.2015a]).

Percebe-se que um dos pilares do movimento criado para a recuperação dos hospitais universitários federais é o planejamento estratégico. Pressupõe-se que a elaboração efetiva dessa ferramenta e a maturidade na sua execução e no seu monitoramento, trarão mais possibilidades de atuar com resolubilidade.

A partir daí surge o interesse em verificar as metodologias abordadas no planejamento estratégico em um hospital universitário federal, o HC/UFPR, e analisar o histórico recente de sua atuação estratégica para o atendimento das demandas da região em que está alocado, que conforme diretrizes do gestor estadual, a SESA, é a 2ª Regional de Saúde – 2ªRS, composta pela região metropolitana de Curitiba-RMC (SESA, 2015). Será realizado o seguinte estudo a fim de responder: Qual é a relação entre o planejamento estratégico do HC/UFPR e a diretriz de regionalização definida pelos instrumentos das políticas públicas de saúde?

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre o planejamento estratégico de um Hospital Universitário Federal, o HC/UFPR, e a sua atuação regional nas políticas públicas de saúde, a fim de identificar se os instrumentos de regionalização estão inclusos na gestão estratégica dessa instituição.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. Descrever a relação da assistência pública de saúde entre a 2ªRS, Curitiba e o HC/UFPR;

2. Identificar o cenário atual do HC/UFPR e de outros hospitais universitários federais em relação à presença dos componentes do Planejamento Estratégico;
3. Analisar o histórico do planejamento estratégico do HC/UFPR e identificar limitantes, potencialidades e a relação com a diretriz de regionalização, em cada momento estratégico da organização.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, sendo que o primeiro é composto por esta introdução. O próximo abordará conceitos da literatura sobre Políticas Públicas na Saúde, Planejamento Urbano e Desenvolvimento Regional, Sistema Único de Saúde, Hospitais Universitários Federais e Planejamento Estratégico.

O terceiro capítulo apresentará a metodologia utilizada para a pesquisa, bem como o referencial teórico que embasa essa metodologia. Após, serão mostrados os resultados referentes ao planejamento estratégico do HC/UFPR e a sua atuação regional. Inclui-se uma contextualização quanto ao cenário atual dos primeiros hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH. E o quinto e último capitulo traz as considerações finais e as propostas de novos estudos.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS: AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ÁREA DE SAÚDE E A GESTÃO ESTRATÉGICA DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.

Este referencial teórico apresenta conceitos importantes sobre o objeto de pesquisa, a fim de contribuir com o entendimento do contexto estudado, e também potencializar a compreensão dos resultados que serão apresentados.

O primeiro tópico traz a relação das políticas públicas e sua execução na área da saúde pública. Após, definições sobre planejamento urbano e desenvolvimento regional são apresentados na seção 2.2. Aborda-se as questões da regionalização e da RAS para a construção da assistência à saúde no SUS.

O item “2.3 Sistema Único de Saúde e Hospitais Universitários Federais”, tem como escopo abordar temas relacionados à assistência prestada pelos hospitais universitários federais e está dividido em três subseções que tratam da legislação aplicada à saúde, das novas ações estratégicas para a área, e da percepção do sistema pelos usuários do SUS.

E o tópico “2.4 Planejamento Estratégico e Hospitais Universitários Federais” fornece referencial sobre esses conceitos, bem como a relação entre os mesmos. Considerações técnicas que envolvem a interação entre todas as temáticas são demonstradas na última seção, a 2.5.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E SUA APLICAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE.

A área de Políticas Públicas torna-se cada vez mais relevante, devido à essencialidade dos governos em desenvolver gestões mais efetivas, em conformidade com algumas características do atual cenário, como a restrição de gastos públicos, que influenciam nas ações nos setores econômicos e sociais. Há constantes reflexões e questionamentos sobre o papel do Estado e também a preocupação dos países em desenvolvimento (principalmente na América Latina) de formar uma capacidade de implantar políticas públicas resolutivas (SOUZA, C., 2006).

Deve-se considerar ainda a expectativa que os cidadãos têm em relação às práticas públicas, de maneira que elas forneçam a resolução de problemas coletivos e até mesmo individuais (DYE, 2011).

Souza, C. (2006) demonstra o histórico do surgimento das políticas públicas como área de conhecimento e disciplina acadêmica, inicialmente nos Estados Unidos. A disciplina não tinha ainda relações com os questionamentos do papel do Estado,

mas estudava a formação de melhores ações governamentais. Já na Europa, o foco era a análise das funções estatal e governamental, responsáveis pela materialização das políticas públicas. O pressuposto básico era a possibilidade de formular e analisar de forma científica e independente tudo aquilo que o governo fazia ou deixava de fazer. A política pública foi incluída na gestão, nos Estados Unidos, devido aos resultados de sua aplicação na Guerra Fria.

Para maior entendimento do conceito de política pública, primeiramente é importante compreender a definição de política. Esta, conforme Heidemann (2009), é relacionada a tudo o que se refere à vida coletiva, em sociedade e em organizações. Assim, a política também trata da forma, dos procedimentos com que as pessoas ou grupos influenciam os demais. Já a política pública, conforme o autor, inclui a ação e a intenção. As ações efetivas são fundamentais para transformar as intenções em benefícios alcançados.

Gelinski e Seibel (2008) definem que as políticas públicas são movimentos realizados pelo governo a fim de atender às necessidades específicas da população. Podem ser divididas em três classificações: sociais, em que buscam prover condições para o atendimento da saúde, educação, renda, emprego, previdência, habitação e assistência; macroeconômicas, voltadas às áreas monetária, fiscal, industrial e cambial; e outras, que incluem a cultura, a tecnologia e a agricultura.

Segundo Kraft e Furlong (2010), há três principais razões para a intervenção do governo na sociedade: políticas, morais ou éticas, e econômicas. As razões políticas são as respostas dos atores políticos às solicitações da população em cada momento, bem como às pressões dos movimentos sociais. As morais ou éticas, correspondem àquelas situações em que o governo reconhece a importância de sua ação, sem a necessidade de reivindicações. Pobreza, fome e direitos humanos são alguns exemplos.

Já as econômicas são aquelas até mesmo reconhecidas pelos economistas, nas quais o governo se torna essencial nas situações em que se apresentam falhas de mercado, ou seja, quando a sua eficiência não é plena. Nessas situações, a Administração Pública buscará atenuar prejuízos aos cidadãos (KRAFT; FURLONG, 2010).

No caso da saúde, em âmbito privado, o governo tem um papel preponderante na atuação contra as falhas de mercado. Já na instância pública, atua por meio do

fornecimento de bens e serviços. Ou seja, exerce um papel de fiscalização e de complementação (PINHEIRO; SARTI, 2012).

Arretche (2005) afirma que o SUS, assim como qualquer outra política, é o desfecho de várias negociações, por atores e grupos de interesses, em diferentes momentos.

O Ministério da Saúde tem como responsabilidade elaborar políticas públicas, bem como acompanhar a execução pelas instâncias estadual e municipal. Além disso, fornece recursos para a realização de serviços técnico-administrativos, como financeiros, tecnológicos, materiais e administrativos (COELHO; BARBOSA, G.P.; MELO, 2009).

Desde 1988, a saúde é considerada um direito universal, com um sistema de acessibilidade a todos (BRASIL, 1988). Essa política traz uma série de desafios para proporcionar não apenas um sistema, mas uma rede efetiva de serviços, que tenha a capacidade de prover recursos essenciais para a assistência, como as consultas, os exames, os procedimentos e os medicamentos (AZEVEDO; COSTA, A.M., 2010).

Se por um lado, pode-se compreender essa mudança como um reconhecimento da dignidade do ser humano, o qual tem direito a uma vida saudável e a não permanecer em condições de sofrimento por não possuir recursos financeiros, por outro lado gerou-se um grande desafio. Pois, se a saúde é considerada um direito universal, ela representa também uma demanda, que envolve custos, financiamento e investimentos que sustentem equipes e recursos materiais e estruturais (PALHARES; CUNHA, A.C.R., 2014).

É importante destacar que o SUS apresenta grandes avanços. O controle e a erradicação de várias doenças, promovidos pela ampliação da cobertura de vacinas; a redução das inequidades sociais em comunidades carentes promovida pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família; as chamadas cirurgias minimamente invasivas, realizadas com maior segurança e com menor sofrimento e tempo de recuperação ao usuário; os implantes cocleares, que permitem a pessoa recuperar ou obter a audição; os tratamentos genéticos; as medicações genéricas; a modalidade “Telessaúde”, que concomitante, fornece aprimoramento da assistência e da formação profissional (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; BEVILACQUA *et al*., 2009; SIQUEIRA, J.E., 2013; MOLIN *et al.,* 2015).

Pode-se citar também a evolução dos transplantes, não só em órgãos internos, como também em partes externas do corpo, como a face e a mão, além de

modalidades como o transplante de medula óssea e o transplante de células-tronco; e as políticas públicas voltadas ao combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-SIDA/AIDS, que permitiram o aumento do diagnóstico precoce e a efetividade da assistência (ARANTES; SANTOS, R.S., 2015; FERREIRA *et al*., 2015; SOUZA, V.L. *et al.,* 2015).

Mas também ainda persistem vários limitantes relacionados a recursos, estrutura e equipes em número aquém do esperado; à falta de organização dos fluxos, à comunicação ineficaz entre os diversos atores e ao subfinanciamento. Isso gera a precariedade das unidades de atendimento e do serviço público e, consequentemente, o não atendimento da população devido à presença de barreiras, tais como a demora no agendamento de exames e na obtenção do resultado dos mesmos; o tempo de espera prolongado no momento do atendimento; e a ausência do fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência (AZEVEDO; COSTA, A.M., 2010; CFM, 2015a).

São fatores sérios, que expõem a saúde e a vida de pessoas, e que ocorrem em uma proporção inadmissível. É um problema totalmente visível. Uma situação que exige intervenção pública. Segundo Kraft e Furlong (2010), problemas públicos são relacionados às condições em que são visivelmente inaceitáveis e que, por isso, necessitam de mediação pela Administração Pública, tais como a degradação ambiental, a falta de segurança pública ou a inacessibilidade a sistemas de saúde.

Não há causas estritamente econômicas para os problemas públicos. Até mesmo aqueles elementos considerados de caráter econômico, se analisados com profundidade, terão em sua estrutura também causas sociais. Por isso a expressão “socioeconômica” é, atualmente, mais difundida (LOPES, 2001).

O fundamental é que todas as instâncias públicas atuantes na área da saúde definam em conjunto um fluxo de trabalho, de forma a possibilitar a identificação de demandas e a criação de estratégias, para assim, atender ao usuário com efetividade e resolubilidade (FERRAZ *et al.*, 2013).

O contexto de insatisfação é fortemente presente e a população urge por melhorias. É preciso prover as condições adequadas de atendimento às unidades básicas de saúde e hospitais, como número suficiente de profissionais, acessibilidade de medicamentos, disponibilidade de equipamentos de diagnóstico e humanização nos serviços prestados (REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C.; CECÍLIO, [ca.2011]).

Isso porque o cenário da saúde pública precisa ser remodelado, de forma a extinguir a imagem de uma gestão que trabalha sem instrumentos e mecanismos de administração, tal como a definição de elementos estratégicos institucionais - missão e visão; as metodologias de monitoramento do planejamento estratégico; a gestão participativa (incluindo a comunidade); o foco no usuário; os indicadores de desempenho e a melhoria contínua (MARTINS, V.F., 2011).

A carência de recursos é o fator propulsor desse processo (SILVA, C.L.; ROTTA, 2012). O subfinanciamento é uma das principais questões chaves das limitações para o maior desenvolvimento do SUS. As modernas tecnologias; a mudança do perfil de cuidado voltado a uma nova população (mais idosa, devido ao planejamento familiar e aos avanços de tratamento); o crescimento de ações judiciais; o aumento da violência, de acidentes, de doenças crônicas e da poluição, tornam os custos com o sistema de saúde muito maiores do que a capacidade do Estado (SANTOS, A.O.; DELDUQUE; ALVES, S.M.C., 2015).

As políticas públicas, na área de saúde, têm responsabilidade de: criar mecanismos e instrumentos que possibilitem o acesso igualitário a todos os cidadãos; reconstruir a atenção integral, para trazer efetividade ao sistema; formar uma gestão participativa, que inclua os cidadãos, por meio dos Conselhos, Conferências e audiências públicas; elaborar uma cultura de construção coletiva de propostas; integrar os vários agentes da Administração Pública; e obter a tecnologia necessária para o atendimento eficaz, além de demais recursos (FEUERWERKER, 2005).

Deve-se atuar nas diversas não-conformidades, quase intermináveis, representadas pela ausência de estrutura suficiente para o atendimento de toda a demanda do país. E para resolver ou reduzir esses impasses é necessária, como uma das medidas, uma revisão da administração que gerencia esses recursos, buscando técnicas de aprimoramento da gestão estratégica para obter melhores resultados e serviços ao cidadão.

2.2 PLANEJAMENTO URBANO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR.

A geografia humana considera a região urbana como um conjunto de objetos (cidades, distritos, estradas) ligados entre sí por “movimentos circulatórios”, entre os quais a migração, as mercadorias ou até mesmo o dinheiro. Inclui a interação entre

necessidades sociais e biológicas da população com o seu atendimento pelas firmas. Essas necessidades também são atendidas por organizações públicas, que fornecem os serviços públicos, tais como educação, segurança e saúde (HAGGETT, 1965 apud SANTOS, M. 2014, p.18)[1].

Observa-se ainda que o espaço é formado por quatro categorias: forma, função, processo e estrutura. A forma seria a materialidade das coisas, o conjunto de objetos. A função é a atividade que se espera que seja realizada por uma forma, ou uma pessoa, ou ainda uma instituição. A estrutura é a organização de várias partes e de várias formas, interligadas em um todo, e o processo refere-se às práticas que são realizadas a fim de atingir um objetivo, em um dado momento (SANTOS, M., 2014).

Relacionando esses conceitos aos hospitais universitários federais, pode-se constatar que um hospital público (a forma) tem uma presença significativa na sua região, e também tem funções a desempenhar, relacionadas à promoção, prevenção e tratamento da saúde dos usuários a ele encaminhados pelas unidades básicas de atendimento (MALAGÓN-LONDOÑO, 2010b).

Essa forma é resultado de estruturas passadas, representadas pelas atividades e pelas equipes, que são o suporte para que se realize as suas funções. Essas atividades, meios para a obtenção das metas e dos objetivos definidos no planejamento estratégico, são executadas em diversos processos, ou seja, etapas sucessivas e de igual importância para a criação dos resultados.

> O hospital, dentro do esquema moderno de funcionamento dos sistemas de saúde, é o centro de referência que deve receber os pacientes cujos problemas não puderam ser solucionados nos níveis primário e secundário. A missão fundamental do hospital é direcionada para a recuperação da saúde e isso exige que sejam empreendidos esforços administrativos, técnico – científicos e de pesquisa, sob a responsabilidade de uma equipe humana adequadamente preparada e selecionada. Desde a internação do paciente até a sua alta do hospital, ocorrem fases que exigem intervenção cuidadosa e acertada das pessoas que, em etapas sucessivas, devem assumir a responsabilidade correspondente. Não é possível determinar qual etapa é a mais importante. (MALAGÓN-LONDOÑO, 2010b, p.04).

As formas exercem um impacto no meio em que estão alocadas. As ações de qualquer hospital geram repercussões em seu entorno, tanto para os recursos naturais quanto para a saúde da população (LAVERDE, 2010a). A totalidade desse contexto implicará em maior ou menor desenvolvimento local e regional.

[1] HAGETT, Peter. Locational Analysis in Human Geography. London, E. Arnold, 1965.

Santos, M. (2014) também pontua que, com o surgimento de novas demandas sociais, as formas devem se readequar à nova realidade/ambiente, a fim de atender às novas necessidades. Os hospitais universitários federais tiveram que se realinhar e criar estratégias de prevenção e promoção da saúde, ao invés de focar apenas no tratamento de doenças.

> Além de cuidar, aliviar e tratar a dor, o sofrimento e a enfermidade, a promoção da saúde e a prevenção das doenças e de outros problemas relacionados com a saúde devem ser metas primordiais de qualquer hospital. A promoção da saúde e a prevenção das doenças devem ser praticadas diariamente em todos os níveis da prática assistencial. (REMÓN *et al*, 2010, p.401).

Um hospital público deve ter uma atuação integral frente à região em que está alocado. Suas ações relacionadas a novas construções, a novas atividades com produtos químicos e hospitalares, geram influências ao seu redor (alterações no tráfego, comércio local e questões ambientais e ecológicas) que devem ser consideradas. Um hospital “deve ser líder na preservação, manutenção e melhoramento do meio ambiente para benefício da geração atual e das futuras” (LAVERDE, 2010a, p.154).

As questões espaciais são fundamentais para a elaboração de estratégias e ações públicas, já que representam um conjunto de fenômenos sociais e políticos, conforme entende a geografia social. Trata-se de um fenômeno social porque engloba as relações entre as pessoas, por meio não só de interações, mas também pelas atividades produtivas por elas exercidas, que são o que torna possível a sobrevivência humana. A economia convencional já se apropriava do estudo da organização das cidades e suas regiões através da distribuição das atividades em determinados locais, sejam econômicas ou por serviços públicos (THEIS; GALVÃO, A.C.F., 2012).

No período de 2003 a 2010 houve uma ausência de políticas regionais no país. Existia uma tendência que poderia ter sido melhor trabalhada, que era o movimento das pessoas dos grandes centros urbanos para as cidades médias, em busca de melhor qualidade de vida. O governo federal poderia ter investido nesses municípios de porte médio, com maior eficácia de serviços essenciais, inclusive de saúde, assim como transporte e saneamento. Poderia ter ocorrido maior estímulo ao desenvolvimento dessas áreas (ARAÚJO, T.B., 2013).

Percebe-se que essa lógica ocorre não só no nível macrorregional, mas também entre regiões de um Estado. A concentração da rede urbana de estrutura e de serviços públicos está nas capitais. Isso resulta em um fluxo contínuo dos municípios menores para essas cidades, o que ocasiona maior tráfego e a manutenção dessa centralização de recursos. Isso impacta diretamente o desenvolvimento das regiões (ARAÚJO, T.B., 2013).

A saúde é uma das áreas em que essa questão pode ser visualizada. Centenas de pessoas, de regiões menores e menos desenvolvidas, deslocam-se para um número restrito de cidades que possuem maior estrutura de atendimento. A falta de investimentos suficientes nos serviços assistenciais nos municípios gera, para as cidades maiores, o aumento da demanda por atendimento e dos gastos (SOARES *et al*., 2016).

O planejamento, para ser eficaz, deve também ter abordagens regionais. Primeiramente, através do governo do município. Deve-se ter equipes preparadas, que consigam extrair quais ações são necessárias localmente. Após, verifica-se a importância de incluir a população nas questões urbanas. Essas pessoas, que ali residem ou trabalham e que são usuárias dos serviços e das estruturas disponíveis, são fundamentais para criar a percepção das ações ideais para formar uma localidade desenvolvida. E por último, com a inserção das organizações públicas, que também auxiliam no desenvolvimento da região em que atuam (JACOBS, 2009).

O planejamento nesse contexto é realizado com ferramentas estratégicas de gestão e monitoramento, incorporadas da administração privada pelas organizações públicas. Sua importância se dá tanto pela melhoria da qualidade de vida da população usuária dos sistemas públicos, quanto pelo desenvolvimento econômico da região. Essa gestão é benéfica porque permite visualizar as oportunidades e os limitantes de uma área específica, estruturar programas relacionados com essas características e trabalhar em parceria com as lideranças comunitárias (BORBA, 2004).

O debate do desenvolvimento regional teve um acréscimo de representatividade a partir da década de 1950, assim que se pontuou o aumento das desigualdades regionais, resultantes da concentração de capital no Sudoeste, principalmente devido ao Plano de Metas. Projetos públicos começaram a ser apresentados e houve a criação de órgãos e autarquias, a fim de mitigar os desequilíbrios (GOULARTI; MESSIAS; ALMEIDA, A.S., 2013).

Na gestão do território, cresce a importância da elaboração e da implantação de políticas públicas locais e regionais, complementares e conformes com as diretrizes nacionais. Um planejamento que englobe as questões locais e regionais maximiza sua possibilidade de resultados positivos, pois apresenta uma visão detalhada de situações reais. Além das abordagens físicas deve-se incluir as sociais, pois o foco da gestão pública é prover melhores condições de vida aos cidadãos (SILVA, J.M., 2004; FEITOSA, 2007).

A região integra um sistema que é composto por espaços menores e maiores do que ela e são as interações entre essas partes que influenciam o desenvolvimento regional (LOPES, 2001). Pode-se considerar que uma região é desenvolvida quando detém de uma organização integral dos vários fatores que a impactam, sejam eles econômicos, culturais, políticos, ecológicos e sociais. A inclusão da população no processo de criar esse desenvolvimento é um requisito idealizado em uma administração pública (PEREIRA, S.B., 2007).

O desenvolvimento, seja qual for a instância, requer mobilização dos agentes públicos para prover os recursos materiais e financeiros necessários ao atendimento das políticas públicas. Uma observação importante é que se deve atentar que a escala local traz benefícios devido à proximidade com seus elementos e pessoas, mas não é única. Para resultados mais promissores deve-se criar a integração das visões locais, regionais e nacionais (BRANDÃO, 2007).

Ao considerar o foco dessa pesquisa, o planejamento estratégico nos hospitais universitários federais, é de extrema relevância que exista a integração das novas diretrizes nacionais com as necessidades regionais e locais. Essa relação possibilita melhores condições para o provimento de uma assistência integral e efetiva.

2.2.1 A Regionalização e a Rede de Atenção à Saúde na construção do SUS.

Essa seção apresenta conceitos importantes da regionalização e da rede de atenção à saúde - RAS, elementos essenciais para a criação da assistência do sistema público de saúde do país.

2.2.1.1 A Regionalização e a Rede de Atenção à Saúde.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS-NOAS/SUS 01/02 (BRASIL, 2002), traz regulamentações complementares para o fortalecimento das diretrizes definidas pela norma anterior, a NOAS/SUS 01/01 (BRASIL, 2001), que tem como objetivos a consolidação e o aprimoramento do SUS.

As mudanças realizadas pela NOAS/SUS 01/02 (BRASIL, 2002) foram: aumento das responsabilidades dos munícipios em relação à APS, criação de ferramentas para o aprimoramento da gestão, atualização de critérios de habilitação de estados e municípios e definição de que a regionalização é um elemento norteador da hierarquização do sistema de saúde. Isso porque o planejamento da assistência deve ser de forma integrada, com noções de territorialidade.

A regionalização é considerada como uma diretriz do SUS e exerce um papel essencial na descentralização de serviços e ações do sistema público de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2010c). Também, contribui com a construção da RAS.

> Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2010c).

A RAS é uma estratégia de reestruturação do SUS, a fim de obter maior qualidade e organização da assistência ofertada. É uma das ações que buscam a consolidação das políticas públicas na área de saúde (BRASIL, 2010c).

A RAS foi criada com objetivo de mitigar a fragilidade do sistema de saúde derivada da fragmentação desestruturada de serviços e ações, o que impactava no atendimento de qualidade aos usuários. A necessidade de maior integração entre os atores da saúde trouxe a questão da rede. Fortalecer o processo de regionalização, através da RAS, é essencial para a consolidação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2010c).

A Portaria nº. 4279/2010, de 30 de dezembro de 2010, define a RAS como:

> arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010c).

Conforme essa Portaria a APS é o eixo estruturante de uma rede. É o primeiro nível de atenção ao usuário. É nele que os cuidados primários referentes às necessidades de saúde mais comuns da população deverão ser resolvidos, com equipes multiprofissionais.

O encaminhamento a outras instâncias de atendimento, deverá ocorrer em momentos específicos da enfermidade, que exigem atendimentos de média e alta complexidade. Ou seja, a APS, tem responsabilidade pelo usuário e papel de integração, o que não a caracteriza apenas como uma “porta de entrada” ao sistema (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A RAS é formada por diversos pontos de atenção à saúde, ou seja, espaços em que se ofertam assistência. Unidades ambulatoriais especializadas, UBSs, domicílios, centros de atenção, residências terapêuticas, serviços de hematologia, dentre outros. Todos são de suma importância para que o objetivo da rede se concretize, e se diferenciam somente pelas distintas densidades tecnológicas que utilizam. Em um hospital, por exemplo, há diversos pontos de atenção, tais como ambulatórios, centro cirúrgico, pronto atendimento e Unidade de Terapia Intensiva-UTI (BRASIL, 2010c).

A instalação de cada ponto de atenção de saúde deverá ser planejada, conforme as características e as demandas de saúde de cada território. É importante também que os recursos investidos sejam aplicados de forma racional (BLANSKI; SILVA, C.L.; OLIVEIRA, A.G., 2015).

A estrutura operacional ou os componentes de uma RAS (formados pelos diversos pontos de atenção à saúde) são os seguintes (BRASIL, 2010c):

- APS: ponto central, peça-chave da rede, pois é o primeiro nível de atenção do usuário e como tal deve prover a promoção, a prevenção e o tratamento dos problemas mais comuns. Um aspecto interessante dessa unidade é a abordagem familiar, em que as equipes devem, além de conhecer a questão clínica da família (inclusive o seu histórico), também criar vínculos com essas pessoas, a fim de facilitar e potencializar o tratamento;
- Pontos de Atenção Secundário e Terciário: pontos com profissionais especializados, além de estrutura e recursos tecnológicos para o apoio ao tratamento e diagnóstico. Os hospitais universitários federais estão inclusos nesta categoria;

- Sistemas de Apoio: serviços oferecidos a todos os pontos da rede, tais como apoio diagnóstico e terapêutico (imagens e patologia clínica, por exemplo), assistência farmacêutica (tais como dispensação, armazenamento e distribuição) e sistemas de informação;
- Sistemas Logísticos: representam o sistema de referência e contrarreferência de usuários, além de troca de produtos e informações, que são amparados pela tecnologia e que devem ser efetivos entre os pontos de atenção. Como mecanismos, pode-se citar os sistemas de centrais de regulação e registro eletrônico;
- Sistemas de Governança: diferentes atores que buscam melhorar a gestão da rede, com destaque para o Colegiado de Gestão Regional, que busca identificar e resolver os principais problemas da RAS e da região de saúde. Há incentivo para o controle social, ou seja, a participação da população, mediante fóruns, pesquisa de satisfação, dentre outros.

O Colegiado de Gestão Regional, formado por gestores municipais e representantes estaduais, deve direcionar o planejamento regional, com definição de prioridades e responsabilidades de cada ente, além de proporcionar estratégias para o controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Um ponto importante na nova configuração do sistema de saúde, proposto pela regionalização e formação de redes, é a valorização do trabalho e dos trabalhadores, em diversos aspectos, tais como jurídicos, físicos e administrativos. É importante também investir na educação permanente dos profissionais, de forma a não só possibilitar uma melhor assistência aos usuários, mas também, a valorização do profissional que exerce seu trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Países com sistemas de saúde efetivos, como o Canadá, construíram uma atenção primária de saúde forte, com reconhecimento do trabalho e dos trabalhadores de saúde (ROLLO, 2008).

Um dos instrumentos para a concretização da rede é a contratualização de serviços, entre prestadores e reguladores. A contratualização, conforme Portaria nº. 4279/2010, é assim definida:

> O modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. (BRASIL, 2010c).

Destaques importantes na legislação é a inclusão da população nas definições da contratualização dos serviços, e do nível de atenção que está mais próximo dessa população, a APS.O investimento na APS representa uma possibilidade de melhorar a assistência de saúde, com prevenção, promoção e diagnósticos precoces. Além disso, torna possível também a redução de gastos com serviços de alto custo devido ao cuidado tardio e ineficaz (ROLLO, 2008).

A NOAS/SUS 01/02 (BRASIL, 2002) define um instrumento para a realização da regionalização, que é o Plano Diretor de Regionalização-PDR. Esse plano tem o objetivo de organizar a regionalização da assistência de cada estado, além de definir as prioridades de intervenção, conforme as necessidades de saúde da população.

Assim, o estado é dividido em regiões e macrorregiões. Define-se as condições para o fluxo de referência, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso ao sistema de saúde.

Conforme a NOAS/SUS 01/02 (BRASIL, 2002), o PDR deve possibilitar o acesso à saúde pelo cidadão, em local mais próximo de sua residência, para ações e serviços considerados de responsabilidade mínima, em nível de atenção primária. E, o acesso a qualquer nível de atenção, para a resolução de problemas de saúde, mediante referências intermunicipais.

Porém, na formação da RAS, ainda existem várias limitações vivenciadas pelos municípios, na busca da concretização das diretrizes nacionais. É preciso maior aporte técnico e financeiro. Há necessidade de maior qualificação dos profissionais, inclusive em aspectos comportamentais, além de um fortalecimento do número de equipes. Uma integração maior entre as várias instâncias de atendimento é exigida, de forma que exista maior efetividade nos sistemas logísticos e de governança (GODOI *et al*., 2013; CONASS, 2015b). Além disso, há escolhas políticas que definem o modelo de atenção a ser prestado (SILVA, A.G.; ALVES, C.M., 2007).

Os municípios isoladamente não conseguem fornecer todos os serviços de saúde aos seus usuários (OUVERNEY; NORONHA, 2013). Como pontos-chaves para a organização do sistema, têm-se (BRASIL, 2002):

- Módulo Assistencial: constituído por um ou mais municípios que forneçam a assistência de atenção básica;
- Município-sede do Módulo Assistencial: município que fornece a atenção primária à sua população e também de outros municípios;
- Município-polo: munícipio que é referência a outros municípios para o atendimento de qualquer nível de atenção. Conforme essa descrição, Curitiba é um município-polo e um dos seus prestadores para o atendimento de média e alta complexidade é o HC/UFPR, *lócus* deste estudo.

É o estado que é o responsável em elaborar o PDR, que define as regiões, as prioridades de saúde de cada região, o papel de cada município (módulo assistencial, munícipio sede e município-polo), bem como os investimentos necessários para que cada ponto de atenção forneça a sua assistência (BRASIL, 2002).

Os objetivos da regionalização, conforme o Pacto de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), são:

> a. Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;
> b. Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locoregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;
> c. Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
> d. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;
> e. Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.18).

A NOAS/SUS 01/02(BRASIL, 2002) define que os serviços de média e alta complexidade poderão ser disponibilizados a nível regional, macrorregional e estadual. Em situações de média complexidade, um município poderá realizar referências para mais de um município-polo. O fluxo deverá ser o encaminhamento de um município de menor complexidade a um município de maior complexidade.

Quanto aos serviços de alta complexidade, a responsabilidade é solidária entre a esfera federal e estadual. O gestor estadual deve gerenciar a assistência no

estado, conforme diretrizes nacionais. A regulação desses serviços também poderá ser feita pelo próprio município, quando este estiver em condição de Gestão Plena do Sistema Municipal-GPSM.

Cabe também ao gestor, estadual ou municipal, regular e avaliar a assistência fornecida pelos prestadores, conforme a pactuação em contratualização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A avaliação e o controle dos prestadores de serviços, realizado pelo gestor do SUS responsável, conforme a condição de habilitação e modelo de gestão definido, deve englobar: o conhecimento dos prestadores de seu território, o cadastramento e a habilitação, o gerenciamento de processos de compra, a contratualização de serviços de acordo com as necessidades definidas e os parâmetros legais, a análise do faturamento, a quantidade e a qualidade dos serviços prestados, entre outros requisitos (BRASIL, 2002).

A avaliação da qualidade da atenção fornecida pelos prestadores deve ser realizada mediante indicadores objetivos, baseados em critérios técnicos, como a implementação de sistemas de avaliação da satisfação dos usuários, que incluam questões de acessibilidade, resolubilidade, integralidade e qualidade dos serviços (BRASIL, 2002).

2.2.1.2 O Plano Diretor de Regionalização do estado do Paraná.

A SESA (2015) elaborou o seu primeiro PDR em 2001, motivada pelas diretrizes da NOAS/SUS 01/01. Após, novo plano foi elaborado em 2009, com objetivo de atender as diretrizes do Pacto de Gestão, um dos programas do Pacto de Saúde, implantado em 2006.

O Pacto de Gestão reforça o conceito da regionalização como diretriz do SUS e eixo estruturante da descentralização e organização desse sistema, assim como a NOAS/SUS 01/02. Reafirma também o PDR como instrumento da execução dessa regionalização, bem como outros, como o Plano Diretor de Investimentos-PDI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O PDR define regiões e macrorregiões de saúde de um estado, a fim de garantir o acesso, a integralidade da assistência, a igualdade, a descentralização, a otimização de recursos e de gastos. O PDI deve indicar os recursos de investimentos para os atendimentos das necessidades pactuadas no planejamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A SESA (2015) implantou a RAS, a partir de 2011, e definiu como prioridade de atendimento:

- Rede Mãe Paranaense (materno-infantil);
- Rede Paraná-Urgências;
- Rede de Saúde Mental;
- Rede de Saúde Bucal;
- Rede de Atenção ao Idoso.

O Decreto nº. 7508/2011 (BRASIL, 2011c), que regulamenta a lei nº. 8080/1990, informa que as portas de entrada da RAS são a atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e espaços de acesso abertos. O acesso ordenado, universal e com equidade, ao sistema de saúde, inicia-se nas portas de entrada do SUS e é complementado pela rede hierarquizada e regionalizada, conforme o nível de complexidade de cada serviço.

A região de saúde é assim conceituada:

> espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011c).

As regiões de saúde são estabelecidas pelo estado, em articulação com os municípios. Este decreto faz uma mudança na conjuntura do sistema público de saúde, reorganizando a assistência em RAS. A partir desse novo quadro, a SESA faz uma atualização de seu PDR, no ano de 2015. As redes prioritárias estabelecidas em 2011 são mantidas, com a inclusão da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

A figura 1 mostra a organização do estado do Paraná em regiões e macrorregiões de saúde.

Figura 1.Macrorregiões e regiões de saúde do estado do Paraná.
Fonte: SESA (2015, p.11).

Verifica-se que o estado do Paraná tem 22 regiões e quatro macrorregiões. Curitiba está inserida na 2ªRS e é o principal município, caracterizado como munícipio-polo. A seguir, na figura 2, demais municípios que compõem a 2ªRS:

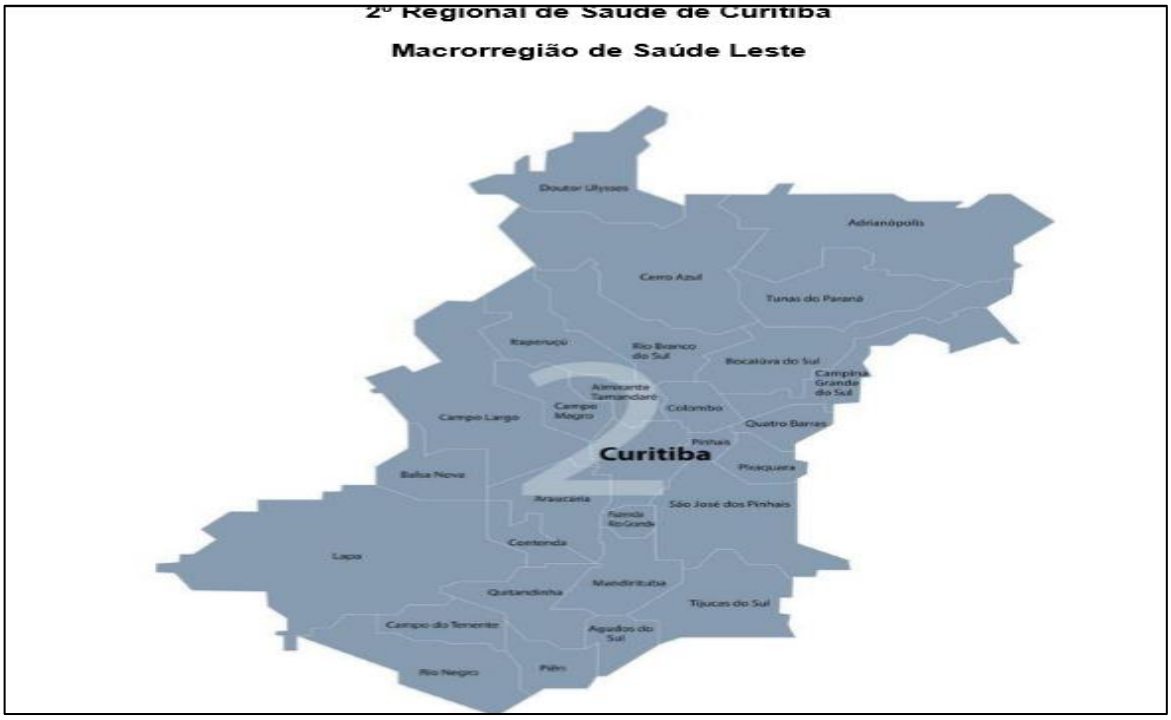

Figura 2.Mapa da 2ªRegional de Saúde do estado do Paraná.
Fonte: SESA (2015, p.19).

Negri e Barbosa, Z. (2014) ressaltam que para melhor integração dos hospitais na RAS é necessário, antes de tudo, reconhecer que há sim grandes avanços na atuação das políticas, mas também consideráveis desafios a serem transpostos:

> Abordar o hospital no contexto de construção e qualificação das redes regionais de atenção à saúde no Brasil pressupõe, de início, reconhecer que existe uma crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS, a qual apresenta uma infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume e à natureza complexa crescente das demandas e carrega o paradoxo de a oferta hospitalar de internação ser ociosa em muitos estabelecimentos, pois aí carece de qualidade resolutiva enquanto outros, com maior capacidade, operam com uma grande sobrecarga. (NEGRI; BARBOSA, Z.,2014, p.42).

Para os autores, os hospitais devem ser visualizados como um “condomínio de serviços”, instalados conforme suas responsabilidades de assistência perante a uma população. Assim, para realmente compor a RAS, seus serviços devem responder às demandas da atenção básica e outras redes de apoio, como a psicossocial, atuando de forma efetiva frente às necessidades de um território.

É fundamental prover aos hospitais públicos recursos e assim, condições, para que exerçam sua responsabilidade como pontos de atendimento de nível secundário e terciário, já que para isso, é essencial estabelecer uma estrutura administrativa e financeira (BLANSKI; SILVA, C.L.; OLIVEIRA, A.G., 2015).

Assim, percebe-se que ainda há espaço para a potencialização das estruturas das organizações hospitalares, incluindo as universitárias federais, principalmente com relação a sua integração com os demais agentes que formam a RAS.

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.

No contexto que envolve o SUS e os hospitais universitários federais há um conjunto de elementos importantes tais como a legislação do setor, as novas ações estratégicas para a revitalização da área, e os usuários desse sistema, que, além de foco da atuação dessas instituições, também se tornam integrantes cada vez mais ativos da Administração Pública, por meio do controle social. Compreender essas peças-chave, bem como a sua integração, mostra-se essencial para a evolução da administração na saúde pública.

2.3.1 O Sistema Único de Saúde e a legislação aplicada à saúde.

A saúde é um dos direitos sociais, assim como a educação, a alimentação, o trabalho, o transporte, entre outros, previstos no artigo 6º da CF de 1988. No artigo 7º, inciso IV, define-se que o salário mínimo do trabalhador deve ser suficiente para atender as suas necessidades - e de sua família - com ensino, vestuário, higiene, transporte, moradia e, inclusive, com a saúde (BRASIL, 1988). Infelizmente, essa não é a realidade da situação do povo brasileiro. Isso torna o sistema público de saúde ainda mais essencial ao bem-estar da população.

A CF de 1988 estabelece, nos artigos 196 a 200, princípios e regulamentações para o fornecimento de serviços à sociedade. Primeiramente, a saúde é reconhecida como direito universal e dever do Estado, de acesso igualitário à toda a nação. As ações de políticas públicas devem prover a mitigação de doenças e agravos, bem como a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos cidadãos (BRASIL, 1988).

Para atingir essas políticas, criou-se o SUS, estruturado com as seguintes diretrizes, conforme artigo 198 da CF: descentralização de gestão, com direção única em cada esfera; integralidade da assistência, através da priorização da prevenção, sem prejuízos para as ações assistenciais; e gestão participativa, com a inclusão da comunidade (BRASIL, 1988). Esses elementos norteadores buscam articular as ações da saúde pública de forma a atender outra diretriz do SUS, a regionalização como instrumento da organização dos serviços (BRASIL, 1988; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2010c).

Segundo Grin (2013), a descentralização foi muito efetiva para promover maior acesso aos benefícios pelos cidadãos brasileiros. Considera que foi “o formato político e administrativo na organização federativa do regime de bem-estar social no Brasil” (GRIN, 2013, p.198).

O movimento do Bem-Estar Social mobilizou a sociedade a lutar por seus direitos e por maior democratização, a partir da década de 1970, o que contribuiu para a inclusão da garantia da saúde ao cidadão, universal e integral, na CF de 1988. O interessante é que o SUS surge no declínio do Bem-Estar Social no país, momento em que o papel provedor do Estado deixa de ser o ideal central e, assim, políticas focalizadas são iniciadas no lugar de políticas universais (PEREIRA, P.A.P, 2010).

O controle social também foi incluso como elemento integrante do sistema de saúde (PIRES; DEMO, 2006). Este controle social representa um direito, mas também um dever da população, de se envolver, discutir e decidir sobre a política da área (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Na nova organização do sistema de saúde, conforme Portaria nº. 1034/2010, de 05 de maio de 2010 (BRASIL, 2010d), é permitida a participação complementar de instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, na assistência do SUS, quando a estrutura formada pelas organizações públicas for insuficiente.

Ressalta-se que, essa condição só será concretizada, mediante a comprovação dos seguintes requisitos, em Plano Operativo, aprovado pelo Conselho de Saúde:

1. Não atendimento das necessidades por instituições filantrópicas e sem fins lucrativos, em conformidade com a legislação;
2. Impossibilidade de ampliar os serviços públicos;
3. Essencialidade da complementação.

As empresas privadas que realizarem essa complementação deverão respeitar igualmente os requisitos de regionalização, pactuação, cobertura assistencial, programação e universalidade de acesso. No caso de compra de serviços de saúde, será estipulado um contrato, com organizações privadas, com ou sem fins lucrativos. Já para parcerias de prestação de serviços, será realizado um convênio, com organizações privadas, sem fins lucrativos (BRASIL, 2010d).

A lei nº. 8080/1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. O Estado deve fornecer a estrutura necessária para o “pleno exercício” dos serviços de saúde. A lei reconhece que a saúde, em sua plena condição, está associada a outras condições, como alimentação, moradia, saneamento básico, educação, atividade física, renda, trabalho, lazer; ou seja, a todos os elementos que contribuem para o bem-estar físico, mental e social do ser humano (BRASIL, 1990a).

As intervenções realizadas na saúde não devem ser exercidas de forma isolada, pois estão vinculadas a todas as demais áreas da política. Como explica Silva, C.L. (2013), ações destinadas à melhoria das condições de habitação, por exemplo, repercutem também em um melhor estado de saúde da população. Um investimento em conscientização e educação das pessoas promoverá um incremento em seu

estado de saúde, devido à compreensão e à adesão ao tratamento e/ou prevenção de diversas doenças. Pode-se citar aquelas derivadas da obesidade ou do hábito do fumo, por exemplo.

Comerlatto *et al.* (2011) corroboram com o autor ao afirmarem que as diversas áreas das políticas públicas são inter-relacionadas, e que como formadoras do sistema público, devem ser articuladas em conjunto. As políticas públicas devem ser integradas para que obtenham resultados efetivos e um aprimoramento das condições de vida à sociedade.

Conforme artigo 5º da lei nº. 8080/1990 (BRASIL, 1990a), os objetivos que o SUS está comprometido a atender são: identificar e comunicar os fatores determinantes e condicionantes de saúde; elaborar políticas a fim de atingir seu escopo, conforme definido no art.196 da CF (reduzir doenças e agravos, bem como promover, proteger e recuperar a saúde dos cidadãos); fornecer integralidade na assistência e na prevenção.

O planejamento e o orçamento do SUS são elaborados de forma local para federal, ou seja, ascendente. Cada esfera deve elaborar seu plano de saúde, que será a base para a gestão e o financiamento das atividades. Os hospitais universitários federais estão integrados ao SUS, mediante convênio. A autonomia administrativa (patrimônio, recursos financeiros, atividades de ensino, pesquisa e extensão) é preservada (BRASIL, 1990a).

A lei nº. 8.142/1990 normatiza a forma de participação da comunidade na gestão do SUS, mediante os conselhos e as conferências de saúde. Comunidade, profissionais, prestadores de serviços e usuários podem contribuir na tomada de decisões (BRASIL, 1990b). Essa lei regulamenta também as transferências de recursos financeiros.

Os conselhos, como oportunidades de decisão participativa, e as conferências, como mecanismos, são essenciais para a promoção do controle social. Metade de seus membros deve ser representante dos usuários do SUS, que contribuirão com o planejamento das ações públicas, a análise das operações financeiras, a fiscalização das ações do governo e a avaliação do cumprimento das leis (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2013).

O controle social é uma nova interação entre os gestores públicos e os cidadãos, pois possibilita que essa população, que conhece o cenário das políticas públicas – pela ótica de usuária desses serviços - aprimorem as estratégias a serem

implementadas. Além disso, pode atuar também na avaliação da utilização dos recursos públicos, por isso, essa oportunidade legítima de envolvimento dos sujeitos deve ser potencializada, com a efetiva acessibilidade da sociedade (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Kleba, Comerlatto e Frozza (2015) apontam que, apesar do potencial dos conselhos municipais - inclusive da área de saúde - de promover a participação social, verifica-se a necessidade de aprimoramento desses espaços de forma que efetivamente impactem na gestão das políticas públicas. Para as autoras, é fundamental que o governo e os cidadãos intensifiquem seu envolvimento, não só representado pela participação em sí, mas também pela maior capacitação de todos os sujeitos e a qualificação deste processo, com a inserção de instrumentos e mecanismos de planejamento.

Com relação à legislação específica para os hospitais universitários e de ensino, em 12 de maio de 2003 foi estabelecida a Portaria Interministerial nº. 562, que criou uma comissão interinstitucional para realizar um estudo do cenário dessas instituições e elaborar políticas para a reformulação das mesmas. Formada por representantes do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Ministério da Ciência e Tecnologia, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, além de associações (BARROS, 2013), esse trabalho representou a base para a criação de importantes instrumentos, como a portaria e o decreto, a seguir apresentados.

A Portaria Interministerial (Ministério da Educação e Ministério da Saúde) nº. 1000, de 15 de abril de 2004, estabelece os requisitos para a certificação dos hospitais de ensino. São aqueles que fornecem campo para a prática das atividades curriculares, sejam hospitais gerais ou especializados, de instituições de ensino superior - públicas ou privadas, ou conveniadas com essas instituições (BRASIL, 2004).

Entre os requisitos obrigatórios para obter essa certificação (válida por dois anos, podendo ser novamente requerida), há condições relacionadas à estrutura para o ensino e a residência, além da criação de comissões e mecanismos de gestão hospitalar. Além disso, há aqueles vinculados ao SUS, como a atuação conjunta nas políticas prioritárias e na rede de cuidados, através da cooperação técnica, na assistência e no ensino com a rede básica.

É necessário também disponibilizar 100% dos leitos ativos e estrutura de procedimentos, contratualizar com o gestor local os serviços a serem disponibilizados,

fornecer serviço de urgência e emergência 24 horas por dia (exceto se o gestor local for desobrigado formalmente desta incumbência), implantar a Política Nacional de Humanização, dispor de Conselho Gestor conforme critérios para hospitais públicos e hospitais privados, e incluir um sistema de avaliação do usuário.

O decreto nº. 7082/2010 criou, em 27 de janeiro de 2010, o Programa REHUF. Conforme seu artigo 1º, sua finalidade relaciona-se à “reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS) ” (BRASIL, 2010a). Busca dotar os hospitais universitários federais de recursos que permitam cumprir com as funções de ensino, pesquisa e assistência**.**

Com relação à assistência, o decreto destaca que essas organizações, referências no atendimento de média e alta complexidade, possuem as seguintes competências: oferecer atendimento com integralidade e acesso regulado, prover capacidade total de atendimento ao SUS, avaliar novas tecnologias, realizar ações de capacitação na rede e realizar o programa “Telessaúde”.

Assim, esse programa almeja criar mecanismos de financiamento para educação e saúde, de forma igualitária; aprimoramento da gestão; e modernização estrutural e tecnológica (BRASIL, 2010a).

Como uma das ações do Programa REHUF, criou-se a EBSERH, através da lei n°. 12550/2011(BRASIL, 2011b). Mas, até que essa lei fosse criada, houve uma série de movimentos e de questionamentos sobre a legitimidade dessa empresa.

Em 23 de dezembro de 2010, o governo apresentou a Exposição de Motivos Interministerial 00383/2010/MP/MEC, com a proposta da criação da EBSERH para fins de gerenciamento da assistência, ensino e pesquisa nos hospitais universitários federais. Além disso, propunha-se também uma readequação do quadro funcional dos trabalhadores dessas instituições, já que muitos tinham vínculos não públicos, como terceirizados e regimes precários. Esses representavam 27.000 dos 70.373 profissionais (BRASIL, 2010b).

A medida provisória 520 foi assinada em 31 de dezembro de 2010, a favor da existência da EBSERH (BRASIL, 2010e). Mas, como não foi votada no prazo de seis meses, perdeu seu efeito. O governo então emitiu nova Exposição de Motivos Interministerial 00127/2011/MP/MEC 127/2011, em 20 de junho de 2011 (BRASIL, 2011d). Somente após todo o trâmite de aprovação, foi criada a lei n°12550/2011.

Verifica-se que foi um processo conturbado, em que vários agentes eram a favor e outros contra a empresa. Existiam muitas dúvidas relacionadas à autonomia administrativa e ao quadro de profissionais dos hospitais universitários federais.

A partir da sua implantação, representantes da EBSERH fizeram um trabalho de sensibilização sobre os objetivos da empresa, em vários hospitais universitários federais, a fim de conseguirem realizar os contratos de gestão com os mesmos. Conforme dados da página da internet da empresa pública, em 2013, 21 hospitais universitários federais assinaram contrato de gestão; oito em 2014; oito em 2015 e mais dois em 2016, totalizando 39 instituições dos 50 hospitais universitários federais (EBSERH, [ca.2016b]).

A EBSERH tem como diretrizes o desenvolvimento gerencial desses hospitais, de forma que possam disponibilizar serviços assistenciais de qualidade, prover capacitação e formação de profissionais da área, e contribuir com o crescimento de pesquisas (EBSERH, [ca.2015b]). A criação de uma empresa pública para gerenciamento global do universo dos hospitais universitários federais representou uma ação destaque na área de saúde.

2.3.2. As ações estratégicas para a recuperação dos Hospitais Universitários Federais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP (BRASIL, 2013), os hospitais podem ser considerados como instituições:

> complexas, com densidade tecnológica especifica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 2013).

Os hospitais então se tornaram organizações essenciais para a assistência de maior complexidade, complementando a RAS com o atendimento aos usuários que necessitam do tratamento de instâncias secundária e terciária.

Para Negri e Barbosa, Z. (2014), os hospitais podem ter várias classificações:

1. Porte: pequeno, com até 50 leitos; médio, com 51 a 150 leitos; grande, 151 a 500 leitos; e capacidade extra, acima de 500 leitos;

2. Perfil assistencial: geral, especializado, urgência, universitário, e de ensino e pesquisa;
3. Nível de complexidade: atenção básica ou nível primário, média complexidade ou nível secundário, e alta complexidade ou nível terciário e quaternário;
4. Papel na RAS: local, regional, estadual ou nacional;
5. Regime de propriedade: público, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos).

Em relação aos hospitais universitários federais, atualmente, há 50 unidades no país, sendo um deles uma empresa pública, o Hospital de Clinicas de Porto Alegre-HC/PA (EBSERH, [ca.2016b]).

Em outubro de 2015, os hospitais universitários federais tinham 9.557 leitos (pediátricos, femininos, masculinos e gerais) destinados ao SUS. Dos 9.838 leitos, 281 (2,85%) não se destinavam à saúde pública. Em apenas um mês, de setembro a outubro de 2015, esse número aumentou em 0,21%, ou seja, 13 leitos foram retirados da assistência pública (DATASUS, 2016b).

Esses dados são corroborados por outros, apresentados pelo CFM, em pesquisa realizada a fim de identificar a redução do número de leitos dos hospitais destinados ao atendimento SUS. Essa redução gerou a superlotação nas áreas de emergência, a demora na identificação de diagnósticos, bem como de seu tratamento e, consequentemente, o aumento da taxa de mortalidade (CFM, 2014).

A região com maior redução foi a Sudeste, com queda de 9.704 leitos, sendo 5.977 somente no Rio de Janeiro. O Nordeste também apresentou números significativos, de 3.533. A região Sul foi a única com variação positiva, adicionando 417 leitos. Já os leitos de observação/UTI e complementares apresentaram aumento de 15% e 12%, respectivamente (CFM, 2014).

Em nova pesquisa pelo Conselho, em 2016, reafirma-se a redução dos leitos do SUS (23.000 leitos, no período de 2010 a 2015). A principal causa da queda de leitos disponíveis aos cidadãos é o subfinanciamento, que impede a manutenção da estrutura pelos hospitais. Aponta-se também a ausência de iniciativas para reverter a situação do orçamento da saúde (CFM, 2016). Esse é um limitador para a gestão dos hospitais universitários federais.

Quanto à produção, no período de outubro de 2014 a outubro de 2015, os hospitais universitários federais realizaram 329.190 internações e 28.509.229 procedimentos ambulatoriais (DATASUS, 2016b). É frequente a situação de não

recebimento desses hospitais por todos os procedimentos realizados. No período de outubro de 2014 a outubro de 2015, produziram R$ 452.446.968,08 e receberam R$ 437.205.470,55, permanecendo um déficit de R$ 15.241.497,53 (DATASUS, 2016b).

Embora se reconheça a mudança de diretrizes dos hospitais universitários (ensino, pesquisa e assistência), ainda não há uma análise do financiamento necessário para sustentar essas três funções. Isso acarreta o subfinanciamento em um ambiente de complexas e diversas atividades, resultando em insuficiência de recursos financeiros, materiais e equipes (PALHARES; CUNHA, A.C.R., 2014).

Em pesquisa realizada a fim de verificar a inter-relação entre as três funções dos hospitais universitários - ensino, pesquisa e assistência - um dos pontos abordados com os gestores de 13 hospitais universitários federais foi se existia a sobreposição de uma dessas funções, em detrimento das demais. Um percentual de 53,85% dos entrevistados considera a importância da ligação entre ensino e assistência, ou, ensino, assistência e pesquisa (ARAÚJO, K.M.; LETA, 2014).

Como evidências desse posicionamento, podem ser citadas a preocupação em atender às demandas da contratualização com o gestor local do SUS, e a impossibilidade de desvincular o ensino da assistência, se o objetivo é prover um ensino ou atendimento de qualidade.

Já os demais gestores, 46,15%, destacam a assistência como diretriz principal, devido às mudanças estruturais que ocorreram na gestão hospitalar, principalmente com relação ao financiamento, com destaque para a contratualização de serviços com o gestor local. Há um apontamento de que o exercício da medicina é anterior ao exercício do ensino (ARAÚJO, K.M.; LETA, 2014).

O estudo evidenciou que as ações dos hospitais universitários federais estão voltadas ao ensino e à assistência e que a pesquisa ainda é menos exercida, principalmente devido às questões de financiamento. Reis, A.A.C. (2011) corrobora com essa constatação, ao afirmar que os gestores do SUS não incorporam, nos contratos com os hospitais de ensino, políticas que envolvam a pesquisa e a produção do conhecimento, que também repercutem positivamente no atendimento ao cidadão.

Por muito tempo, o foco dos hospitais foi o ensino. Os cursos e professores de medicina exerceram um esforço fundamental na criação dessas organizações. Ressalta-se, entretanto, que o aprendizado da arte da clínica está ligado inevitavelmente à assistência (ARAÚJO, K.M.; LETA, 2014). Cada vez mais a tríplice

missão (ensino, pesquisa e assistência) é reforçada pela Administração Pública (EBSERH, [ca.2016a]).

A criação de um hospital exige um pouco de paciência e muito dinheiro (THOMPSON; GOLDIN, 1975 apud ANTUNES, 1991, p.70)[2]. Com relação às mudanças de financiamento dos hospitais, realizadas em 2006, a receita dessas entidades passou a ser composta pelos recursos repassados pelo atendimento de média complexidade (contratualizado) e alta complexidade (produção). Constata-se, em pesquisa comparativa (anos de 2003 e 2006), que houve aumento de 51% na receita de 30 hospitais universitários federais. O número de consultas iniciais aumentou 44%. De maneira geral, 55% das unidades estudadas obteve melhoria de eficiência (LOBO *et al.,* 2009).

O Programa REHUF é uma das principais estratégias para a reorganização e a remodelação dos hospitais universitários federias no sistema público de saúde (BRASIL, 2010a). Para direcionar esse trabalho, uma diretoria foi criada, a Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde - DHR. Essa teve como atribuição principal realizar um levantamento desses hospitais e identificar as ações necessárias para sua revitalização. A coleta de dados ocorreu em 2008 e a aplicação do projeto aconteceu em 2010.

Na sua introdução, enfatizou-se a insuficiência de recursos financeiros disponibilizados a essas organizações, por muitos anos. Os hospitais universitários federais, até o momento da implantação do programa REHUF, tinham 10.340 leitos ativos. Realizaram 1.033.671 atendimentos de emergência, além de 402.836 internações e 27.236.854 procedimentos e consultas ambulatoriais (DHR, 2009).

Com relação ao financiamento, o relatório divulgou que dois ministérios são responsáveis por esse suporte. O Ministério da Educação disponibiliza 70% dos recursos dos hospitais universitários, que tem como finalidade o pagamento de salários, despesas de custeio e de capital. Já o Ministério da Saúde totaliza o percentual de recursos repassados, pelo pagamento dos serviços executados. A Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde afirmou a frequência da situação dos hospitais receberem menos do que produzem. Em 2008, 26 hospitais teriam produzido além do pactuado, sem receber pelos serviços, o que gerou um déficit de R$ 50.770.291,36 reais (DHR, 2009).

[2] THOMPSON; Goldin. The hospital: a social and architectural history, New Haven and London, Yale University Press, 1975.

Em relação ao financiamento, o relatório concluiu que havia um déficit financeiro devido à ausência do repasse de recursos pelo Ministério da Saúde para cobrir os custos dos hospitais. Esse foi um dos fatores impulsionadores para a implantação do programa REHUF.

Há um aumento dos custos dos insumos para o atendimento, desde a assistência primária até a terciária. O aprimoramento desses recursos contribui com a evolução dos tratamentos, mas oneram o processo. Há procedimentos tão caros que são rejeitados pelos planos de saúde, e da mesma forma, são inacessíveis por pagamento direto. É nesse momento que se recorre ao SUS. Como modelo que gerencia um direito fundamental de todos (a saúde), realiza esses procedimentos, porém, na maioria das vezes, sem o orçamento para tal. Percebe-se a grande necessidade de analisar essa situação de forma a identificar meios de atender à demanda da população sem desestruturar os hospitais universitários (PALHARES; CUNHA, A.C.R., 2014).

Quanto à força de trabalho, a conclusão é de que seria necessário regularizar a situação de 27.745 trabalhadores, com uma diversidade de vínculos - celetistas, terceirizados e até mesmo, vínculo precário, pagos por SSPE (solicitação de serviço de pessoa externa) e RPA (recibo de pagamento de autônomo). Além disso, havia um déficit considerável, de aproximadamente 11.057 profissionais. Existiam também muitos trabalhadores afastados (em licença saúde) e aqueles com previsão próxima de aposentadoria (DHR, 2009).

A Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde definiu as ações prioritárias para a reestruturação dos hospitais universitários federais: contratação de pessoal em caráter de emergência, regularização dos contratos de trabalho, financiamento direcionado à depreciação anual predial e tecnológica, e financiamento para reativação dos leitos (DHR, 2009).

A EBSERH foi implantada para atuar na gestão dessas organizações. É uma empresa pública, com patrimônio próprio e personalidade jurídica de direito privado, vinculada ao Ministério da Educação (BRASIL, 2011b). As empresas públicas são criadas para exercerem atividades em áreas que, por força de contingência ou por conveniência da administração, demandam a intervenção do governo (BRASIL, 1967).

A EBSERH tem atuação na prestação gratuita de serviços e assistência ambulatorial, apoio diagnóstico e tratamento e médico-hospitalar, no âmbito do SUS, seguindo as diretrizes das políticas nacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

E também, a formação e capacitação dos profissionais de saúde pública, bem como a pesquisa e a extensão, no âmbito das instituições federais de ensino (BRASIL, 2011b).

As atribuições da EBSERH, estabelecidas em lei própria, são:

> I - administrar unidades hospitalares, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, no âmbito do SUS;
> II - prestar às instituições federais de ensino superior e a outras instituições congêneres serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, mediante as condições que forem fixadas em seu estatuto social;
> III - apoiar a execução de planos de ensino e pesquisa de instituições federais de ensino superior e de outras instituições congêneres, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação das residências médica, multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS;
> IV - prestar serviços de apoio à geração do conhecimento em pesquisas básicas, clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições congêneres;
> V - prestar serviços de apoio ao processo de gestão dos hospitais universitários e federais e a outras instituições congêneres, com implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; e
> VI - exercer outras atividades inerentes às suas finalidades, nos termos do seu estatuto social. (BRASIL, 2011b).

O Tribunal de Contas da União -TCU apresentou, em novembro de 2015, um parecer referente à primeira avaliação da atuação da EBSERH nos hospitais universitários contratualizados com a mesma, nos anos de 2013 e 2014 (TCU, 2015).

Primeiramente, o órgão de controle analisou a existência de instrumentos de contratualização de serviços com o gestor local do SUS. Nesse quesito, quatro dos 29 hospitais universitários não tinham esse processo definido (TCU, 2015).

As organizações públicas tendem a apresentar dificuldades na formulação, implementação e controle de suas estratégias (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000). Porém, reconhece-se o esforço da empresa em regularizar essa situação, pois a mesma comprovou sua atuação através de orientação e cooperação técnica aos hospitais universitários federais (TCU, 2015).

Da mesma forma, avaliou-se a constituição de uma comissão para monitorar o processo de contratualização. Do número total, cinco instituições não tinham essa comissão, e outras cinco tinham o conselho, porém, não atuava conforme requisitos

pré-definidos, tais como periodicidade de reuniões, número de membros, entre outros (TCU, 2015).

Identifica-se outra fragilidade, uma carência de cultura de monitoramento, imprescindível para uma gestão de qualidade, pois proporciona o reconhecimento de pontos a serem reestruturados e aprimorados. Reis, A.A.C. (2011), em sua pesquisa sobre os impactos da implantação da contratualização em hospitais de ensino, corrobora que as comissões de monitoramento não trouxeram resultados significativos. Embora formalmente criadas, elas não atuavam de maneira efetiva.

Uma informação interessante neste relatório (TCU, 2015) é quanto à avaliação da capacidade ociosa desses hospitais. Diferentemente do senso comum, que define esse gargalo como consequência do gerenciamento (ou falta dele) dessas instituições, os dados mostram que as causas estão vinculadas ao encaminhamento insuficiente e inadequado pelas redes do SUS, e também, à taxa de absenteísmo considerável dos usuários.

Informa-se que o hospital universitário do Maranhão disponibilizou, no ano de 2014, 37.085 consultas para agendamento e a regulação municipal marcou 28.488. Quanto ao absenteísmo dos usuários, representa 29,2% no hospital universitário de Maranhão e 26,98% em Piaui. São evidências relevantes, que demonstram a necessidade de incluir a avaliação e a melhoria do fluxo de referência entre UBSs e prestadores (AZEVEDO; COSTA, A.M., 2010).

Pontua-se que não existe transparência dos atos referentes à contratualização entre gestor local SUS e hospitais, bem como quanto ao repasse financeiro, o que fere o princípio da publicidade e o mecanismo de controle social (TCU, 2015).

As organizações têm o dever de fornecer informações e relatórios de gestão relacionados às ações executadas pela governança desses entes, inclusive com demonstrações orçamentárias e financeiras. Além disso, esses dados devem estar disponibilizados de maneira fácil e compreensível, para que assim, qualquer cidadão possa estar incluído no movimento de controle social, conforme orienta a Controladoria Geral da União (2013).

Como questões a serem resolvidas, ressalta-se a existência de duas unidades gestoras nesses hospitais universitários, uma anterior à adesão, e outra após. Todos os pagamentos deveriam ser vinculados à unidade gestora da EBSERH, sob pena de ausência de veracidade nas informações financeiras. Outro ponto seria a atuação da

EBSERH no gerenciamento do Programa REHUF, pois esse foi criado para atender todos os hospitais universitários federais, independente da adesão ou não à EBSERH (TCU, 2015).

É extremamente importante que essas observações sejam consideradas e trabalhadas, a fim de permitir o aprimoramento desses instrumentos de políticas públicas. É no momento da avaliação que se verifica a efetividade dos programas, se os mesmos trouxeram os impactos esperados para a sociedade. Elabora-se as ações corretivas e de melhorias (FREY, 2000).

De maneira geral, o TCU coloca que a EBSERH está fazendo grandes esforços para aprimorar a gestão hospitalar, através de parcerias de capacitação, apoio técnico, instalação de novos aplicativos de gestão e centralização de compras.

> Percebe-se, portanto, que a empresa tem envidado esforços no sentido de aprimorar seu modelo de gestão. Conforme é relatado em sua resposta (peça 172, p. 12), o modelo de gestão da EBSERH está sendo difundido para seguir na linha de gestão por processos baseada em boas práticas, incluindo as elaboradas nos projetos do hospital Sírio-Libanês e em outros projetos, tais como: projeto Columbus, Catalunha, modelo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (incorporado no AGHU) e o caderno de processos e práticas dos HUF. (TCU, 2015, p.37).

As políticas públicas voltadas à saúde são extremamente importantes, não só pela sua essencialidade para a formação de uma sociedade com condições adequadas de vida para a população, mas também devido à situação de crise em que se encontra o setor público de saúde. Assim, o Programa REHUF e a EBSERH, bem como seus mecanismos, representam estratégias importantes para a reconstrução desse sistema.

2.3.3 A percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde após o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Da população que utiliza o SUS, cerca de 75% a 80% não tem plano privado de saúde. Os usuários tendem a procurar as unidades de atendimento por motivo de doenças, acidentes e lesões. Há também um incremento pela busca de atendimento odontológico, consequência das políticas públicas em saúde bucal (SILVA, Z.P. *et al*., 2011).

Porém, observa-se um aumento de pessoas que têm planos de saúde e utilizam os serviços públicos. Verifica-se também mais pessoas com um nível de escolaridade maior, que utilizam o SUS para internações e vacinas, principalmente (SILVA, Z.P. *et al*., 2011). Em 2014, mediante levantamento realizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e pelo Ministério da Saúde, constatou-se que aqueles que têm plano de saúde recorrem ao SUS para atendimentos de urgência, partos e tratamentos de pneumonia e de gripe. A maioria é composta por mulheres e jovens de 25 a 34 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A qualidade de vida do cidadão é maximizada quando há satisfação pelo atendimento recebido. Por isso, a mensuração da percepção do usuário também está se mostrando como uma ferramenta de gestão pública (COMPLEXO HUPES/BA, 2016a).

Uma pesquisa realizada com usuários da atenção primária do município de Bauru, em São Paulo (que também são encaminhados e atendidos nos prestadores especializados), mostrou que um ponto a ser aprimorado é exatamente o sistema de referência e contrarreferência, mecanismo implantado para prover o atendimento integral ao cidadão. Isso porque aqueles que necessitam de consultas especializadas não conseguem encaminhamento em tempo hábil para o seu tratamento (ARAKAWA *et al.* 2012).

Prometer um sistema público de saúde e de acesso universal não é o suficiente para torná-lo efetivo. É preciso prover estrutura e agentes envolvidos e capacitados. Em outra pesquisa, citada por Backes *et al.* (2009) realizada com usuários de um hospital público de Florianópolis, em Santa Catarina, verificou-se que a percepção não era positiva. Eles entendiam que o SUS era um sistema voltado aos pobres, com sérios problemas de comunicação, além de ausência de capacitação, de ética e de interesse dos profissionais.

A menção da ética é um destaque importante. Ela representa um valor essencial na construção de serviços públicos efetivos. Há instrumentos da Administração Pública a fim de estimular melhores práticas, como o Código de Ética Profissional do Servidor Público Civil do Poder Executivo Federal, de 1994, criado em um momento de acentuada crise política, após o *impeachment* do presidente Fernando Collor de Mello. Mas ainda é um desafio. Isso porque é um processo ético-político, em que se deve fortalecer valores como a solidariedade e a equidade de direitos entre as pessoas (FRIGOTTO, [2011]; SILVA, M.R.; VICENTIN, 2014).

Na pesquisa realizada em Florianópolis, apontou-se também a dificuldade dos usuários em receber informações quanto aos procedimentos administrativos que deveriam realizar, aos setores que deveriam comparecer, aos documentos que precisavam providenciar, às pessoas que necessitavam contatar, além de questões como o tempo da marcação de uma consulta ou exame. E isso repercute no deslocamento do cidadão a vários lugares, em busca de alguém que consiga obter as informações e disponibilizá-las ao usuário (BACKES *et al.*,2009).

Diante do estímulo dos órgãos controladores - tais como Controladoria Geral da União, TCU e Ministério Público - à participação da comunidade na gestão pública e no controle social, as ouvidorias no âmbito da saúde ganham um papel de mecanismo de gestão. As ouvidorias são um canal de inclusão social, na medida que fornecem ao cidadão a possibilidade de exercer voz na administração, contribuindo para a melhoria do modelo de política pública realizado (CARDOSO, 2010).

Os cidadãos também têm a noção dessa nova configuração. Para eles, a ouvidoria na saúde pública é um órgão que tem como responsabilidade ouvir as queixas e as dificuldades dos usuários para fornecer solução a esses problemas. Também entendem como atribuição a orientação quanto ao funcionamento do SUS. Pode-se definir a atuação da ouvidoria em três funções: ouvir o cidadão, através de reclamações, elogios e sugestões; propor ações às demandas recebidas, proativamente; e monitorar as ações, contribuindo com o controle social (CARDOSO, 2010; SILVA, R.C.C.; PEDROSO, M.C.; ZUCCHI, 2014).

Assim, mostra-se como uma importante e estratégica ferramenta de detecção do nível de satisfação dos usuários frente ao atendimento prestado pelas organizações de saúde.

A Ouvidoria Geral da EBSERH recebe manifestações (sugestões, elogios, reclamações, solicitações e denúncias) de todos os hospitais contratualizados. O objetivo é colaborar com o atendimento de todas as filiais. A EBSERH tem implantado uma pesquisa de satisfação do usuário em âmbito nacional, através de um questionário aplicado e padronizado.

Ao acessar a página de internet da EBSERH (EBSERH, 2015) verifica-se a primeira pesquisa anual, realizada em 2015, com cerca de 43.000 pessoas, em 28 hospitais. Apresenta-se os seguintes resultados, na tabela 1:

Tabela 1. Pesquisa de satisfação com usuários dos hospitais universitários federais, realizada no ano de 2015.

ITENS AVALIADOS	%
Conforto no local de recepção	69,46%
Higiene, limpeza e organização	73,36%
Conforto - consultórios e salas de espera	73,59%
Gentileza, atenção – recepção	78,63%
Gentileza e tratamento - equipe de saúde	84,41%
Tempo de espera pelo atendimento/internação	59,97%
Satisfação geral	69,17%
Indicaria o hospital?	95%

Fonte: Elaborada pela autora, adaptada de EBSERH (2015).

Observa-se que os números que representam o nível de satisfação da população usuária desses hospitais são altos. Embora seja o objetivo do Programa REHUF e da EBSERH a reestruturação dessas organizações e, consequentemente, maior satisfação do usuário, reflete-se quanto aos resultados, pois ainda há uma ampla reinvindicação por melhores condições de atendimento nessas instituições.

Para aprofundar essa análise, as páginas de internet desses hospitais contratualizados com a EBSERH foram acessadas a fim de identificar os levantamentos realizados pelas ouvidorias dos mesmos, visto que cada organização tem uma ouvidoria própria. Porém, o que se visualizou é que, após a contratação com a EBSERH, esse processo ficou centralizado nessa empresa.

Se por um lado, há a vantagem da padronização, por outro, perde-se em constatar as necessidades locais de cada organização e, dessa forma, ter uma atuação mais direcionada e efetiva. A ouvidoria, com base nas reclamações, deverá contribuir com sugestões de melhorias dos fluxos dos hospitais, com base na percepção da organização e de suas especificidades (CARDOSO, 2010).

Dos 37 hospitais universitários federais contratualizados até o ano de 2015, apenas um continuou o processo próprio de levantamento das percepções do usuário, o Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia - Complexo HUPES/BA.

No relatório anual de 2015 desse complexo hospitalar, ressalta-se que a ouvidoria é muito mais do que um mecanismo de participação popular, mas também uma fonte de informação estratégica. O trabalho realizado tem objetivo de prestar suporte à gestão dessa instituição na busca de soluções que melhorem o desempenho dos serviços prestados (COMPLEXO HUPES/BA, 2016a).

Interessante também mencionar que o relatório aponta que nem todo atendimento realizado gera uma demanda. A equipe da ouvidoria busca sanar as necessidades do usuário sem ter que abrir processos de manifestações. Calcula-se que isso reduz em cerca de 50% o número de manifestações, através da prática de pró-atividade. Os dados informam também que a relevância necessária ao atendimento desses processos pelos líderes dos Serviços ainda não está perto do idealizado, sendo que no ano de 2015, 33,64% dos registros não foram respondidos (COMPLEXO HUPES/BA, 2016a).

Das 434 manifestações, há 224 reclamações e denúncias, ou seja, um total de 51,61%. O número de elogios corresponde a 6%. As demais manifestações são relativas a solicitações diversas, incluindo informação, além de sugestões. Das reclamações, cerca de 11% referem-se à suspensão de cirurgia, 11% à conduta do profissional e 7% à falta de material médico hospitalar para a realização de procedimentos. Essas três reclamações foram consideradas as mais preocupantes (COMPLEXO HUPES/BA, 2016a).

As demais estão relacionadas à dificuldade para o agendamento de consultas e exames, ao atendimento descortês e até mesmo agressivo de servidores e profissionais da assistência, à suspensão de atendimento ambulatorial devido à falta de prontuário, à demora para a obtenção do laudo de exame realizado, à demora para o atendimento ambulatorial e à comunicação incompleta e equívoca (pessoalmente ou por telefone; bem como a sinalização do hospital) (COMPLEXO HUPES/BA, 2016a).

Percebe-se com essa pesquisa uma maior proximidade dos constantes relatos e estudos, visualizados no tema da saúde pública. Há um descontentamento da população com os serviços disponibilizados. Seja nas UBSs ou nesses próprios hospitais especializados, há ausência de um fluxo estabelecido do encaminhamento entre a atenção primária e prestadores, assim como das filas de espera informatizadas para o agendamento de consultas e exames futuros; há também uma espera considerável no dia do atendimento, além da falta de materiais e medicamentos (AZEVEDO; COSTA, A.M., 2010; ARAKAWA *et al.* 2012).

Ao comparar as duas pesquisas mencionadas, pode-se constatar que, enquanto a satisfação geral indicada pela Ouvidoria da EBSERH é 69,17%, no Complexo HUPES/BA é de 48,39%, considerando que o grau de insatisfação é de 51,61%. Dos três itens que foram considerados como os mais preocupantes no

hospital universitário da Bahia, dois deles - suspensão de cirurgia e falta de material médico hospitalar para a realização de procedimentos – não foram abordados nos itens da pesquisa da EBSERH. Nem outras questões similares.

Dos demais problemas relacionados na pesquisa do Complexo HUPES/BA, total de seis itens, quatro também não foram incluídos na pesquisa da EBSERH: dificuldade para o agendamento de consultas e exames, suspensão de atendimento ambulatorial devido à falta de prontuário, demora para a obtenção do laudo de exame realizado e comunicação incompleta e equívoca.

Para maior compreensão, recorre-se também à pesquisa de satisfação de usuários realizada pelo HC/PA (2016), organização que foi considerada modelo para a implantação da EBSERH (BRASIL, 2010b). A pesquisa é referente ao período de janeiro a abril de 2016. Dos 576 registros realizados na Ouvidoria, informa-se que a maioria ainda continua relacionada à reclamações e denúncias, um número de 375 (65,1%). Os elogios representam 15%. Ressalta-se que há 2% de processos de representação que são de funcionários, alegando agressões verbais sofridas por usuários. As demais manifestações referem-se a solicitações de informações e sugestões.

No relatório apresentam-se as queixas mais citadas dentre as reclamações, porém sem mencionar o percentual de cada uma delas: a demora para agendar uma cirurgia, inclusive por insuficiência de leitos; a demora para o atendimento a uma consulta ou procedimento já agendado, inclusive procedimentos de quimioterapia e radioterapia; o mau atendimento pelos profissionais; a falha na comunicação e orientações, por equipes administrativas e por equipes médicas; e falhas no cuidado do usuário na assistência prestada, como a ocorrência de quedas, aquisição de úlcera por pressão (feridas) e falta de higiene.

Ao comparar esses dados com o levantamento da EBSERH, enquanto o percentual de satisfação desta é 69,17%, do HC/PA é de 35%. Ressalta-se, que dos cinco problemas apontados pela pesquisa apresentada pelo HC/PA, três não são abordados pela EBSERH: a demora para agendar uma cirurgia, inclusive por insuficiência de leitos; a falha na comunicação e orientações, por equipes administrativas e por equipes médicas; e falhas no cuidado do usuário na assistência prestada, como a ocorrência de quedas, aquisição de úlcera por pressão (feridas) e falta de higiene.

Esses apontamentos negativos são presentes não só em relação aos hospitais universitários federais, mas também quanto ao SUS. Uma pesquisa realizada pelo Instituto DataFolha a pedido do CFM[3], em 2015, constatou que 87% dos brasileiros definem os serviços públicos de saúde como péssimos, ruins (nota 0 a 4) ou regulares (5 a 7). Cerca de dois a cada 10 brasileiros atribuem nota 0 ao sistema e 54% atribuem como péssimo/ruim. A pesquisa teve repercussão nacional, com amostra de 2.069 pessoas (1.722 usuários do SUS e 347 não usuários), composta por homens e mulheres acima de dezesseis anos (CFM, 2015b).

Cerca de 70% dos entrevistados informam que encontram grande dificuldade em ter acesso a consultas especializadas (médicos e demais profissionais, como fisioterapeutas e nutricionistas) e a cirurgias. Quanto à qualidade do serviço prestado, 66% consideram como péssimo, ruim ou regular. As principais queixas são o tempo de espera (36%), o número insuficiente de médicos (19%) e a falta de estrutura (15%). Cerca de 30% dos usuários do SUS aguardam atendimento (consultas, exames, cirurgia) em filas de espera (CFM, 2015b).

A pesquisa é importante, pois os hospitais universitários federais são referência para o SUS e, assim, representam também o contexto da saúde pública. Ao comparar esses dados com o levantamento da EBSERH, ressalta-se, que dos cinco problemas apontados pela pesquisa apresentada pelo CFM, três não são abordados pela EBSERH: dificuldade em ter acesso a consultas especializadas e a cirurgias, número insuficiente de médicos, e filas de espera para consulta, exame ou cirurgia.

Se os fatores que causam a insatisfação dos usuários não forem reconhecidos e enfrentados, o cenário de descontentamento não será revertido. É fundamental que as questões críticas sejam trabalhadas. Somente assim, a assistência de saúde pública será consolidada e os seus serviços serão prestados em conformidade com as diretrizes e os princípios estabelecidos na legislação (LORENZETTI *et al*., 2014).

Percebe-se, com as informações levantadas, que a satisfação dos usuários do SUS ainda é um desafio a ser trabalhado, e que as estratégias mais recentes utilizadas pelo governo para a melhoria da saúde pública – Programa REHUF e

[3] A metodologia dessa pesquisa foi diversa das demais realizadas. Na EBSERH, o levantamento foi realizado através das Ouvidorias dos 28 hospitais contratualizados. No Complexo HUPES/BA e no HC/PA, as pesquisas têm como fonte as Ouvidorias de cada hospital. Já na pesquisa apontada pelo CFM, tem amostra nacional, dividida pelas regiões do país, com abordagem pessoal e por telefone. Mesmo assim, considera-se importante trazer esses resultados para a percepção do cenário do SUS.

EBSERH – precisam de readequações a fim de ampliar a concretização dos resultados positivos esperados. Com certeza, o planejamento estratégico é um dos aliados para esse trabalho.

2.4 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.

Os resultados benéficos gerados por um planejamento estratégico adequadamente elaborado, executado e gerenciado são reconhecidos na ciência e na prática da Administração. Organizações complexas como os hospitais universitários federais, órgãos públicos responsáveis por prover a assistência à população, estão inseridos nesse contexto da busca de aprimoramento contínuo para atender à comunidade.

2.4.1 Planejamento Estratégico.

O planejamento estratégico é uma ferramenta que pode ser considerada como um dos principais alicerces da gestão institucional. Como qualquer organização, a pública deve realizar o planejamento estratégico a fim de identificar seu ambiente, bem como suas capacitações e limitações. Com o passar do tempo, os órgãos públicos deixaram de ser exclusivos em determinadas áreas. Isso faz com que as pessoas comparem seus serviços com empresas e assim tenham maiores exigências (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000).

A gestão estratégica nasce em meados de 1900. As práticas organizacionais foram fortemente influenciadas pela Primeira Guerra Mundial, que exigiu o aprimoramento das atividades relacionadas à tecnologia (informática e aeronáutica), logística e custos. Após 1939, novamente a guerra provocou impactos. A Segunda Guerra Mundial promoveu a expansão geográfica das empresas americanas, a fim de recuperar o país. A administração foi confiada não mais aos donos, mas sim aos administradores profissionais, que passaram a exercer na prática os conceitos estratégicos de gestão (CONKE, 2013).

Ansoff e Mcdonnell (1993) relatam que, até a década de 1950, a principal referência para as ações gerenciais era o orçamento, o qual era utilizado como base para a decisão de ações futuras. Com a ampliação dos mercados, essa ferramenta passou a ser insuficiente. A partir daí, devido à necessidade de melhor desempenho,

criou-se o planejamento de longo prazo, que realizava a projeção de resultados futuros de acordo com o desempenho atual e passado. Normalmente, estimava-se aumento dos valores dos objetivos e das metas. Porém, não basta simplesmente crescer a projeção quantitativa. É preciso uma série de estruturas que possam suportar esse crescimento. Como não existia uma percepção clara desse fator, muitas vezes os patamares desejados não eram alcançados.

Assim, na década de 1960, elaborou-se o planejamento estratégico para enfrentar a saturação de crescimento e as dificuldades financeiras. Uma nova forma de pensar e atuar era necessária. Contudo, no início, o planejamento estratégico sofreu uma resistência dos gestores. Eles acreditavam que não resultaria em melhorias e que até mesmo poderia reduzir os benefícios até então alcançados. Somente após 10 anos de sua implantação é que o planejamento estratégico começou a ser compreendido e a ganhar credibilidade (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

Porém, as crises do petróleo de 1973 e 1979 transformaram o ambiente de mercado em que as organizações atuavam. A partir desse período, a análise do ambiente externo foi reconhecida como um importante elemento de gerenciamento. A otimização de recursos também foi implantada. Nos anos 1990, o conhecimento passou a ser considerado o principal recurso. Estratégias relacionadas ao meio ambiente e a ações coletivas se tornaram as novas tendências (CONKE, 2013).

O planejamento estratégico, conforme Matias-Pereira (2011) refere-se às definições dos níveis mais altos de decisão, ou seja, às diretrizes organizacionais. O autor também explica que é necessário traduzir os objetivos desse plano em ações. Esse será o planejamento tático, com determinações específicas, para cada setor. E finalmente, têm-se o planejamento operacional, que consiste na padronização, na metodologia das ações, a fim de aumentar a eficiência dos processos. A seguir, a figura 3 relaciona esses três planejamentos.

Figura 3. Relação entre os três tipos de planejamento: estratégico, tático e operacional.
Fonte: Matias-Pereira (2011, p.99). Adaptado de Oliveira (1993), Mintzberg (1994) e Matias-Pereira (2010).

O planejamento estratégico é uma tentativa de previsão do ambiente externo e interno, mas também é uma "agenda de trabalho a longo prazo", conforme Malqui e Carbajal (2009, p.164), e que deverá ser executada a fim de atingir os objetivos determinados. O que acontece, segundo os autores, é que muitas vezes os gestores esquecem essa perspectiva e dispendem esforços somente na elaboração do plano, mas não na execução.

Little (2002) informa que, para muitas organizações, o planejamento estratégico ainda é algo distante. Em muitos casos, sua informação ainda fica restrita a alguns gestores, o que limita o real envolvimento dos colaboradores. Deve-se considerar que o plano estratégico é técnico, mas não é formado só por elementos racionais. Há o *know-how*, por exemplo, o "saber fazer", a intuição com base na experiência, que influencia no trabalho.

Aponta-se, entretanto, que muitas instituições buscam aprimorar a formulação de seu planejamento estratégico, inclusive de forma que o mesmo esteja alinhado com as políticas públicas. Utilizam-se técnicas, como a de estudos prospectivos, a fim de estabelecer diretrizes (BASSI; SILVA, C.L. 2012).

Na academia, considera-se o planejamento estratégico relevante (MATUS, 1991; ANSOFF; MCDONNELL, 1993; KOTLER, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2011). A sua solidificação no ambiente de gestão ocorreu por meio de grande estudo e aprofundamento de importantes profissionais e pesquisadores. É um processo contínuo, pois o aprimoramento não é finito. Nesse tópico, abordam-se alguns conceitos dos componentes que formam o planejamento estratégico, de acordo com pensadores destaques do tema.

Conforme Kaplan e Norton (2008), o planejamento estratégico é formado pelos seguintes elementos, agrupados em quatro grupos, conforme sua função:

1. “Esclarecer a visão”: missão, valores, visão, deslocamento estratégico e estrutura estratégica. Esses elementos permitirão a identificação do *gap* de valor, a formação da agenda de mudança estratégica e também da visão ampliada;

2. “Desenvolver a estratégia”: análise estratégica e formulação estratégica. Questões e declarações de direção estratégica serão trabalhadas com esses componentes;

3.“Traduzir a estratégia”: mapeamento, indicadores e metas. Para a organização desses elementos, recorre-se aos temas estratégicos e ao *Balanced ScoreCard-BSC*;

4. “Desenvolver o plano”: iniciativas estratégicas, orçamento/financiamento e responsabilidade/prestação de contas. Esses componentes desenvolverão o portfólio de investimentos - *STRATEX* e equipes temáticas.

Essas relações poderão ser visualizadas na figura 4.

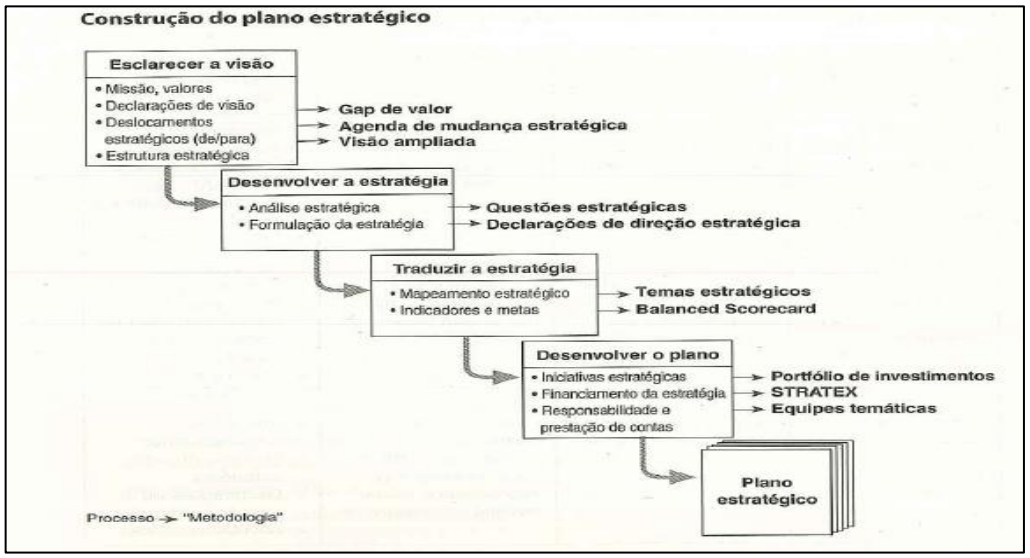

Figura 4. Componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton. Fonte: Kaplan e Norton (2008, p. 37).

O planejamento estratégico inicia com os elementos esclarecedores. Conforme os autores, a missão, os valores e a visão são os componentes basilares. A missão é a razão de existir da organização (ROBBINS, 2000; MAXIMIANO, 2008). Representa aquilo que ela pretende atingir. É uma declaração que deve ser clara, sucinta, sobre o que a organização faz, para quem ela faz e suas especificidades

(BOUHALI *et al*., 2015). Já os valores são norteadores dos atos e dos procedimentos e podem ser reconhecidos como direcionadores de atitudes, comportamentos e caráter. É uma ideologia, uma crença, uma filosofia; aquilo que todos entendem como o correto a se fazer (RIZZATTI; PEREIRA, M.F.; AMARAL, 2012).

A visão direciona a criação de um objetivo de nível estratégico (KAPLAN; NORTON, 2008), pois identifica qual a situação desejada pela organização (BOUHALI *et al.,* 2015). Kaplan e Norton (2008) recomendam expandir esse conceito, de forma a realizar a visão ampliada, que é o desmembramento da diretriz estabelecida na visão em principais perspectivas da organização. A preferência é que sejam as mesmas do *BSC (*aprendizagem e crescimento, processos, clientes/usuários e finanças/resultados*).*

O *BSC,* conforme Malqui e Carbajal (2009) é um modelo de gerenciamento que extrapola uma restrita visão financeira e amplia a análise para outras áreas. O olhar estratégico inclui também aspectos relacionados a usuários, processos e aprendizado organizacional. No âmbito hospitalar, com base em estudos realizados, os autores indicam que o *BSC* traz benefícios como a redução da suspensão de cirurgias, a otimização de leitos e o melhor desempenho em relação ao atingimento de metas.

Os deslocamentos estratégicos e as estruturas estratégicas são duas fases que ocorrem ao mesmo tempo. De acordo com Kaplan e Norton (2008), a fim de facilitar o entendimento dos profissionais das mudanças almejadas pela organização, criam-se representações/mapas da situação vigente e da desejada, de diversos processos e estruturas. Conforme os autores, o resultado dessas análises é a elaboração do *gap* de valor, ou seja, a diferença, a lacuna entre o momento vigente e o estipulado. E também a agenda de mudança estratégica, que define as mudanças dos principais elementos da gestão, como missão e visão, a longo prazo.

Os próximos elementos são reconhecidos como desenvolvedores da estratégia: análise externa e análise interna (que compõem a denominada análise ou matriz *SWOT*) e definição de estratégia.

A análise ou matriz *SWOT* consiste em explorar os elementos essenciais relacionados ao ambiente externo que a organização está inserida, e a sua capacidade estratégica, formada por seus recursos do ambiente interno (JOHNSON; SCHOLES; WHITTINGTON, 2007). A sigla *SWOT* significa: *strengths/*forças*, weaknesses/*fraquezas*, opportunities/*oportunidades*, threats/*ameaças. Busca-se

manter e aprimorar os pontos fortes e minimizar os pontos fracos, que são identificados pela análise do ambiente interno. E também há o esforço de proteger a organização das ameaças e trabalhar as oportunidades, elementos pontuados pela análise do ambiente externo (MATIAS-PEREIRA, 2011).

A análise *SWOT* ampliou o seu escopo e hoje é utilizada em vários tipos de organização. Sua contribuição se dá nos momentos iniciais da formação do planejamento estratégico (GIBIS *et al.*, 2001).

O ambiente externo consiste nos vários ambientes que envolvem uma organização: demográfico, econômico, natural, tecnológico, político-legal e sociocultural. O ambiente demográfico estuda as características da população a ser atendida, tais como tamanho, escolaridade, idade, etnia e padrões domiciliares. O ambiente econômico está relacionado à renda, preços, acessibilidade de crédito e endividamento. Essas e outras informações são fornecidas diariamente por institutos, órgãos especializados e pela grande imprensa, devido à importância do cenário econômico (KOTLER, 2000; MAXIMIANO, 2008).

Já o ambiente natural verifica questões como a escassez de recursos, o aumento do custo de energia e as atividades governamentais de proteção ao meio ambiente. O ambiente tecnológico implica nas mudanças e inovações que impactam os serviços disponibilizados à sociedade (MAXIMIANO, 2008).

O ambiente político-legal está relacionado à legislação, aos grupos de interesse/pressão e aos órgãos do governo, que promovem oportunidades ou ameaças às organizações. Reinvindicações de grupos e ONGs, quanto à propagação dos direitos de usuários, levaram os órgãos judiciais a criarem legislações que priorizassem o atendimento dos mesmos (KOTLER, 2000). Já o ambiente sociocultural possui questões como valores, crenças e culturas. Apesar de uma cultura dominante, podem existir diversas subculturas que influenciem uma organização e causam impactos em suas demandas (ROBBINS, 2000).

Quanto maior a complexidade e a instabilidade do ambiente externo, maior a importância de realizar a análise. Isso porque a existência de diversos elementos que envolvem a instituição demandará maior capacitação para o enfrentamento e o gerenciamento dessas variáveis, de forma que se consiga obter resultados relevantes para aqueles que utilizam os serviços disponibilizados pela organização (MAXIMIANO, 2008).

Em ambiente complexos, os principais gestores devem estar bem informados sobre as questões legais, políticas e econômicas, por exemplo, para que as decisões sejam efetivas. O conhecimento dos fatores externos também permite o aprimoramento das funções exercidas internamente, que repercutirão diretamente no serviço fornecido (CERTO; PETER, 1993).

Já a análise do ambiente interno foca nos aspectos intraorganizacionais, como ativos, recursos, habilidades e diferenciais devido à aprendizagem organizacional (MATIAS-PEREIRA, 2011). São elementos que auxiliam no gerenciamento dos riscos e oportunidades.

A análise SWOT possibilita identificar quais são as principais questões estratégicas, ou seja, aquelas que necessitam ser trabalhadas a fim de incrementar o desempenho e os resultados (KOTLER, 2000; MAXIMIANO, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2011). Essas questões serão analisadas para a formação de uma estratégia de atuação (KAPLAN; NORTON, 2008).

A próxima etapa do modelo é a definição de uma estratégia para se atingir os objetivos estabelecidos. Existem diversas estratégias que podem ser utilizadas. Cada organização deverá identificar qual está mais alinhada ao seu ambiente, à sua estrutura e aos objetivos estabelecidos. Após definir quais estratégias serão selecionadas, recomenda-se também que seja realizada uma declaração de direção estratégica. Essa declaração consiste no estabelecimento dos objetivos estratégicos, bem como os indicadores para o gerenciamento (KAPLAN; NORTON, 2008).

Os objetivos representam aquilo que se pretende atingir, os propósitos definidos a serem buscados. São padrões qualitativos (BARBOSA, E.R.; BRONDANI, 2004). Esses objetivos, no modelo de Kaplan e Norton (2008) são agrupados em temas estratégicos, conforme afinidade de propósitos. Após são alocados nas quatro perspectivas do mapeamento *BSC.* A partir daí a organização começa a definir os elementos tradutores da estratégia.

Os indicadores possibilitam quantificar processos e desempenho da instituição em relação aos *inputs* e *outputs*. Permitem analisar e avaliar os resultados atingidos, bem como o *gap* entre esses e os padrões estabelecidos. Representam um guia para os gestores (SIQUEIRA, V.T.A; KURCGANT, 2012). É somente com a avaliação regular dos serviços de saúde que se atinge a necessária melhoria progressiva (TÉLLEZ; MORERA, 2010).

A formulação de metas é uma etapa muito importante, conforme Maximiano (2008), visto que compreende a representação e a quantificação dos objetivos em números. Essa especificação das necessidades de recursos, tempo, quantidade e nível de qualidade é a forma ideal para um plano. As metas podem ser definidas em diversos setores, do estratégico ao operacional (BARBOSA, E.R.; BRONDANI, 2004).

O próximo grupo de componentes é aquele que irá desenvolver o plano. As iniciativas estratégicas são as ações definidas para a atuação no ambiente em que se está inserido. Devem considerar o cenário atual e futuro (CRAINER; DEARLOVE, 2014). Representam um plano, um modelo de ação, que fornece uma diretriz e concentra os esforços (MINTZBERG; LAMPEL; AHLSTRAND, 2002).

É necessário verificar o orçamento destinado às ações do planejamento estratégico, de forma que este possa ser concretizado. De acordo com Crozatti (2003), a efetividade depende da disponibilidade de todos os recursos, sejam estruturais, materiais, humanos e financeiros. Tudo aquilo que impacta na efetividade das metas, tais como tecnologia, materiais, equipes e dinheiro, tem valor estratégico.

Para Kaplan e Norton (2008) o modelo de gestão estratégica forma um *portfólio* de temas estratégicos. Assim, os recursos financeiros deverão ser organizados com base em um *portfólio* de investimentos. É um investimento específico para estratégias, que não inclui questões operacionais, caracterizado como *STRATEX* (*strategic expenses*). A responsabilidade por esse gerenciamento também é por temas estratégicos, realizado pelas equipes temáticas.

Com relação ao monitoramento do planejamento estratégico, verifica-se que é salutar o gerenciamento contínuo, pois a volatilidade do ambiente exige constantes readaptações (ROBBINS, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2011).

A prestação de contas, ou seja, o compartilhamento das informações mais relevantes, também é muito importante, pois explicita as ações realizadas a todos os atores envolvidos com a organização, inclusive a comunidade (OLIVEIRA, D.P.R., 2012). É uma ação que pode resultar em um *feedback* (KOTLER, 2000) desses sujeitos, e que pode repercutir no aprimoramento do processo estratégico.

O segundo conceito a ser explorado sobre os componentes do planejamento estratégico é de Philip Kotler (2000), representado na figura 5. Segundo o autor, um planejamento estratégico para unidades/setores, embasado no institucional, é composto por oito etapas: missão, análise externa, análise interna, formulação de

metas, formulação de estratégias, formulação de programas, implementação e *feedback*/controle.

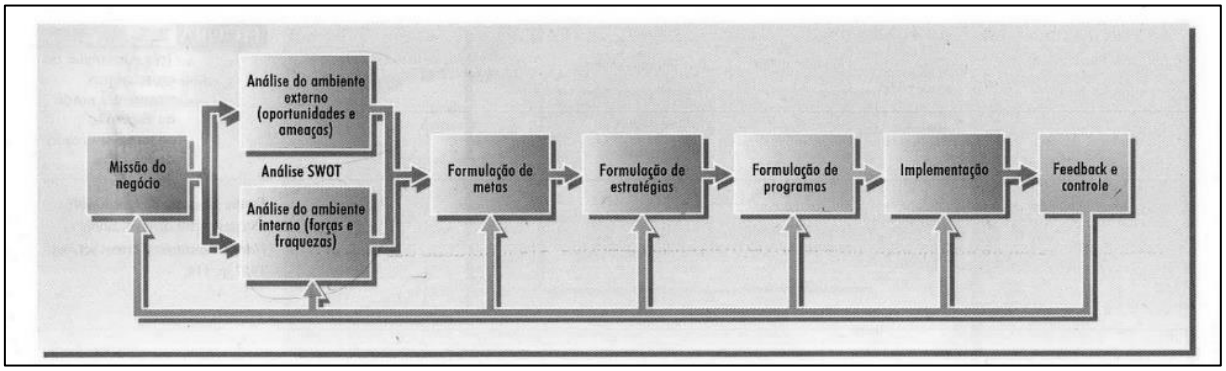

Figura 5. Componentes do planejamento estratégico à luz de Kotler.
Fonte: Kotler (2000, p.98).

De acordo com o autor, a missão da unidade/setor deve estar sempre de acordo com a institucional. É um elemento de direcionamento e formalização da filosofia gerencial (GONZAGA *et al.*, 2012).

A análise externa, conforme já verificado anteriormente, refere-se à análise de vários ambientes (econômico, político, demográfico, natural, cultural, social) para identificar as oportunidades e as ameaças. As oportunidades são formas de criação de valor e as ameaças são desafios que podem impactar negativamente a organização. Já a análise interna busca visualizar as forças e as fraquezas da instituição (KOTLER, 2000).

A potencialização das atividades e a mitigação das limitações deverão ser o alvo dos gestores. Além disso, esse processo deve ser realizado em conjunto, com todas as equipes de todas as unidades. As organizações possuem uma rede interna de usuários e fornecedores que permeia o seu funcionamento global. Para atender as necessidades é fundamental conhecer as expectativas internas (ELEUTÉRIO; SOUZA, M.C.A.F., 2002).

A formulação de metas é uma etapa muito importante, visto que são a representação dos objetivos, bem como a sua quantificação, em termos financeiros, estruturais e temporais. Dessa forma, as metas permitem maior compreensão e concentração de esforços e, assim, o planejamento, a execução e o monitoramento tornam-se mais fáceis. É interessante que sejam estabelecidas hierarquicamente, em ordem de relevância e criticidade, e que estejam de acordo com a realidade (MAXIMIANO, 2008).

Já a formulação da estratégia representa o caminho necessário para se atingir uma meta. A estratégia consiste na escolha de como será a atuação no ambiente em que se está inserido e também quais as táticas utilizadas para tal. As organizações devem elaborar estratégias para seus negócios atuais, mas também preparar-se para o futuro. Uma nova opção que está obtendo maior presença é a formação de alianças. As organizações se unem para solidificarem suas forças e reduzirem suas fraquezas (CRAINER; DEARLOVE, 2014).

A próxima etapa é a formulação de programas. Estes são criados para apoiar a fase seguinte, que é a execução das estratégias estabelecidas, como coleta de dados, treinamento de pessoal e inovação tecnológica (KOTLER, 2000).

Por último, têm-se as atividades de *feedback* e controle. Devido à volatilidade de qualquer ambiente é essencial realizar o monitoramento das atividades executadas e dos resultados obtidos, e compará-los com os objetivos definidos. Algumas vezes será necessária a reavaliação de objetivos, metas, estratégias e programas, de forma a se readaptar às novas exigências do meio (KOTLER, 2000). Salienta-se que, sem uma definição clara de objetivos e metas, o exercício de controle fica comprometido. E isso é frequentemente visualizado na esfera pública (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000).

O próximo conceito a ser estudado é o disseminado por Ansoff e Mcdonnell (1993), que atentam para o fato de que planejamento estratégico é diferente do planejamento em longo prazo. Este é uma projeção dos resultados futuros, com base em dados passados. É como se desenhasse uma continuidade do fluxo atual, com adição de uma quantificação maior de metas e de objetivos, mas através de uma previsão. A questão é que nem sempre esses resultados pré-estabelecidos ocorrem na prática.

Já o plano estratégico preocupa-se em identificar perspectivas e objetivos que limitem possíveis descontinuidades. Estabelecem-se metas e estratégias, com base em análise e não em projeção. Assim, conforme os autores citados, o que diferencia o planejamento estratégico do planejamento em longo prazo é a racionalidade para a sua execução, através dos seguintes elementos: perspectivas, objetivos, estratégias; e após definem-se metas, programas e orçamentos, implantação e controle, em caráter operacional e estratégico. A figura 6 traz essa relação.

Figura 6. Componentes do planejamento estratégico à luz de Ansoff e Mcdonnell. Fonte: Ansoff e Mcdonnell (1993, p.39).

As perspectivas são os núcleos que organizam os objetivos estratégicos, tais como processos internos e resultados (KAPLAN; NORTON, 2008; MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, [ca.2014]). Os objetivos representam aquilo que a organização pretende atingir, os propósitos definidos a serem buscados. São padrões qualitativos. Para alcançá-los as empresas definem metas. As metas são os objetivos quantificados. Elas são um norte para a organização para que ela atinja a missão, em conformidade com a sua visão. Podem ser definidas em diversos setores, do estratégico ao operacional (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; BARBOSA, E.R.; BRONDANI, 2004).

Ansoff e Mcdonnell (1993) colocam que os objetivos de uma organização são divididos em quatro categorias:

1. Desempenho: que estipulam metas de crescimento de faturamento e metas de rentabilidade, com monitoramento de lucro líquido e patrimônio líquido;

2. Risco: relacionados a reações organizacionais em ambientes voláteis. Da mesma forma, além de buscar proteção contra ameaças, as organizações devem descobrir oportunidades para assim obterem vantagem competitiva;

3. De sinergia: a otimização de processos administrativos, funções e estratégias entre os vários setores;

4. Sociais: que dizem respeito ao atendimento de necessidades e aspirações dos funcionários e também da sociedade (como a preservação do meio ambiente).

As estratégias são a maneira, os procedimentos utilizados para a execução e atingimento das metas e consequentemente, dos objetivos. De acordo com Mintzberg,

Lampel e Ahlstrand (2002), a estratégia pode ser considerada como o plano ou como um modelo para a ação.

Há uma relação muito forte entre estratégia e objetivo. Um atributo pode ser um objetivo em um determinado momento e uma estratégia em outro. O que pode acontecer é que os elementos das estratégias da alta administração se modificam para objetivos de unidades ou setores (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

Para os autores, os programas, a execução e o controle devem ser realizados em nível operacional e estratégico. É importante que exista a consciência de que o planejamento estratégico deve abordar tanto as questões operacionais, quanto às estratégicas.

Um erro comum é confundir a eficácia operacional com a estratégia. Ferramentas para se atingir melhorias no desempenho, como reengenharia, terceirização, *benchmarking* e gestão da qualidade total são importantes, mas não podem substituir a visão estratégica. Esta refere-se a um posicionamento exclusivo, específico, com alto valor agregado (PORTER, 1999). Porém, as duas abordagens (estratégicas e operacionais) são essenciais para o bom desempenho organizacional; uma não existe sem a outra.

O planejamento operacional gera vários programas, um para cada unidade ou setor, que são realizados continuamente. Já os planos de estratégias são voltados para a reflexão do negócio e não são elaborados ao mesmo tempo. Não são criados para rotinas e sim para solucionar cada problema, especificamente. A melhor estratégia é organizar e dividir a organização em duas partes: o desenvolvimento de operações e o desenvolvimento de estratégias. Dessa forma, não só os esforços, mas também os recursos financeiros, ficam melhor alocados (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

Outro conceito da literatura é o de Planejamento Estratégico Situacional - PES, elaborado por Matus (1991), que tem como premissa que as situações em que se encontram os gestores não podem ser seguramente previsíveis, e podem ser alteradas a qualquer instante. Assim, os planos e seus resultados dependem das circunstâncias em que se encontram, ou seja, da situação de cada momento.

Nenhum plano é estático, já que “na vida real, está rodeado de incertezas, imprecisões, surpresas, rejeições e apoio de outros atores” (MATUS, 1991, p.28). Um planejamento estratégico é uma alternativa de ação, dentre tantas outras. Essa forma de atuação pode ser alterada conforme novas realidades impostas pelo ambiente em

que a instituição está alocada. A incerteza do cenário é uma variável presente na gestão organizacional (RIVERA, 2011).

Matus (1991) defende que o PES é realizado em quatro momentos, conforme demonstra a figura 7:

Figura 7. Momentos do planejamento estratégico situacional.
Fonte: Belchior (1999, p.37), adaptado de Matus (1993).

1. Explicativo, em que se realiza o diagnóstico do ambiente em que está a organização, com a construção de esclarecimentos que envolvam todos os atores presentes neste meio. Os principais problemas deverão ser elencados, e também explicados, mediante suas causas, consequências e nós-críticos. Os nós-críticos são os fatores limitadores, que permitem a continuidade do problema (BELCHIOR, 1999);

2. Normativo, refere-se à elaboração de planos de ação para cada nó-crítico identificado, a fim de atingir objetivos estabelecidos. Destaca-se a importância de incluir uma análise de cenários;

3. Estratégico, consiste na análise da viabilidade dos planos construídos. Condições econômicas, políticas e sociais são consideradas para o aprimoramento dos resultados;

4. Tático, em que as ações serão concretizadas. Ressalta-se que as diretrizes do plano sempre dependerão da situação do ambiente e que por isso, constantes readequações poderão ser necessárias.

Essas etapas não ocorrem em uma sequência e sim concomitante, por diversas vezes, conforme a situação. Essa é uma das características que o difere dos demais modelos de planejamentos. Outra que pode ser citada é que o planejamento estratégico deve ser um processo interativo e social, em que diversos atores devem estar presentes, e não um projeto restrito à cúpula das organizações ou do governo.

Todos os sujeitos envolvidos governam: líderes (a cúpula “G”), demais colaboradores (“g”) e usuários (MERHY, 1999; RIVERA, 2011; FEUERWERKER, 2014).

O PES é utilizado na saúde pública exatamente pela instabilidade de recursos (RIVERA, 2011). É um modelo que possibilita o alinhamento das diretrizes definidas com as limitações que surgem no âmbito do SUS, seja em relação à insuficiência de recursos (DIAS, R.C. *et al.,* 2012), seja quanto a barreiras em fluxos, como o crítico processo de seleção de medicamentos (SANTANA *et al.,* 2014). Também se relaciona com o próprio cuidado ao usuário, pois inclui a participação deste sujeito, da equipe multiprofissional e das especificidades do ambiente (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

Após o estudo de todos esses conceitos sobre os componentes do planejamento estratégico, verifica-se que é inquestionável a essencialidade desse instrumento de gestão em qualquer tipo de organização, seja privada ou pública. As organizações públicas são necessárias, pois nem todas as demandas podem ser adquiridas por meio de pagamento, como por exemplo, a segurança aos cidadãos de um município. Assim, qualquer pessoa tem direito ao acesso aos serviços públicos e isso é uma das principais características que difere essas instituições das empresas privadas: a acessibilidade (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000).

Pode-se identificar que os principais fatores limitantes para a efetividade do planejamento estratégico são: ausência de investimento em educação permanente das equipes, falta de entendimento das metas a serem atingidas pelos funcionários, coordenação ineficaz na execução do planejamento, demora na implementação e comunicação ineficiente. Essas seriam as barreiras internas. Já no âmbito externo, têm-se as crises, os imprevistos e demais fatores do ambiente, que prejudicam diretamente o planejamento (O’REGAN; GHOBADIAN, 2002 apud GUERREIRO; SOUZA, R.P., 2015, p.95)[4].

Após a revisão da literatura sobre o planejamento estratégico, o próximo tópico abordará sua aplicação nos hospitais universitários federais, instituições voltadas ao atendimento da saúde pública do país.

[4] O'REGAN, N.; GHOBADIAN, A. Formal strategic planning: The key to effective business process management? Business Process Management Journal, v. 8, n. 5, 2002.

2.4.2 Planejamento Estratégico em Hospitais Universitários Federais.

O avanço da tecnologia, as mudanças na legislação e o aumento de custos levaram os hospitais a buscarem ações estratégicas, a fim de fornecerem serviços de qualidade, mantendo a sustentabilidade organizacional (MEYER; PASCUCCI; MURPHY, 2012). Os hospitais, em relação ao seu gerenciamento, são comparados às organizações complexas e, por isso, há a necessidade de atuar com mecanismos estratégicos (OLIVEIRA, L.R.; SCHILLING, 2011).

Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014) colocam que existem alguns requisitos basilares para a gestão estratégica. Primeiro, é essencial a avaliação de desempenho por indicadores. Um bom planejamento é aquele que, realizado em equipe, identifica os pontos críticos, bem como a forma de trabalhá-los, e traz quais serão as medidas para o monitoramento das ações executadas. O segundo aspecto importante é a alavancagem de conhecimento, principalmente em hospitais, que são organizações compostas por diversos e numerosos processos. O conhecimento compartilhado tem maior efetividade, pois permite a aprendizagem organizacional e a criação de valor aos procedimentos e serviços.

Os dirigentes de hospitais públicos, que prestam atendimento à sociedade, devem conscientizar-se de que a população já não é mais alheia às suas opções de atendimento. Os usuários (não mais com uma postura passiva, e sim ativa) obtêm informações disponíveis pela internet, sobre as formas de tratamento das doenças; a reputação e a certificação de hospitais, clínicas e profissionais e os experimentos/pesquisas de novos medicamentos. Isso possibilita que eles levantem questionamentos sobre o serviço que recebem (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004).

Essa nova visão, na ótica da Saúde Coletiva, apresenta o indivíduo como um ser humano dotado de experiências, histórias e conhecimentos. Isso o torna capaz de construir seu tratamento com o profissional. Isso o torna responsável pelo seu cuidado, já que o plano estabelecido em conjunto lhe faz sentido. A abordagem do “paciente”, pacífico, que se conforma com condições prescritivas, dotadas de uma série de impedimentos, não é a mais a referência (SLOMP *et al.,* 2015).

Assim, os profissionais devem estar cada vez mais preparados e capacitados para atender satisfatoriamente a população. A capacitação dos profissionais é uma estratégia que se deve buscar a fim de aprimorar o desempenho institucional, contribuindo efetivamente para a saúde pública (RABBANI *et al.*, 2015).

Teisberg, Porter e Brown (1999) pontuam que uma questão importante sobre a gestão da assistência é como reduzir custos, de forma estável ao longo do tempo, sem prejudicar a qualidade dos serviços prestados. Os altos custos de um hospital são gerados pelos insumos e recursos diferenciados, derivados de conhecimento e tecnologia, que são necessários para suprir a complexidade das diversas práticas de saúde, de diagnósticos e tratamentos.

Para auxiliar no monitoramento, é importante que se tenha um sistema de informações que facilite a gestão dos processos e que esteja relacionado ao planejamento da organização, o que o torna um elemento estratégico (LONDOÑO, 2010; OLIVEIRA, R.X.F., 2014). Além disso, as tecnologias de informação são mecanismos que também contribuem para a transparência da gestão das instituições, o que possibilita a participação da comunidade e o controle social. É um conceito mais recente, que substitui a ideia de que os recursos eletrônicos são utilizados apenas para disponibilização de serviços e informações gerais aos cidadãos (VICENTIN, 2012).

A tendência de utilizar sistemas de informações nas organizações hospitalares proporcionou a criação de um aplicativo para os 50 hospitais universitários federais: o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários Federais-AGHU. O AGHU é uma das ações promovidas pelo Programa REHUF, e tem como objetivo criar um banco de dados que permita a formação de indicadores nacionais para esses hospitais, proporcionando dessa forma uma gestão compartilhada e padronizada (SIMÕES, 2011; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, [ca.2015b]).

Os indicadores são fundamentais para administrar com efetividade as questões citadas (custos, qualidade, satisfação da população). Pode-se citar diversos exemplos de indicadores: assistenciais (número de internações, taxa de ocupação de leitos, tempo de permanência, índice de comorbidade); de gestão de pessoas (número de equipes profissionais por complexidade, índice de absenteísmo); de qualidade (erro de administração de medicamentos, queda de usuários em maca, taxa de infecção por serviço, taxa de reinternação) e financeiros (custo operacional). Os indicadores nos hospitais públicos também são utilizados para o monitoramento dos recursos, que são escassos (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

Os indicadores assistenciais e de gestão de pessoas são os que apresentam maior relevância. No âmbito da assistência, a taxa média de permanência e a taxa de mortalidade são indicadores cada vez mais trabalhados para a obtenção da segurança

do serviço ofertado ao usuário (GOMES, A.S., 2009; SILVA, A.M.N. *et al*., 2014; VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

Outra classificação de indicadores para a saúde pública, utilizada em vários estudos, é em insumos/*inputs* e produtos/*outputs.* Como insumos, mede-se o número de equipamentos, número de profissionais, número de leitos e o valor médio de internação. Como *outputs*, consultas e procedimentos ambulatoriais (geral e *per capita*), internações (geral e por habitantes), taxa de mortalidade e inverso da taxa de mortalidade (SILVA, R.G.; VIDAL, 2008; CUNHA, J.A.C., 2011; KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; POLITELO; RIGO; HEIN, 2014).

Outra questão a considerar é que, muitas vezes, o controle das atividades operacionais é realizado apenas pelos próprios profissionais que as executam e, assim, o gerenciamento organizacional e a medição dos indicadores são prejudicados (VAGNONI; OPPI, 2015).

O conhecimento da gestão estratégica e de ferramentas que auxiliam no aprimoramento da gestão hospitalar não é mais função restrita aos administradores, mas também aos profissionais que atuam nas áreas assistenciais. Oliveira, L.R. e Schilling (2011) citam, por exemplo, que o enfermeiro é um elo direto entre a instituição e o sujeito em tratamento e, por isso, deve conhecer os pressupostos organizacionais voltados ao atendimento do usuário. A prestação do serviço impacta o processo de assistência como um todo, que deverá estar alinhado à política organizacional.

Os autores trazem que, em pesquisa realizada no Hospital São Lucas - vinculado à Universidade PUC do Rio Grande do Sul, verificou-se que, embora a equipe de enfermagem tivesse motivação para contribuir com a gestão estratégica, muitas vezes não tinha o conhecimento da mesma, ou sua participação era restrita. Percebeu-se que a enfermagem fazia o gerenciamento de suas atividades, através de metas e indicadores, todavia, não relacionados ao plano estratégico do hospital. Porém, essa inter-relação é primordial para a obtenção de resultados efetivos.

A busca de eficiência, eficácia e efetividade pelas organizações públicas de saúde é mundial. Pode-se citar, como exemplo, um estudo realizado em 24 hospitais ligados a universidades públicas do Irã. Este demonstrou que a maioria dos hospitais adotou algum modelo de planejamento estratégico a fim de atender aos requisitos do governo. Porém, a sua aplicabilidade e o seu gerenciamento ainda não estavam amadurecidos. A atuação era limitada, pois não se conseguia trabalhar com

indicadores, análise de valor, *benchmarking* e métodos científicos de avaliação (SADEGHIFAR *et al.*, 2015).

Em pesquisa realizada em 107 hospitais públicos sérvios constatou-se que, após um ano de capacitação estratégica dos gestores, houve uma considerável melhora no seu desempenho, que pode ser visualizada pela comparação de elementos realizados antes e depois do trabalho, como análise de ambiente externo, com a identificação de evidências e gerenciamento de recursos financeiros. A qualidade do cuidado foi destaque em todos os hospitais que reelaboraram sua missão e visão (TERZIC-SUPIC *et al.*, 2015).

O hospital deve disponibilizar aos seus usuários uma equipe capacitada e qualificada, além de tecnologia, recursos cirúrgicos e clínicos, e estrutura que garanta a segurança das pessoas, de modo que as mesmas sintam que suas necessidades foram atendidas. Além disso, deve também vencer o desafio de gerenciar os impactos derivados do aumento de custo (RABBANI *et al.*, 2015).

Nesse contexto, com diversos elementos, a gestão participativa é um recurso que ganha espaço, devido à necessidade de reagir à complexidade do ambiente externo e até mesmo interno dos hospitais. Decisões como a escolha de quais procedimentos serão realizados e por quais profissionais podem até ser organizadas pelos gestores, mas a definição acontece junto com os diversos profissionais técnicos envolvidos. Além disso, a inclusão das equipes nos processos decisórios, envolve e estimula melhores resultados (MINTZBERG, 1995; WONG; LASCHINGER, 2012).

Esse trabalho em conjunto ganhou espaço nas organizações e substituiu a visão de que as principais questões deveriam ser gerenciadas e decididas somente pela alta administração (PEREZ; FORGIARINI, 2016).

Os administradores são um elo entre os colaboradores e os órgãos externos. As atividades rotineiras também são realizadas com a junção de esforços. Para a realização de uma cirurgia, além da equipe médica especialista, precisa-se de um anestesista e uma equipe de enfermagem. A continuidade do tratamento de um usuário em uma especialidade, muitas vezes, depende do encaminhamento para tratamento também em outra especialidade. É essa atuação sistêmica, seja em nível estratégico ou operacional, que é desejada (MINTZBERG, 1995).

Necessário ressaltar que o apoio da alta administração é essencial para a efetividade do planejamento estratégico. Nas organizações públicas, um fator limitante

relacionado a esse requisito é a troca frequente de dirigentes, em média a cada quatro anos (SILVA, W.C. *et al*., 2013).

Em pesquisa realizada no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, identificou-se que a gestão de 2004-2008 exerceu forte apoio na formulação e implantação do planejamento estratégico. Havia um monitoramento contínuo das ações definidas, com a participação de vários setores do hospital. Porém, a troca de gestão em 2008 desencadeou a perda dos resultados já obtidos, bem como a quebra do processo de planejamento, devido ao apoio da alta administração não mais representar o mesmo que o anteriormente (RIZZATTI; PEREIRA, M.F.; AMARAL, 2012).

Percebe-se que mesmo com um planejamento estratégico consolidado, este foi enfraquecido devido à falta de integração entre dirigentes e profissionais das unidades. Isso porque não basta a elaboração de um plano. O que realmente fará que o mesmo tenha sucesso é a cultura da organização, a forma como considera e valoriza esse instrumento de gestão, o conhecimento dos envolvidos e uma forte liderança (BEPPLER; PEREIRA, M.F., 2013).

O planejamento consolidado, porém, facilita o prosseguimento das ações, como em momentos de transição da gestão, devido a parâmetros já analisados e definidos. Mas, normalmente, quando o processo de elaboração do planejamento estratégico e o processo de implementação são realizados por sujeitos diversos, os resultados tendem a não ser iguais aos padrões estabelecidos, devido a não continuidade das considerações e posições estabelecidas no início do trabalho (SILVA, C.L., 2013).

Para atenuar esse quadro, a gestão hospitalar requer equipes com habilidades especializadas, que devem ser adquiridas com treinamento teórico e prático. É primordial a existência de cursos que incluam questões gerais e específicas das políticas da área, e que contribuam com o fortalecimento do sistema (SHARMA; ZODPEY, 2011). Essa ação vai ao encontro de uma das principais características de um hospital universitário, que é a sua constante geração de conhecimento, através das supervisões clínicas, pesquisas, conferências e programas de treinamento e capacitação (VAGNONI; OPPI, 2015).

Anteriormente o principal foco dos hospitais era redução de custos. Atualmente, soma-se o objetivo de prover serviços de qualidade que atendam às

necessidades da população (VAGNONI; OPPI, 2015). A gestão estratégica é aquela que proporciona ao hospital uma posição diferenciada.

Deve-se buscar ferramentas que tragam o aprimoramento dos processos e dos serviços ofertados à comunidade. Pode-se citar como exemplo a metodologia 5W2Hs. De acordo com Blauth (2006), essa metodologia propõe que a organização faça os seguintes questionamentos para cada ação definida.

- *What?:* o que, qual ação será realizada;
- *Why?:* porque, qual a importância da ação;
- *Where?:* onde, em que local a ação será executada;
- *Who?:* quem são os responsáveis;
- *When?:* quando, em que momento a ação acontecerá;
- *How?:* de que forma, quais são os processos e as etapas;
- *How much?:* qual o custo desta ação.

Em algumas instituições inclui-se mais um elemento, o "*How measure"* (medida de desempenho), caracterizando como 5W3Hs (HU/UFMA, 2013). Pode-se também utilizar junto com o 5W2Hs/5W3Hs, o ciclo PDCA. Este ciclo é uma metodologia, que conforme a Fundação Nacional da Qualidade – FNQ (2014), classifica as diversas atividades de um plano em: *plan*/planejar, *do*/fazer, *check*/monitorar, e *act/* agir corretivamente e aprender.

Tsai (2013) e Yasin, Gomes, C.F. e Miller (2011) pontuam que as demandas dos hospitais não são estáticas, e mudam conforme as condições do meio, o que exige a reestruturação das ações estratégicas. Assim, os gestores hospitalares também devem identificar as inovações possíveis de serem aplicadas, relacionadas a processos e tecnologia, e consequentemente, investir na atualização profissional de suas equipes.

Além disso, é possível fortalecer a estrutura através de cooperação com as demais organizações de saúde, de forma a reduzir as limitações. Pode-se citar como exemplo, no âmbito público, a parceria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais-HC/UFMG e da Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF, para treinamento de residentes das áreas de oftalmologia e gastroenterologia pediátrica do UFJF, nas dependências do HC/UFMG (HC/UFMG, 2015).

Pode-se mencionar também o acordo de cooperação entre o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina-HU/UFSC e o Hospital Santa

Izabel de Blumenau, para a realização de transplantes hepáticos, ampliando a oferta desses procedimentos (UFSC, 2015). São ações que trazem potencialidades para a oferta de serviços em saúde pública e que devem ser ampliadas, pois os ganhos, se estendem à população.

Uma estratégia importante que pode ser desenvolvida para ampliar cada vez mais a possibilidade de satisfazer os usuários é a co-criação de valor, ou seja, a criação de valor compartilhada com todos os envolvidos nos processos hospitalares, inclusive o usuário. A co-criação de valor é realizada a partir de uma experiência única de uma pessoa, em um determinado momento e contexto. Ela pede a interação desse sujeito com todos os agentes envolvidos: médicos, equipe de apoio, representantes de empresas de medicações/equipamentos e demais usuários com diagnósticos similares (PRAHALAD; RAMASWAMY, 2004).

Uma das ferramentas utilizadas para esse trabalho é a Educação Permanente em Saúde-EPS. De acordo com Feuerwerker (2014), a EPS pode ser um processo muito efetivo e transformador, desde que reconheça a realidade em que os sujeitos estão inseridos. E para isso, deve-se incluir as percepções da gestão, das equipes de assistência e dos usuários.

Para a autora, a troca de reflexões e de visões, na busca de melhorias, propicia resultados positivos a todos. Para a gestão, democratiza e abre espaço para novas negociações com suas equipes; para os colaboradores, possibilita novos desafios e aprendizado. E para os usuários, representa mais um momento de exercer a sua autonomia, enquanto agentes de sua própria vida; e também de contribuir com o aprimoramento da assistência da rede, mediante suas considerações sobre a sua experiência de tratamento.

A EPS não é um mecanismo externo, que trará as soluções prontas para uma determinada realidade. Ela é um processo de autoconhecimento e autoanálise, das próprias vivências dos atores. É um desafio para as organizações e equipes, já que se pode encontrar obstáculos, como a resistência de usuários e as próprias limitações do sistema público de saúde (estrutura, recursos e equipes). Mas é possível, e necessário, promover momentos coletivos de reflexão e produção, com a participação do usuário, gerando benefícios para ele, e também, colaboradores e organizações (SLOMP; FEUERWERKER; LAND, 2015).

Outra estratégia que ganhou destaque na gestão hospitalar, bem como de outras organizações de saúde, é a certificação de Acreditação. A Acreditação, de

acordo com a definição da Organização Nacional de Acreditação - ONA (2014a) em sua página de internet, é um sistema que avalia os serviços de saúde e certifica aqueles que estão aptos a prover um atendimento de qualidade.

A ONA é uma entidade sem fins lucrativos e não-governamental. Seu objetivo é melhorar a assistência do sistema de saúde do país, através da metodologia *ISQUA (International Society for Quality in Health Care*), associação com representantes de mais de cem países. O processo de avaliação não é fiscalizatório, mas voltado à melhoria e ao aprendizado contínuo. Tanto que não é obrigatório e sim solicitado pelas organizações. O trabalho ocorre continuamente e com privacidade total dos dados coletados.

A criação da ONA ocorreu em 1999, impulsionada pelo reconhecimento da saúde como direito universal, na CF de 1988. Sua metodologia foi construída com base nos modelos de diversos países, como Canadá, Espanha, Estados Unidos e Inglaterra (ONA, 2014b).

As organizações de saúde podem obter as seguintes certificações: acreditada (nível 1), que atende aos requisitos de segurança ao usuário, sejam assistenciais ou estruturais; acreditada pleno (nível 2), que também possui integração na gestão, incluindo a administração de processos; e acreditada com excelência (nível 3), que atende aos requisitos anteriores e também possui a maturidade no processo de melhoria contínua, inclusive com a transformação da cultura organizacional. Após atingir esse terceiro nível, a organização pode tentar adquirir a certificação internacional (FORTES, 2013).

A certificação internacional é realizada pelas instituições Consórcio Brasileiro de Acreditação e *Joint Commission International*, CBA/JCI. O CBA tem como base o modelo americano e busca conhecer melhor seus mecanismos para aplicá-los nas organizações brasileiras. O interesse do CBA é contribuir com o aprimoramento da metodologia *JCI*, que identificou no Brasil uma oportunidade de expansão. A primeira aproximação deste consórcio com os hospitais universitários federais foi em 1998, quando o Ministério da Saúde determinou a realização de uma consultoria para a recuperação dos hospitais públicos no Rio de Janeiro (FORTES, 2013).

O processo de Acreditação estimulou fortemente a busca de qualificação na execução de ferramentas de gestão. Nos hospitais de ensino, representou um importante fator de motivação (REIS, A.A.C., 2011).

Dos 25 hospitais brasileiros certificados pelo CBA/*JCI*, apenas 16% são públicos (MAIA; ROQUETE, 2014). Atualmente o único hospital universitário federal a ser acreditado pelo CBA/*JCI* é o HC/PA, em 14 de novembro de 2013 (JCI, [ca.2016]).

Pode-se constatar, pelos conceitos apresentados, que a gestão dos hospitais universitários federais é composta por diversos desafios, entre os quais a redução de custos, o aprimoramento da tecnologia, a capacitação das equipes, a consciência de seus ambientes (externo e interno) e a certificação de seus processos. Assim, exige-se a construção cuidadosa de um planejamento estratégico, a fim de possibilitar melhores serviços e, consequentemente, uma melhor assistência à toda a população.

2.5 CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS.

Após a apresentação dos conceitos destacados nesse referencial teórico, ressalta-se que as políticas públicas são ações essenciais para responder às demandas da sociedade e garantir a materialização dos direitos de cidadania (TEIXEIRA, E.C., 2002). A gestão da saúde pública necessita fortemente de políticas, programas e projetos que atinjam condições de fornecer o direito garantido pela CF 1988, um sistema gratuito e integral.

Conforme citam Mejía, Tasca e Silvestre (2009), um grande desafio para a atuação da política pública na área de saúde é prover práticas que contemplem os benefícios almejados, como a criação de políticas de reestruturação, o fortalecimento de uma cultura voltada à promoção da saúde, e a redução de desigualdades regionais quanto ao acesso aos serviços.

Os hospitais universitários federais, referências do SUS e da assistência regional, devem ser constantemente dotados da estrutura necessária para a formação de um serviço especializado de qualidade. O Programa REHUF e a empresa EBSERH são ações estratégicas que buscam esse objetivo. Percebe-se que é importante fortificar o provimento de recursos dessas instituições, mas também, aprimorar sua gestão (RIBEIRO, 2011).

Consequentemente, o aparato maior para a oferta de serviços desses hospitais promove uma melhoria do sistema gratuito de saúde, bem como do desenvolvimento da região em que estão alocados, na medida em que contribui com maior bem-estar da população nessa área, além de exercer influências no

desempenho econômico de seu entorno, inclusive em processos de alta tecnologia, derivados dos âmbitos industriais e sanitários (BARBOSA, P.R.; GADELHA, 2012).

O planejamento estratégico é um recurso valioso para ajudar as organizações públicas a definirem seus propósitos, bem como estratégias e processos para conquistá-los (BEPPLER; PEREIRA, M.F., 2013). Tanto que uma das principais ações do governo para a reestruturação dos hospitais universitários federais é a remodelação da gestão estratégica, por meio de consultoria e capacitação dos gestores hospitalares (EBSERH, [ca.2015a]). Essa proposta corrobora a importância dos mecanismos de gerenciamento estratégico para a atuação efetiva dos hospitais universitários federais no cuidado e atendimento da sua população.

3 METODOLOGIA.

Apresenta-se nesse tópico as características metodológicas deste estudo, bem como os procedimentos realizados a fim de responder à problemática da pesquisa, que é a identificação da relação entre o planejamento estratégico do HC/UFPR e a diretriz de regionalização definida pelos instrumentos das políticas públicas de saúde.

3.1 CARACTERIZAÇÃO E PLANEJAMENTO DA PESQUISA.

A pesquisa, como instrumento de conexão entre a investigação e a profissão, ou seja, entre a teoria e a prática, só é assim reconhecida na era moderna do ensino. Antigamente era caracterizada apenas como um estudo essencialmente teórico (SANTOS, I.E., 2003).

A pesquisa é um estudo metodológico a fim de obter informações com base no conhecimento consolidado, e assim prover soluções para determinados problemas. Para que se tenha resultados positivos, esta deve ser planejada, mediante um projeto de pesquisa (LUDWIG, 2009; VIEIRA, 2009).

Pode-se definí-la também como um procedimento estrutural da ciência, que antecede ao compartilhamento do conhecimento, pois é a própria geração dele (MICHEL, 2009). Santos, I.E. (2003, p.169) a conceitua como “o processo, a forma, a maneira, o caminho, seguidos para alcançar resposta para uma dúvida sobre um problema, um fato, obedecendo a princípios, normas e técnicas”.

A escolha do método de pesquisa é uma decisão muito importante, pois através deste pode-se aplicar o discurso científico, mediante a busca de respostas à questão estudada, contribuindo para a evolução da ciência (DINIZ; SILVA, I.B., 2008).

A pesquisa realizada neste estudo é denominada como aplicada, quanto à sua finalidade/natureza, já que tem como intenção gerar conhecimento e aplicá-lo através de soluções para problemas reais. Destina-se a auxiliar na busca de melhorias para a comunidade (MICHEL, 2009; GIL, 2010). O objetivo é analisar a relação entre o planejamento estratégico de um Hospital Universitário Federal, o HC/UFPR, e a sua atuação regional nas políticas públicas de saúde.

Quanto à sua abordagem, primeiramente, a pesquisa é qualitativa, já que tem como objetivo interpretar e entender de forma mais aprofundada todos os elementos envolvidos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Esse estudo é definido também como uma pesquisa quantitativa, à medida que traduz uma realidade em números e indicadores. Para isso, pode-se utilizar técnicas complexas, como a análise de regresso, ou também técnicas simples, como percentual (MICHEL, 2009). Através de indicadores (estatística descritiva) demonstrou-se a relevância da atuação do HC/UFPR em relação a toda a assistência hospitalar pública do município de Curitiba, e também, a relevância deste município para a 2ªRS.

Portanto, essa pesquisa tem uma abordagem qualitativa-quantitativa, ou "quali-quanti", considerada como um novo método de pesquisa. Não há mais a visão de que essas duas abordagens são opostas, mas sim complementares, e que juntas podem explicar ou descrever o objeto de pesquisa com maior amplitude (MARTINS, G.A., 2006a).

É também um estudo descritivo, já que se propõe a descrever uma realidade em uma amostra selecionada e as suas relações com o objeto de estudo, ou seja, a prática do planejamento estratégico (MICHEL, 2009; PRODANOV; FREITAS, 2013).

Em relação aos métodos, primeiramente a pesquisa é bibliográfica, uma vez que material já tratado e publicado foi consultado a fim de embasar a pesquisa de campo (GIL, 2010; PRODANOV; FREITAS, 2013). Após, utilizou-se multitécnicas para atender aos objetivos específicos delimitados, conforme pode ser visualizado na figura 8.

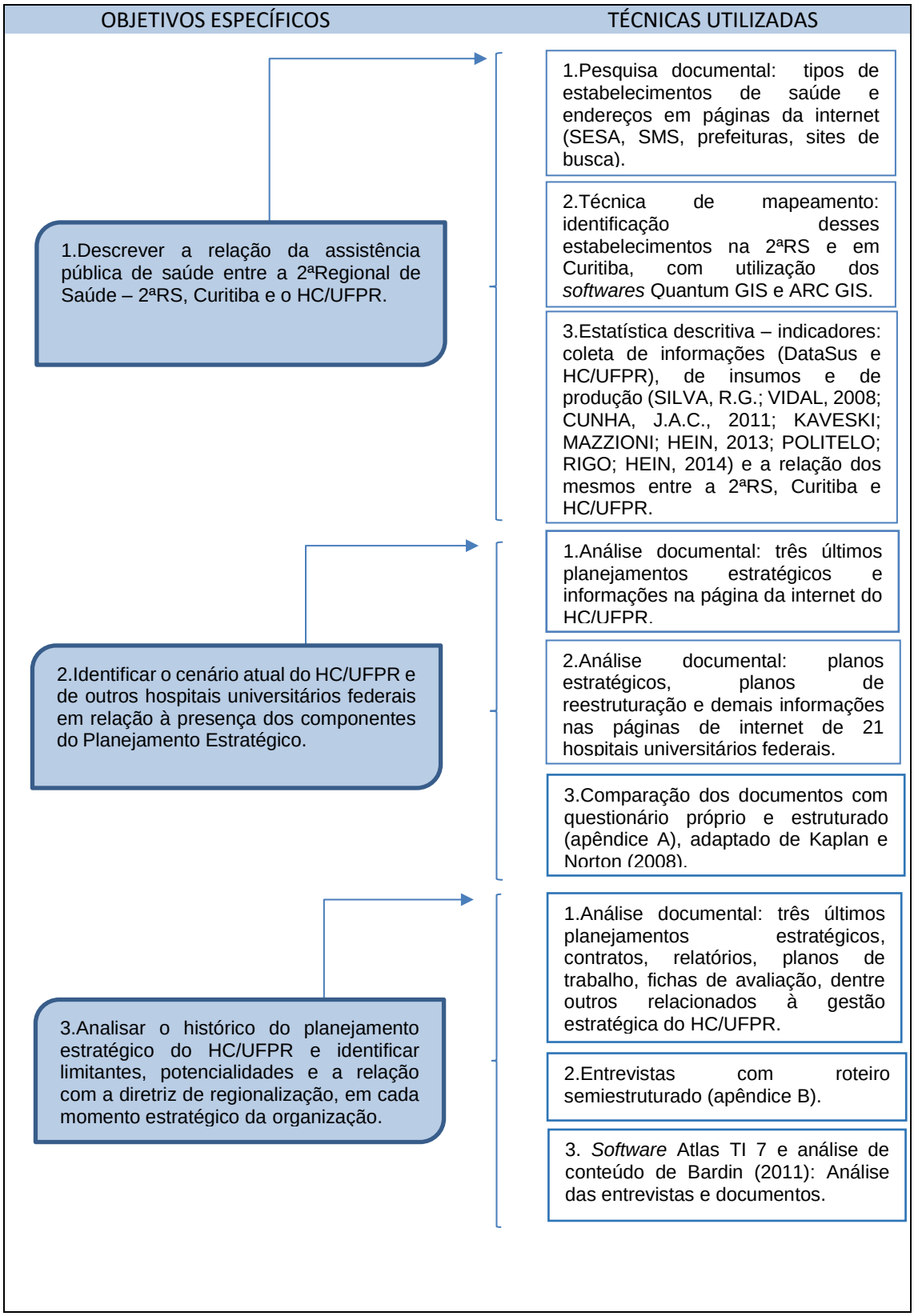

Figura 8. Técnicas utilizadas para atingir cada objetivo específico estabelecido.
Fonte: Elaborada pela autora (2016).

3.1.1 Procedimentos para o primeiro objetivo específico.

"Descrever a relação da assistência pública de saúde entre a 2ªRS, Curitiba e o HC/UFPR".

Para compreender a relação da assistência pública de saúde entre a 2ªRS, Curitiba e o HC/UFPR, uma pesquisa foi realizada a fim de identificar a estrutura de serviços de cada cidade da regional.

Ressalta-se que o HC/UFPR é também referência a, praticamente, todas as regionais do Paraná, em tratamentos específicos de alta complexidade, para cada região (19 das 22 regionais). No caso de transplantes de fígado, atende todo o estado (SESA, 2015). Em transplantes de medula óssea presta atendimento a usuários de todo o país (HC/UFPR, 2014). Porém, nesse estudo, o foco será na sua principal região de atuação - na qual está alocado - a 2ªRS (SESA, 2015).

As páginas de internet das prefeituras dos 29 municípios da 2ªRS, ou RMC, foram acessadas para verificar os estabelecimentos de saúde existentes em cada cidade, bem como o endereço de cada um deles. Metade da amostra não tinha essa informação e para essas cidades recorreu-se a sites de busca, como "ubs brasil" e "apontador". Caracteriza-se assim, como pesquisa documental (LUDWIG, 2009; GIL, 2010). Assim, foi possível identificar a estrutura de serviços de saúde pública da regional.

Com esses dados dois mapas foram construídos com todos os serviços de saúde, de Curitiba e da 2ªRS, contribuindo para a análise da organização dos mesmos no território. Os programas utilizados foram "Quantum GIS" (*Geographic Information System*)[5] e "ArcGis"[6], que é um conjunto de *softwares* de Sistema de Informação Geográfica.

Após, nova etapa da pesquisa documental foi executada a fim de captar e comparar os indicadores de assistência hospitalar da saúde pública da região. Com essas informações, foi possível mensurar a representatividade do município de Curitiba para a 2ªRS, bem como do HC/UFPR para a assistência hospitalar pública de Curitiba.

[5] http://www.qgis.org/en/site/
[6] http://www.img.com.br/arcgis?gclid=CI3I9tDx59ACFYKBkQod4awMjg

Os indicadores selecionados são os mesmos utilizados em diversos estudos quanto à eficiência dos serviços de saúde pública (SILVA, R.G.; VIDAL, 2008; CUNHA, J.A.C., 2011; KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; POLITELO; RIGO; HEIN, 2014) e são classificados como:

- insumos/*inputs*: equipamentos, profissionais, leitos e valor médio de internação;
- produtos/*outputs*: consultas médicas, consultas ambulatoriais (geral e *per capita)*, internações (geral e por habitantes*)*, taxa de mortalidade e inverso da taxa de mortalidade.

Optou-se em incluir a taxa média de permanência, como produto/*output*, por ser uma variável presente em vários estudos (GOMES, A.S., 2009; SILVA, A.M.N. *et al*., 2014; VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014). Indicadores de procedência dos usuários atendidos no HC/UFPR (ambulatórios e internação) também foram adicionados, a fim de identificar a relação da organização com o município de Curitiba e com a 2ªRS.

Todos esses indicadores também foram classificados conforme modelo de Kaplan e Norton (2008), referência para outras etapas da pesquisa desse estudo, conforme será descrito nos próximos subtópicos.

Para a coleta dos indicadores, a primeira tentativa foi obtê-los dos relatórios gerenciais da SESA e da Secretaria Municipal de Saúde – SMS de Curitiba, disponibilizados em seus sites. Porém, a SESA informa dados da saúde pública para o estado, sem discriminação pelas regionais de saúde. Da mesma forma, a SMS traz informações para a cidade, sem desmembrá-las por estabelecimentos.

Assim, utilizou-se as informações disponibilizadas pelo DATASUS (2016c; 2016d), que foram obtidas no período de 05 a 12 de novembro de 2016. Para cada indicador, os dados foram coletados para a 2ªRS, para Curitiba e para o HC/UFPR.

Delimitou-se o ano de 2016 como período da coleta de dados a fim de identificar o posicionamento atual da importância dos hospitais públicos para a assistência da região. O valor final é a média do período de janeiro a agosto, já que este era o mês mais recente em que se tinham todas as referências necessárias. A exceção é quanto ao indicador “equipamentos”, em que se considerou o valor bruto no mês de agosto, em conformidade com os valores obtidos do HC/UFPR.

Priorizou-se os dados do DATASUS (2016c; 2016d) também para o hospital, para evitar possíveis distorções de metodologia. Quando o site não continha dados

do HC/UFPR, é que se utilizou os indicadores cedidos pela instituição em novembro de 2016, através da Unidade de Planejamento – UNIPLAN/HC/UFPR.

A organização dos dados foi realizada mediante a estatística descritiva, que tem como principal objetivo resumir e descrever dados de uma amostra, uma parte de um conjunto, aqui representado pelos hospitais que prestam assistência ao SUS na 2ªRS (FREUND, 2006; MARTINS, G.A., 2006b). Esses dados permitem uma visão global do contexto estudado e uma de suas formas de apresentação é por meio de tabelas (GUEDES *et al*, 2005; MARTINS, G.A., 2006b). É uma técnica utilizada em vários estudos da área de saúde (KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; SILVA, A.M.N. *et al.,* 2014; RAMOS *et al.,* 2015).

Essa etapa da pesquisa, com maior facilidade de execução por se tratar praticamente de pesquisa documental foi realizada na última fase.

3.1.2 Procedimentos para o segundo objetivo específico.

"Identificar o cenário atual do HC/UFPR e de outros hospitais universitários federais em relação à presença dos componentes do planejamento estratégico".

Devido ao processo de reestruturação estratégica dos hospitais universitários federais pela EBSERH, em âmbito nacional e com a inclusão do HC/UFPR, entendeu-se que seria importante identificar o cenário atual quanto ao planejamento estratégico.

Para isso, verificou-se a presença dos elementos do planejamento estratégico no HC/UFPR. As informações foram obtidas dos três últimos planejamentos estratégicos da instituição (2007-2011, 2012-2015 e 2016-2017), e da página de Internet.

O modelo teórico utilizado para essa investigação foi o de Kaplan e Norton (2008), conforme já apresentado no referencial teórico, no tópico 2.4.1, na figura 4. Dos demais estudados, mostra-se o mais completo quanto aos elementos do planejamento estratégico.

Além disso, as quatro perspectivas de análise proporcionada pelo *BSC,* possibilitam resultados diferenciados e relevantes para a organização, devido ao sistema de indicadores formado por esses quatro campos e a maior integração entre essas áreas. Por isso, a sua utilização é cada vez mais presente, inclusive no âmbito

público (MAXIMIANO, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2011; MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE, [ca.2014]).

Na área de saúde esse mesmo modelo já foi utilizado pelo Ministério da Saúde para elaborar o documento “Mais Saúde: direito de todos. 2008-2011”, planejamento com as ações e metas prioritárias do governo para aquele período (GABRIEL; KOBINGER; CAIUBY, 2009).

Elaborou-se um questionário, adaptado dos autores (KAPLAN; NORTON, 2008), para a comparação dos dados coletados e dos elementos do planejamento estratégico. Esse documento pode ser visualizado no Apêndice A.

A fim de contextualizar o meio em que o HC/UFPR está inserido, nesse processo nacional de reestruturação, essa mesma pesquisa foi realizada nos primeiros hospitais contratualizados com a empresa pública, o que ocorreu no ano de 2013. Assim, essa etapa mantém o caráter documental (LUDWIG, 2009; GIL, 2010).

Em 2013, 21 hospitais universitários federais assinaram contrato com a EBSERH (EBSERH, [ca.2016b]). Nesse momento, o HC/UFPR ainda não estava inserido nesse movimento. Informa-se, no PDE 2016-2017 do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR – CHC/UFPR (2015), que um tempo maior de reflexão e discussão quanto à proposta da empresa foi necessário, entre gestores e toda a equipe de colaboradores do hospital e da universidade. Assim, a adesão à EBSERH ocorreu apenas em outubro de 2014. Ressalta-se que a relação entre o cenário do planejamento estratégico desses primeiros hospitais contratualizados e do HC/UFPR, também foi identificada.

Entendeu-se que, os hospitais inclusos nessa ação em 2013, por estarem há mais tempo nesse processo de reestruturação, teriam maior probabilidade de ter um desenho de gestão que apresentasse a maior parte dos componentes definidos no modelo selecionado. Verifica-se, no quadro 3, a relação dessas organizações hospitalares.

(continua).

Universidade Federal	**Hospital Universitário**	**Região**
Universidade de Brasília	Hospital Universitário – HUB	Centro-Oeste
Universidade Federal de Grande Dourados	Hospital Universitário - HU/UFGD	
Universidade Federal de Mato Grosso	Hospital Universitário Júlio Mueller - HUJM/MT	
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian - HUMAP/MS	

(conclusão).

Universidade Federal	Hospital Universitário	Região
Universidade Federal da Bahia	Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - HUPES/BA	Nordeste
	Maternidade Climério de Oliveira - MCO/BA	
Universidade Federal do Ceará	Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC/ UFC	
	Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC/CE	
Universidade Federal do Maranhão	Hospital Universitário - HU/UFMA	
Universidade Federal da Paraíba	Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW/PB	
Universidade Federal de Pernambuco	Hospital das Clínicas - HC/UFPE	
Universidade Federal do Piauí	Hospital Universitário - HU/UFPI	
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Hospital Universitário Ana Bezerra - HUAB/RN	
	Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL/ RN	
	Maternidade Escola Januário Cicco - MEJC/RN	
Universidade Federal de Sergipe	Hospital Universitário - HU/UFS	
Universidade Federal do Amazonas	Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV/AM	Norte
Universidade Federal do Espírito Santo	Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes - HUCAM/UFES	Sudeste
Universidade Federal de Minas Gerais	Hospital das Clínicas - HC/UFMG	
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	Hospital de Clínicas - HCTM/ UFMG	
Universidade Federal de Santa Maria	Hospital Universitário - HU/SM	Sul

Quadro 3. Hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013.
Fonte: Elaborado pela autora, conforme informações em contratos na página da EBSERH.[7]

A coleta de dados foi realizada no período de 08 de fevereiro a 07 de março de 2016 e revisada em 04 de julho a 07 de julho de 2016. Verificou-se no *site* de cada hospital contratualizado, os Planos de Reestruturação e PDEs disponibilizados, e todas as informações relacionadas à gestão estratégica (missão, visão e valores; organograma; planos de ação; programas; orçamentos, despesas e prestação de contas; relatórios, entre outros similares), a fim de identificar se as mesmas estavam relacionadas aos componentes do planejamento estratégico, conforme definição de Kaplan e Norton (2008).

É importante destacar que essa comparação foi realizada com os dados disponibilizados nas páginas da internet dos hospitais universitários federais. Existe a hipótese de que as instituições tenham elementos definidos, tais como a missão, ou até mesmo o PDE, mas que não estejam publicados. Aponta-se, porém, que os órgãos públicos devem exercitar a transparência, publicando informações referentes à

[7] http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/contratos1

implantação e aos resultados das ações executadas nessas entidades (TCU, 2014). É um dos significados da prestação de contas à sociedade.

3.1.3 Procedimentos para o terceiro objetivo específico.

"Analisar o histórico do planejamento estratégico do HC/UFPR e identificar limitantes, potencialidades e a relação com a diretriz de regionalização, em cada momento estratégico da organização".

Essa fase trata-se da pesquisa realizada no hospital universitário federal selecionado, o HC/UFPR. Optou-se por realizar essa etapa antes da análise da relação da gestão estratégica desse hospital e sua atuação regional, devido ao processo de submissão e aprovação do projeto de pesquisa ao CEP/CHC/UFPR dessa instituição.

Normalmente esse processo nos comitês demanda um tempo, principalmente se o projeto tiver adequações a realizar. Nesse caso, o projeto de pesquisa número 54011716.6.0000.0096 foi submetido em 08 de março de 2016 e aprovado em 20 de abril (com autorização para início da pesquisa em 02 de maio de 2016), sem necessidade de modificações. Mesmo assim, foi muito importante realizar essa pesquisa anteriormente, visto que as entrevistas duraram dois meses, e a coleta e a análise documental, cinco meses.

Determinou-se que a coleta de dados seria de informações referentes ao período de 2004 a 2016. Definiu-se 2004 como início do estudo porque esse ano representou um momento importante da gestão estratégia na instituição, conforme será demonstrado, na sequência.

Pode-se mencionar mais uma etapa da pesquisa documental, ou seja, o estudo de documentos ainda não tratados, como contratos, planos de trabalho, relatórios de resultados, fichas de avaliação, entre outros, relacionados ao planejamento estratégico da instituição (GIL, 2010), que foram disponibilizados pelos sujeitos da pesquisa, gestores responsáveis pelas Unidades/Setores selecionados. E também, aplicou-se a técnica de entrevistas com esses participantes.

A metodologia realizada nessa etapa também pode ser caracterizada como estudo de caso. O estudo de caso, conforme Yin (2005) é uma investigação empírica,

que estuda um fato, um caso contemporâneo e as relações dele com o seu contexto. Ele esclarece e descreve as interações entre os fenômenos e a sua conjuntura.

Os primeiros estudos registrados ocorreram na área de medicina, no século XIX. Ganhou espaço nas Ciências Sociais a partir de 1920, com o objetivo de produzir conhecimentos que contribuíssem com a solução de problemas reais da sociedade (GIL, 2009).

É o estudo de uma unidade: uma organização, um grupo, um fato específico e as suas repercussões. Possibilita a compreensão de aspectos relevantes, como transformações organizacionais. Sua abordagem é com profundidade e para tal utiliza-se de mais de uma técnica (MICHEL, 2009). Dos métodos de pesquisa, é aquele que fornece maior detalhamento e amplitude de conhecimento (GIL, 2008).

O estudo de caso contribui principalmente com três objetivos: investigar aspectos da realidade que não estão integralmente esclarecidos e delimitados, formular uma descrição da conjuntura em que estão inseridos o objeto de estudo e a pesquisa, e identificar as causas do fato analisado e suas complexas relações com seu contexto (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Há uma mudança quanto à caracterização desse método. Anteriormente, havia uma visão de que só poderia ser realizado em pesquisas exploratórias. Porém, hoje existe o entendimento de que é adequado a todos os tipos de estudos - exploratórios, explicativos e descritivos. Também, já se reconhece que esses estudos podem sim ser generalizados, em relação às suas proposições teóricas, contribuindo na identificação de práticas efetivas (YIN, 2005).

Questões complexas, como a contextualização e a operacionalização de funções e estratégias das organizações, são melhor exploradas com técnicas qualitativas, tal como o estudo de caso (MARTINS, G.A., 2006a).

O objetivo foi descrever a história recente em torno do planejamento estratégico desse hospital. As alterações realizadas na metodologia de planejamento estratégico do HC/UFPR, após a contratualização com a EBSERH, também foram analisadas.

Para isso, um estudo comparativo foi feito entre os momentos da gestão estratégica, representados pelos três últimos planejamentos estratégicos da instituição (período 2007-2011, período 2012-2015 e período 2016-2017). Pode-se relacionar os resultados desse estudo com a contratualização com a EBSERH, visto que a adesão a ela é uma estratégia de repercussão nacional.

O período “antes da contratualização” corresponde ao trabalho realizado pelas Unidades/Setores pesquisados, desde a sua implantação (anteriormente denominados Unidades Funcionais), até o ano de 2014. A implantação das Unidades Funcionais foi iniciada em 2002, com as primeiras Unidades formadas em 2004 (HC/UFPR, 2014). É por isso que o período do estudo inicia neste ano.

Cada Unidade Funcional - UF era composta por serviços afins, e tinha um contrato de gestão com a Direção, o qual previa metas institucionais e metas específicas da Unidade. A criação das UFs ocorreu até o ano de 2013. A ação estratégica de solidificar o processo de implantação desse modelo no HC/UFPR era um dos objetivos do Planejamento Estratégico Institucional, de 2007 a 2011. No momento do planejamento estratégico anterior (1994 a 1998), esse modelo ainda não era vigente.

O período “depois da contratualização” corresponde à alteração da gestão estratégica das Unidades/Setores a partir de 2015, após a contratualização com a EBSERH em outubro de 2014, com base no PDE elaborado pelos principais gestores do hospital, com suporte da EBSERH e do IEP/HSL.

A pesquisa foi realizada com os gestores que vivenciaram todo esse processo. A amostra é caracterizada como não probabilística por tipicidade ou intencional, composta por membros representativos em relação ao universo no HC/UFPR, no contexto estudado (GIL, 2008; PRODANOV; FREITAS, 2013). Para a seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios:

1. Unidades/Setores que têm como gestor responsável atual profissional que desempenhou um papel representativo na Unidade ou Setor (como gerente ou membro da equipe de assessoria ao gerente) dentro do período estudado;

2. Unidades/Setores que têm como gestor responsável atual profissional que permaneceu no local (embora com denominação e até algumas vezes uma posição hierárquica diferente) após a reestruturação realizada, para a conformidade do hospital ao modelo de gestão da EBSERH.

Nessa reestruturação houve a movimentação de um número considerável de gestores entre as unidades existentes, a fim de promover maior aprendizagem organizacional. Apesar dessa aprendizagem, infelizmente os gestores não poderiam comparar os dados atuais da Unidade/Setor com o modelo passado. Por isso, a utilização desse critério. Assim, aqueles que permaneceram nas mesmas

Unidades/Setores foram primordiais para a compreensão de todo o histórico desse processo ao longo dos anos estudados.

Seis gestores estavam compatíveis com os requisitos estabelecidos, e participaram do estudo, contribuindo com o compartilhamento da experiência em planejamento estratégico na instituição. Ressalta-se que, nas pesquisas qualitativas, a quantidade de pessoas que compõem a amostra não é o fator mais importante, visto que a prioridade é a escolha de participantes que realmente poderão disponibilizar as informações com profundidade (GIL, 2008; SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Os participantes possuem formação superior completa e com especialização na área em que desempenham suas atividades. Quatro profissionais são formados em cursos relacionados à administração e gestão pública, e dois, à assistência. Todos se encontram na instituição há cerca de vinte anos, ou seja, detêm de ampla visão da organização. Desempenham funções estratégicas e de liderança em locais de destaque da nova estrutura administrativa, as Unidades e os Setores.

A amostra inclui Unidades e Setores da área administrativa, que exercem atividades de planejamento, coordenação e assessoria, não só para a Superintendência, como para os vários locais do hospital. E também, há Unidades e Setores da área assistencial, que atuam diretamente no atendimento aos usuários, mediante à prestação de serviços, sejam consultas, exames, cirurgias, procedimentos e medicações.

Não há inclusão de grupos vulneráveis na amostra. É garantida a proteção da identidade dos participantes, substituída por códigos, quando citadas as informações disponibilizadas pelos mesmos.

As entrevistas foram realizadas mediante perguntas semiestruturadas e abertas, pois permite aos entrevistados maior liberdade para a disseminação de informações, mediante um roteiro estabelecido (GERHARDT *et al*., 2009). O documento pode ser visualizado no Apêndice B.

Em relação à entrevista, aponta-se que o contato direto com as pessoas que compõem a amostra permite uma compreensão profunda da realidade (GIL, 2010). Perguntas referentes à experiência desses profissionais foram realizadas, tanto quanto à técnica por eles utilizada, como também a sua percepção do planejamento estratégico no período estudado. A pesquisa iniciou em maio de 2016 e finalizou em julho de 2016. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A análise documental foi realizada nos documentos cedidos pelos participantes. A coleta de dados dos documentos teve um período maior, maio até outubro de 2016, pois novas informações foram necessárias à medida que a análise dos dados começou a ser realizada.

No que se refere à análise dos dados coletados nessa etapa da pesquisa, a metodologia utilizada foi o *software* Atlas TI 7, que permite a codificação de dados em arquivos de texto e áudio (TARGETWARE, [ca.2014]), com referência ao modelo de Bardin (2011). Essa codificação é representada por redes, conforme será visualizado no tópico 4. Resultados, subtópico 4.3.4.

Para Bardin (2011), a primeira etapa da análise do conteúdo é a pré-análise, que consiste na escolha e organização dos documentos, que devem obedecer a uma regra de pertinência e homogeneidade e também responder ao objetivo da pesquisa. As transcrições de entrevistas também são incluídas nesse momento. Após, tem-se a exploração do material, que é a fase que demanda mais trabalho e tempo.

A organização da análise foi feita mediante a construção de redes com a transcrição das entrevistas, e redes com as informações dos documentos. Esse trabalho foi feito para cada um dos três últimos planejamentos estratégicos da instituição. Cada análise de cada planejamento foi realizada mediante um arquivo no sistema, denominado de unidade hermenêutica (MUÑOZ-JUSTICIA; SAHAGÚN-PADILLA, 2015).

As redes referentes às entrevistas foram construídas, primeiramente, com a inclusão dos documentos das transcrições (também denominados de documentos primários) e após, a seleção das informações mais relevantes, que traduziam as principais características da gestão estratégica dessa instituição. Pode-se denominá-las de citações. As citações são a primeira redução da informação (FRIESE, 2013; MUÑOZ-JUSTICIA; SAHAGÚN-PADILLA, 2015). Para Bardin (2011), essas citações também podem ser denominadas de unidades de conteúdo.

Todas essas citações foram analisadas quanto ao seu conteúdo, ou seja, que tipo de informações traziam: limitantes ou possibilidades dos planejamentos estratégicos estudados. Também se avaliou o período a que estavam relacionadas. Após, foram vinculadas a um dos principais tópicos de análises, os códigos, que são a segunda fase de redução do conteúdo. É um agrupamento das informações (BARDIN, 2011; FRIESE, 2013; RODRÍGUEZ; CALDERÓN, 2014).

Algumas citações foram vinculadas a outras citações, como comentários (FRIESE, 2013). Isso porque agregavam mais dados que contribuíam para o esclarecimento, a maior compreensão dos elementos apresentados no primeiro trecho mencionado.

Os códigos definidos foram os elementos que compõem a matriz *SWOT*: pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças; para cada planejamento estratégico (2007-2011, 2012-2015, 2016-2017). Dessa forma são obtidas as características de cada elemento da matriz, para cada plano.

Esses códigos também foram relacionados à uma unidade, nesse caso, as famílias (MUÑOZ-JUSTICIA; SAHAGÚN-PADILLA, 2015). Essas representam cada planejamento estratégico do hospital.

Assim, todos os comentários dos participantes (citações), agrupados nos componentes da matriz *SWOT* (códigos), foram alocados nos últimos três planos estratégicos (famílias).

Ressalta-se que as considerações formuladas se referem à experiência dos participantes de cada período e assim, a estrutura apresentada neste trabalho, não representa a matriz *SWOT* elaborada pela própria instituição, no momento da criação de cada planejamento estratégico. A estrutura é sim uma ponderação e avaliação dos períodos estudados.

Há duas redes para as entrevistas em cada planejamento estratégico, devido à limitação do número de citações para cada unidade hermenêutica, na versão gratuita do Atlas TI 7[8]. Já para os documentos, foi possível criar uma rede para cada momento.

Para a elaboração das redes quanto aos documentos utilizados no gerenciamento de cada planejamento estratégico, inicialmente foram incluídos no programa os arquivos repassados pelos participantes. Os seguintes documentos foram analisados:

- Período 2007-2011: roteiro para o diagnóstico da unidade funcional a ser implantada, contratos de metas das UFs, monitoramento dos contratos de metas das UFs, planos de ação, com metodologia 5W2H e PDCA, e avaliação final do planejamento estratégico (análise crítica dos objetivos e metas estabelecidos).

[8] A versão gratuita pode ser obtida através do site http://atlasti.com/free-trial-version/

- Período 2012-2015: contratos de metas das UFs, monitoramento dos contratos de metas das UFs, planos de ação, com metodologia 5W2H e PDCA, fichas de acompanhamento semanal do planejamento estratégico, fichas de acompanhamento mensal do planejamento estratégico, avaliação final do planejamento estratégico (análise crítica dos objetivos e projetos), e o plano diretor de tecnologia e informação – PDTI.
- Período 2016-2017: capturas de telas do sistema de monitoramento do planejamento estratégico: módulos visão geral, atividades, tarefas/ações, diagrama de *gantt* e arquivos de suporte.

Cada documento originou um código. Os principais tópicos de monitoramento foram selecionados, formando as citações, ou unidades de conteúdo (BARDIN, 2011). Da mesma maneira que foi realizada para as redes das entrevistas, os códigos foram agrupados conforme a periodicidade dos três últimos planejamentos estratégicos. Assim, as famílias permaneceram representadas pelos planos (MUÑOZ-JUSTICIA; SAHAGÚN-PADILLA, 2015).

Com a definição dos componentes, tanto para as entrevistas como para os documentos, o sistema gerou no projeto/unidade hermenêutica, uma nova tela com todos os códigos, com a identificação do número de citações inclusas em cada um. A partir daí, selecionou-se a opção de importar as citações de cada código. Com a apresentação das mesmas, foi possível organizá-las entre sí (RODRÍGUEZ; CALDERÓN, 2014).

As citações também puderam ser relacionadas umas às outras, tanto para aquelas pertencentes a um mesmo código, como para códigos diversos. Cada ligação que era realizada entre essas citações, recebia uma especificação da referência que existia entre esses trechos, conforme disponibilidade do sistema: sequência/ continuação, parte de, associada com, apoia, justifica, expande, explica e contradiz (RODRÍGUEZ; CALDERÓN, 2014). O mesmo também foi possível entre códigos.

Dessa maneira, a rede ganhava forma e era criada. Assim, com a demonstração estruturada das interligações dos dados coletados, o processo de análise e interpretação (BARDIN, 2011) foi facilitado.

Após a conclusão desse trabalho, realizou-se a pesquisa documental (LUDWIG, 2009; GIL, 2010) a fim de analisar a relação entre as questões de regionalização e de RAS e o planejamento estratégico do HC/UFPR. Conforme destacado nas especificações dos procedimentos realizados para atender ao primeiro

objetivo específico, as abordagens da regionalização e da RAS foram feitas posteriormente, por se tratarem praticamente de pesquisa documental.

Os três últimos planos da instituição foram analisados integralmente a fim de identificar qualquer pontuação quanto a esses dois elementos da organização do SUS. Esses apontamentos foram levantados e comparados ao longo dos anos estudados.

Descreve-se, no quadro 4, informações complementares referentes às técnicas utilizadas.

(continua).

TÉCNICA	**MATERIAIS**	**INFORMAÇÕES**	**ATORES/OBJETO DE PESQUISA**
Pesquisa Bibliográfica.	Artigos técnicos e científicos, dissertações, teses e livros sobre o tema.	Contexto das políticas públicas de saúde, dos hospitais universitários federais e sua atuação regional.	Diversos autores.
Pesquisa documental.	Informações quanto a estabelecimentos de saúde e assistência em saúde pública da 2ªRS.	Estrutura de serviços e indicadores da assistência em saúde pública da 2ªRS e Curitiba.	Páginas de internet: SESA, SMS, prefeituras, sites de busca; DATASUS (2016); Dados UNIPLAN/HC/UFPR.
Mapeamento	Dados coletados na etapa anterior.	Identificação dos estabelecimentos de saúde na 2ªRS e em Curitiba	Estabelecimentos de saúde na 2ªRS e em Curitiba.
Estatística descritiva	Indicadores do HC/UFPR e indicadores de saúde pública da 2ªRS; Mapas.	Relação assistência saúde pública 2ªRS, Curitiba e HC/UFPR;	1.Indicadores do HC/UFPR e indicadores de saúde coletados do DataSus; 2.Modelo (SILVA,R.G.; VIDAL, 2008; CUNHA, J.A.C.,2011; KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; POLITELO; RIGO; HEIN, 2014) 3.*Softwares* “Quantum GIS” (*Geographic Information System*) e “ArcGis”.
Pesquisa documental	Informações referentes à gestão estratégica do HC/UFPR	Identificação da presença dos componentes do planejamento estratégico nesse hospital universitário federal.	1.Três últimos planejamentos estratégicos e página da Internet; 2. Modelo Kaplan e Norton, 2008 (Apêndice A).

(conclusão).

TÉCNICA	MATERIAIS	INFORMAÇÕES	ATORES/OBJETO DE PESQUISA
Pesquisa documental – Primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH.	Informações referentes à gestão estratégica desses hospitais.	Identificação da presença dos componentes do planejamento estratégico nesses hospitais universitários federais.	1.Páginas de internet dos hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH em 2013; 2. Modelo Kaplan e Norton, 2008 (Apêndice A).
Pesquisa Documental – HC/UFPR.	Informações institucionais – inclusive histórico.	Caracterização da organização.	Página de internet do hospital; relatórios de gestão.
	Três mais recentes Planejamentos Estratégicos da instituição (2007-2011; 2012-2015 e 2016-2017).	Compreensão do histórico do planejamento estratégico neste hospital no período estudado.	1.Documentos disponibilizados em meio eletrônico; 2.Planejamento Estratégico 2016.2017, disponível via intranet.
Pesquisa documental - HC/UFPR.	Relatórios Gerenciais; Três mais recentes Planejamentos Estratégicos da instituição (2007-2011; 2012-2015 e 2016-2017).	Relação da regionalização e da RAS com os planejamentos estratégicos da instituição.	Documentos disponibilizados pela Unidade de Planejamento – UNIPLAN/HC/UHPR.
Entrevistas – Unidades/Setores do HC/UFPR.	Roteiro de entrevista (Apêndice B).	Compreensão do histórico do planejamento estratégico neste hospital no período estudado.	Gestores de Unidades/Setores selecionados.
Pesquisa Documental – Unidades/Setores do HC/UFPR.	Documentos referentes à gestão estratégica utilizados pelas Unidades/Setores pesquisados.	Caracterização da metodologia utilizada em cada planejamento estratégico para o monitoramento da gestão estratégica dessas Unidades/Setores.	Gestores de Unidades/Setores selecionados; Documentos de gerenciamento.
Análise Qualitativa.	Dados coletados na pesquisa documental e entrevistas no HC/UFPR.	1.Limitantes e potencialidades; 2. Matriz *SWOT* de cada um desses planos.	1.*Software* Atlas TI; 2.Análise de Bardin (2011).

Quadro 4. Informações referentes às técnicas utilizadas na pesquisa.
Fonte: Elaborado pela autora (2016).

E para finalizar, a figura 9 traz a relação das temáticas trabalhadas nesse estudo.

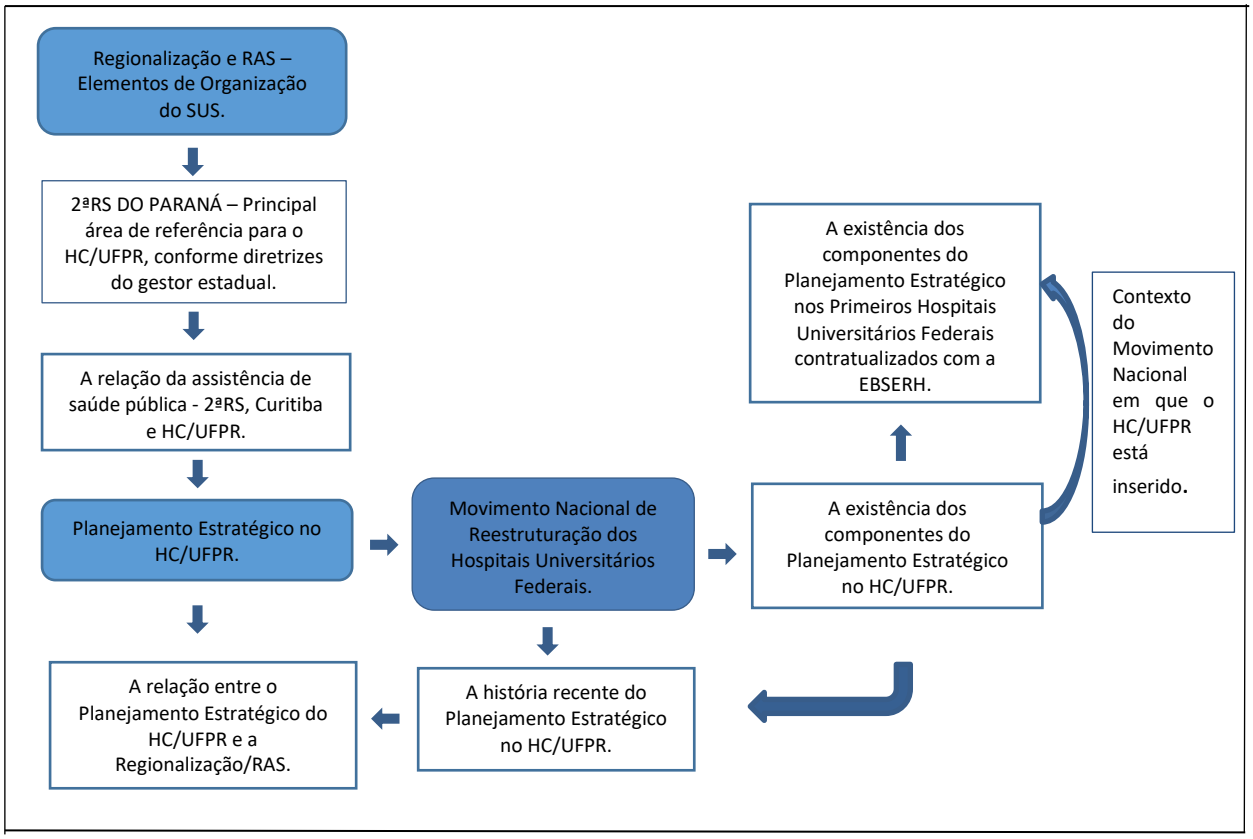

Figura 9. Relação entre as temáticas da pesquisa.
Fonte: Elaborada pela autora (2016).

O estudo tem o objetivo geral de analisar a relação entre o planejamento estratégico do HC/UFPR e a sua atuação regional nas políticas públicas de saúde, a fim de identificar se os instrumentos de regionalização estão inclusos na gestão estratégica dessa instituição. Para isso, deve-se considerar esses elementos tanto no momento atual, de reestruturação nacional, quanto no histórico recente da organização.

4 RESULTADOS.

No subtópico 4.1 há uma descrição da instituição pesquisada. Após, indicadores de saúde pública da 2ªRS, do município de Curitiba e do HC/UFPR são apresentados. Essas informações trazem a importância da relação das diretrizes regionais de saúde pública na gestão e na reestruturação estratégica desse hospital universitário federal.

No subtópico 4.3 a ênfase será no tema planejamento estratégico. Apresenta-se os resultados quanto à presença dos componentes do planejamento estratégico no HC/UFPR. Inclui-se também um estudo do cenário atual dos primeiros hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH, no ano de 2013, a fim de contextualizar o meio em que o HC/UFPR está inserido.

O estudo também traz a análise da história recente em planejamento estratégico no HC/UFPR, quanto à relação com os elementos regionalização e RAS, bem como os limitantes e as potencialidades. Para finalizar, destaca-se as questões mais relevantes quanto à pesquisa de campo no HC/UFPR e sugestões de melhorias a fim de potencializar a sua gestão estratégica.

4.1 O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

O Complexo Hospital de Clínicas da UFPR, CHC/UFPR, é formado pelo HC/UFPR e pela Maternidade Victor Ferreira do Amaral - MVFA. A formação desse complexo, por essas duas importantes instituições de ensino e assistência, foi realizada após a adesão à EBSERH pela UFPR, como um movimento de reestruturação desses prestadores de assistência à saúde, de forma a prover maior qualidade no atendimento à população (CHC/UFPR, 2015). Ressalta-se que o *lócus* dessa pesquisa é somente o HC/UFPR.

O HC/UFPR exerce atuação na capital do Paraná desde 05 de agosto de 1961. Já na sua construção, a dificuldade quanto a recursos financeiros esteve presente, o que inclusive interrompeu os trabalhos iniciados em 1948. O hospital nasceu da necessidade da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos pelos estudantes de medicina, e foi incluso no patrimônio da UFPR em 1953, ainda com obras em andamento (HC/UFPR, 2014).

É um órgão público federal e, como tal, é influenciado fortemente por “ações, projetos e políticas do governo” (BUDNI, 2014, p.02). O HC/UFPR presta atendimento somente pelo SUS. “É o maior hospital público do Paraná e o terceiro hospital universitário federal” (EBSERH, 2014, p.03).

Sua trajetória permite apontar destaques e atitudes inovadoras na assistência de média e alta complexidade. Em 1972, foi o primeiro hospital a criar um serviço de diagnóstico de doenças neuromusculares e, em 1978, inaugura o primeiro Banco de Leite Humano do Paraná, que atualmente é considerado um dos maiores do país. Em 1979, o hospital realizou o primeiro transplante de medula óssea da América Latina. Na década de 1990, tornou-se uma referência nacional em transplantes. Também foi pioneiro nos procedimentos de transplantes intervivos em adultos, e transplantes duplos intervivos de fígado e rim, tornando-se inclusive referência mundial. Realizou também o primeiro transplante de medula óssea com células de sangue de cordão umbilical, em 1992 (HC/UFPR, 2014).

O hospital possui, desde 1997, o ambulatório de Síndrome de Down, que foi o primeiro da América Latina com esse atendimento específico, e até hoje é uma referência nacional. No final da década de 1990 criou-se o primeiro Banco de Ossos e Tecidos Músculo-Esqueléticos cadastrado pelo Ministério da Saúde. Em 2002, o Centro de Genética Molecular e Pesquisa do Câncer em Crianças-CEGEMPAC é inaugurado, que visa à otimização do diagnóstico, do tratamento e da prevenção do câncer em crianças, e que trouxe resultados inovadores para a pesquisa em nível mundial. Em 2007 foi inaugurado o Centro de Pesquisa em Células Tronco e, em 2009, a instituição foi indicada como referência para o tratamento dos casos da gripe causada pelo vírus H1N1(HC/UFPR, 2014).

O HC/UFPR é uma instituição vocacionada para o atendimento de tratamentos de média e alta complexidade. Realiza cerca de 1.300 internamentos, 540 cirurgias e 30.000 consultas médicas por mês. Tem uma área de 63.000 metros quadrados e circulação de 11.000 pessoas, diariamente. Da população atendida, cerca de 58% é proveniente de Curitiba, 27% da região metropolitana, 13% de outros municípios do Paraná e 2% de outros estados. Possui cerca de 200 consultórios e capacidade para 570 leitos, mas no momento opera com 380, devido ao quadro, ainda insuficiente, de profissionais.

Há um total de 3.107 colaboradores, sendo que desses, 1.832 são servidores, 839 funcionários contratados via Fundação da Universidade Federal do Paraná -

FUNPAR e 436 funcionários contratados via EBSERH (CHC/UFPR, 2015; HC/UFPR, 2016a). É a maior unidade da UFPR e a única que não trabalha somente com o ensino (HC/UFPR, 2006).

O HC/UFPR é referência de atendimento à 2ªRS, regional em que está alocado. No caso de tratamentos de alta complexidade, também presta atendimento às outras regionais do Paraná (19 de 22 regionais), em especialidades definidas pelo gestor estadual. Em transplantes de fígado é referência a todo o estado (SESA, 2015), e em transplantes de medula óssea, a todo o país (HC/UFPR, 2014).

4.2 A RELAÇÃO ENTRE A ASSISTÊNCIA DA SAÚDE PÚBLICA DA 2ª REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ, CURITIBA E O HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

Esse tópico tem como objetivo demonstrar a relação atual entre a assistência hospitalar da saúde pública da 2ªRS do Paraná, da cidade de Curitiba (principal referência para a região) e do HC/UFPR.

Para isso, indicadores relevantes de saúde pública (SILVA, R.G.; VIDAL, 2008; CUNHA, J.A.C., 2011; KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; POLITELO; RIGO; HEIN, 2014), do ano de 2016, foram comparados e analisados. É importante que a questão da regionalização esteja integrada no gerenciamento das estratégias das políticas públicas, pois a análise das especificidades de uma área repercute em maior desenvolvimento produtivo e social (BORBA, 2004; THEIS; GALVÃO, A.C.F., 2012).

4.2.1 A 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná: Região Metropolitana de Curitiba.

A 2ªRS engloba a Região Metropolitana de Curitiba - RMC, composta por vinte e nove cidades do Paraná, com limites geográficos entre os estados de São Paulo e Santa Catarina (CHC/UFPR, 2015).

Das 71 regiões metropolitanas, a RMC é a oitava mais populosa do país. Com estimativa de 3.537.894 habitantes, concentra cerca de 30% da população paranaense. É também a segunda maior região metropolitana do país, em termos de extensão, com 16.581,21 km², conforme dados da Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba – COMEC ([ca.2016]), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2016) e do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Observatório Das Metrópoles (2015).

É uma área com localização estratégica, que provê condições para a realização de atividades econômicas e industriais, como capacidade de infraestrutura, logística e apoio governamental (COMEC, [ca.2016]). Verifica-se a importância dessa região, em termos populacionais, econômicos e sociais, em relação ao país. Essa expansão traz cada vez mais impactos no aumento populacional e consequentemente, no perfil epidemiológico da região (CHC/UFPR, 2015).

Curitiba, como a capital do estado, é a cidade mais representativa da 2ªRS. Apresenta o maior número de habitantes, 1.893.997 (IBGE, 2016), e também o maior fluxo de atividades e serviços. É considerada uma referência em planejamento urbano, já obtendo inclusive vários prêmios mundiais (COMEC, 2015). Observa-se o esforço na promoção de uma integração entre esta cidade e as demais da RMC, através da organização e estruturação de diversos serviços, como saúde e transporte (PREFEITURA DE CURITIBA, s.d).

Para a assistência da saúde pública da região, Curitiba é considerada como um município polo, e dessa forma é a referência para os demais municípios (BRASIL, 2001; 2002; SESA, 2015).

A estrutura pública dos serviços de saúde de Curitiba é assim composta:

- 109 UBSs, sendo que 65 têm a inclusão da Estratégia da Saúde da Família;
- 9 UPAs;
- 12 Centros de Atenção Psicossocial - CAPSs;
- 4 Centros de Especialidades Médicas - CEMs;
- 9 Centros especializados;
- 23 Hospitais (com vínculo municipal; vínculo estadual e federal contratualizados, e rede privada contratualizados). Dois estão localizados em outras cidades (Hospital Adauto Botelho, em Pinhais; e Hospital San Julian, em Piraquara) porém atendem à população de Curitiba;
- 2 laboratórios centrais (rede municipal e rede estadual).

Pode-se visualizar a organização dessa estrutura, na figura 10:

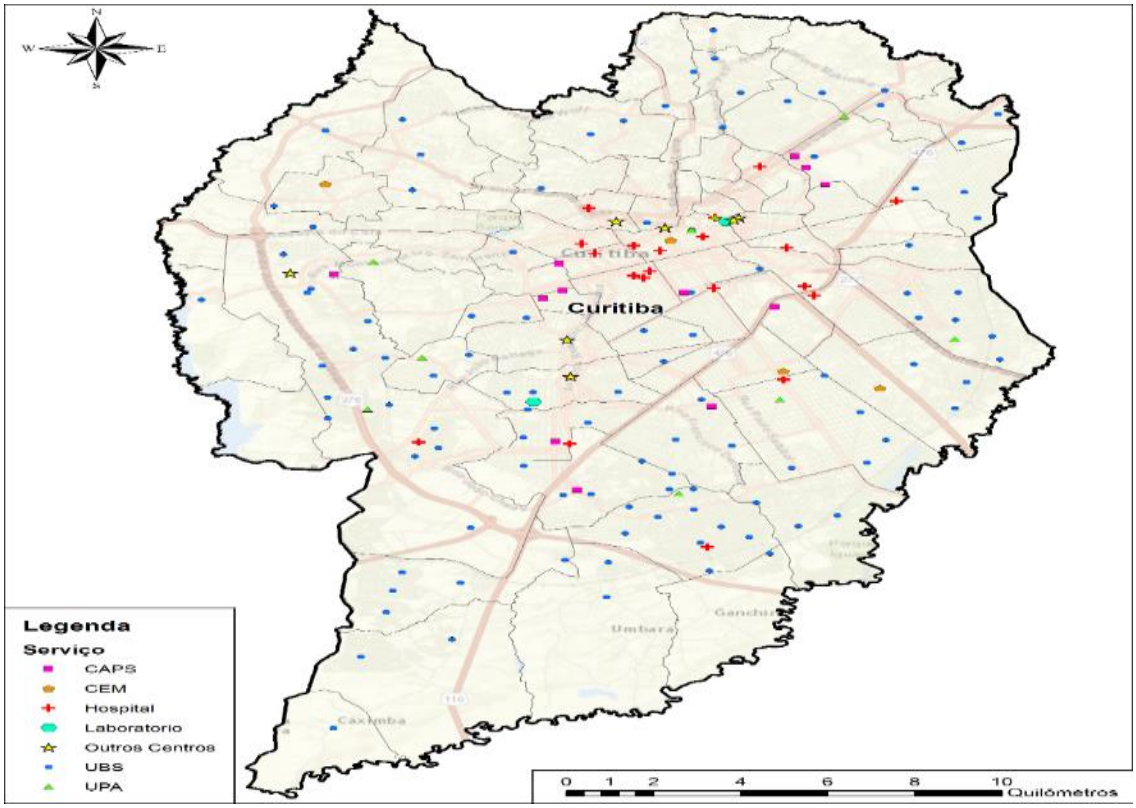

Figura 10. Rede de serviços da saúde pública de Curitiba.
Fonte: Elaborado por Julius Krotzl, adaptado de DATASUS, 2016c; SMS, [ca.2016a]; SESA, [ca.2016].

Pode-se visualizar que as UBSs estão distribuídas pelo município, demonstrando que o mesmo está estruturado quanto à oferta de locais de atendimento para os tratamentos mais comuns, além da prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2010c; OUVERNEY; NORONHA, 2013). A UBS é o elemento chave da RAS (BRASIL, 2010c).

Os hospitais estão localizados principalmente na região central, e algumas unidades estão localizadas nas regiões norte e leste. Os centros (CAPSs, CEMs e outros especializados) e as UPAs encontram-se nas regiões centro, norte, leste e oeste.

As áreas próximas à região central de Curitiba, também conhecida como regional matriz, são aquelas que têm todos os tipos de serviços de saúde. Pode-se relacionar essa estrutura à alta concentração de serviços e de pessoas.

Observa-se que uma área considerável da região sul apresenta somente UBSs. Nessa localização estão os bairros Caximba, Campo de Santana, Tatuquara, Umbará e Ganchinho (GUIA GEOGRÁFICO CURITIBA, 2001). Sugere-se a avaliação da necessidade de adicionar outros tipos de estabelecimentos, como UPA e CAPS.

Os demais municípios da 2ªRS também possuem unidades de atendimento à saúde pública da população, representada principalmente por UBSs e UPAs. Algumas cidades também possuem CAPSs ou CEMs. Há 15 hospitais alocados na região, que prestam serviços ao SUS.

O quadro 5, mostra quais são os municípios que formam a RMC e a 2ªRS:

RMC: a 2ªRS	
1.Adrianópolis	16.Fazenda Rio Grande
2.Agudos Do Sul	17.Itaperuçú
3.Almirante Tamandaré	18.Lapa
4.Araucária	19.Mandirituba
5.Balsa Nova	20.Piên
6.Bocaiúva do Sul	21.Pinhais
7.Campina Grande do Sul	22.Piraquara
8.Campo do Tenente	23.Quatro Barras
9.Campo Largo	24.Quitandinha
10.Campo Magro	25.Rio Branco do Sul
11.Cerro Azul	26.Rio Negro
12.Colombo	27.São José dos Pinhais
13.Contenda	28.Tijucas do Sul
14.Curitiba	29.Tunas do Paraná
15.Doutor Ulysses	

Quadro 5. Cidades que integram a 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de SESA (2015, p.20).

A estrutura de serviços de saúde pública de toda a 2ªRS é composta da seguinte forma:

- 374 UBSs;
- 25 UPAs;
- 24 Centros de Atenção Psicossocial – CAPSs;
- 18 Centros de Especialidades Médicas - CEMs;
- 17 Outros Centros especializados;
- 38 Hospitais.

A figura 11 demonstra a organização desses serviços de saúde.

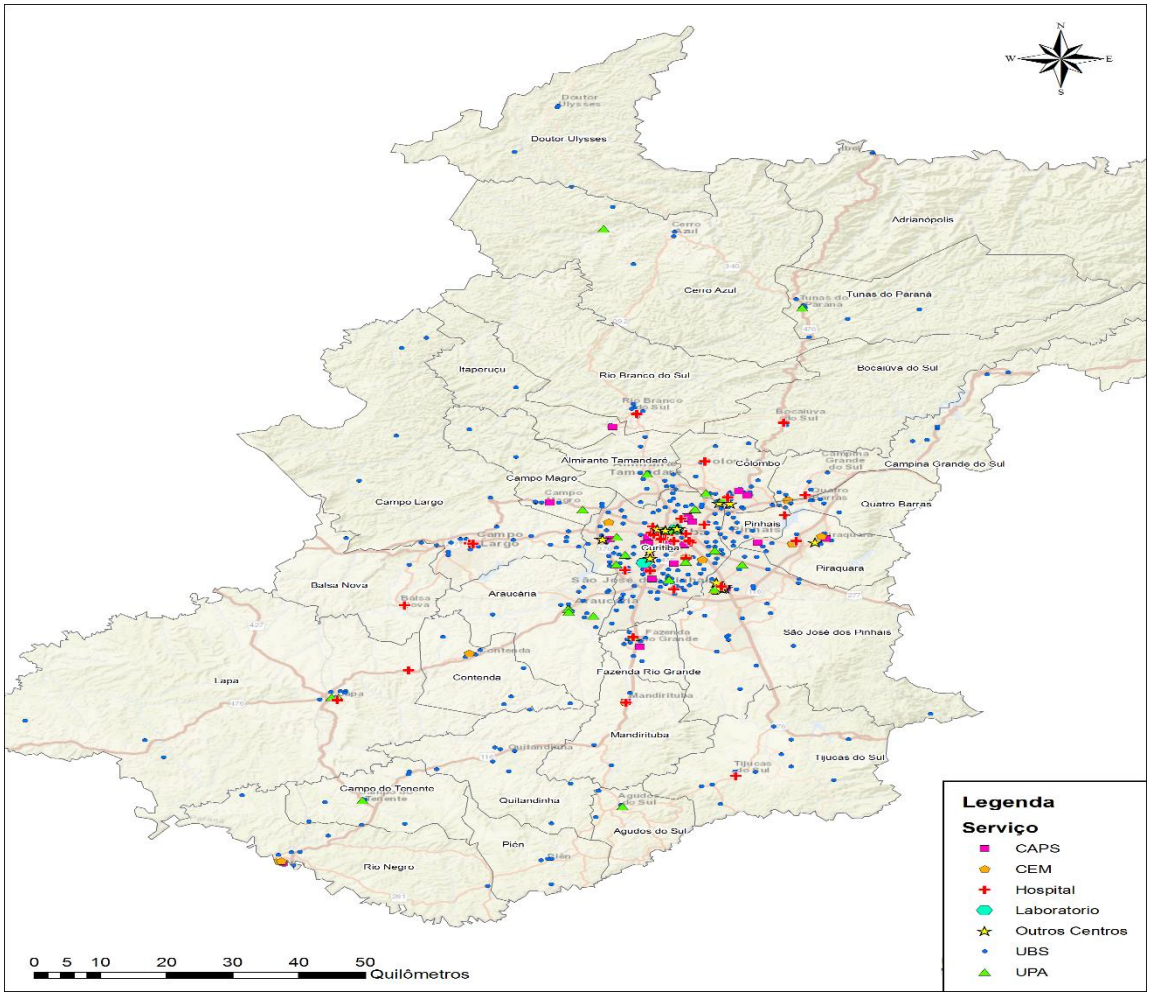

Figura 11. Rede de serviços da saúde pública da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Fonte: Elaborado por Julius Krotzl, adaptado de DATASUS, 2016c; SMS, [ca.2016a], [ca.2016b];SESA, [ca.2016]; *sites* das prefeituras municipais e páginas de busca[9].

[9] http://www.apontador.com.br/em/adrianopolis-pr/hospitais-e-postos-de-saude
http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/PR/agudos_do_sul/hospitais
http://tamandare.pr.gov.br/secretaria/saude/unidades-de-saude
http://www.apontador.com.br/em/araucaria-pr/hospitais-e-postos-de-saude
http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/pr/balsa_nova/hospitais
http://www.ubsbrasil.com/; http://www.apontador.com.br/em/bocaiuva-do-sul-pr/hospitais-e-postos-de-saude
http://campodotenente.pr.gov.br/portal/horario-de-atendimento-saude/
http://www.apontador.com.br/em/campo-do-tenente-pr/hospitais-e-postos-de-saude/centros-e-postos-de-saude
http://www.apontador.com.br/em/campo-largo-pr/hospitais-e-postos-de-saude
http://www.campomagro.pr.gov.br/saude/; http://www.contenda.pr.gov.br/conteudo.php?id=121
http://www.apontador.com.br/em/cerro-azul-pr/hospitais-e-postos-de-saude; http://www.colombo.pr.gov.br/
http://www.apontador.com.br/em/doutor-ulysses-pr/hospitais-e-postos-de-saude
http://www.fazendariogrande.pr.gov.br/secretarias/saude/telefones-uteis-saude/
http://www.apontador.com.br/em/itaperucu-pr/hospitais-e-postos-de-saude
http://www.apontador.com.br/em/lapa-pr/hospitais-e-postos-de-saude; http://www.mandirituba.pr.gov.br/saude
http://www.pien.pr.gov.br/saude; http://www.pinhais.pr.gov.br/saude/FreeComponent84content11822.shtml
http://www.piraquara.pr.gov.br/aprefeitura/secretariaseorgaos/saude/Unidades+Basicas+de+Saude+UBS+357+6158.shtml; http://quatrobarras.pr.gov.br/?area=servicos; http://rionegro.pr.gov.br/saude/index.php#
http://www.apontador.com.br/em/quitandinha-pr/hospitais-e-postos-de-saude;
http://www.apontador.com.br/em/rio-branco-do-sul-pr/hospitais-e-postos-de-saude
http://www.sjp.pr.gov.br/secretarias/secretaria-saude/especialidades/; http://tijucasdosul.pr.gov.br/sms/
http://www.tunasdoparana.pr.gov.br/Departamentos.html; http://www.pmcgs.pr.gov.br/site/secretaria.php?set=54

Há uma maior quantidade de UBSs[10] nessa estrutura de serviços. Esse tipo de estabelecimento está presente em todas as cidades, já que tem a função de atender às necessidades de tratamento mais comuns, e também, a prevenção e a promoção de saúde (BRASIL, 2010c; OUVERNEY; NORONHA, 2013). Mesmo assim, identifica-se que há uma concentração das UBSs na região central, próxima a cidade de Curitiba, e posteriormente, na zona sul.

A maioria dos hospitais está situada na região central, mas também há unidades no leste, oeste e sul. Em relação às UPAs, há unidades no centro, leste e também na região norte (especificamente Cerro Azul e Tunas do Paraná).

A concentração na área central e proximidades continua presente para os centros (CAPSs, CEMs e demais especializados). Observa-se 2 CEMs em outras localidades, em Contenda e Rio Negro, no sul da regional.

Pode-se verificar que há uma menor quantidade de serviços na região norte e, além disso, a ausência de alguns tipos de estabelecimentos, tais como como centros especializados e hospitais.

São José dos Pinhais é uma cidade que se destaca, em relação à quantidade de serviços: 28 UBSs, 3 CAPSs, 6 centros especializados, 2 UPAs e 1 hospital. Pode-se relacionar essa estrutura à sua importância no aspecto econômico, já que para o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES ([ca.2015]), o município é um destaque na atividade industrial, o que repercute no aumento populacional e em necessidade de serviços.

A grande concentração de todos os tipos de serviço está na cidade de Curitiba, município de referência, e em sua proximidade. É um fator que deve ser observado. Ações para mitigar essa aglutinação devem ser realizadas pelos gestores locais a fim de proporcionar uma rede de saúde mais efetiva e de reduzir os impactos negativos gerados pela acumulação da demanda em poucos locais de atendimento, relacionados a altos custos de assistência (SOARES *et al*., 2016).

Como o foco desse estudo é na atenção hospitalar, o quadro 6 apresenta a relação dos hospitais que prestam serviços ao SUS na regional, conforme pesquisa de campo.

[10] Ressalta-se que não foi possível identificar todas as UBSs, mesmo com todos os recursos dos programas utilizados. Das 374 unidades, 32 não foram identificadas no mapa. Em menor quantidade, a mesma situação ocorreu para demais estabelecimentos: CAPSs (2), outros centros especializados (2) e UPA (1).

(continua).

HOSPITAL	CIDADE	VÍNCULO
1.Hospital Municipal Bom Jesus	Balsa Nova	Municipal
2.Hospital Santa Julia	Bocaíuva do Sul	Municipal
3.Hospital Angelina Caron	Campina Grande do Sul	Municipal
4.Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Rocio	Campo Largo	Municipal
5.Hospital Infantil Waldemar Monastier	Campo Largo	Estadual
6.Hospital e Maternidade Alto Maracanã	Colombo	Municipal
7.Santa Casa de Colombo	Colombo	Municipal
8.Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier	Curitiba	Estadual
9.Hospital Bom Retiro	Curitiba	Federação Espírita do Paraná
10.Hospital da Cruz Vermelha	Curitiba	Privado, atende SUS
11.Hospital de Clínicas da UFPR	Curitiba	Federal
12.Hospital do Trabalhador	Curitiba	Estadual
13.Hospital Erasto Gaertner	Curitiba	Liga Paranaense de Combate ao Câncer
14.Hospital Hélio Rotenberg	Curitiba	Privado, atende SUS
15.Hospital Madalena Sofia	Curitiba	Instituto Madalena Sofia
16.Hospital Nossa Senhora da Luz	Curitiba	Privado, atende SUS
17.Hospital Nossa Senhora das Graças – HNSG	Curitiba	Privado, atende SUS
18.Hospital Oswaldo Cruz	Curitiba	Estadual
19.Hospital Pequeno Príncipe	Curitiba	ONG Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro
20.Hospital Santa Casa	Curitiba	Instituto Grupo Marista
21.Hospital São Vicente	Curitiba	Fundação de Estudos das doenças do fígado Koutoulas Ribeiro
22.Hospital São Vicente – CIC	Curitiba	Fundação de Estudos das doenças do fígado Koutoulas Ribeiro
23.Hospital Universitário Cajuru	Curitiba	Instituto Grupo Marista
24.Hospital Universitário Evangélico	Curitiba	Privado, atende SUS
25.Hospital Zilda Arns	Curitiba	Municipal
26.Maternidade Bairro Novo	Curitiba	Municipal
27.Maternidade Mater Dei – HNSG	Curitiba	Privado, atende SUS
28.Maternidade Victor Ferreira do Amaral	Curitiba	Federal
29.Hospital e Maternidade Nossa Senhora Aparecida	Fazenda Rio Grande	Municipal
30.Hospital Regional da Lapa São Sebastião/SESA	Lapa	Municipal
31.Maternidade Municipal Humberto Carrano	Lapa	Municipal

(conclusão).

HOSPITAL	CIDADE	VÍNCULO
32.Hospital Municipal	Mandirituba	Municipal
33.Hospital Colônia Adauto Botelho	Pinhais/Atende Curitiba	Estadual
34.Hospital de Dermatologia Sanitária do Paraná	Piraquara	Estadual
35.Hospital San Julian	Piraquara/Atende Curitiba	Municipal
36.Hospital Municipal	Rio Branco do Sul	Municipal
37.Hospital e Maternidade São José dos Pinhais	São José dos Pinhais	Municipal
38.Hospital Municipal Nossa Senhora das Dores	Tijucas do Sul	Municipal

Quadro 6.Hospitais que prestam serviços ao SUS na 2ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c; SMS, [ca.2016a]; [ca.2016c]; SESA, [ca.2016]).

Assim, esses hospitais que foram considerados para a análise dos indicadores, a seguir apresentados.

4.2.2 Indicadores de assistência da saúde pública da 2ª Regional de Saúde do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Nos próximos subtópicos serão apresentados os indicadores de saúde pública da 2ªRS, Curitiba e HC/UFPR, a fim de identificar a relação atual da assistência da saúde pública.

4.2.2.1. Indicadores insumos/*inputs.*

Os indicadores de insumos/*inputs* (SILVA, R.G.; VIDAL, 2008; CUNHA, J.A.C., 2011; KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; POLITELO; RIGO; HEIN, 2014) trabalhados foram: equipamentos, profissionais, leitos e valor médio de internação. Também podem ser classificados, conforme metodologia de Kaplan e Norton (2008), em: equipamentos e leitos, como indicadores de processos; profissionais, como indicador de aprendizagem/crescimento, e valor médio de internação, relacionado à perspectiva financeira.

4.2.2.1.1 Equipamentos.

Conforme dados disponibilizados pelo DATASUS (2016d), as tabelas 2 e 3 demonstram o quantitativo de equipamentos da 2ªRS e a sua distribuição por estabelecimentos; a proporção desses equipamentos nos hospitais de Curitiba, bem como o número existente no HC/UFPR.

Tabela 2. Equipamentos disponíveis no SUS na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná em agosto de 2016

Local	Ago/16
2ªRS	3.780
Hospitais	1.020
% Hospitais	26,98%
UPAS	165
% UPAS	4,37%
UBS	1611
% UBS	42,62%
Demais estabelecimentos	984
% Demais estabelecimentos	26,03%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016d).

Tabela 3. Equipamentos disponíveis no SUS em hospitais da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná em agosto de 2016.

Local	Ago/16
Hospitais 2ªRS	1.020
Hospitais Curitiba	602
% Hospitais Curitiba - Hospitais 2ªRS	59,02%
HC	149
% HC - Hospitais Curitiba	24,75%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016d; EBSERH, 2014; CHC/UFPR, 2015; HC/UFPR, 2016b).

Pode-se verificar que a maior parte da capacidade dos equipamentos da 2ªRS está concentrada nas UBSs, com percentual de 42,62%. Integram também, nesse quantitativo, os equipamentos das clínicas odontológicas que estão alocadas nas UBSs, e que somente em Curitiba, são 108 unidades (SMS, [ca.2016d]). Já com relação aos hospitais, o percentual é de 26,98%.

Dos 38 hospitais localizados nesta regional, 23 prestam serviços ao SUS em Curitiba, ou seja, 60,53%. Esses hospitais possuem 59,02% da capacidade de equipamentos em hospitais, em âmbito regional. Percebe-se a representatividade dos hospitais de Curitiba, em relação a esse indicador.

Da mesma forma, há a representatividade do HC/UFPR em relação aos hospitais que atendem o SUS em Curitiba. Dos 602 equipamentos, 149 estão alocados nesta instituição, ou seja 24,75%, em apenas um dos 23 hospitais que atendem à saúde pública da cidade.

4.2.2.1.2 Profissionais.

As tabelas 4 e 5 demonstram o número de profissionais que atuam no SUS na 2ªRS, por estabelecimentos. Há também a informação do quantitativo de sujeitos nos hospitais de Curitiba e no HC/UFPR.

Tabela 4. Profissionais que atuam no SUS na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	34.869	34.978	35.298	35.506	35.604	35.772	35.966	36.009	35.500
Hospitais	17.131	17.181	17.416	17.620	17.732	17.899	18.033	18.038	17.631
% Hospitais	49,13%	49,12%	49,34%	49,63%	49,80%	50,04%	50,14%	50,09%	49,67%
UPAS	2.047	2.053	2.023	1.991	2.007	2.012	2.042	2.050	2.028
% UPAS	5,87%	5,87%	5,73%	5,61%	5,64%	5,62%	5,68%	5,69%	5,71%
UBS	9.403	9.387	9.388	9.437	9.448	9.425	9.425	9.451	9.421
% UBS	26,97%	26,84%	26,60%	26,58%	26,54%	26,35%	26,21%	26,25%	26,54%
Demais estabelecimentos	6.288	6.357	6.471	6.458	6.417	6.436	6.466	6.470	6.420
%Demais estabelecimentos	18,03%	18,17%	18,33%	18,19%	18,02%	17,99%	17,98%	17,97%	18,08%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016d).

Tabela 5. Profissionais que atuam no SUS em hospitais da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
Hospitais 2ªRS	17.131	17.181	17.416	17.620	17.732	17.899	18.033	18.038	17.631
Hospitais Curitiba	13.091	13.136	13.352	13.516	13.630	13.789	13.903	13.907	13.541
HC									3.107
% Hospitais Curitiba-Hospitais 2ªRS	76,42%	76,46%	76,67%	76,71%	76,87%	77,04%	77,10%	77,10%	76,80%
% HC – Hospitais Curitiba									22,95%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016d; HC/UFPR, 2016a).

Dos 35.500 profissionais atuantes em toda a 2ªRS, praticamente metade deles estão nos hospitais, 49,67%. É um dado relevante, que aponta a concentração das equipes na assistência especializada.

Desses 17.631 profissionais que atuam em hospitais, 13.541 estão concentrados na cidade de Curitiba, representado um quantitativo de 76,8%. Isso porque a capital tem a maior proporção de hospitais em relação a toda a regional,

conforme visualizado anteriormente, 60,53%. Além disso, a complexidade dos tratamentos atendidos nessas organizações é maior do que as demais cidades, já que são referência para a regional (SESA, 2015), o que também acarreta em necessidade de maior número de equipes.

Com relação à proporção do HC/UFPR dos profissionais dos hospitais de Curitiba, aponta-se que é de 22,95%. Isso porque é o maior hospital público do Paraná (EBSERH, 2014).

4.2.2.1.3 Leitos.

As tabelas 6 e 7 permitem identificar o número de leitos disponíveis ao SUS na 2ªRS, por estabelecimentos. Informam também o número de leitos disponíveis nos hospitais de Curitiba e também na instituição HC/UFPR.

Tabela 6. Leitos disponíveis ao SUS na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Leitos	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	5.411	5.411	5.419	5.419	5.412	5.424	5.336	5.334	5.396
Hospitais	5.312	5.312	5.320	5.320	5.313	5.325	5.237	5.235	5.297
UPAs e CAPSs	99	99	99	99	99	99	99	99	99
% Hospitais	98,17%	98,17%	98,17%	98,17%	98,17%	98,17%	98,14%	98,14%	98,17%
% UPAs e CAPSs	1,83%	1,83%	1,83%	1,83%	1,83%	1,83%	1,86%	1,86%	1,83%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016d).

Tabela 7. Leitos disponíveis ao SUS em hospitais da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Leitos	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
Hospitais 2ªRS	5.312	5.312	5.320	5.320	5.313	5.325	5.237	5.235	5.297
Hospitais Curitiba	2.762	2.762	2.762	2.762	2.762	2.762	2.702	2.700	2.747
% Hospitais Curitiba-Hospitais 2ªRS	52,0%	52,0%	51,9%	51,9%	52,0%	51,9%	51,6%	51,6%	51,9%
HC	383	386	386	388	386	388	388	381	386
% HC - Hospitais Curitiba	13,87%	13,98%	13,98%	14,05%	13,98%	14,05%	14,36%	14,11%	14,04%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016d; UNIPLAN/HC/UFPR, 2016).

Dos 5.396 leitos disponíveis ao SUS na 2ªRS, 98,17% dos mesmos estão localizados nos hospitais. Há um quantitativo de 99 leitos em UPAs e CAPSs.

Há uma proporção representativa da cidade de Curitiba quanto aos leitos que estão localizados nos hospitais, 51,9%. Somente uma cidade tem mais da metade dos leitos disponíveis de toda a regional. Este fato está atrelado, além da condição de

município-polo, também à proporção da população de Curitiba, já que tem 1.893.997 dos 3.537.894 habitantes da regional (IBGE, 2016), ou seja, 53,53%.

Quanto ao HC/UFPR, o hospital também se mantém, como nos demais indicadores, com uma posição de destaque: 14,04% de todos os leitos disponíveis ao SUS da cidade estão alocados nessa instituição. Ou seja, os demais 85,96% estão distribuídos em 22 hospitais, o que corresponderia a uma média de 3,91% para cada um.

4.2.2.1.4 Valor médio de internação.

A tabela 8 demonstra o valor médio de internação (média e alta complexidade) da 2ªRS, de Curitiba e da instituição HC/UFPR.

Tabela 8. Valor médio por internação em média e alta complexidade na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	2.060,4	2.055,32	2.096,89	2.031,16	2.083,94	2.114,54	2.168,02	2.116,93	2.090,90
Curitiba	1.927,8	1.854,47	1.888,97	1.805,63	1.908,63	1.986,15	1.936,42	2.006,88	1.914,37
% diferença Curitiba-2ªRS	-6,43%	-9,77%	-9,92%	-11,10%	-8,41%	-6,07%	-10,68%	-5,20%	-8,44%
HC	2.338,2	2.178,98	2.253,68	2.065,89	2.427,25	2.121,2	2.501,53	2.194,09	2.260,09
% diferença HC-Curitiba	21,28%	17,50%	19,31%	14,41%	27,17%	6,80%	29,18%	9,33%	18,06%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c).

Pode-se verificar que o valor médio de uma internação, na 2ªRS, é de R$ 2.090,90, e que, o valor médio de uma internação no município de Curitiba é de R$ 1.914,37. A capital tem uma média 8,44% menor do que a região.

Quanto a esse mesmo indicador para o HC/UFPR, verifica-se que o valor médio de cada internação é de R$ 2.260,09, ou seja, cerca de 18% maior do que os valores para a capital. Isso ocorre devido à concentração de procedimentos de nível terciário, de tratamentos diferenciados e especializados, o que repercute em maior probabilidade de intercorrências, média de permanência e maiores custos (HC/UFPR, 2006).

4.2.2.2 Indicadores de produção/*outputs*.

Os indicadores de produção/*outputs* (SILVA, R.G.; VIDAL, 2008; CUNHA, J.A.C., 2011; KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; POLITELO; RIGO; HEIN, 2014) trabalhados foram: consultas médicas, consultas ambulatoriais (geral e *per capita*), internações (geral e por habitantes), taxa média de permanência, taxa de mortalidade e inverso da taxa de mortalidade. Todos esses indicadores também podem ser classificados na perspectiva de processos, no modelo de Kaplan e Norton (2008).

4.2.2.2.1 Consultas médicas.

Na tabela 9, pode-se visualizar a produção ambulatorial de consultas médicas em atenção especializada na 2ªRS, em Curitiba e na instituição HC/UFPR.

Tabela 9. Consultas médicas (atenção especializada) na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	161.324	186.181	216.220	210.409	213.018	211.703	245.396	249.598	211.731
Curitiba	114.839	132.247	156.995	152.280	155.948	150.264	182.346	191.198	154.515
% Curitiba - 2ªRS	71,19%	71,03%	72,61%	72,37%	73,21%	70,98%	74,31%	76,60%	72,98%
HC	23.940	26.140	32.494	30.189	31.195	28.779	27.761	32.736	29.154
% HC - Curitiba	20,85%	19,77%	20,70%	19,82%	20,00%	19,15%	15,22%	17,12%	18,87%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c; UNIPLAN/HC/UFPR, 2016).

Das consultas médicas em atenção especializada na 2ªRS do Paraná, 72,98% estão concentradas no município de Curitiba. Esse dado está conforme com as diretrizes nacionais e estaduais, quanto à organização dos serviços e seus níveis de complexidade, nos polos de referência à RAS (BRASIL, 2001, 2002; SESA, 2015).

Do quantitativo de consultas especializadas realizadas em Curitiba, 154.515, 18,87% são realizadas somente pelo HC/UFPR, um dos 23 hospitais com assistência pública para a capital. É um dado importante, que mostra a relevância desta instituição federal na assistência da saúde pública do município.

4.2.2.2.2 Consultas ambulatoriais – total e *per capita.*

A tabela 10 demonstra o número total de consultas ambulatoriais, profissionais médicos e demais de nível superior (enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, dentre outros) da 2ªRS, de Curitiba e do HC/UFPR.

Tabela 10. Consultas ambulatoriais (atenção especializada) na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	195.937	225.549	262.184	256.200	260.191	259.415	296.790	303.816	257.510
Curitiba	135.949	155.558	186.004	181.541	185.804	179.101	210.023	221.830	181.976
% Curitiba-2ªRS	69,38%	68,97%	70,94%	70,86%	71,41%	69,04%	70,76%	73,01%	70,67%
HC	36.747	40.208	51.207	48.787	49.216	46.144	43.775	53.517	46.200
% HC-Curitiba	27,03%	25,85%	27,53%	26,87%	26,49%	25,76%	20,84%	24,13%	25,39%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c; UNIPLAN/HC/UFPR, 2016).

Da produção de consultas ambulatoriais (atenção especializada) de 257.510 da 2ªRS do Paraná, 181.976 são realizadas em Curitiba, ou seja, 70,67%. Do quantitativo de Curitiba, 25,39% são realizadas pelo HC/UFPR.

Ao analisar esses dados com a população de cada local, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) têm-se os seguintes resultados, conforme tabela 11.

Tabela 11. Consultas ambulatoriais *per capita* na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná e em Curitiba no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	0,055	0,064	0,074	0,072	0,074	0,073	0,084	0,086	0,073
Curitiba	0,072	0,082	0,098	0,096	0,098	0,095	0,111	0,117	0,096

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c; IBGE, 2016).

A taxa média de consultas ambulatoriais *per capita,* da 2ªRS, é de 0,073. Isso significa que para cada 13 habitantes, há a produção de uma consulta ambulatorial. Já para Curitiba, a taxa é de 0,096, ou seja, uma consulta ambulatorial para cada 10 pessoas.

4.2.2.2.3 Internações – total e por habitantes.

A tabela 12 demonstra o número de internações da 2ªRS, de Curitiba e da instituição HC/UFPR.

Tabela 12. Internações na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, em Curitiba e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Maio/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	21644	21260	23289	23636	23729	24272	24711	24899	23430
Curitiba	11868	11847	12631	12680	12733	12856	12892	12886	12549
% Curitiba - 2ªRS	54,83%	55,72%	54,24%	53,65%	53,66%	52,97%	52,17%	51,75%	53,56%
HC	1279	1290	1293	1534	1557	1647	1602	1580	1473
% HC – Curitiba	10,78%	10,89%	10,24%	12,10%	12,23%	12,81%	12,43%	12,26%	11,74%

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c).

Das 23.430 internações da 2ªRS do Paraná, 12.549 ocorreram na cidade de Curitiba, representando 53,56%. Esse dado está ao encontro do indicador referente a leitos, que demonstra que mais da metade da capacidade de internação está concentrada nesse município.

Quanto às internações em Curitiba, das 12.549 ocorridas no período estudado, 1.473 são do HC/UFPR. Assim, 11,74% é realizada por essa instituição.

Ao analisar os dados da internação em comparação com a população de cada local, têm-se os seguintes resultados, conforme tabela 13.

Tabela 13. Número de habitantes por internação na 2ªRegional de Saúde do estado do Paraná e em Curitiba no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	0,006	0,006	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007
Curitiba	0,006	0,006	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007	0,007

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c; IBGE, 2016).

A taxa média do número de habitantes por internação da 2ªRS é de 0,007. Isso representa que, para cada 142 habitantes, há uma internação. A mesma proporção ocorre em Curitiba.

4.2.2.2.4 Taxa média de permanência.

A tabela 14 indica a taxa média de permanência na atenção especializada na 2ªRS, em Curitiba e no HC/UFPR.

Tabela 14.Taxa média de permanência da 2ªRegional de Saúde do estado do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	5	4,9	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7	4,6	4,78
Curitiba	5,1	4,9	4,8	4,8	5	5	4,9	4,7	4,90
HC	5,9	6,2	5,3	5,2	5,5	6,3	6,5	5,3	5,78

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c).

A taxa média de permanência da cidade de Curitiba é maior do que a 2ªRS. Isso se deve ao fato de a cidade ser uma referência para tratamentos de maior complexidade, com realização de procedimentos diferenciados e maior probabilidade de intercorrências (HC/UFPR, 2006). Essa especificidade também pode ser verificada no indicador referente ao HC/UFPR, que inclusive, apresenta uma taxa maior do que o município.

Esses cuidados especializados geram também maiores custos (HC/UFPR, 2006), como pôde ser visualizado na tabela 8. Para mitigar essa taxa, a Unidade de Regulação Assistencial, do Setor de Regulação do HC/UFPR, implantou uma metodologia com referência no modelo japonês *Kanban*, em agosto de 2016.

Há um gerenciamento dos casos internados e a sua classificação em cores (verde, amarelo e vermelho) quanto ao tempo médio de internação. Os casos identificados como amarelo e vermelho são trabalhados a fim de verificar a possibilidade de reduzir a média de permanência, contribuindo não só para otimizar a taxa de giro do leito, como também, reduzir a probabilidade de infecção hospitalar ao usuário (HC/UFPR, 2016c).

4.2.2.2.5 Taxa de mortalidade e Inverso da taxa de mortalidade/Taxa de vida.

Na tabela 15 pode-se observar as informações relacionadas à taxa de mortalidade em média e alta complexidade da 2ªRS, de Curitiba e do HC/UFPR.

Tabela 15. Taxa de mortalidade em média e alta complexidade da 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016.

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	3,59	3,53	3,31	3,31	3,37	3,7	3,47	3,51	3,47
Curitiba	3,49	3,29	2,93	3,2	2,94	3,66	3,24	3,09	3,23
HC	3,83	3,72	3,33	3,19	3,28	4,61	3,93	3,39	3,66

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016c).

A taxa média de mortalidade da 2ªRS é de 3,47, enquanto que a do município de Curitiba é de 3,23. Para a taxa de mortalidade do HC/UFPR tem-se uma média de 3,66.

Essas taxas, normalmente maiores em hospitais gerais e de grande porte, refletem a complexidade dos tratamentos realizados (RAMOS *et al.,* 2015). Considera-se também que a análise eficaz das taxas de mortalidade dos hospitais deve incluir um realinhamento dos diversos graus de gravidade dos casos tratados, de forma a não ocorrer conclusões falhas (GOMES, A.S., 2009).

Esses valores também podem ser representados pelo inverso da taxa de mortalidade, ou taxa de vida, conforme tabela 16.

Tabela 16. Inverso da taxa de mortalidade em média e alta complexidade na 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, de Curitiba e do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a agosto de 2016. [11]

Local	Jan/16	Fev/16	Mar/16	Abr/16	Mai/16	Jun/16	Jul/16	Ago/16	Média
2ªRS	0,279	0,283	0,302	0,302	0,297	0,270	0,288	0,285	0,288
Curitiba	0,287	0,304	0,341	0,313	0,340	0,273	0,309	0,324	0,310
HC	0,261	0,269	0,300	0,313	0,305	0,217	0,254	0,295	0,273

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (DATASUS, 2016d).

O inverso da taxa de mortalidade na 2ªRS é de 0,288; enquanto que na capital, é de 0,310. Já na instituição HC/UFPR o inverso da taxa de mortalidade é 0,273.

4.2.2.3 Procedência dos usuários do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Os indicadores procedência de usuários atendidos, ambulatoriamente, e procedência de usuários atendidos, em internação, são classificados conforme a perspectiva de clientes/usuários, no modelo de Kaplan e Norton (2008).

[11] Nesse cálculo, o resultado final foi obtido através de média aritmética e tem como objetivo compreender uma tendência.

4.2.2.3.1 Procedência dos usuários atendidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Pode-se observar nas tabelas 17 e 18, a origem dos usuários atendidos no HC/UFPR, em segmento ambulatorial. Para esses dados, a instituição apresentou valores gerais do período de janeiro a setembro de 2016.

Tabela 17. Procedência dos usuários atendidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016.

Local	Quantidade	%	
Curitiba	198.976	58,10%	
RMC	91.905	26,84%	2ªRS
Outros Municípios PR	43.920	12,83%	
Outros Estados	7.644	2,23%	
Total	342.445	100,0%	

Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de UNIPLAN/HC/UFPR (2016).

Tabela 18. Procedência dos usuários (de outros estados) atendidos em ambulatórios do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016.

Estado	Qtdade	%	Estado	Qtdade	%
PR	334.801	97,77%	AM	91	0,03%
SC	2.347	0,69%	PA	88	0,03%
BA	717	0,21%	PI	84	0,02%
SP	664	0,19%	AP	77	0,02%
MG	621	0,18%	ES	70	0,02%
TO	505	0,15%	PB	55	0,02%
MT	425	0,12%	MS	50	0,01%
MA	306	0,09%	AL	49	0,01%
GO	296	0,09%	SE	44	0,01%
RS	274	0,08%	PE	22	0,01%
RJ	223	0,07%	RR	17	0,00%
CE	221	0,06%	RN	6	0,00%
RO	210	0,06%	AC	0	0,00%
DF	182	0,05%	Total Geral	342.445	100,00%

Fonte: Elaborada pela autora, adaptado de UNIPLAN/HC/UFPR (2016).

Pode-se visualizar que, dos 342.445 atendimentos ambulatoriais, 198.976 são para usuários do município de Curitiba, ou seja, 58,10% da assistência ofertada pelo hospital. Verifica-se também que há uma proporção relevante dos atendimentos quanto à RMC, que representam 26,84% da produção total.

Assim, 84,94% da sua assistência ambulatorial é realizada para a 2ªRS, o que demonstra a conformidade com as diretrizes de organização da saúde pública, definidas pelo gestor estadual (SESA, 2015).

Além disso, observa-se que há atendimentos em nível ambulatorial para outros municípios do Paraná (12,83%) e também a outros estados (2,23%). Inclusive, esses demais estados também apresentam hospitais universitários federais. Isso se

deve a complexidade dos atendimentos realizados pelo HC/UFPR, o que o torna referência nacional em muitos tratamentos, como o Transplante de Medula Óssea (HC/UFPR, 2014).

4.2.2.3.2 Procedência dos usuários internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Pode-se observar, nas tabelas 19 e 20, a origem dos usuários atendidos no HC/UFPR em segmento de internação, também, mediante valores gerais para o período de janeiro a setembro de 2016.

Tabela 19. Procedência dos usuários internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016.

Local	Quantidade	%	
Curitiba	10.646	58,05%	
Região Metropolitana	5.082	27,71%	2ªRS
Outros Municípios PR	2.376	12,96%	
Outros Estados	234	1,28%	
Total	18.338	100,00%	

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de UNIPLAN/HC/UFPR (2016).

Tabela 20. Procedência dos usuários (de outros estados) internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de janeiro a setembro de 2016.

Estado	Qtdade	%	Estado	Qtdade	%
PR	18.104	98,72%	MS	3	0,02%
SC	82	0,45%	PB	3	0,02%
MT	26	0,14%	PE	2	0,01%
TO	23	0,13%	RO	2	0,01%
MG	16	0,09%	CE	1	0,01%
SP	15	0,08%	ES	1	0,01%
BA	14	0,08%	PA	1	0,01%
GO	13	0,07%	PI	1	0,01%
RJ	11	0,06%	AP	0	0,00%
MA	6	0,03%	RN	0	0,00%
DF	5	0,03%	RR	0	0,00%
RS	5	0,03%	SE	0	0,00%
AM	4	0,02%	Total Geral	18.338	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de UNIPLAN/HC/UFPR (2016).

O cenário é bem semelhante quanto à origem dos usuários atendidos nos ambulatórios. Pode-se visualizar que, das 18.338 internações, 10.646 são de usuários do município de Curitiba, ou seja, 58,05% da assistência ofertada pelo hospital.

Verifica-se também que há uma proporção relevante da RMC nas internações, 27,71% do número total. Novamente, apresenta-se uma proporção importante de atendimento para a 2ªRS, principal área de atendimento desta instituição (SESA, 2015), com percentual de 85,76%.

Também nas internações observa-se pessoas de outros municípios do Paraná (12,96%) e de outros estados (1,28%), que apresentam hospitais universitários federais. Isso se deve à referência nacional do HC/UFPR, considerado o terceiro hospital universitário federal do país (EBSERH, 2014).

4.2.2.4 Considerações sobre os indicadores apresentados.

Pode-se identificar a representatividade da assistência pública hospitalar de Curitiba em relação à 2ªRS. É a maior estrutura, com 23 hospitais dos 38 que prestam serviços ao SUS na região (SMS, [ca.2016a]; [ca.2016b]; [ca.2016c]).

Exatamente por isso é que na análise dos indicadores é possível constatar que grande parte dos insumos e da produção da saúde pública está concentrada na capital.

Em relação aos *inputs*, apresenta 59,02% dos equipamentos em hospitais da região; 76,8% dos profissionais em hospitais e 51,9% dos leitos. Esses recursos são essenciais para uma assistência de qualidade e segura (RABBANI *et al.*, 2015). Aponta-se também que a proporção dos hospitais em relação à 2ªRS é de 60,53%.

Quanto aos principais *outputs* da saúde pública (SILVA, R.G.; VIDAL, 2008; CUNHA, J.A.C., 2011; KAVESKI; MAZZIONI; HEIN, 2013; POLITELO; RIGO; HEIN, 2014), produz 72,98% de todas as consultas médicas em atenção especializada; 70,67% do número total de consultas ambulatoriais (profissionais médicos e demais de nível superior) em atenção especializada e 53,56% das internações.

Apresenta uma taxa de mortalidade menor do que a regional. Porém, tem uma taxa de permanência maior, devido à complexidade dos tratamentos pela cidade realizados (HC/UFPR, 2006; RAMOS *et al*., 2015). Mesmo assim, tem um valor médio de internação pago pelo SUS menor do que o valor médio da regional.

Quanto à instituição e *lócus* dessa pesquisa, o HC/UFPR, da mesma forma, identifica-se a sua representatividade na assistência pública hospitalar do município de Curitiba. A estrutura desse hospital universitário federal, o terceiro maior do país (EBSERH, 2014), é importante para a capital.

Dos indicadores de insumos, a instituição apresenta 24,75% dos equipamentos em hospitais de Curitiba; 22,95% dos profissionais em hospitais da cidade e 14,04% dos leitos.

Da produção, indicadores relevantes da assistência hospitalar (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014), têm-se os seguintes valores para o HC/UFPR em relação à Curitiba: 18,87% das consultas médicas em atenção especializada; 25,39% das consultas ambulatoriais (profissionais médicos e demais de nível superior) em atenção especializada e 11,74% das internações.

Observa-se que são valores relevantes ao considerar que são produzidos por apenas uma das 23 organizações hospitalares que prestam serviços ao SUS em Curitiba.

O hospital apresenta uma taxa de mortalidade e taxa de permanência maior do que a da cidade. É um quadro que se encontra em hospitais gerais que prestam atendimentos com maior nível de complexidade (HC/UFPR, 2006; RAMOS *et al*., 2015; SILVA, A.M.N. *et al.,* 2014). Também por esse motivo, tem um valor médio de ressarcimento de internação maior do que a capital.

Os indicadores de procedência dos usuários, em segmento ambulatorial e de internação, demonstram o foco da atuação da instituição, que é a 2ªRS, conforme diretrizes nacionais e estaduais (BRASIL 2001, 2002; SESA, 2015). Aponta-se que 85,35% dos pacientes atendidos no HC/UFPR são da 2ªRS (84,94% em atendimento ambulatorial e 85,76% em internações).

Assim, evidencia-se a importância da instituição incluir em sua gestão a diretriz de regionalização e a estratégia da RAS. Não somente para estar em conformidade com os instrumentos legais, mas também para compreender melhor as demandas de sua população e dessa forma prover um atendimento mais efetivo, de qualidade e humanizado.

4.3 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

No subtópico 4.3.1, serão demonstrados os resultados sobre a presença dos componentes nos planejamentos estratégicos do HC/UFPR, com referência ao modelo teórico de Kaplan e Norton (2008). Será feita também uma contextualização do plano mais recente do HC/UFPR com os planos dos primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH, o que ocorreu no ano de 2013.

No subtópico 4.3.3, a avaliação dos planos estratégicos estudados será quanto a sua relação com a regionalização e a RAS. Já no subtópico 4.3.4, o histórico recente do planejamento estratégico desse hospital é apresentado, com depoimentos

de gestores que vivenciaram os trabalhos realizados no período estudado. Para finalizar, considerações acerca dos momentos estratégicos da instituição.

4.3.1 A presença dos componentes do planejamento estratégico nos três últimos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Nesse tópico, será apresentada a análise quanto aos componentes do Planejamento Estratégico-PE no HC/UFPR, conforme o modelo de Kaplan e Norton (2008), uma das principais referências da literatura na área. Os PEs elaborados nos períodos 2007-2011 e 2012-2015 foram construídos antes da adesão à EBSERH. Já o PE 2016-2017 foi elaborado em conformidade com as novas diretrizes da empresa pública. A seguir, o quadro 7 traz a comparação dos três momentos estratégicos:

COMPARAÇÃO DOS PEs DO HC/UFPR			
COMPONENTES	PE 2007-2011	PE 2012-2015	PE 2016-2017
"Esclarecer a visão"			
Missão	X	X	X
Valores		X	X
Visão	X	X	X
Deslocamento estratégico (de/para)	Atual (de)	Atual (de)	X
Estrutura estratégica			X
"Desenvolver a estratégia"			
Análise ambientes externo e interno	●	X	X
Formulação estratégia		X	X
"Traduzir a estratégia"			
Mapeamento BSC		X	
Perspectivas		X	
Indicadores		X	X
Objetivos	X	X	X
Metas	X		X
"Desenvolver o plano"			
Iniciativas estratégicas		●	X
Orçamento/Financiamento			X
Controle		X	X
Prestação de contas/*feedback*	X	X	X
% de presença dos componentes	31,25%	68,75%	87,5%
Legenda			
X presente, de acordo com o modelo.			
● presente, mas não conforme com o modelo.			

Quadro 7. Componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton presentes nos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 2007 a 2017.
Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados coletados dos PEs e sítio eletrônico.[12]

[12] http://www.hc.ufpr.br/?q=node/54; http://www.hc.ufpr.br/?q=node/56.

O PE 2007-2011 do HC/UFPR foi criado após um período de praticamente 10 anos sem a elaboração desse instrumento na instituição. O planejamento anterior era relativo aos anos de 1994 a 1998 (CHC/UFPR, 2015). Assim, o PE 2007-2011 representou um resgate da gestão estratégica.

No momento em que o PE 2007-2011 foi criado, em 2006, a organização estava em uma fase de solidificação do modelo de gestão participativa, denominado de Unidades Funcionais-UFs, com a parceria do HC/UFMG**.** Essa forma de gestão foi de grande importância para a instituição, conforme será visto mais especificamente no tópico 4.3.4. O modelo de UFs trouxe maior organização e co-responsabilização para o hospital (HC/UFPR, 2006) e pode-se relacionar que foi um estímulo para a criação do PE 2007-2011.

Esse documento foi formado, primeiramente, por uma apresentação da ferramenta PE, após, um diagnóstico da instituição, e os principais problemas gerenciais. Em continuidade, apresentava sua missão, visão, objetivos e políticas institucionais, finalizando com a proposta de objetivos e metas.

Ao comparar com o modelo proposto por Kaplan e Norton (2008) verifica-se que o planejamento apresentava cinco, dos 16 itens propostos pelos autores. Dos componentes relacionados ao grupo “esclarecer a visão” havia a presença dos elementos basilares de uma gestão estratégica, a missão e a visão. Porém, ainda não incluía a definição de valores organizacionais, que são essenciais para formar uma diretriz, pois definem a filosofia, a ideologia de uma organização (RIZZATTI; PEREIRA, M.F.; AMARAL, 2012).

A missão do HC/UFPR era: “Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão” (HC/UFPR, 2006, p.13).

Já a visão era:

> Ser hospital de Ensino da UFPR de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde, inserido no Sistema Único de Saúde, com atendimento de referência nos níveis terciário e quaternário e, articulado com as outras instâncias da Universidade Federal do Paraná nos níveis primário e secundário. (HC/UFPR, 2006, p.13).

Quanto ao deslocamento/estratégico e a estrutura estratégica, ou seja, a definição da situação atual e da almejada, bem como os passos a serem realizados a fim de atingir esse cenário idealizado (KAPLAN; NORTON, 2008), havia apenas a menção do quadro vigente naquele momento.

Quanto ao grupo “desenvolver a estratégia”, pode-se detectar que a análise ambiental interna foi realizada, com aprofundamento da situação do hospital e com a identificação dos pontos fortes e fracos. Já na análise externa, existiam algumas considerações, que inclusive geraram pontuações de oportunidades e ameaças. Mas não tinha uma análise global do ambiente externo (aspectos demográficos, econômicos, sociais, dentre outros), e nem a construção de uma matriz *SWOT,* conforme indica a literatura (CERTO; PETER, 1993; KOTLER, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008).

Havia também a inclusão de objetivos e metas, relacionados ao grupo “traduzir a estratégia”, e o componente prestação de contas/*feedback*, do grupo “desenvolver o plano”. Esse item é verificado pelo sítio eletrônico da instituição, que demonstra informações referentes à licitações e contratos, desde o ano de 2006. É um aspecto positivo, pois mostra o hospital em conformidade com os requisitos aguardados pela sociedade, em relação à transparência de suas informações (TCU, 2014).

Como esse PE representou um recomeço da utilização desse instrumento para a gestão da organização, é natural que tivesse necessidade de aprimoramento, o que foi realizado nos planejamentos posteriores.

Ao perceber a demanda de melhoria no trabalho realizado, a instituição solicitou a contribuição da UFPR, através da condução do processo por esta universidade para a elaboração do PE 2012-2015. Assim, os professores do Departamento de Administração Geral e Aplicada-DAGA orientaram toda a construção do novo plano.

Essa foi uma ação inovadora, até então não realizada pela organização. Esse tipo de estratégia, centrada na capacitação das equipes e na alavancagem do conhecimento, é o que proporciona crescimento às organizações hospitalares (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014; TERZIC-SUPIC *et al.*, 2015).

Além disso, outra característica extremamente positiva que se pode destacar é a formação de um PE em caráter participativo (HC/UFPR, 2011). Vários profissionais do hospital (diretores, gerentes, coordenadores e supervisores), e também, professores e chefes de departamento da universidade foram inseridos.

Com a consultoria dos professores do DAGA, obviamente que a forma de trabalhar com o PE evoluiu. Pode-se constatar que dos 16 componentes do modelo de Kaplan e Norton (2008), o documento apresentava 11.

Dos elementos basilares da gestão estratégica, destaca-se que a missão e a visão foram reformuladas. Da mesma forma, esse planejamento incluiu os valores, que ainda não tinham sido até então definidos.

A nova missão do hospital ficou assim determinada:

> Ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na área de serviços de saúde e nas necessidades da população. (HC/UFPR, 2011, p.14).

Quanto à visão, apresentava-se a seguinte: “Ser o melhor complexo hospitalar público de ensino e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção, do país, acreditado com excelência” (HC/UFPR, 2011, p.14). No que se refere aos valores, pode-se citar:

> Humanização, Comportamento ético e respeito ao código de conduta da instituição, Cidadania, Segurança, Sustentabilidade, Profissionalismo, Gestão participativa, Transparência, Produção e socialização do conhecimento, Comprometimento com o ensino, Qualidade, Inovação. (HC/UFPR, 2011, p.14).

Esse é um passo importante para a organização, visto que não existia ainda a definição completa desses componentes, tão importantes para a solidificação do PE (KAPLAN; NORTON, 2008).

Realizou-se a análise ambiental, inclusive com a construção da matriz *SWOT*, não presente no documento anterior. Outra ação muito importante foi a definição de uma metodologia para a construção do PE, ou seja, a formulação estratégica. Para a elaboração dos objetivos, ações e indicadores, adotou-se o seguinte método (HC/UFPR, 2011):

1. Realização de entrevistas, pelos professores do DAGA, com alguns *stakeholders* da instituição, a fim de compreender a visão que esses tinham do hospital. Pode-se citar a participação do reitor da UFPR, do presidente da Associação Amigos do HC-AAHC, do presidente da Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia - APACN, de um dos ex-diretores do HC e membro da Comissão dos Hospitais Universitários da UFPR, do Coordenador Geral dos Hospitais Universitários do Ministério da Educação e do Superintendente da FUNPAR.

2. Realização de *workshops* com todos os participantes do processo, gestores do HC, professores e chefes de departamento. Esses *workshops* consistiam em aulas

sobre o instrumento PE e também as atividades para a construção do mesmo. Informa-se que a principal técnica utilizada foi a *DesignThinking,* em que todos podiam se manifestar e que uma ideia, a princípio, não convergente com as demais do grupo, não era imediatamente eliminada. Somente após análise e agrupamento das ideias é que decidia se alguma seria excluída (HC/UFPR, 2011).

Além disso, somou-se a essa metodologia de construção do PE, o *BSC*, elemento destaque do modelo de Kaplan e Norton (2008). O plano foi composto por 30 projetos, organizados nas perspectivas do *BSC*: aprendizado/crescimento, processos, clientes/usuários e finanças/resultados.

3. Realização do relatório final.

No mapa estratégico elaborado, cada objetivo apresentava suas ações e seus indicadores. Quanto às ações, foram construídas a partir dos objetivos, sem construção de metas. Essa maneira não está conforme com os autores estudados (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010).

Outro componente que passou a estar presente neste PE foi o controle. Os professores do DAGA elaboraram fichas de monitoramento, semanais e mensais. Nelas, todas as atividades realizadas eram registradas, bem como as alterações necessárias. Esses registros eram apresentados ao líder do projeto, normalmente o diretor da área.

Esse apoio do corpo diretivo é essencial para o envolvimento da equipe e para a obtenção de resultados concretos (BOUHALI *et al.,* 2015). Além disso, o gerenciamento efetivo dos processos é holístico, pois relaciona todos os setores. Um controle isolado gera ineficiência e repercute negativamente nos resultados (VAGNONI; OPPI, 2015)

E mantinha a prestação de contas/*feedback*, com a disponibilização das licitações e contratos realizados pelo hospital, em sua página de internet. Havia também, informações referentes às despesas.

Assim, o PE do hospital avançou, de 31,25% para 68,75%, em relação a presença dos componentes, conforme o modelo teórico estudado. Porém, esse planejamento é referente a um período com uma série de mudanças, relacionadas à troca de gestão e à adesão à EBSERH, que impactaram em seus resultados. Essas questões serão desmembradas também na seção 4.3.4.

Quanto ao PE 2016-2017, também conhecido como PDE, já foi construído mediante as primeiras conduções da EBSERH. Esse planejamento é visivelmente

diferente, mais completo e técnico do que os demais. Primeiramente, a sua elaboração ocorreu praticamente durante todo o ano de 2015. Já em janeiro, o IEP/HSL estava no hospital para iniciar as atividades. Essa parceria foi promovida pela EBSERH, estratégia essa utilizada com todos os hospitais contratualizados (EBSERH, [ca.2015a]).

Os diretores realizaram uma especialização em gestão estratégica de hospitais universitários, e eram os disseminadores do trabalho na instituição. O “grupo ampliado”, formado pelos principais gestores, realizaram as atividades conforme orientação dos diretores. Além disso, havia reuniões mensais com o IEP/HSL e com a EBSERH.

É o primeiro momento em que todos os componentes do grupo “esclarecer a visão” estão presentes. A missão e a visão foram mantidas, do PE 2012-2015, porém os valores foram remodelados: “Comportamento ético, Compromisso com o Ensino e Pesquisa, Gestão participativa e Sustentável, Humanização, Qualidade e Segurança” (CHC/UFPR, 2015, p.19).

Há agora a definição do cenário atual e do cenário desejado, representados não só pelos organogramas de cada situação, mas também por indicadores como número de leitos, cirurgias, internações e consultas ambulatoriais (CHC/UFPR, 2015).

Quanto aos componentes para “desenvolver a estratégia”, também foram realizados. A análise ambiental é a mais completa dos três planejamentos. O que mais se destaca é quanto ao ambiente externo, que diferentemente dos demais, considera os aspectos entorno da organização: demográficos, econômicos, sociais e ambientais/naturais (KOTLER, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008), incluindo também a região metropolitana de Curitiba. Apresenta indicadores de saúde, bem como a estrutura de saúde existente na capital.

O estudo do ambiente interno também é aprofundado, com considerações sobre a insuficiência de profissionais, ausência de recursos financeiros, questões de produção e contratualização (com o gestor municipal) e também cita a necessidade de criar novos líderes na instituição, frente às novas demandas. Apresenta a sua formulação estratégica, que é padrão a todos os hospitais contratualizados, como já mencionado anteriormente neste trabalho, o PES (MATUS, 1991).

É importante destacar que após esses elementos, o PDE apresenta toda uma fundamentação teórica quanto aos temas trabalhados, bem como da metodologia utilizada. É um aspecto muito positivo, tanto para os gestores que construíram o plano,

pois com certeza esse estudo contribuiu com a realização das atividades; quanto aos leitores, que têm mais uma oportunidade de agregar conhecimento da área. A alavancagem do conhecimento e a sua disseminação estão inclusos nos principais produtos que um PE deve promover (VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

Quanto aos elementos para “traduzir a estratégia” há no plano indicadores, objetivos e metas. Desse quadro, os únicos componentes ausentes são exatamente os específicos do modelo de Kaplan e Norton (2008), o mapeamento *BSC* e as suas perspectivas, já que é uma metodologia não aplicada pela EBSERH. As ações foram criadas através dos nós-críticos identificados, e não com base nas metas, conforme orientam os autores de referência desse estudo (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010).

É a primeira vez também que há a previsão de orçamento para as principais ações, dos principais nós-críticos. Uma conduta importante, pois assim como tudo aquilo que impacta no PE, os recursos financeiros também têm caráter determinante para a efetividade dos processos, sejam operacionais ou estratégicos (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; CROZATTI, 2003). Mesmo assim, ainda não há para todas as atividades a serem realizadas.

Quanto ao controle, há um fluxo definido. Primeiramente, ele é realizado em um sistema, o Sistema de Monitoramento dos Planos Diretores Estratégicos dos Hospitais Universitários Federais - SisPDE, fornecido pela EBSERH (CHC/UFPR, 2015). Os responsáveis por cada ação/atividade alimentam esse *software*, com informações referentes à execução, às alterações e às justificativas de atraso. A instituição deve também encaminhar um relatório do status do PDE, a cada quadrimestre, para a empresa pública.

Uma comissão foi criada, a Comissão de Assessoria e Controle Interno, que semanalmente, verifica questões do PDE, bem como as ações necessárias para a sua continuidade. Ela organiza reuniões mensais com os demais gestores do hospital.

Um bom sistema de controle, assim como demais funções da gestão, é composto por mais de um processo (MAXIMIANO, 2008), e é dessa forma que se apresenta a metodologia adotada no HC/UFPR.

E nesse PDE continua a manutenção da prática da prestação de contas/*feedback*, mediante informações disponíveis em sítio eletrônico à toda a comunidade, referentes a licitações e contratos.

4.3.1.1 Considerações sobre a presença dos componentes do planejamento estratégico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Ao analisar a evolução dos três momentos estratégicos do hospital, pôde-se verificar, no quadro 7, que houve um crescimento, representado pelo aumento da conformidade com o modelo adotado, ao longo dos anos estudados: de 31,25% para 87,5%.

Pode-se citar os seguintes destaques de cada PE, conforme quadro 8:

	PE 2007-2011	PE 2012-2015	PE 2016-2017
Destaque	Modelo UF.	1º PE Participativo.	Aprimoramento do instrumento PE.

Quadro 8.Destaque dos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná no período de 2007 a 2017.
Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (2016).

O primeiro PE foi um recomeço da utilização desse instrumento para a tomada de decisão e gerenciamento. Apesar de não apresentar vários elementos da referência utilizada, teve sua importância através da consolidação do modelo de UFs e também da recondução do hospital na gestão estratégica. A necessidade do aprimoramento contínuo na utilização das ferramentas estratégicas é uma realidade não só de hospitais públicos do Brasil, como também em demais países (SADEGHIFAR *et al.*, 2015; TERZIC-SUPIC *et al.*, 2015).

O segundo PE foi um marco. Primeiro, pela sua construção participativa, com a inclusão de importantes atores da instituição e da universidade. E depois, pelo profissionalismo obtido com a consultoria dos professores do DAGA/UFPR. Essa capacitação dos gestores foi determinante para a melhoria obtida com o processo do PE, e mostra-se como um fator cada vez mais estratégico nas organizações de saúde (RABBANI *et al.*, 2015). Mas, foi um plano criado em um momento de grandes mudanças, o que repercutiu em sua execução.

Já o PE 2016-2017, ou PDE, agregou maior aprimoramento na elaboração. A metodologia utilizada pela EBSERH mostrou ser mais completa, o que inclusive, engloba no maior número de componentes do modelo estudado, 14 dos 16. Alguns destes apareceram pela primeira vez, tais como o deslocamento estratégico, a estrutura estratégica e o orçamento/financiamento.

Os únicos elementos que não estão presentes, são aqueles especificamente do modelo de Kaplan e Norton (2008), o mapeamento *BSC* e as perspectivas. Porém, todos os demais tópicos necessários para o planejamento estão inseridos. Mesmo as ações, embora não conformes com a referência adotada, estão presentes.

Percebe-se um desenvolvimento do HC/UFPR em relação à gestão estratégica, já que se mostra mais atenta em relação ao seu direcionamento, através da definição de suas diretrizes, e assim, tornando-se mais preparada para atuar em seu meio (CRAINER; DEARLOVE, 2014; SCHMIDT, 2015).

O próximo tópico trata da análise da presença dos componentes do planejamento estratégico dos primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH e a comparação com o PDE do HC/UFPR, a fim de contextualizar o meio em que essa instituição está inserida.

4.3.2 A presença dos componentes do planejamento estratégico nos primeiros Hospitais Universitários Federais contratualizados com a EBSERH.

Um dos primeiros movimentos da EBSERH foi a reorganização da estrutura administrativa e do planejamento estratégico dos hospitais universitários federais contratualizados, em parceria com o IEP/HSL.

Essa pesquisa foi realizada com os primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH, o que ocorreu no ano de 2013. Entendeu-se que essas organizações, por estarem há mais tempo nesse processo de reestruturação, teriam maior probabilidade de apresentar um desenho de gestão com os elementos estratégicos definidos no modelo teórico escolhido. Assim, o estudo considerou 21 hospitais universitários federais e o modelo de Kaplan e Norton (2008).

Os 21 hospitais estão distribuídos nas regiões do país. A pronta adesão à EBSERH foi concentrada no Nordeste, 12 prestadores (57%). Em seguida, têm-se quatro hospitais no Centro-Oeste, três no Sudeste e um tanto da região Norte quanto Sul. O quadro 9 indica a presença dos componentes do planejamento estratégico nesses hospitais.

	CENTRO-OESTE				NORDESTE												NORTE	SUDESTE			SUL
COMPONENTES	HUMAP/	HUJM/MT*	HUB*	HU/ UFGD*	HU/UFPI	HUPES/ BA	MCO/ BA**	HUWC/	MEAC/ CE	HU/ UFMA*	HULW/ PB*	HC/UFPE*	HUAB/ RN	HUOL/ RN*	MEJC/ RN**	HU/ UFS*	HUGV/ AM	HUCAM/ UFES*	HC/UFMG**	HCTM/ UFMG*	HU/ SM
"Esclarecer a visão"																					
Missão	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Valores	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X				X			X	X	X
Visão	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X
Deslocamento estratégico (de/para)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estrutura estratégica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
"Desenvolver a estratégia"																					
Análise ambientes externo e interno	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	
Formulação estratégia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
"Traduzir a estratégia"																					
Mapeamento *BSC*																					
Perspectivas																					
Indicadores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Objetivos		X	X	X	X	X				X	X	X		X		X		X		X	
Metas	X	X		X	●		●	●	●	X	●	X	●	●	●	X	●	X	●	X	●
"Desenvolver o plano"																					
Iniciativas estratégicas	●	X	X	X	●	●	●	●	●	X	●	X	●	●	●	X	●	X	●	X	●
Orçamento/ Financiamento		X		X						X	X	X		X		X		X			
Controle		?	X	X	X			?	X	X	X	?	?	?	?	X	?	X	?	X	
Prestação de contas/*feedback*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
*PDE disponível ** PDE não disponível.																					
X presente, de acordo com o modelo adotado.																					
● presente, mas não conforme com o modelo adotado.																					
? há previsão, mas não há dados que comprovem a execução.																					

Quadro 9. Componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton nos hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013.Por região.
Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados coletados nas páginas da Internet dos hospitais universitários federais.[13]

Conforme verificado no referencial teórico, a missão, os valores e a visão institucionais são elementos basilares do planejamento estratégico. Observa-se, na

[13] **HUMAP/MS**:http://www.ebserh.gov.br/web/humap-ufms; **HUJM/MT**: http://www.ebserh.gov.br/web/hujm-ufmt; **HUB**: http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb; **HU/UFGD**: http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd; **HUF/UFPI**: http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufpi; **HUPES/BA**: http://www.complexohupes.ufba.br/; **MCO/BA**:http://www.ebserh.gov.br/web/mco-ufba;**HUWC/UFC:**http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc; **MEAC/CE**: http://www.ebserh.gov.br/web/meac-ufc; **HU/UFMA**: http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufma **HULW/PB:**http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb; **HC/UFPE:**http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102304/plano_reestruturacao_hc_ufpe.pdf/a9ceb738-b008-4e20-8bba-c5a59049ed22; https://www.ufpe.br/hc/images/documentos/planejamentohc.pdf; **HUAB/RN**:http://www.ebserh.gov.br/web/huab-ufrn;**HUOL/RN**:http://www.ebserh.gov.br/web/huol-ufrn; **MEJC/RN**:http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102996/plano_de_reestruturacao_mejc_ufrn.pdf/b994ac84-b19f-4262-8376-22c31b1e5123; **HU/UFS**:http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufs; **HUGV/AM**:http://www.hugv.ufam.edu.br/index.html;http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/100728/plano+de+reestruturacao_ufam.pdf/da735a3f-33b6-4e55-9758-892f25706ce6; **HUCAM/UFES**: http://www.ebserh.gov.br/web/hucam-ufes; **HC/UFMG**:http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg;**HCTM/UFMG**:http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm; **HU/SM**:http://www.husm.ufsm.br/index.php?janela=licitacoes-atas.php;http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103172/plano_reestruturacao_12_12_2013_pgf_ufsm.pdf/525b7dfc-abdf-4235-bf1d-60eae29d60d0.

pesquisa de campo, que a maioria dos hospitais trabalhou esses componentes. Porém, há dois hospitais que ainda não têm essa definição, seja nos seus planos ou nas páginas da internet.

Essa é uma situação preocupante, pois não há como realizar um planejamento de qualidade, bem estruturado, sem estabelecer esses elementos. Isso porque são eles que promoverão a reflexão interna da organização sobre a razão da sua existência, seus propósitos e os princípios que direcionarão sua atuação (KAPLAN; NORTON, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010).

Considerando que o processo de reestruturação estratégica ocorre há praticamente três anos, esse é um fator negativo na execução desse trabalho. Além disso, dos 21 hospitais, há outros cinco que não têm a consolidação dos três elementos, e sim de um ou dois. É uma situação não desejada, pois a metodologia de um planejamento depende da declaração desses elementos basilares (MATIAS-PEREIRA, 2011; BOUHALI *et al*., 2015).

Os gráficos 1 e 2 demonstram o resultado apresentado.

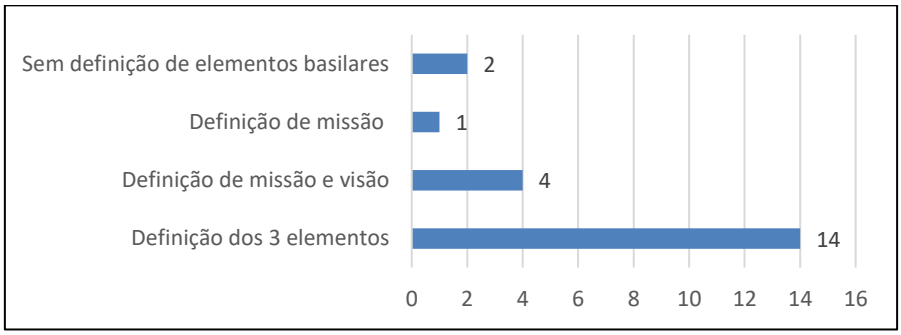

Gráfico 1. Missão, visão e valores nos 21 hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013.
Fonte: Quadro 9.

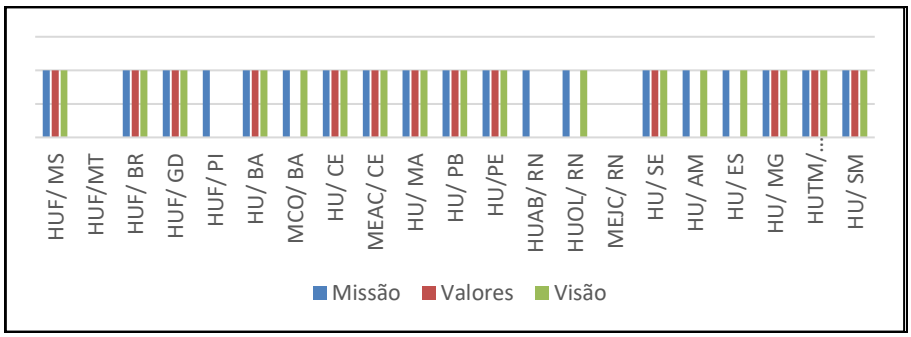

Gráfico 2. Missão, visão e valores. Por hospital universitário federal.
Fonte: Quadro 9.

Outra observação em relação a essa questão é que no *site* do Hospital Universitário de Brasília - HUB ([ca.2014]) identificou-se que os elementos missão,

visão e valores eram exatamente os mesmos do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – HUMAP/MS ([ca.2016]). Percebe-se aqui uma falha grande, visto que esses componentes basilares são criados a partir de uma reflexão da organização sobre seus objetivos, suas condições frente ao ambiente e as características do usuário que irá atender (KAPLAN; NORTON, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010).

É extremamente difícil que duas organizações, embora atuem na mesma área, tenham as mesmas características, pois essas dependem inclusive de sua cultura organizacional (BEPPLER; PEREIRA, M.F., 2013). Ainda mais em locais geográficos diferentes, como Brasília e Mato Grosso do Sul, que possuem contextos externos diversos. Sugere-se aqui a reavaliação da definição desses elementos.

No Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba-HULW/UFPB ([ca.2015]) verifica-se duas versões de missão, visão e valores. Uma publicada no *link* institucional[14] e outra no *link* planejamento e gestão[15], que é a mesma que consta no PDE. Após praticamente três anos da inserção no programa de reestruturação, já se deveria ter a publicação somente da versão que representa a instituição, devido à importância desses elementos para a formação da gestão estratégica (KAPLAN; NORTON, 2008).

Quanto ao item deslocamento estratégico e estrutura estratégica (definição do cenário atual e do cenário desejado) considerou-se a representação das mudanças através dos organogramas, bem como dados adicionais das instituições. Todos os planos dos hospitais, sejam Planos de Reestruturação ou PDEs, apresentaram esses dados.

Naturalmente os PDEs colocam esse direcionamento de maneira mais completa, não só com a representação do organograma antigo e atual, mas também com dados da nova realidade a ser atingida. Não há uma agenda de mudança estratégica, mas os *gaps* de valor são facilmente identificáveis. Essa ação é importante, pois traz à comunidade uma visão das mudanças estruturais, operacionais e algumas vezes até culturais, que os hospitais terão que realizar (KAPLAN; NORTON, 2008; BEPPLER; PEREIRA, M.F., 2013).

[14]http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/missao-visao-e-valores
[15]http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/951688/Banner+Miss%C3%A3o_Vis%C3%A3o_Princ%C3%ADpios.pdf/971a5797-882f-4f6b-a468-6a2d076d6fda

Verificou-se que a análise do ambiente externo consiste no perfil assistencial do estado. Não foi realizado em três hospitais, inclusive dois deles têm a elaboração do PDE, embora de uma instituição não esteja disponível para livre acesso. O que também não é interessante, pois é fundamental para a organização compreender o meio em que está inserida, a fim de conhecer oportunidades e ameaças em relação aos seus propósitos e também aos seus processos atuais (KAPLAN; NORTON, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010). Já quanto ao ambiente interno, somente nos PDEs foi realizada de forma mais aprofundada, inclusive com a utilização da matriz *SWOT* para a análise de todos os dados coletados (ambientes externo e interno).

Nos Planos de Reestruturação, o que se realizou na verdade foi um levantamento de dados da organização, tais como a capacidade de atendimento, de equipamentos, de infraestrutura; e números de ensino, pesquisa e profissionais. É um processo de autoconhecimento. Esse é o primeiro passo para a identificação dos pontos fortes, fracos e também dos pontos neutros, que são aqueles que no momento em que são reconhecidos, não há parâmetros para sua classificação (OLIVEIRA, D.P.R., 2010).

Todos elaboraram uma estrutura estratégica. Nos PDEs é mais fácil identificar a metodologia utilizada para a construção das ações. Além da análise ambiental[16], utilizou-se análise de *gaps*[17], definição de macroproblemas[18], construção de árvores explicativas[19], definição de nós-críticos[20] e seleção dos principais problemas. Esses foram trabalhados de forma a criar as ações e os planos, com a metodologia 5W2Hs (BLAUTH, 2006). Em algumas instituições, como o HU/UFMA (2013), utilizou-se o modelo 5W3Hs.

Os principais líderes foram capacitados pelo IEP/HSL e foram multiplicadores em seus hospitais (EBSERH, [ca.2015a]). A intenção foi um trabalho participativo, o que é um aspecto positivo. O planejamento participativo é benéfico exatamente pelos ganhos gerados na elaboração do processo, com todos os setores da organização. Isso porque estimula os membros da equipe de gestão devido à confiança que o corpo

[16] É a soma da análise do ambiente interno (a identificação de pontos fortes e fracos da organização) e do ambiente externo (formado por diversos meios que envolvem a organização, como o político, o econômico e o legal).
[17] Os *gaps* referem-se aos espaços, aos gargalos, ou seja, a diferença entre os resultados desejados e os obtidos.
[18] Os macroproblemas são aqueles problemas que apresentam influências a nível organizacional, trazendo repercussões em processos das unidades/setores da organização.
[19] As árvores explicativas têm como objetivo descrever as causas, as consequências e os nós-críticos do macroproblema.
[20] Os fatores que repercutem na manutenção do macroproblema.

diretor demonstra no grupo, através do envolvimento em atividades de planejamento e redefinição institucional (MAXIMIANO, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010).

Esse é um fator de melhoria, realizado pela EBSERH. Anteriormente, os planos diretivos dos hospitais de ensino eram formulados de maneira centralizada, pelos principais representantes da Direção. Não havia inclusão das equipes multiprofissionais, e consequentemente, não existia a formulação de metas setoriais, a fim de sanar necessidades específicas (REIS, A.A.C., 2011).

Quanto à elaboração do mapeamento *BSC* com base em perspectivas, ferramenta amplamente defendida por Kaplan e Norton (2008), não é aplicada por nenhuma instituição. Dois hospitais o realizavam antes da contratualização com a EBSERH, o Complexo HUPES/BA e o HC/UFMG.

O Complexo HUPES/BA [ca.2013], desperta o interesse devido ao seu histórico de gestão. Em seu modelo de administração estratégica anterior, além de utilizar a ferramenta *BSC*, também estava incluso no processo para a certificação de Acreditação Internacional pelas instituições CBA/*JCI*. O organograma era diferenciado, com a representação dos usuários no topo (COMPLEXO HUPES/BA, [ca.2013]; EBSERH, 2013).

Porém, percebe-se a sua interrupção, pois não há dados disponíveis de programas (como a Acreditação e o gerenciamento de resíduos) e indicadores a partir de 2013. A página da internet, diferentemente de outros hospitais, continua própria e não vinculada à EBSERH e há pouca menção desta empresa. No site há uma notícia, do dia 03 de março de 2016, em que o Superintendente apresenta o PDE à comunidade, mas o documento não está disponível. O mesmo acontece com a Maternidade, que apresentou o PDE em 29 de fevereiro de 2016 (COMPLEXO HUPES/BA, 2016b; MCO/BA, 2016).

Atenta-se que esses PDEs foram elaborados praticamente após três anos da assinatura do contrato com a EBSERH. Isso traz uma reflexão sobre a possibilidade da condução da atuação estratégica nos hospitais, ou ainda, das dificuldades de readaptação à nova modalidade apresentada pela empresa pública, visto que esses hospitais da Bahia já tinham ações estratégicas estabelecidas.

O HC/UFMG [ca.2013] já tinha não apenas a definição de missão, visão e valores, mas também do seu negócio: “Assistência à saúde no âmbito do SUS, com ênfase na atenção especializada, formação de profissionais e produção de conhecimento em saúde”. Anteriormente, o hospital também tinha uma gestão com

base na metodologia *BSC,* e focada na obtenção da Acreditação Hospitalar Internacional CBA/*JCI*. Em seu site anterior, documentos com informações desse processo poderiam ser visualizados (HC/UFMG, 2013).

Como os planos dos hospitais universitários federais não são organizados conforme os temas estratégicos e o mapeamento *BSC*, alguns resultados também não são visualizados, como visão ampliada, portfólio de investimentos - *STRATEX* e equipes temáticas. Isso porque essas práticas são desmembradas nas perspectivas (KAPLAN; NORTON, 2008).

Com relação aos indicadores, os documentos de todos os hospitais apresentam quadros com denominação, conceito, fórmula de cálculo e meta a ser obtida, em percentual. A elaboração mostra-se adequada, conforme a literatura (ROBBINS, 2000; TÉLLEZ; MORERA, 2010). O indicador deve ser capaz de mensurar em números os resultados obtidos em relação aos propósitos delimitados.

Quanto à definição de objetivos, pode-se perceber pelo quadro 9, que 12 hospitais têm essa etapa e a maioria já formulou seu PDE. O PDE do HUB (2014), inclusive, divide seus objetivos específicos em primários e secundários. A análise da ausência dos objetivos na maioria dos Planos de Reestruturação, pode ser feita juntamente com a observação quanto à elaboração de suas metas e ações estratégicas.

Nos Planos de Reestruturação não há clareza quanto aos elementos denominados de metas e objetivos. Isso porque as metas representam os objetivos, quantificados, em termos financeiros, estruturais e temporais (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010). Nesses planos, a maioria das metas não são quantificadas. Assim, confundem-se com objetivos. Além disso, esses documentos justificam que um quadro em comum de metas foi definido para todos os hospitais, e que cada instituição seria trabalhada especificamente na criação do PDE. Seria uma das causas da falta de quantificação em grande parte das metas: por serem generalistas a um grande número de hospitais, não houve como definir um percentual.

Na literatura, verifica-se que, primeiramente, os objetivos são estabelecidos. Em seguida, as metas para a obtenção dos objetivos. E após, estratégias/ações estratégicas são definidas e relacionadas com as metas (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010). Porém, nos Planos de Reestruturação e PDEs estudados, as ações estratégicas são colocadas em primeiro plano, criadas a partir de nós-críticos, embasadas na metodologia PES, de Matus (1991). Entretanto,

na maioria dos PDEs, há um desmembramento dessas ações, de forma a relacioná-las com as metas.

É interessante também observar que, nos Planos de Reestruturação, houve a preferência por não limitar o monitoramento apenas com indicadores, mas também com “formas de mensuração”. Os indicadores, como já mencionado, indicam em números o status atual do objetivo ou da meta, o que possibilita quantificar os resultados obtidos para analisar frente ao estabelecido. Porém, essa é uma forma de mensuração. Medir é uma atividade que nem sempre apresenta um resultado quantitativo, um elemento numérico (SOUZA, J.; PEÑALOZA, 2005).

Assim, nos planos, recorre-se a outros marcos para o controle das metas definidas, tais como “elaboração do plano” ou “implantação do sistema”. Percebe-se, no entanto, que é uma medida mais subjetiva. A ação de implantar um sistema, por exemplo, não necessariamente quer dizer que ela solucionou os problemas identificados. O sistema pode ter falhas iniciais, desvios do modelo estabelecido, e necessidade de medidas corretivas (ROBBINS, 2000; TÉLLEZ; MORERA, 2010). A sugestão é de que essa forma de monitoramento seja revista.

Os Planos de Reestruturação que apresentam essas observações (e que foram elaborados em parceria com a EBSERH) referem-se aos seguintes hospitais universitários federais: Complexo HUPES/BA (2013), HC/UFMG (2013), Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-HUAB/UFRN (2013), Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí - HU/UFPI (2013), Hospital Universitário de Santa Maria - HU/UFSM (2013), Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas - HUGV/UFAM (2013), Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará - HUWC/UFC (2013), Maternidade Climério de Oliveira - MCO/BA (2013), Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará - MEAC/UFC (2013) e Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - MEJC/UFRN (2013).

Oito hospitais demonstraram um estudo orçamentário para a execução das ações/objetivos propostos. Há aqui também um ponto a ser aprimorado. O HUMAP/MS (2015) e o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - HCTM/UFMG (2013) apresentaram parcialmente esses dados em seus PDEs, criados com a EBSERH. Não há dúvidas de que a análise do orçamento é

fundamental, pois atingir diretrizes requer equipes e recursos financeiros (KAPLAN; NORTON, 2008).

Dos 17 hospitais que continham planos com modelos definidos de controle e gerenciamento, apenas nove disponibilizaram em seus sites relatórios de gestão, com a divulgação das ações realizadas, conforme o plano. O HULW/UFPB (2016), disponibiliza um controle específico do PDE, com o status do realizado das ações estabelecidas por quadrimestre. Quanto aos demais, não há certeza quanto à execução do plano de monitoramento. O gráfico 3 apresenta esses dados.

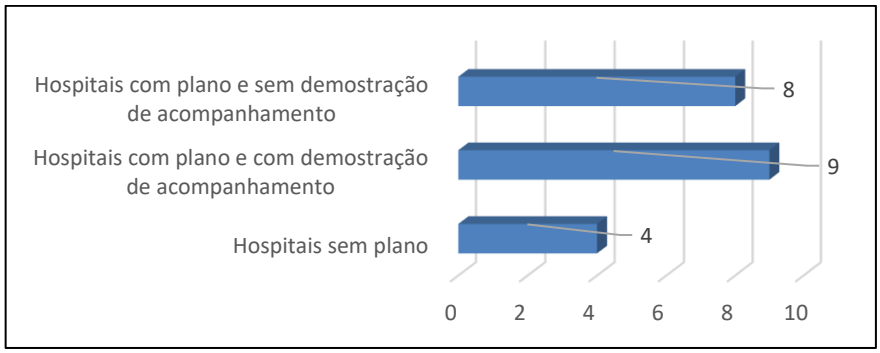

Gráfico 3. Planos de controle nos 21 hospitais universitários federais contratualizados com a EBSERH desde 2013.
Fonte: Quadro 9.

E finalmente, quanto à prestação de contas/*feedback*, considerou-se a disponibilização de informações referentes aos recursos recebidos e utilizados pelo programa REHUF, além de contratos e licitações. Todos publicam esses dados, o que demonstra a conformidade com o requisito de prestação de contas, que deve estar presente na gestão da administração pública (TCU, 2014).

A maioria dos hospitais universitários federais estudados tem o seu PDE elaborado e publicado. Das 21 organizações, 11 disponibilizam o documento para livre acesso.

Após a análise de todos os dados, pode-se identificar a metodologia adotada pela EBSERH, com base no PES, conforme quadro 10 (HU/UFGD, 2013; HU/UFMA, 2013; HU/UFS, 2016):

Análise Situacional: 1.Análise e Comparação - Modelos de Gestão de Hospitais Universitários 2.Lista de *gaps* – lacunas para se atingir desempenho dos Modelos de Gestão 3.Análise Ambiental (fatores externos e internos)	Momento Explicativo
↓	
Definição de Macroproblemas e Seleção dos Principais	
↓	
Árvore explicativa dos macroproblemas selecionados: 1.Causas 2.Consequências 3.Nós-Críticos	
↓	
Planos de Ação para cada Nó-Crítico – Modelo 5W2Hs ou 5W3Hs	Momento Normativo
↓	
Análise de Viabilidade: 1.Política 2.Econômica 3.Técnica	Momento Estratégico
↓	
Execução e Monitoramento	Momento Tático

Quadro 10. Comparação da metodologia utilizada pela EBSERH e o Planejamento Estratégico Situacional.
Fonte: Elaborado pela autora, com base em Matus (1991) e nos PDEs dos hospitais HU/UFGD (2013); HU/UFMA (2013); HU/UFS (2016).

O momento explicativo relaciona-se com o início da elaboração do planejamento pelos hospitais, e inclusive o diagnóstico, com a consideração de modelos-referência na gestão hospitalar.

Já o segundo momento, normativo, representa as metodologias adotadas pelos hospitais para a criação de planos de ação, 5W2Hs ou 5W3Hs.O terceiro momento, estratégico, consiste na análise da viabilidade dos planos construídos. E para finalizar, o momento tático, em que as ações serão concretizadas e gerenciadas (MATUS, 1991).

No quadro 11 pode-se visualizar as diferenças entre os modelos Kaplan e Norton e PES:

COMPONENTES	MODELOS	
	Kaplan e Norton	PES
Missão	Presente	Realizado pelos hospitais, mas não está explícito no PES
Valores	Presente	Realizado pelos hospitais, mas não está explícito no PES
Visão	Presente	Realizado pelos hospitais, mas não está explícito no PES
Deslocamento estratégico (de/para)	Presente	Presente
Estrutura estratégica	Presente	Presente
Análise ambientes externo e interno	Presente	Presente
Formular estratégia	Presente	Presente
Mapeamento *BSC*	Presente	Não se aplica
Perspectivas	Presente	Não se aplica
Indicadores	Presente	Presente
Objetivos	Presente	Presente
Metas	Presente	Presente
Iniciativas estratégicas	Presente	Formadas pelos nós - críticos
Orçamento	Presente	Presente
Financiamento	Presente	Presente
Controle	Presente	Presente
Prestação de contas/feedback	Presente	Presente

Quadro 11. Comparação entre o modelo de Kaplan e Norton (2008) e o Planejamento Estratégico Situacional, de Matus (1991).
Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Kaplan e Norton (2008) e Matus (1991).

No PES, a elaboração do planejamento tem como ponto de partida a análise dos problemas enfrentados pela instituição, não destacando a importância de refletir sobre a missão, a visão e os valores.

E além da não aplicação do mapeamento *BSC* e perspectivas, o PES também se difere do modelo de Kaplan e Norton (2008), quanto à elaboração de ações estratégicas, que são formuladas a partir dos nós-críticos.

4.3.2.1 Considerações sobre a presença dos componentes do planejamento estratégico nos primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH e no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Como conclusão da pesquisa, primeiramente ressalta-se que há 16 componentes propostos por Kaplan e Norton (2008), dos quais cinco têm a função de

“esclarecer a visão”, dois de “desenvolver a estratégia”, cinco de “traduzir a estratégia” e quatro de “desenvolver o plano”.

Dos elementos que devem “esclarecer a visão”, 14 dos 21 hospitais contratualizados em 2013 os aplicam, ou seja, 66,67% da amostra. Observa-se que “deslocamento estratégico” e “estrutura estratégica” são aplicados por todos os hospitais universitários federais. Há a necessidade de readequação na base do planejamento estratégico, os valores institucionais, pois são elementos que formam o alicerce do plano e direcionam as ações (RIZZATTI; PEREIRA, M.F.; AMARAL, 2012).

Quanto ao grupo que deve “desenvolver a estratégia”, 18 hospitais exercem de forma integral, ou seja, 85,71%. Destaca-se que todos elaboraram suas estratégias, mas três hospitais não realizaram a análise completa do ambiente interno e externo. Mais um ponto que pode ser trabalhado, já que esses elementos são essenciais para o entendimento da organização e de seu contexto, além da elaboração de estratégias (KOTLER, 2000).

O grupo que objetiva “traduzir a estratégia” não tem representação completa nos hospitais. Isso porque não há implementação do *BSC*. A formulação não adequada da meta, devido à não quantificação dos objetivos (MAXIMIANO, 2008), é um importante gargalo a ser trabalhado. Dos 21, 12 apresentam esse cenário, e um hospital nem apresentou a definição de metas. Como ponto positivo, todos definiram seus indicadores, conforme referencial teórico (ROBBINS, 2000; TÉLLEZ; MORERA, 2010).

No grupo que irá “desenvolver o plano”, embora o elemento de controle seja previsto em 17 instituições, não tem indícios de sua execução em oito. Como ponto positivo, todos os hospitais publicam informações quanto aos recursos recebidos e aplicados, contribuindo com o controle social (TCU, 2014). Desse grupo, quatro hospitais exercem todos os componentes (19,05%) e mais dois (9,52%) têm a definição de todos, mas sem a clara aplicação do controle.

Assim, o grupo com maior presença dos componentes, conforme visualiza-se no gráfico 4, é aquele que deve “desenvolver a estratégia” com 85,71%, seguido do grupo com a função de “esclarecer a visão”, com 66,67% (etapas iniciais). Os demais estágios, que necessitam de atuação direcionada para a reestruturação estratégica, correspondem ao grupo com objetivo de “traduzir a estratégia”, sem representatividade total, devido a não implantação do *BSC* e deficiências na

elaboração de metas; e ao grupo que irá “desenvolver o plano” com demandas de melhorias na definição de ações, orçamento e monitoramento.

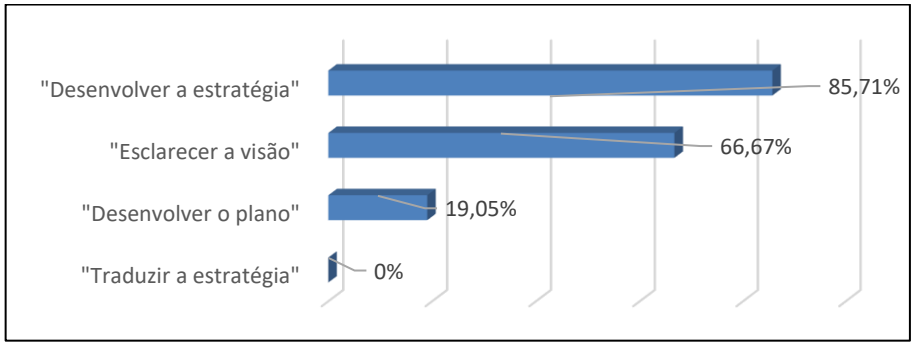

Gráfico 4. Presença dos componentes do planejamento estratégico em cada grupo, conforme modelo de Kaplan e Norton (2008).
Fonte: Quadro 9.

A análise por componentes permite constatar que apenas cinco dos 16 (ou seja, 31,25%) são aplicados em todos os hospitais universitários federais, que são “deslocamento estratégico”, “estrutura estratégica”, “formulação da estratégia”, “indicadores” e “prestação de contas/*feedback*”.

Já por hospitais, pode-se verificar que três têm o maior nível de aplicação, 14 dos 16 componentes (87,5%), que são o hospital universitário federal de Grande Dourados (Centro-Oeste), do Maranhão e do Sergipe (Nordeste). Os únicos componentes não agregados são exatamente aqueles relacionados ao *BSC*, corroborando que até este momento essa metodologia não é incluída no modelo de gestão estratégica proposto pela EBSERH. As ações/iniciativas estratégicas estão presentes, porém foram definidas diretamente por nós-críticos. Mas foram desmembradas, de forma a relacioná-las com as metas estabelecidas.

A análise por regiões demonstra que os hospitais do Centro-Oeste e do Sudeste têm a maior média da presença dos componentes (11), seguidos por Nordeste (10). Norte e Sul apresentam o mesmo número (8).

O gráfico 5 indica o número de componentes em cada hospital, dos 16 considerados pelo modelo.

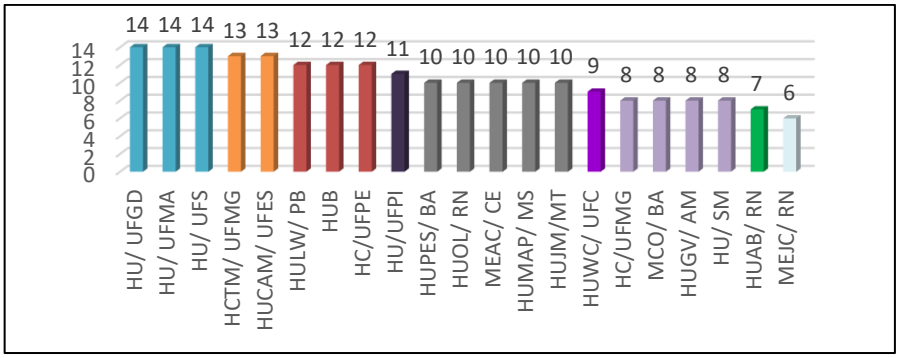

Gráfico 5. Número de componentes presentes do modelo de Kaplan e Norton (2008) - Por Hospital Universitário Federal.
Fonte: Quadro 9.

Constata-se que, quanto à presença dos componentes do planejamento estratégico definidos em literatura, embora alguns grupos tenham destaque, como 85,71% dos itens de desenvolvimento da estratégia e 66,67% dos esclarecedores da visão, apenas 31,25% do modelo integral é aplicado em toda a amostra. Ainda existem gargalos basilares, como a ausência da definição de missão, visão e valores, ou ainda, a falta de clareza na formulação de objetivos, metas e ações. Esses pontos a aprimorar são essenciais para a elaboração de um planejamento estratégico de qualidade, bem como o bom desempenho organizacional.

Ao comparar os PDEs e Planos de Reestruturação dos primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH no ano de 2013 com o PDE 2016-2017 do HC/UFPR verifica-se que, quanto à definição dos elementos basilares do PE, a missão, a visão e os valores (KAPLAN; NORTON, 2008), o HC/UFPR está conforme com a maioria dos primeiros hospitais contratualizados, 14 de 21, como representado nos gráficos 1 e 2. Esse é um aspecto importante e que destaca a instituição, já que mesmo alguns desses com a definição completa, apresentam falhas relevantes, tais como a apresentação de duas versões desses elementos (HULW/UFPB, [ca.2015]), ou ainda a mesma definição para dois hospitais diferentes, em contextos diversos (HUB, [ca.2014]; HUMAP/MS, [ca.2016]).

A análise ambiental do HC/UFPR inclui a consideração de vários aspectos externos e internos. Isso também pode ser visualizado em nove dos 11 PDEs dos hospitais da primeira pesquisa. Assim, grande parte da amostra fez considerações mais sucintas em seus Planos de Reestruturação, um levantamento de dados, mas sem uma análise mais aprofundada. Novamente o hospital universitário do Paraná

está de acordo com a literatura, que aponta a essencialidade dessa etapa do planejamento (KAPLAN; NORTON, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010).

A formulação ou estrutura estratégica é padrão a todas as instituições, como destacado anteriormente no quadro 10, e não inclui os elementos perspectivas e *BSC* (KAPLAN; NORTON, 2008), já que a EBSERH adotou o modelo de Matus (1991). Assim, o HC/UFPR também está incluso nesse contexto e adotou o mesmo método para a construção do seu PDE (CHC/UFPR, 2015).

O deslocamento estratégico, a estrutura estratégica e os indicadores também são presentes em todos os hospitais da primeira pesquisa e no HC/UFPR. Quanto ao deslocamento e a estrutura, o PDE do HC/UFPR está de acordo com aqueles mais completos, com a descrição da situação atual e futura mediante organograma e indicadores, o que se pode observar nos 11 PDEs disponibilizados. Isso é fundamental para a ciência das mudanças necessárias (KAPLAN; NORTON, 2008). O restante da amostra, 10 hospitais, apresentam o Plano de Reestruturação que se baseia em demonstrar esses componentes apenas pelos organogramas. Já os indicadores estão conformes com a literatura (ROBBINS, 2000; TÉLLEZ; MORERA, 2010) no HC/UFPR, e em todas as instituições.

O hospital paranaense também elaborou seus objetivos, assim como 12 dos 21 hospitais. O HC/UFPR, assim como o HUB, especificou seus objetivos em primários e secundários (CHC/UFPR, 2015; HUB, 2014). Em relação às metas, o HC/UFPR elaborou as mesmas em conformidade com a literatura, sendo estas representações quantitativas dos objetivos (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010). Essa é uma característica não apresentada na maioria dos hospitais do primeiro estudo, 13 das 21 organizações, sendo que uma delas, nem elaborou suas metas.

Todas as instituições têm suas ações elaboradas, porém com base nos nós-críticos identificados e não em relação a metas, o que pontuam as referências utilizadas nesse estudo (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; OLIVEIRA, D.P.R., 2010). Isso devido a metodologia PES, de Matus (1991), representada no quadro 10. Mesmo assim, alguns PDEs - como o do HC/UFPR - detalham suas ações e as relacionam com as metas.

No que se refere ao orçamento para a execução das ações, metas e objetivos o HC/UFPR, assim como o HCTM/UFMG (2013) e o HUMAP/MS (2015), tem a identificação dos valores de maneira parcial, apenas para as principais ações. É um

ponto a ser aprimorado, pois todas as ações devem ter essa especificação (KAPLAN; NORTON, 2008). Dos hospitais contratualizados em 2013, 11 dos 21 não apresentam esse estudo.

Para o sistema de controle, o HC/UFPR apresenta uma metodologia, bem como a realização deste monitoramento. Difere-se novamente do restante dos hospitais, pois 12 dos 21 não têm essa estrutura, conforme visualizado no gráfico 3. É um fator importante, pois o gerenciamento do plano é essencial para a concretização dos resultados (ROBBINS, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2011).

E quanto à prestação de contas, verificou-se que o HC/UFPR disponibiliza informações quanto a licitações, contratos e despesas desde o ano de 2006. Todos os hospitais publicam esses dados, o que é positivo na administração pública (TCU, 2014).

A elaboração do PDE foi realizada pelo HC/UFPR, assim como na maioria dos hospitais, 14 dos 21. Porém, o PDE do hospital paranaense não está disponível para a comunidade (apenas na intranet da instituição), o que corresponde a minoria das outras instituições, somente três. A divulgação das ações e documentos das organizações públicas é uma ação importante para a transparência da gestão aos cidadãos interessados (TCU, 2014).

Constata-se, através do quadro 12, que o HC/UFPR tem o mesmo percentual de presença dos componentes do PE, dos três hospitais universitários federais que se destacaram no primeiro estudo (Grande Dourados, Maranhão e Sergipe), ou seja, 87,5% (14 dos 16 componentes).

(continua).

COMPONENTES	HU/ UFGD*	HU/ UFMA*	HU/ UFS*	HC/ UFPR**
“Esclarecer a visão”				
Missão	X	X	X	X
Valores	X	X	X	X
Visão	X	X	X	X
Deslocamento estratégico (de/para)	X	X	X	X
Estrutura estratégica	X	X	X	X
“Desenvolver a estratégia”				
Análise ambientes externo e interno	X	X	X	X
Formulação estratégia	X	X	X	X

(conclusão).

COMPONENTES	HU/ UFGD*	HU/ UFMA*	HU/ UFS*	HC/ UFPR**
“Traduzir a estratégia”				
Mapeamento BSC				
Perspectivas				
Indicadores	X	X	X	X
Objetivos	X	X	X	X
Metas	X	X	X	X
“Desenvolver o plano”				
Iniciativas estratégicas	X	X	X	X
Orçamento/Financiamento	X	X	X	X
Controle	X	X	X	X
Prestação de contas/*feedback*	X	X	X	X
*PDE disponível ** PDE não disponível.				
X presente, de acordo com o modelo adotado.				

Quadro 12. Hospitais universitários federais com maior número de componentes do planejamento estratégico à luz de Kaplan e Norton (2008), comparados com o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.
Fonte: Quadros 7 e 9.

Identificar essa posição do HC/UFPR frente aos primeiros hospitais contratualizados com a EBSERH, e que por isso estão há mais tempo no processo de reestruturação estratégica, é um dado importante, pois mostra que a instituição está ao encontro do novo direcionamento proposto aos hospitais universitários federais, através da empresa pública.

E também, conforme (mais de 80%) com um dos modelos estratégicos mais completos da literatura (KAPLAN; NORTON, 2008). Mesmo com a adoção de outro modelo (MATUS,1991), o plano estratégico inclui grande parte dos componentes da referência adotada, e não insere apenas dois deles: o *BSC* e as perspectivas. E por mais que a definição de ações também seja diferenciada, com possibilidade de adaptações, ela está presente. Dessa forma, pode-se constatar o aprimoramento da utilização do instrumento PE nesta instituição, ao longo dos anos estudados.

4.3.3 A relação da Regionalização e da Rede de Atenção à Saúde com os três últimos planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Esse tópico tem como objetivo verificar a relação entre os três últimos planejamentos estratégicos do HC/UFPR (2007-2011, 2012-2015 e 2016-2017) com a regionalização e a RAS, diretriz e estratégia de descentralização e organização do SUS (BRASIL, 2010c).

Esses planos foram analisados integralmente e todas as pontuações referentes a esses elementos da organização do SUS foram considerados e organizados, conforme a periodicidade dos planejamentos estratégicos. Dessa forma, pode-se avaliar a presença dos mesmos ao longo dos anos estudados.

4.3.3.1 Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2007-2011.

O quadro 13 apresenta as considerações identificadas no Planejamento Estratégico - PE desse período, quanto à regionalização e à RAS.

(continua).

Regionalização	**RAS**
1. Objetivos institucionais “Oferecer assistência hospitalar acreditada, integrada à rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde do país” (2006, p.13). 2. Meta: “Atingir 100% das metas pactuadas no contrato de gestão municipal” (2006, p.23). (Implícito – regionalização).	1. Diagnóstico Posição do SUS: Hospitais universitários cada vez mais como referência para atendimentos de nível terciário e quaternário, e atendimentos primários e secundários às UBSs. 1.1 “Ameaças [...] às ações da instituição” (2006, p.06) = interesses do ensino. 1.2 Ineficácia = Tratamentos primários e secundários são encaminhados de forma desalinhada com a assistência e o ensino. 1.3Necessidade de flexibilidade na contratualização com o gestor local SUS, de forma a integrar demandas da assistência e do ensino, funções de um hospital universitário.

(conclusão).

Regionalização	RAS
	2. Visão Institucional “Ser hospital de Ensino da UFPR de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde, inserido no Sistema Único de Saúde, com atendimento de referência nos níveis terciário e quaternário e, articulado com as outras instâncias da Universidade Federal do Paraná nos níveis primário e secundário” (2006, p.13). 3. Metas 3.1“Promover cursos de atualização dos profissionais das unidades de saúde públicas, municipais e estaduais, a fim de reduzir o afluxo de pacientes que podem ser tratados nessas unidades, reservando nossa estrutura para os pacientes que, realmente, somente possam ser atendidos pelo HC” (2006, p.18). 3.2 “Promover, juntamente com a UFPR, ações para a implantação de unidades básicas de saúde gerenciadas pela Universidade, a fim de proporcionar ao nosso aluno formação integral e com uma linha de conduta acadêmica integrada” (2006, p.18). 3.3 “Promover interação com os gestores de saúde, em todos os níveis de governo, para que haja a compreensão das características próprias dos hospitais de ensino como centros formadores de recursos humanos e não somente prestadores de serviços de saúde” (2006, p.18).

Quadro 13. Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011.
Fonte: Planejamento estratégico da instituição, período 2007 a 2011 (HC/UFPR, 2006).

Nesse momento, verifica-se uma consciência da função do hospital dentro da RAS da região em que atua. Há uma formalização dessa responsabilidade na visão institucional, uma das diretrizes pilares do PE (KAPLAN; NORTON, 2008).

Definiram-se metas com o intuito de contribuir para a solidificação da rede, visto que os encaminhamentos inadequados (atendimentos de nível primário e secundário) eram identificados pela instituição, e de maneira desalinhada com o ensino e a assistência (HC/UFPR, 2006). Como a atenção primária também tem o papel de coordenar a integração do cuidado (OUVERNEY; NORONHA, 2013), essa situação demonstrava um descompasso, uma oposição entre a prática e o

estabelecido pelo gestor estadual (SESA, 2015) e demais diretrizes (BRASIL 2002; 2010c).

Porém, se a rede foi considerada importante para o alinhamento dos serviços de saúde, também foi interpretada como uma ameaça aos interesses acadêmicos, já que para a instituição, muitos casos definidos como importantes para a integralidade do ensino, nem sempre estariam da mesma forma classificados no âmbito da assistência (LIMA, 2006).

É por isso que medidas e metas foram propostas a fim de flexibilizar a contratualização de serviço de saúde com o gestor local, de maneira que as funções de ensino e pesquisa também fossem reconhecidas.

Percebe-se que a diretriz da regionalização ainda não estava tão amadurecida quanto ao contexto da rede. As diretrizes complexas, que envolvem grande número de agentes, impactam em novas formas de atuação da organização (CERTO; PETER, 1993; MATIAS-PEREIRA, 2011).

As dificuldades relacionadas à regionalização incluem não só a readaptação dos prestadores hospitalares, mas também a capacidade de se adotar mecanismos regulatórios eficientes por parte dos gestores locais. Porém, controlar a forma de acesso dos usuários aos estabelecimentos, nem sempre é uma tarefa fácil, principalmente em grandes cidades (REIS, A.A.C., 2011).

Assim, nesse PE, a regionalização estava explícita em um de seus objetivos institucionais, mas ainda não existiam metas e estratégias direcionadas. Entretanto, a meta de atingir 100% do pactuado na contratualização com o gestor municipal engloba a regionalização. Isso porque a contratualização é um instrumento fundamental para a formação da regionalização e da rede (BRASIL, 2010c). Assim, estava implícita nessa diretriz.

É importante ressaltar que esse elemento ainda não estava presente de forma mais clara na organização, mas que era uma dificuldade apontada em várias organizações de saúde, devido à necessidade de fortalecimento desse fluxo no sistema de saúde pública (REIS, A.A.C., 2011).

4.3.3.2 Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2012-2015.

O quadro 14 apresenta as considerações identificadas no PE desse período, quanto à regionalização e à RAS.

Regionalização	**RAS**
1. Análise *SWOT* – Oportunidade “Contratualização com o Gestor da Saúde” (2011, p.16). (Implícito – regionalização).	1. Observações – entrevistas *stakeholders* 1.1 “Hospital de referência para doenças e procedimentos mais complexos, pois o atendimento primário ocorre nos postos de saúde” (2011, p.13); 1.2 Demandas Ensino *versus* demandas assistência. 2. Missão Institucional “O Hospital de Clínicas, como hospital de ensino, tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população” (2011, p.14). 3. Análise *SWOT* – Ameaças 3.1“Fragilidade na referência/contrarreferência com a rede de saúde” (2011, p.16). 3.2 “Restrição de espaço de ensino” (2011, p.16). 4. Objetivos Estratégicos “Firmar convênio para criar uma unidade básica para compor o complexo hospitalar para atender todos os níveis” (2011, p.18). 5. Ações – Perspectiva Resultados/*BSC (*Kaplan e Norton, 2008) “Aumento dos procedimentos de alta complexidade” (2011, p.22).

Quadro 14. Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015.
Fonte: Planejamento estratégico da instituição, período 2012 a 2015 (HC/UFPR, 2011).

A situação é muito semelhante ao PE anterior. Há uma consciência, não só da instituição, mas dos *stakeholders* (de pessoas externas ligadas ao hospital, como

o reitor da UFPR; presidentes e superintendentes de associações, como a APACN; e da fundação da UFPR, a FUNPAR) do papel do HC/UFPR frente à RAS de sua região. Da mesma maneira, para esses mesmos parceiros, há a preocupação da qualidade na execução da função do ensino, como visualizado no período 2007-2011.

Assim, pode-se constatar que é uma prioridade para o HC/UFPR disponibilizar a assistência aos usuários do SUS, conforme demandas do gestor local, e com a manutenção do espaço acadêmico, necessário para a formação de novos profissionais, para a própria área de saúde (HC/UFPR, 2006, 2011). O receio de não atender essa diretriz é considerado em sua análise *SWOT*, como uma ameaça.

E o objetivo estratégico proposto também tem a intenção de mitigar esse impacto. Adequar a necessidade do aprendizado integral do aluno (todos os níveis de atenção) ao alinhamento da rede, com a criação de uma unidade básica, ligada à universidade. É um projeto que, na hipótese de sua real implantação, certamente demandaria várias readequações e discussões com diversos atores, já que conforme as diretrizes da própria RAS e do gestor estadual (BRASIL, 2010c; SESA, 2015) implicaria em assumir responsabilidades que não são atribuídas a um hospital universitário federal, e sim, às instâncias primárias.

A missão da instituição, elemento norteador das organizações (ROBBINS, 2000; KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008), foi redefinida nesse período e incluiu o seu papel na RAS. Mais um movimento de conscientização do hospital, ao destacar essa relação em suas diretrizes estratégicas.

Como ameaça também pode ser observada a questão da fragilidade no processo de referência e contrarreferência com as unidades de atenção primária. Conforme PE anterior, nesse momento ainda ocorria o encaminhamento frequente de atendimentos de nível primário e secundário a esse hospital universitário, devido à ausência do fortalecimento do sistema de referência e contrarreferência no SUS (AZEVEDO; COSTA, A.M., 2010).

Esse cenário apresentava-se relevante, já que se propôs uma ação com intuito de aumentar os procedimentos de alta complexidade. Em um hospital de atenção terciária, o aumento da produtividade desse tipo de procedimentos não deveria ser uma preocupação, já que a sua atribuição é exatamente nesse nível de atuação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, [ca.2015a]; EBSERH, [ca.2016a]). Mas, a partir do momento em que havia vários atendimentos de níveis mais básicos, foi necessário definir ações para reduzir essa não-conformidade.

Mais uma vez, quanto à regionalização, ainda não havia metas e estratégias direcionadas. Considerava-se a contratualização como uma oportunidade de crescimento (matriz *SWOT*), e que envolve sim a regionalização (BRASIL, 2010c). Mas estava novamente, implícita, em outra diretriz.

4.3.3.3 Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2016-2017.

O quadro 15 apresenta as considerações identificadas no PE desse período, quanto à regionalização e à RAS.

(continua).

Regionalização	**RAS**
1. Contextualização 1.1. É o primeiro PE que trata sobre a regionalização. Área de atendimento = Curitiba; RMC. Aspectos demográficos, econômicos, sociais (epidemiológicos) e naturais. 1.2 Estrutura de serviços de saúde da cidade de Curitiba, referência para a 2ªRS. 1.3 “Contrato de prestação de serviços de saúde inseridos na rede regional e hierarquizada de ações e serviços de saúde a nível ambulatorial e hospitalar” (2015, p.26). 2. Nó crítico → Ação “Produção insuficiente e contratualização“. 2.1. “Implantar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde”. 2.1.1 “Implementar ações relativas à regulação do acesso no âmbito da Rede de Atenção à Saúde”. (2015, p.92) (Implícito – regionalização).	1. Contextualização 1.1 “O CHC é caracterizado como um polo de atendimento aos usuários do SUS-Curitiba, participante nas áreas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar” (2015, p.26). 2. Objetivos Primários “Manter-se como o maior Complexo Hospitalar Universitário do Estado do Paraná, inserido na rede SUS, sendo campo de atuação, preferencialmente, para os alunos dos cursos da área da Saúde da UFPR” (2015, p.47). 3. Fundamentação Teórica “A integração dos hospitais universitários à rede de atenção à saúde é altamente contributiva para consecução dos objetivos de integralidade no atendimento, entre outros motivos, dada a extensão territorial do Brasil, a distribuição geográfica das Universidades e sua missão em relação a extensão” (2015, p.68). “A contratualização com o gestor local tem fomentado essa inserção na rede e permitido um maior controle social, na medida em que estão previstas reuniões de avaliação de metas qualitativas e quantitativas com a participação de representantes da comunidade” (2015, p.69).

(conclusão).

Regionalização	RAS
	4. Nó crítico → Ação “Produção insuficiente e contratualização“. 4.1 “Implantar o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde”. 4.1.1 “Implementar ações relativas à regulação do acesso no âmbito da Rede de Atenção à Saúde”. (2015, p.92) 5. Indicadores 5.1 “Taxas de recusas no contrareferênciamento”. 5.2 “Taxa de usuários contrarreferênciados” 5.3 “Taxa de usuários referênciados pela UBS” (2015, p.94). 6. Nó crítico → Ação “Inventariar atividades de interesse de ensino e pesquisa e inovação tecnológica, que não contempladas no contrato com gestor local” (2015, p.130) Negociações com o gestor SUS = demandas de ensino *versus* demandas da assistência.

Quadro 15. Regionalização e Rede de Atenção à Saúde no planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017.
Fonte: Planejamento estratégico da instituição, período 2016 a 2017 (CHC/UFPR, 2015).

É o primeiro PE, dos três estudados, que contempla a regionalização no atendimento da instituição. Há um destaque para Curitiba e RMC (2ªRS do Paraná), principal área de atendimento do HC/UFPR, conforme regulação do gestor estadual (SESA, 2015).

Há uma análise de aspectos econômicos, demográficos, sociais (epidemiológicos) e naturais da região, na análise do ambiente externo à organização. Há também a descrição da rede de serviços em Curitiba, principal referência da regional, e cidade em que o HC está alocado. A análise ambiental é um recurso extremamente importante para o reconhecimento do meio em que a instituição está alocada e assim, para o aprimoramento da organização em construir estratégias mais resolutivas (CERTO; PETER, 1993; MATIAS-PEREIRA, 2011). A regionalização, como uma das questões centrais desse processo estratégico, é um aspecto muito positivo.

Há uma definição clara da regionalização e hierarquização dos serviços, como parâmetro para a contratualização com o gestor local. Verificam-se também ações específicas para o tema, como a criação de um setor de regulação, com base nas diretrizes da EBSERH, a fim de gerenciar o acesso dos serviços (EBSERH, 2014). É também um passo importante para a formalização desses requisitos legais no PE do hospital.

A questão da rede continua presente, como já estava nos demais planos. A função de prestar tratamentos de média e alta complexidade, em segmento ambulatorial e hospitalar é destacada. Além disso, reforça-se o compromisso de aprimorar os serviços disponibilizados, com integração à rede, como pode ser visualizado em um dos objetivos primários.

Através de fundamentos teóricos, enfatiza-se a importância do hospital universitário para a integralidade do serviço ofertado à população. Há, também, a questão do controle social na contratualização dos serviços com o gestor, ou seja, a participação de representantes da comunidade nesse processo. Mais um ponto que pode ser considerado como um avanço, já que o controle social é considerado um direito do cidadão e um mecanismo necessário ao SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; PIRES; DEMO, 2006)**.**

A criação do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e suas atribuições também contemplam as demandas relacionadas à rede. Há indicadores específicos para o gerenciamento da eficácia do fluxo: taxas de recusas no contrareferênciamento, taxa de usuários contrarreferênciados e taxa de usuários referênciados pela UBS. Isso porque a necessidade do fortalecimento desse mecanismo ainda é uma constante, conforme visualizado nos outros planejamentos da instituição e na própria literatura, e demanda esforços de todos os agentes públicos (LIMA, 2006; AZEVEDO; COSTA, A.M., 2010; ARAKAWA *et al.* 2012).

Permanece também a preocupação de incluir as demandas do ensino e da pesquisa na contratualização com o gestor SUS, de forma que se possa obter maior harmonia entre essas três funções do hospital, sem detrimento de nenhuma delas. Assim, o hospital estará atendendo a sua função legal e social (BRASIL, 2010a; ARAÚJO, K.M.; LETA, 2014).

4.3.3.4 Considerações sobre a Regionalização e a Rede de Atenção à Saúde nos três planejamentos estratégicos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Nos três planejamentos a questão da rede esteve presente. Há a ciência da organização quanto a sua função na RAS da região em que está alocada, o seu papel de referência em atendimentos a tratamentos de média e alta complexidade, conforme as diretrizes nacionais e estaduais (BRASIL, 2001, 2002, 2010c; SESA, 2015).

Mas em todos os planos também se aponta uma preocupação quanto à uma quebra de qualidade na função de ensino, devido às normas definidas pela RAS. Isso porque, para a instituição, a integralidade da formação de novos profissionais necessita da vivência em casos mais específicos, com relevância acadêmica, mas que não estão inseridos na prioridade do gestor de saúde (HC/UFPR, 2006; 2011; CHC/UFPR, 2015).

Verifica-se um pensamento diferente de outros gestores da saúde e da educação. Conforme as diretrizes curriculares da medicina, uma das características do perfil esperado de um novo profissional da saúde, é de um generalista. Espera-se desse médico ações voltadas à integralidade do cuidado, desde a promoção até a recuperação e tratamento (BRASIL, 2014; MOREIRA; DIAS, M.S.A., 2015).

Nos planejamentos podem ser visualizadas propostas a fim de harmonizar a responsabilidade do hospital em proporcionar serviços de qualidade aos usuários do SUS com a função de formar profissionais, aptos e capacitados a atuarem também na saúde pública do país, em qualquer nível de atenção (BRASIL, 2014; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, [ca.2015a]; EBSERH, [ca.2016a]). Para tal, é necessária a integração desse prestador especializado com a atenção básica e as unidades de urgência e emergência, de forma a concretizar essa formação integral (BRASIL, 2014). Há vários apontamentos quanto à necessidade de ações que flexibilizem a contratualização dos serviços de saúde.

Uma das propostas foi a articulação com UBSs, gerenciadas ou não pela Universidade, a fim de promover a integralidade do ensino, conforme as novas diretrizes de organização dos níveis de complexidade. A capacitação de profissionais da atenção básica foi uma das estratégias estabelecidas, já que muitos casos de tratamento primário e secundário ainda são encaminhados ao prestador. Ações como essa incentivam a solidificação da própria RAS, contribuindo com a estrutura dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2010a).

Outra ação que pode ser aprimorada no hospital é o processo de contrarreferência, pois esse é um mecanismo de construção da rede ainda pouco utilizado pelos prestadores especializados (DUARTE *et al*., 2015). No último planejamento, observa-se um passo inicial, com a definição de indicadores de gerenciamento.

Quanto à regionalização, observou-se que nos primeiros planejamentos, ocorreu de forma mais discreta, implícita em outras considerações. Mas pode-se apontar que era uma dificuldade não só deste hospital, mas de outros órgãos da saúde pública, devido a sua complexidade (REIS, A.A.C., 2011).

Assim, é no último PE, elaborado com as novas normativas da EBSERH, que esse elemento é incluso na discussão e formação das diretrizes da organização. A principal área de atuação do hospital, 2ªRS, conforme definição do gestor estadual (SESA, 2015) e como apontam os indicadores de procedência do hospital (UNIPLAN/HC/UFPR, 2016), é estudada em seus âmbitos econômico, demográfico, social (epidemiológico) e natural. Ações e indicadores foram construídos para a regulação da contratualização dos serviços com o gestor local, que envolve a regionalização. Inclusive, criou-se um Setor de Regulação, que também tem como atribuição o gerenciamento desses processos.

Assim, quanto à diretriz de regionalização e à estratégia da RAS, elementos do SUS para a readequação dos serviços de saúde de forma hierarquizada e efetiva, pode-se constatar uma melhoria importante na construção do último PE. É o momento em que a organização está mais esclarecida e envolvida com a sua readequação, aprimorando suas condições para cada vez mais estar em conformidade com essa responsabilidade legal, definida pela CF 88 e demais instrumentos (BRASIL, 1988, 2001, 2002, 2010c; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; SESA, 2015).

4.3.4 O histórico recente do planejamento estratégico no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Essa seção tem o objetivo de apresentar os dados coletados das entrevistas com os gestores do HC/UFPR[21], bem como dos documentos disponibilizados. Enquanto as seções anteriores trataram da avaliação dos PEs, em relação a um

[21] Reforça-se que as entrevistas foram realizadas com a autorização do CEP/CHC/UFPR desta instituição, mediante análise e aprovação do projeto de pesquisa número 54011716.6.0000.0096.

modelo teórico de referência e às diretrizes legais da organização do SUS, esta apresenta as experiências e as percepções dos gestores entrevistados. Além disso, os documentos cedidos exibiram a metodologia de gerenciamento das questões estratégicas.

Descreveu-se a história recente da gestão estratégica deste hospital, subdividida em três momentos, representados pelos três últimos PEs construídos. Além desse histórico, também foram elencados pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças de cada período analisado. Para demonstração desses, optou-se por utilizar a estrutura da matriz *SWOT*, para melhor visualização e organização dos dados. Ressalta-se, mais uma vez, que essa estrutura representa um resultado das práticas e das experiências compartilhadas pelos entrevistados. Portanto, não representa a matriz *SWOT* dos PEs elaborados pela instituição HC/UFPR, na elaboração de cada plano.

4.3.4.1 Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2007-2011.

Nas próximas figuras, 12 e 13, pode-se visualizar os principais pronunciamentos dos participantes das entrevistas (aqui codificados como “**P”**), que foram elaboradas através do sistema ATLAS TI 7. Após, essas declarações serão trabalhadas a fim de trazer as características da gestão estratégica desse momento.

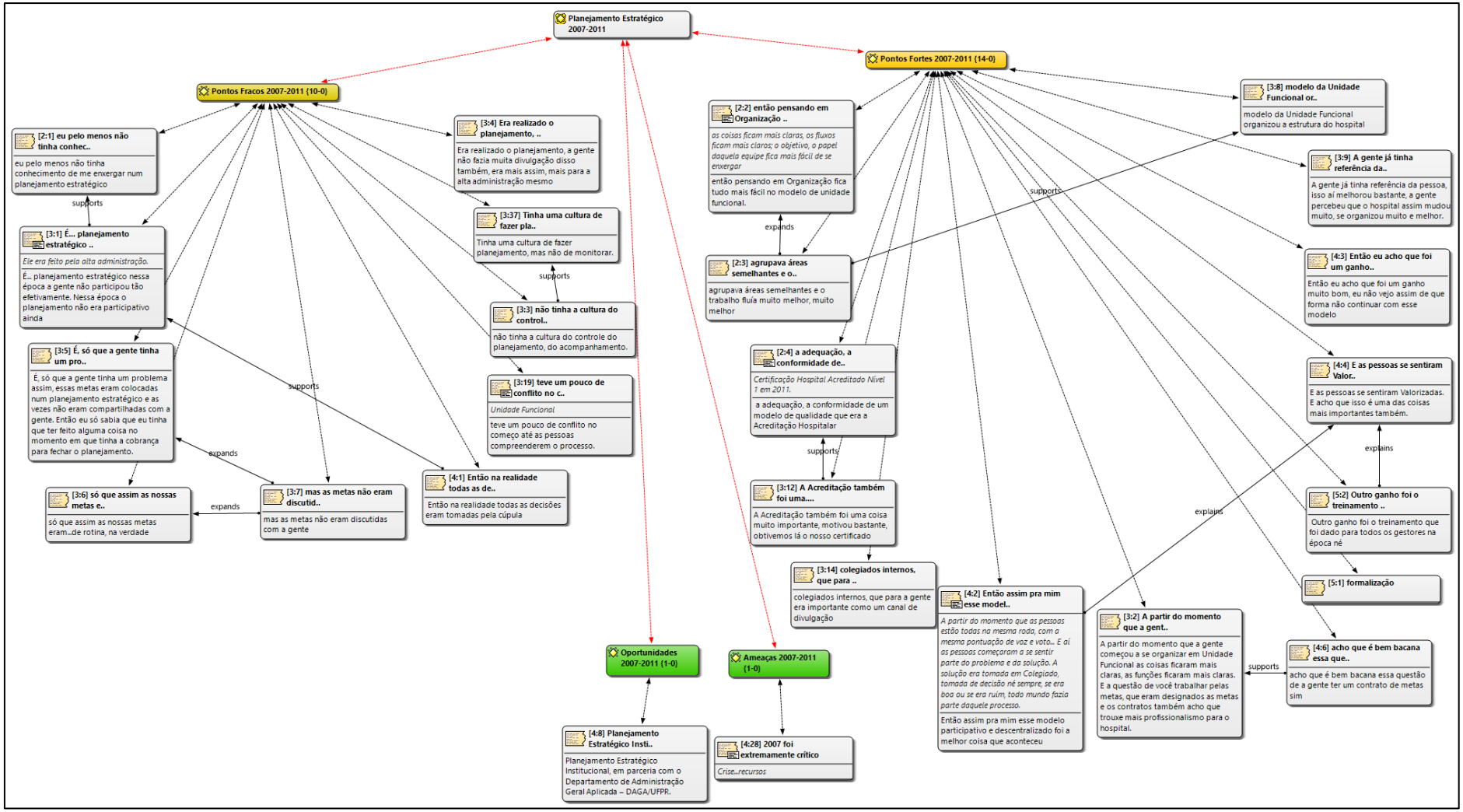

Figura 12.Rede 1. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011.
Fonte: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas realizadas com quatro unidades (2016).

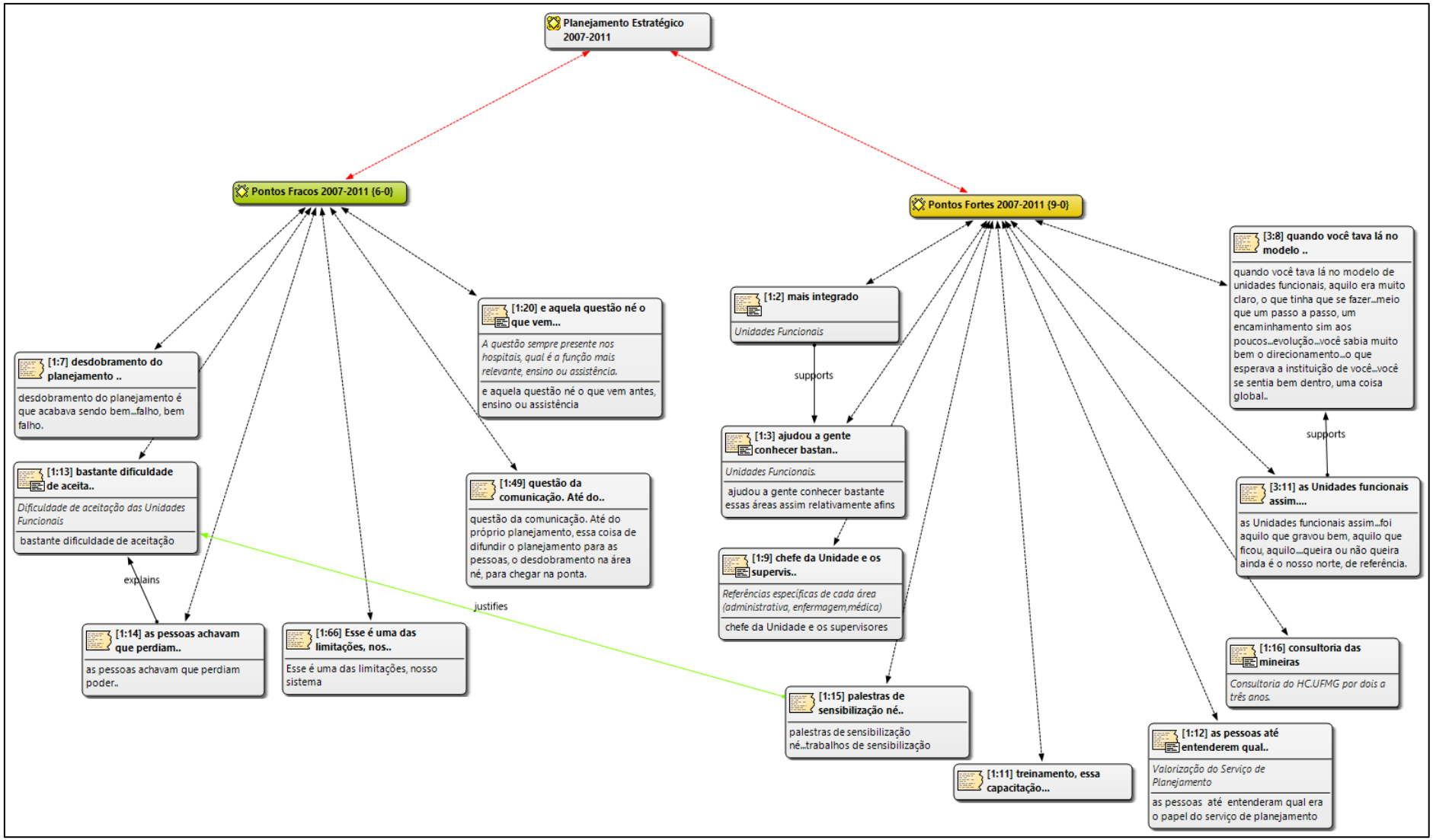

Figura 13.Rede 2. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011.
Fonte: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas realizadas com duas unidades (2016).

Um dos principais objetivos estratégicos do PE 2007-2011 era a solidificação do modelo de UFs, implantado na instituição em 2004 (HC/UFPR, 2006). Como citado nesse planejamento, uma das motivações à implantação das UFs era a redução de desperdícios de recursos e também de conflitos, devido à ausência de uma diretriz organizacional de atuação, resultando em construção de práticas diversas nos setores hospitalares.

Visualiza-se o impacto positivo que esse modelo, amadurecido já em outro hospital, o HC/UFMG, teve na instituição neste momento. Os profissionais do HC/UFPR aderiram a uma gestão participativa e com maior formalização. Mas no início, havia sim um número de profissionais resistentes à nova metodologia, principalmente devido à uma preferência pela manutenção da centralização de decisões:

> **P1** E assim no geral, na instituição como um todo assim, tinha bastante dificuldade de aceitação né. As pessoas...sim, pela questão até de...as pessoas achavam que perdiam poder...

O novo processo trouxe um novo estímulo, principalmente pela parceria do HC/UFMG, também um dos maiores da rede de hospitais universitários federais. Percebeu-se, nas entrevistas, que as pessoas falavam do modelo de UFs com bastante saudosismo. Não houve apontamentos negativos, somente uma possibilidade de limitação: **P2** “Existe a possibilidade ...eu nunca enxerguei isso...de você estar estimulando assim algumas ilhas. Até pode ser...”. Fora isso, somente considerações positivas, como pode ser visualizado nas seguintes citações:

> **P2** E as coisas ficam mais claras, os fluxos ficam mais claros; o objetivo, o papel daquela equipe fica mais fácil de se enxergar; então pensando em organização fica tudo mais fácil no modelo de Unidade Funcional.

> **P3** A partir do momento que a gente começou a se organizar em Unidade Funcional as coisas ficaram mais claras, as funções ficaram mais claras. E a questão de você trabalhar pelas metas, que eram designados as metas e os contratos também acho que trouxe mais profissionalismo para o hospital.

> **P4** Então assim para mim esse modelo participativo e descentralizado foi a melhor coisa que aconteceu [...] E aí as pessoas começaram a se sentir parte do problema e da solução. A solução era tomada em Colegiado, tomada de decisão né sempre, se era boa ou se era ruim, todo mundo fazia parte daquele processo.

> **P6** Quando você estava lá no modelo de unidades funcionais, aquilo era muito claro, o que tinha que se fazer...meio que um passo a passo, um encaminhamento sim aos poucos...evolução...você sabia muito bem o

> direcionamento...o que esperava a instituição de você...você se sentia bem dentro, uma coisa global.

Essa abertura para o envolvimento dos profissionais estimula a motivação pelo trabalho, pelo enfrentamento aos problemas e, consequentemente, produz resultados mais efetivos. Um colaborador está motivado quando se mostra disposto e otimista, o que se pôde identificar nas citações anteriores. O trabalho em equipe, a inclusão das pessoas nos processos, é uma ferramenta de produtividade, de efetividade, e de satisfação dos trabalhadores (ROBBINS, 2000; MAXIMIANO, 2008).

O modelo de UFs tinha como objetivo unir serviços afins, para realinhar a linha de cuidado. Cada Unidade era formada pelo seu gerente, os supervisores de cada área (administrativa, enfermagem, médica e em algumas Unidades, técnica, como por exemplo, a Informática) e todos os profissionais atuantes nos diversos serviços. A escolha do gerente e dos supervisores era por processo de votação, pelos membros do Colegiado.

O Colegiado de gestão, era realizado normalmente a cada quinze dias, e tinha como finalidade a discussão e decisão das principais questões. Sua existência ocorria desde a implantação da Unidade, chamado então de Pré-Colegiado, processo em que se realizava o diagnóstico dos serviços da Unidade a ser implantada, bem como os primeiros desafios a trabalhar. Essa etapa tinha a duração de um ano, em média.

> **P6** A gente fez toda a parte de implantação, a fase, fazer o pré colegiado né [...] A gente fez a construção da missão, de todos os objetivos, valores, enfim [...] a gente viu o que era importante [...] desde criação de pop´s, protocolos clínicos [...] o primeiro momento que a gente pensou no colegiado era estruturar a Unidade. Levantar as necessidades, o que precisava fazer e ter metas em relação a isso.

Outra ação também considerada como positiva foi a criação da supervisão para cada área, pois a partir daí, havia uma referência para a discussão e a resolução dos diversos problemas relacionados às questões administrativas, de enfermagem, médicas e técnicas. Havia maior agilidade e foco para resolver as situações:

> **P1** O fato da Unidade ter um chefe da Unidade e os supervisores ...ah então eu quero uma coisa médica eu me direcionava ...chefe da unidade, supervisor médico, supervisor administrativo, enfermagem, facilitou muito.

Essa nova dinâmica de trabalho apresentou-se benéfica, pois trouxe maior envolvimento e poder de decisão aos membros da equipe, o *empowerment*. Este

consiste no desenvolvimento de atividades de planejamento e de gerenciamento pelo grupo, com autonomia. O gerente é o gestor que indica o direcionamento, mas permite a condução do trabalho pelos profissionais. Além disso, inclui a capacitação e o treinamento dos colaboradores, o que também foi mencionado pelos entrevistados. Esse acesso a oportunidades na organização traz maior satisfação aos colaboradores (MAXIMIANO, 2008; WONG; LASCHINGER, 2012).

A existência de um contrato de metas entre as Unidades e a Direção de área foi uma ação estimulante, e que ainda não tinha sido realizada no hospital. As pessoas colocaram a importância desse contrato, pois trouxe formalização e direcionamento.

> **P4** Eu acho que as metas é uma coisa muito boa, porque você tem foco, você tem um norte, independente disso nós temos nossas situações internas também, para dar conta né, mas eu acho que é bem bacana essa questão de a gente ter um contrato de metas sim.

> **P3** E a questão de você trabalhar pelas metas, que eram designados as metas e os contratos, também acho que trouxe mais profissionalismo para o hospital.

A metodologia do contrato de metas, adotada pelo HC/UFPR, vai ao encontro do posicionamento de Wright, Kroll e Parnell (2000) sobre a importância da formalização das diretrizes estabelecidas pelas organizações públicas, a fim de estruturar a execução e o controle.

O hospital se adequou a essa metodologia e tinha um sistema de monitoramento e avaliação das UFs, o que é desejável às organizações públicas (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000). As avaliações eram semestrais e ocorriam com o gerente e os supervisores das Unidades, um profissional do Serviço de Planejamento e a diretoria de área. Dessa forma, identificava-se o status de cada meta e se era necessário readequar diretrizes para que ela fosse atingida no final do contrato (nos primeiros anos, o contrato finalizava em um ano, e após mudou para um ano e meio e dois anos). Essas avaliações foram bem importantes para o desenvolvimento das Unidades.

Nesse momento também ocorreram várias ações de treinamento e capacitação. Primeiramente para os novos gerentes e supervisores e após, esses organizaram os trabalhos em suas UFs, conforme as necessidades. O Serviço de Planejamento contribuiu com a realização desses treinamentos, principalmente na

área de custos. As Unidades passaram a ter uma integração maior com esse serviço, o que trouxe impactos positivos.

As ações de treinamento e capacitação são estratégias de desenvolvimento de competências dos colaboradores e de potencialização da produtividade, que maximizam os resultados obtidos (PORTER, 2002; KAPLAN; NORTON, 2008).

Percebe-se a consolidação e a força desse modelo, pois há um compartilhamento de experiências positivas pelos entrevistados e verifica-se que, ainda, é uma referência para o hospital: **P6** “as Unidades Funcionais assim...foi aquilo que gravou bem, aquilo que ficou, aquilo...queira ou não queira ainda é o nosso norte, de referência...aquilo que foi construído em anos né”.

Outro fato que, facilmente pode-se constatar, e marcou a história da instituição, foi o trabalho realizado para a busca da certificação de Hospital Acreditado-nível 1 (segurança), o que obteve em 2011, após avaliação da ONA. O HC/UFPR foi o primeiro hospital, de assistência 100% SUS, a obter esse certificado (HC/UFPR, 2011). Ressaltou-se o crescimento que a participação trouxe para o HC/UFPR como um todo**: P3**: “A Acreditação também foi uma coisa muito importante, motivou bastante, obtivemos lá o nosso certificado”.

Constata-se uma questão interessante. O modelo de UFs trouxe uma grande mudança para a instituição, um impacto positivo, uma motivação às equipes. O seu amadurecimento era um dos objetivos estratégicos do PE. Porém, esse mesmo PE, já teve uma característica oposta. Construído em 2006, teve a sua formulação e condução centralizada na alta administração. Não houve disseminação, não houve desmembramento pelas unidades, conforme citações dos participantes:

> **P3**: É ...planejamento estratégico nessa época a gente não participou tão efetivamente. Nessa época o planejamento não era participativo ainda. Ele era feito pela alta administração.

> **P3**: É, só que a gente tinha um problema assim, essas metas eram colocadas num planejamento estratégico e ás vezes não eram compartilhadas com a gente. Então eu só sabia que eu tinha que ter feito alguma coisa no momento em que tinha a cobrança para fechar o planejamento. Então, era bem difícil. Ele era feito, mas não tinha acompanhamento. Nem passavam para a gente o que tinha que fazer e ...só que assim as nossas metas eram ...de rotina, na verdade.

> **P1** Anteriormente, a gente não participava muito dos planejamentos estratégicos**.** Na verdade, ás vezes, já vinha um planejamento pronto...a gente ia em uma ou outra reunião... na verdade a atuação maior aconteceu no planejamento estratégico vigente e no planejamento estratégico anterior...

> de participação, porque a forma do planejamento estratégico mudou... antes era mais entre a direção...daí vinha...ás vezes a gente fazia relatórios ...mas sempre não era uma coisa muito...eu acho que não era muito divulgado.

Pode-se inferir que a Direção tenha entendido que um dos seus objetivos (a solidificação do modelo de UFs) poderia ser executado em conjunto, mas que o PE em sí deveria ser por ela gerenciado. Na administração centralizada, as decisões são formadas pelo corpo diretivo e o que cabe aos demais agentes públicos é a execução das definições (PEREZ; FORGIARINI, 2016).

O que se percebe, porém, é que os resultados poderiam ter sido mais efetivos. Os participantes colocam que as metas não eram construídas em conjunto e que muitas vezes, nem tinham ciência das mesmas, apenas em momentos de relatórios de fechamento. Dessa forma, as metas eram basicamente a rotina de cada serviço. Quando a elaboração do PE não inclui os diversos atores, a sua construção ocorre de maneira diversa da realidade, não produzindo efeitos concretos. Perdeu-se assim a oportunidade de atingir resultados maiores, devido a um processo concentrado no corpo diretivo (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; LITTLE, 2002).

Além disso, os participantes desconhecem alguma forma de monitoramento desse planejamento. O que provavelmente, não deveria existir, não de maneira sistematizada e divulgada.

Essas fragilidades foram identificadas pela Direção, que buscou mitigá-las no planejamento que seria construído para os próximos anos, 2012 a 2015. Assim, um trabalho com a UFPR foi realizado, e os professores contribuíram com esse novo projeto.

A seguir, a figura 14, traz a representação dos documentos utilizados nesse período. Pode-se verificar a metodologia de gerenciamento do modelo de UFs e do processo de PE, bem como a relação entre esses instrumentos.

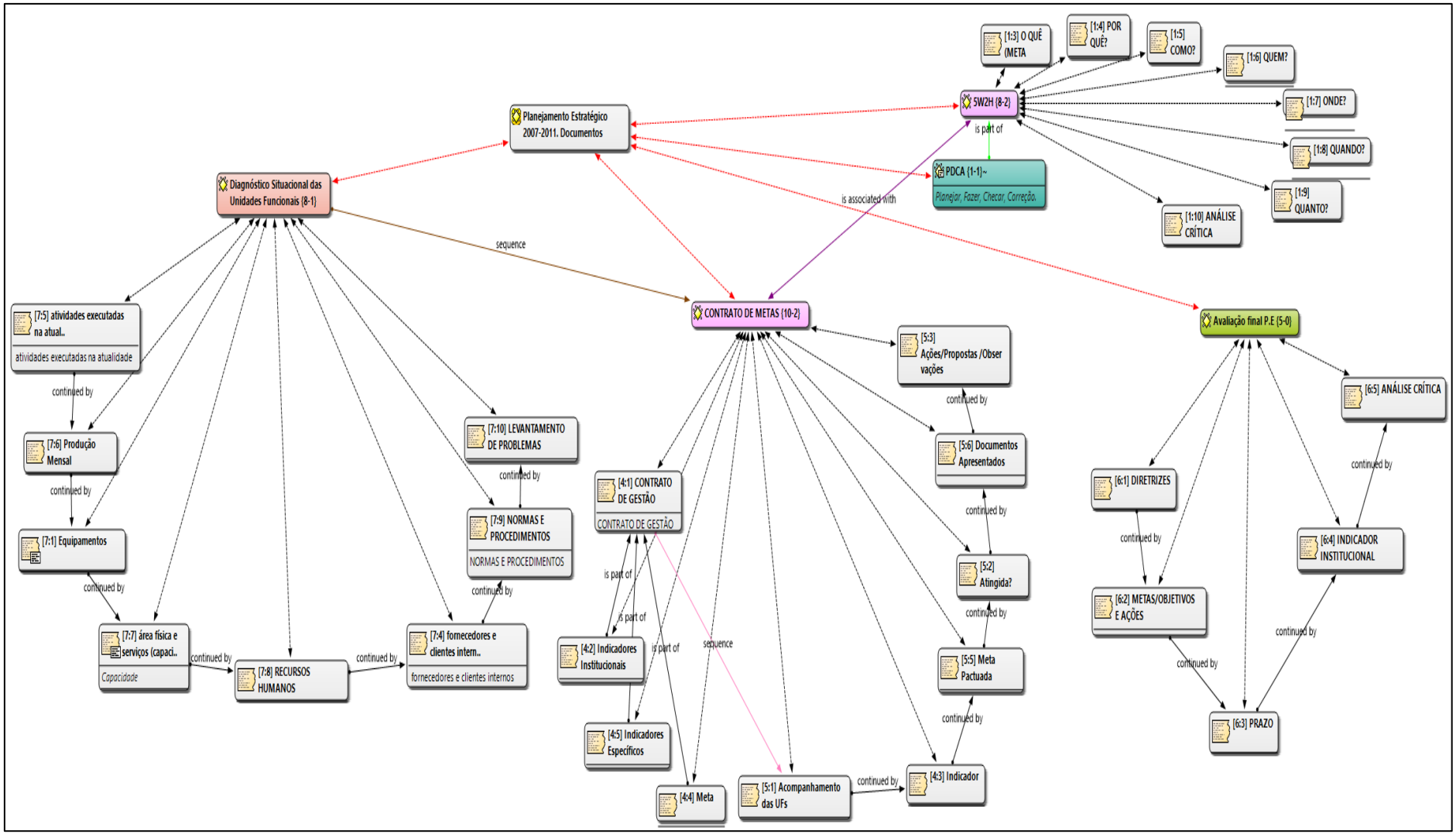

Figura 14. Rede documentos do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011. Fonte: Elaborada pela autora, com base na pesquisa de campo realizada com as seis unidades (2016).

Na análise de documentos, primeiramente, tem-se o diagnóstico da UF, que era um guia de todas as informações necessárias para o reconhecimento dos serviços que iriam compor a nova Unidade, tais como atividades desempenhadas, produção mensal, capacidade, número de profissionais, fornecedores e clientes internos. Após, com todos os dados levantados, o Pré-Colegiado definia quais os principais problemas a serem enfrentados e a partir daí as primeiras metas eram construídas.

Após a fase de construção, a UF assinava o contrato de metas com a Direção de área. Era composto por indicadores institucionais, em que consistiam nas metas e indicadores para todas as unidades; e indicadores específicos, aqueles construídos pelo Colegiado da UF e acordados com sua Direção de área.

No acompanhamento semestral, coordenado por um profissional do Serviço de Planejamento e pela Direção de área, verificava-se as ações realizadas em relação à meta pactuada e ao indicador definido, mediante a comprovação por documentos. Consequentemente, identificava-se o percentual de atingimento. Novas ações eram propostas para correção, aprimoramento ou padronização. Esse monitoramento com a liderança é o caminho essencial para a efetividade dos resultados (BOUHALI *et al.,* 2015).

As UFs utilizavam como instrumento de planejamento, a ferramenta 5W2Hs e o ciclo PDCA (BLAUTH, 2006; FNQ, 2014). A execução conjunta dessas duas ferramentas representou uma ação significativa para a melhoria dos processos.

Apresentou-se também o documento para a avaliação final do PE, no qual constava a análise crítica de cada meta pactuada, ou seja, ações e indicadores realizados e não realizados, e o cumprimento ou não de prazos. Não houve apresentação de um levantamento parcial do PE.

Mais uma vez corrobora-se a maior atuação dos profissionais para o objetivo estratégico referente às UFs do que para o próprio PE em sí. O foco das atividades era naquele instrumento.

Após a análise das informações referentes ao PE 2007-2011, através das entrevistas e dos documentos disponibilizados, construiu-se a Matriz *SWOT*, representada pelo quadro 16. Neste quadro, é possível visualizar pontos fortes, pontos fracos, oportunidades e ameaças, do período estudado.

ANÁLISE *SWOT* PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO (PE) DO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR PERÍODO 2007-2011	
S – *Strengths*/ Forças	***W – Weaknesses*/Fraquezas**
1. Parceria com o HC/UFMG – Dois a três anos, para a implantação do Modelo de UFs, um dos objetivos estratégicos do PE; 2. Modelo UF: maior organização da estrutura administrativa do hospital, pois agrupava áreas semelhantes; 3. Contrato de metas: maior profissionalismo para o hospital; 4. Referências para cada área, pelos supervisores (administrativa, enfermagem, médica, técnica); 5. Colegiados: decisão compartilhada e canal de comunicação, modelo participativo; 6. Modelo participativo: valorização das pessoas; 7. Treinamento e capacitação das equipes; 8. Processo e obtenção do certificado de Hospital Acreditado pela ONA – Nível 1; 9. Maior entendimento do papel do Serviço de Planejamento pelas UFs, e as suas relações com o mesmo.	1 O processo do PE não era participativo, e sim centralizado na Alta Administração; 2 Conhecimento das metas pelas Unidades apenas no fechamento do planejamento, e normalmente, eram metas de rotina; 3 Pouca divulgação do plano à comunidade; 4 Falta de efetividade na comunicação; no desdobramento do PE para a ponta; 5 Não havia uma sistematização para o monitoramento; 6 O processo do PE em sí tinha menor força do que um de seus objetivos estratégicos, a implantação e solidificação das UFs; 7 Resistência de alguns profissionais em relação a um dos principais objetivos do planejamento: implantação e solidificação das UFs (decisões compartilhadas); 8 Sistema interno, limitação para as atividades de gerenciamento; 9 A questão ensino-assistência.
1. Proposta de um novo PE, com a orientação do DAGA/UFPR.	1. Crise financeira em 2007, um período com redução de recursos.
***O – Opportunities*/Oportunidades**	***T – Threats*/Ameaças**

Quadro 16. Matriz SWOT do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2007 a 2011.
Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (2016).

4.3.4.2 Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2012-2015.

Conforme item anterior, as próximas figuras, 15 e 16, são a representação dos principais pronunciamentos dos participantes das entrevistas (codificados como “**P”**), elaboradas pelo sistema ATLAS TI 7. Após, essas declarações serão trabalhadas a fim de trazer as características da gestão estratégica desse momento.

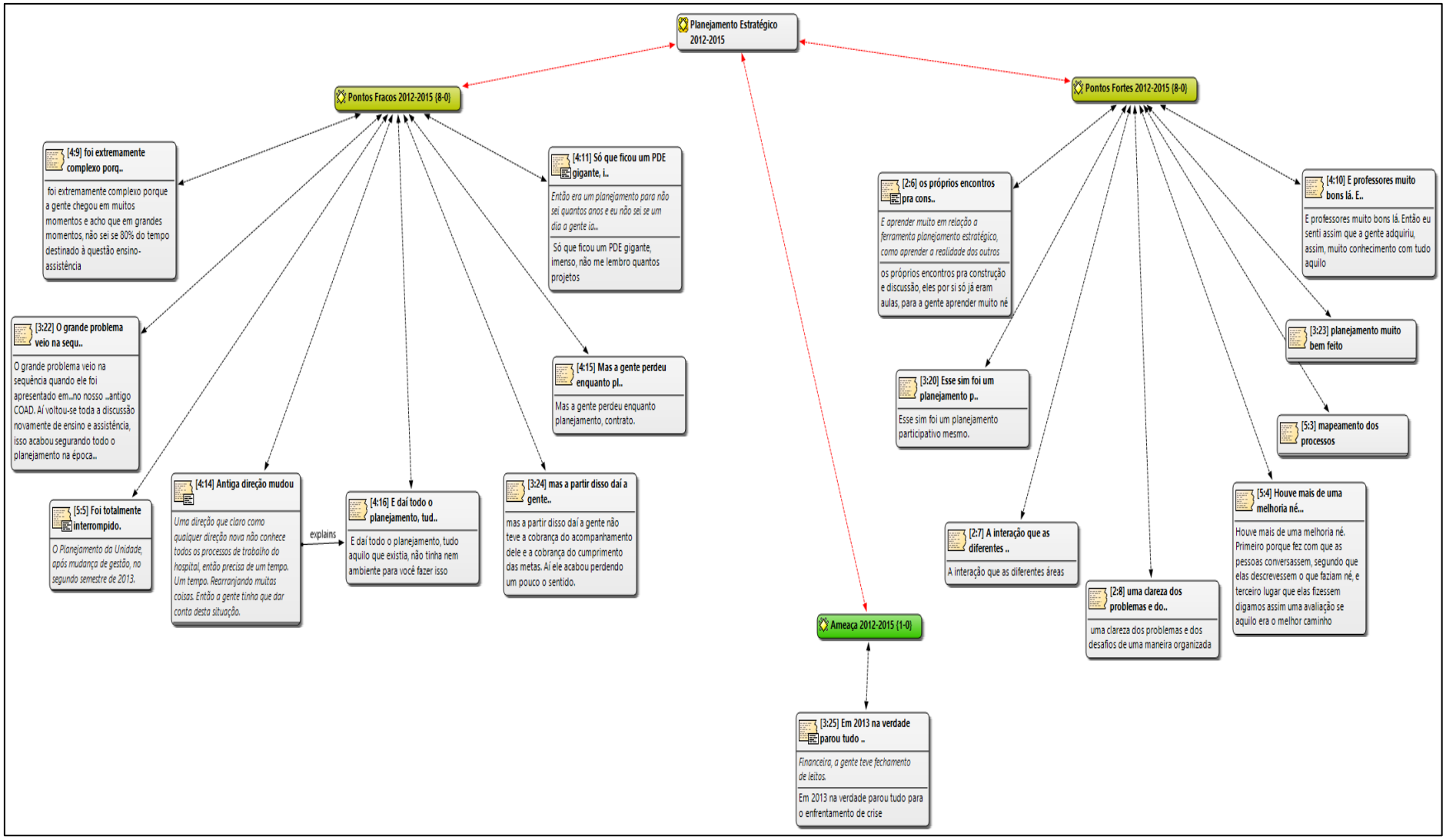

Figura 15. Rede 1. Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015.
Fonte: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas realizadas com quatro unidades (2016).

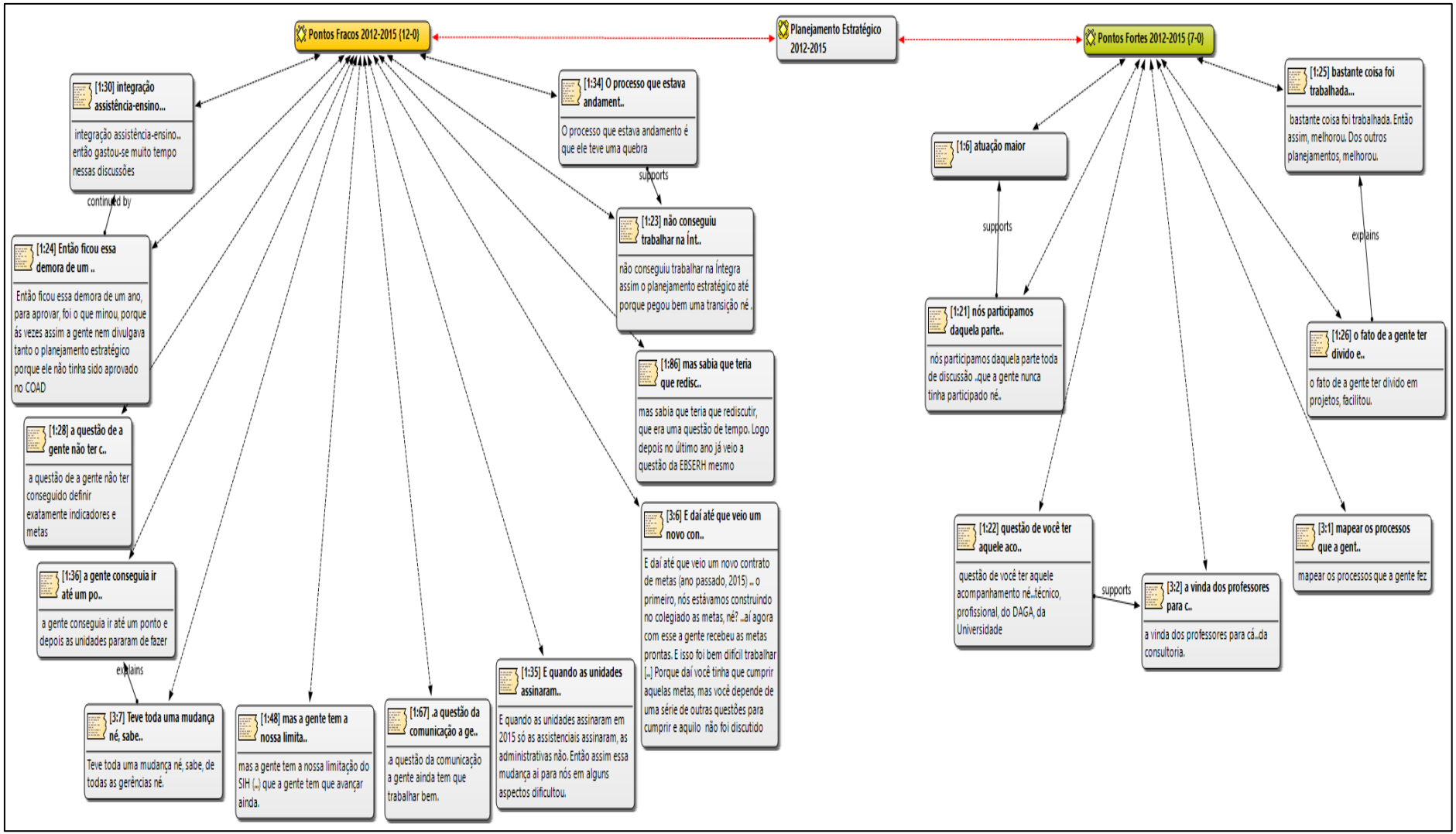

Figura 16. Rede 2. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015. Fonte: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas realizadas com duas unidades (2016).

A construção do PE 2012-2015 foi uma experiência muito interessante para todos os envolvidos e foi um marco importante, já que conforme os entrevistados, foi o primeiro processo participativo que ocorreu na instituição. Não só pela questão da inclusão dos gerentes, supervisores, coordenadores do hospital e também de professores e chefes de departamento da universidade, o PE 2012-2015 foi marcado também pela consultoria da UFPR, mais especificamente, o DAGA. Os professores coordenaram toda a construção, em diversos encontros.

Assim, as pessoas informaram que o trabalho foi enriquecedor não só pelo aprimoramento do PE em sí, mas por todo o conteúdo trabalhado com os professores, nas aulas inclusas nas atividades. Houve também a oportunidade de integrar-se mais com outras áreas, conhecendo as suas atribuições e as suas relações com o hospital.

> **P2** Mas os próprios encontros para a construção e discussão, eles por sí só já eram aulas, para a gente aprender muito né. E aprender muito em relação a ferramenta planejamento estratégico, como aprender a realidade dos outros. A interação que as diferentes áreas ali tinham que ter [...] que por si só isso já era muito importante de se viver. O próprio momento. E de ter uma clareza dos problemas e dos desafios de uma maneira organizada, tentar superar esses problemas com ações organizadas, para se resolver. Na realidade era isso.

Mintzberg (1995) já defendia a importância da integração da gestão de uma organização hospitalar com os diversos setores que agregam esse universo. Somente dessa forma é possível reconhecer as interligações entre as questões estratégicas e operacionais.

Em paralelo a isso, a UFPR também contribuiu com cursos de gerenciamento e mapeamento de processos, estes realizados por professores de outro setor, o Setor de Educação Profissional e Tecnológica-SEPT. Diversos processos das unidades foram mapeados e redesenhados, com sugestões e aplicações de melhorias.

A elaboração do planejamento trouxe maior clareza quanto aos objetivos, metas e ações. Utilizou-se a metodologia *BSC,* ou seja, a disseminação do planejamento em 30 projetos, subdivididos nas perspectivas aprendizado/crescimento, processos, clientes/usuários e finanças/resultados (KAPLAN; NORTON, 2008; HC/UFPR, 2011). Por outro lado, alguns participantes consideraram que o plano ficou muito extenso, para o período definido.

A elaboração do plano ocorreu em 2011, período em que o modelo de UF estava bem atuante e presente. Percebe-se que, a experiência do modelo de UFs foi

o que também estimulou a formulação do PE participativo, buscando integrar o ensino e a assistência.

O que foi relatado é que exatamente essa integração entre os profissionais do hospital e os professores e chefes de departamento gerou uma extensa discussão, sobre a frequente questão que é encontrada nos hospitais universitários: a relação ensino e assistência.

Ainda ocorrem conflitos entre essas duas funções de um hospital; de um lado a assistência destaca a sua contribuição, não só com o serviço ofertado aos usuários, mas também com a execução da contratualização com o gestor; e de outro lado, o ensino reforça o papel de formação, capacitação e pesquisa dessas instituições. Ainda falta um entrosamento entre as áreas (LIMA, 2006; DRAGO, 2014).

Os participantes comentaram que mais da metade do tempo trabalhado foi preenchido por essa temática, o que tornou muitas vezes, o processo desgastante: **P1** “[...] integração assistência-ensino...então gastou-se muito tempo nessas discussões”.

> **P4** [...] foi extremamente complexo porque a gente chegou em muitos momentos e acho que em grandes momentos, não sei se 80% do tempo destinado à questão ensino-assistência.

Porém, os professores que estavam coordenando o trabalho, acharam importante isso acontecer, já que esse ponto estava latente. Após muita discussão, e por se acreditar que existia um consenso, o planejamento foi finalizado e encaminhado ao Conselho de Administração-COAD para aprovação. Porém, os gestores relatam que lá, novamente, a questão ensino-assistência foi colocada em questionamento.

> **P3** O grande problema veio na sequência quando ele foi apresentado em...no nosso...antigo COAD. Aí voltou-se toda a discussão novamente de ensino e assistência, isso acabou segurando todo o planejamento na época.

Esse atraso na aprovação, concretizada somente no ano posterior, prejudicou a execução. É um fato, que também, gera desestímulo. Conforme Silva, R.O (2001) a motivação é um ciclo, composto por algumas etapas. Primeiro, deve existir uma necessidade a ser atingida, um objetivo a alcançar. Após, há a construção de possibilidades para atingir esses objetivos, que neste caso, é representado pelo PE. Assim, as pessoas são estimuladas a tomarem decisões e a realizarem ações. Os resultados desses esforços geram, se positivos, novas práticas. Portanto, bastaria o retorno do Conselho para os trabalhos começarem, o que não se efetivou.

Aliado a isso, o ano de 2013, foi um momento de troca de gestão. A nova direção assumiu em junho de 2013 e os participantes relatam que ocorreu uma quebra do modelo vigente, seja quanto ao PE, seja quanto ao modelo de UF: **P1** “O processo que estava andamento é que ele teve uma quebra”.

> **P4** Uma direção que claro como qualquer direção nova não conhece todos os processos de trabalho do hospital, então precisa de um tempo. Um tempo. Rearranjando muitas coisas. Então a gente tinha que dar conta desta situação.
>
> **P4** E daí todo o planejamento, tudo aquilo que existia, não tinha nem ambiente para você fazer isso.

Pode-se visualizar essa situação em outras organizações. No Hospital Universitário Federal de Santa Catarina, por exemplo, o processo de PE, construído e em atividade, no período de 2004 a 2008, sofreu uma quebra com a mudança de gestão que ocorreu em 2008, visto que os novos diretores não estavam integrados ao trabalho (RIZZATTI; PEREIRA, M.F.; AMARAL, 2012).

Mas essa é uma questão maior, que está presente em todos os órgãos públicos, e não só daqueles da área de saúde. A mudança do corpo diretivo, inevitavelmente, traz uma descontinuidade do modelo vigente, com mudanças de percursos, novos objetivos, e assim, a não obtenção de metas anteriormente determinadas como importantes (SILVA, C.L. 2013; SILVA, W.C. *et al*., 2013). Os mandatos de quatro anos repercutem em interrupções da gestão administrativa (RIZZATTI; PEREIRA, M.F.; AMARAL, 2012).

Além desse quadro, havia ainda a questão da adesão ou não adesão à EBSERH: **P1** “Logo depois no último ano já veio a questão da EBSERH mesmo”. Os questionamentos e as dúvidas eram presentes, o que é normal em processos de mudança. As pessoas normalmente são resistentes às mudanças. Em muitas situações, essa posição é benéfica, pois traz o nível de estabilidade necessário para uma continuidade das atividades, caso contrário, as organizações estariam sujeitas a casualidades. Mas há um aspecto muito relevante quanto à resistência: ela limita o crescimento das instituições (ROBBINS, 2000).

O HC/UFPR não manteve o processo de certificação para Hospital Acreditado-nível 2 (processos), que seria realizado no ano de 2013. Os entrevistados apontam que essa descontinuidade foi um fator triste e desmotivador: **P4:**

“Acreditação. Estávamos tão bem para o nível 2. Daí mudou [...] A acreditação foi muito triste”.

> **P3** A Acreditação também foi uma coisa muito importante, motivou bastante, obtivemos lá o nosso certificado e depois infelizmente por questões de recursos também perdemos o certificado. Então isso é ruim. Frustra bastante.

Foi um período de grandes mudanças e instabilidade, o que certamente impactou no PE. Dessa forma, o que as pessoas afirmam é que esse planejamento foi extremamente importante, pois foi a primeira construção participativa; foi enriquecedor porque teve apoio dos professores da universidade, porém sua execução e monitoramento foram prejudicados devido à demora na aprovação do conselho e a todo o quadro de mudanças que se instalava, como nova direção e possíveis novos direcionamentos da EBSERH.

Em outubro de 2014 foi assinado o contrato com a EBSERH. A partir disso, realmente novas condutas começaram a ser realizadas. Logo no início do ano de 2015, a empresa pública promove uma parceria com o IEP/HSL e um novo PE para o HC/UFPR é criado. Durante todo esse ano, foi realizado o trabalho com diretores, gerentes das unidades e coordenadores. As reuniões com a equipe da EBSERH e do IEP/HSL eram mensais. Além disso, os diretores participaram de uma especialização em gestão estratégica e disseminaram o trabalho no hospital.

Verifica-se que há um esforço da EBSERH quanto ao aprimoramento dos gestores quanto à utilização do instrumento PE, em todos os hospitais contratualizados (EBSERH, [ca.2015a]).

Nesse mesmo ano ocorreu uma reestruturação administrativa na instituição. Com isso, a grande parte dos gerentes foram realocados de unidades, a fim de trazer maior aprendizagem organizacional. Prahalad (2002) pontua que essa estratégia é um dos fatores de competência organizacional. Porém, todos foram remanejados ao mesmo tempo, em setembro de 2015. E até que esses gestores conhecessem o novo local, a nova unidade a ser trabalhada, levou um tempo. Isso repercutiu na condução do trabalho dos contratos das UFs.

> **P1** Então a gente teve que fazer adequações. Criou setores, coisa que a gente não tinha, em algumas áreas até criou um nível a mais, um ou dois níveis a mais, porque criou a Divisão e o Setor. E a Unidade...tivemos unidades novas que foram desmembradas, outras unidas.

> **P6** Teve toda uma mudança né, sabe, de todas as gerências né... Então nessas mudanças assim que teve, a gente, não foi dado assim continuidade das metas do contrato que foi assinado.

Uma mudança que envolve um redirecionamento da organização é considerada como uma alteração complexa, que causa impactos nos diversos setores da instituição, ou até mesmo, em toda ela, e por isso exige um tempo para surtir efeitos positivos (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; CERTO; PETER, 1993; MATIAS-PEREIRA, 2011).

Também se relata que o último contrato das unidades assinado (início de 2015) teve outra metodologia. Primeiro, inseriu apenas uma parte das UFs, as assistenciais. E também, não foi construído pela unidade, conforme os entrevistados, e sim pela Direção.

> **P1** O que aconteceu é que depois, todas as unidades ficaram sem contrato, isso era em 2013, tinha contrato, 2014 já não tinha contrato. E quando as unidades assinaram em 2015 só as assistenciais assinaram, as administrativas não. Então assim essa mudança aí para nós, em alguns aspectos, dificultou.

> **P6** E daí até que veio um novo contrato de metas (ano passado, 2015) [...] o primeiro, nós estávamos construindo no colegiado, as metas, né? [...] aí agora com esse a gente recebeu as metas prontas. E isso foi bem difícil trabalhar. [...] Porque daí você tinha que cumprir aquelas metas, mas você depende de uma série de outras questões para cumprir e aquilo não foi discutido.

Os participantes mencionaram que, não só o contrato, mas outras características do modelo de UFs foi perdendo a sua força, como os colegiados e a função de supervisor por área.

E também, como ameaça, pode-se apontar a crise financeira que ocorreu no ano de 2013, o que repercutiu em menores recursos ao hospital e fechamento de leitos. Restrições de recursos do ambiente externo são causas frequentes das limitações das instituições, pois muitas vezes, não é possível evitar seus impactos, mesmo com um planejamento (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

Conclui-se que a forma de construção do PE foi inovadora e benéfica, com muitos ganhos para os gestores. Porém, o momento não foi o ideal, já que se instalavam diversas mudanças, inclusive de âmbito nacional. O foco da equipe foi conduzido para as novas diretrizes propostas pela empresa pública, entre elas, a elaboração e a execução de um novo PE.

A seguir, a figura 17 consiste na rede que relaciona os documentos utilizados nesse período para gerenciamento do modelo de UFs e do processo de PE.

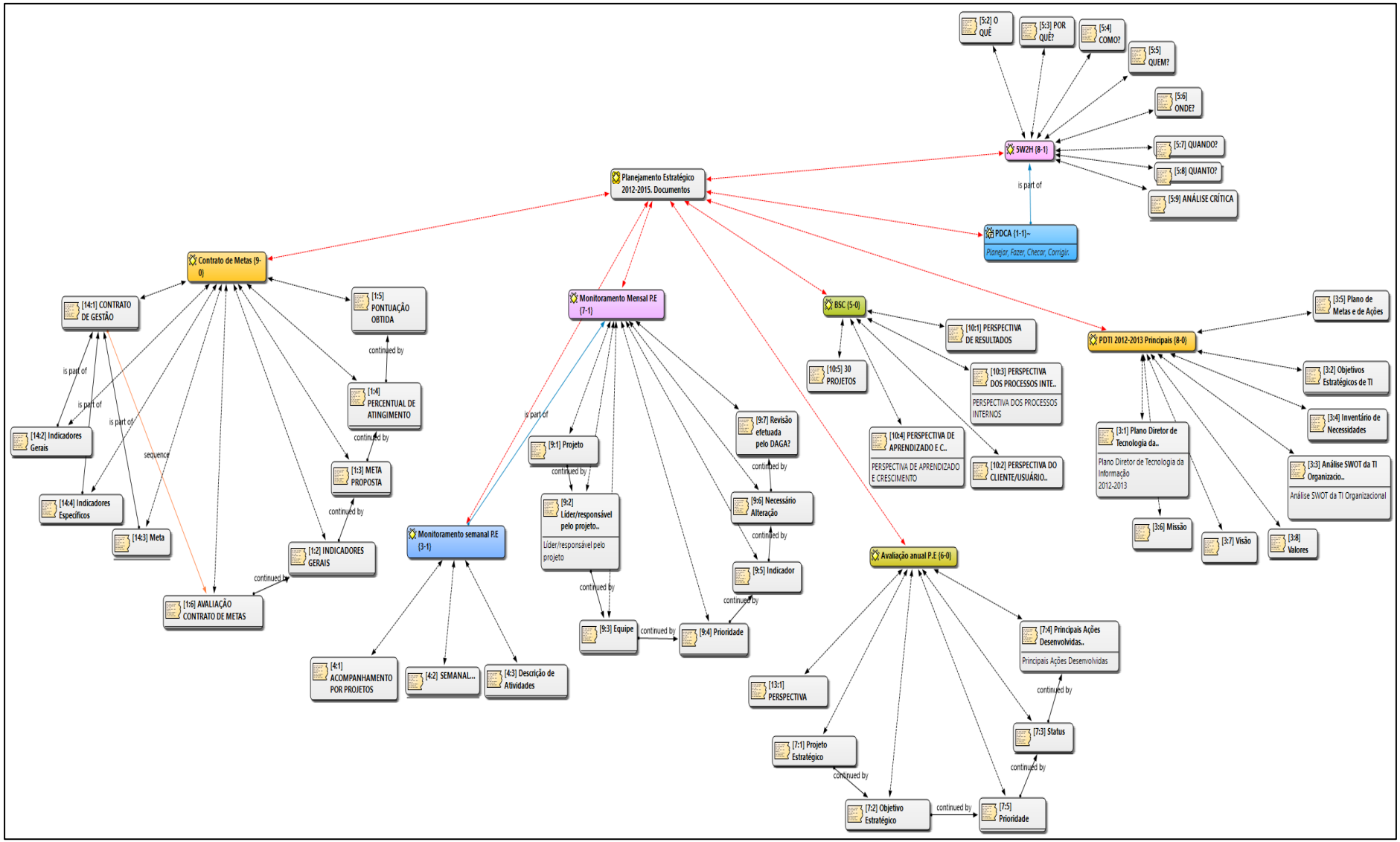

Figura 17. Rede documentos do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015. Fonte: Elaborada pela autora, com base na pesquisa de campo realizada com as seis unidades (2016).

Quanto à análise de documentos pode-se verificar que até o ano de 2013 o processo de avaliação das UFs era o mesmo do período anterior. Com as mudanças que ocorreram nesse ano, houve conforme visualizado na análise, a descontinuidade dos contratos. No ano de 2015, apenas algumas unidades receberam um contrato. Quanto ao monitoramento, avaliava-se as ações realizadas para cada meta, bem como o percentual de atingimento.

A principal metodologia para a formalização das metas elaboradas, o desdobramento das atividades, a identificação do cronograma e dos recursos necessários continuou sendo o 5W2Hs e o ciclo PDCA (BLAUTH, 2006; FNQ, 2014).

Quanto ao monitoramento semanal e mensal do PE, foi executado por um período curto de tempo, principalmente no ano de 2012 (mesmo sem ter o planejamento oficialmente aprovado pelo COAD). As reuniões semanais das equipes eram registradas em formulários, com a descrição das atividades realizadas e de novas definições, por projeto. No monitoramento mensal, procurava-se identificar se havia alguma necessidade de alteração das metas e indicadores definidos. Esse levantamento era realizado junto com a Direção de área. A construção dos objetivos e metas de uma unidade, com apoio dos líderes, é uma das características de organizações bem-sucedidas (KAPLAN; NORTON, 2008).

Verificou-se que os profissionais buscavam organizar seus relatórios e seus registros pelas perspectivas do *BSC*. A avaliação anual, bem como a final, também seguia esse padrão. Esse levantamento elencava as principais ações realizadas, de cada objetivo estratégico, por projeto.

Em paralelo ao PE 2012-2015, criou-se também o Plano Diretor de Tecnologia da Informação-PDTI, a fim de identificar o cenário vigente, os principais desafios da instituição na área, bem como elaborar planos de ação a fim de superá-los. Porém, esse planejamento também não foi efetivamente finalizado, devido às mudanças já anteriormente citadas, relacionadas ao PE como um todo. Além disso, existiam diversas questões relacionadas à implantação, pelo governo federal, de um sistema único para todos os hospitais universitários federais, o AGHU (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, [ca.2015a]; EBSERH, [ca.2015c]). Entretanto, mesmo após a adesão à EBSERH, a implantação do AGHU ainda não foi concluída.

Após a análise das informações referentes ao PE 2012-2015, através das informações e dos documentos disponibilizados pelos participantes, construiu-se a Matriz *SWOT*, representada pelo quadro 17.

ANÁLISE *SWOT* PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO (PE) DO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR PERÍODO 2012-2015	
S – *Strengths*/ Forças	**W – *Weaknesses*/Fraquezas**
1. Consultoria do DAGA/UFPR, acompanhamento técnico; 2. Além do aprimoramento em PE, e de conhecer a realidade do outro, os próprios encontros eram aulas, em que se aprendia muito; 3. Planejamento participativo, o que não tinha acontecido até então; 4. Interação das áreas; 5. Clareza dos problemas e desafios, de uma forma organizada; 6. Mapeamento de grande parte dos processos do hospital; 7. Reflexão, descrição e análise de melhorias para as atividades e processos das Unidades; 8. A divisão do PE em projetos facilitou a sua condução (30 projetos); 9. Um processo diferente e melhor do que o anterior.	1. Muitos momentos dedicados à questão ensino-assistência, o que tornou o PE desgastante; 2. Faltou a definição de alguns indicadores e metas; 3. Atraso na aprovação pelo Colegiado da Administração (HC + UFPR); 4. Planejamento extenso; 5. Mudança de gestão em 2013: quebra do processo do PE e do Modelo UFs. A situação era colocar a nova gestão a parte dos processos do hospital. Somente após se poderia retomar a continuidade do PE; 6. Redução do controle e do monitoramento; 7. Quanto ao modelo de UFs, também foi reduzindo sua cobrança. Com a realocação da maioria dos gerentes, o processo não se manteve; 8. O último contrato estabelecido – em 2015 – não foi construído pelas Unidades e sim pela Direção; 9. Sistema interno, ainda limitava a facilidade de gerenciamento; 10. Falhas de comunicação.
1. Nova metodologia EBSERH.	1. Crise financeira de 2013; o que ocasionou fechamento de leitos.
O – *Opportunities*/Oportunidades	**T – *Threats*/Ameaças**

Quadro 17. Matriz SWOT do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2012 a 2015.
Fonte: Elaborada pela autora, com base na pesquisa de campo (2016).

4.3.4.3 Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: período 2016-2017.

A seguir, as figuras 18 e 19 trazem os principais pronunciamentos dos participantes das entrevistas, que após, serão trabalhados a fim de esclarecer as características da gestão estratégica desse momento

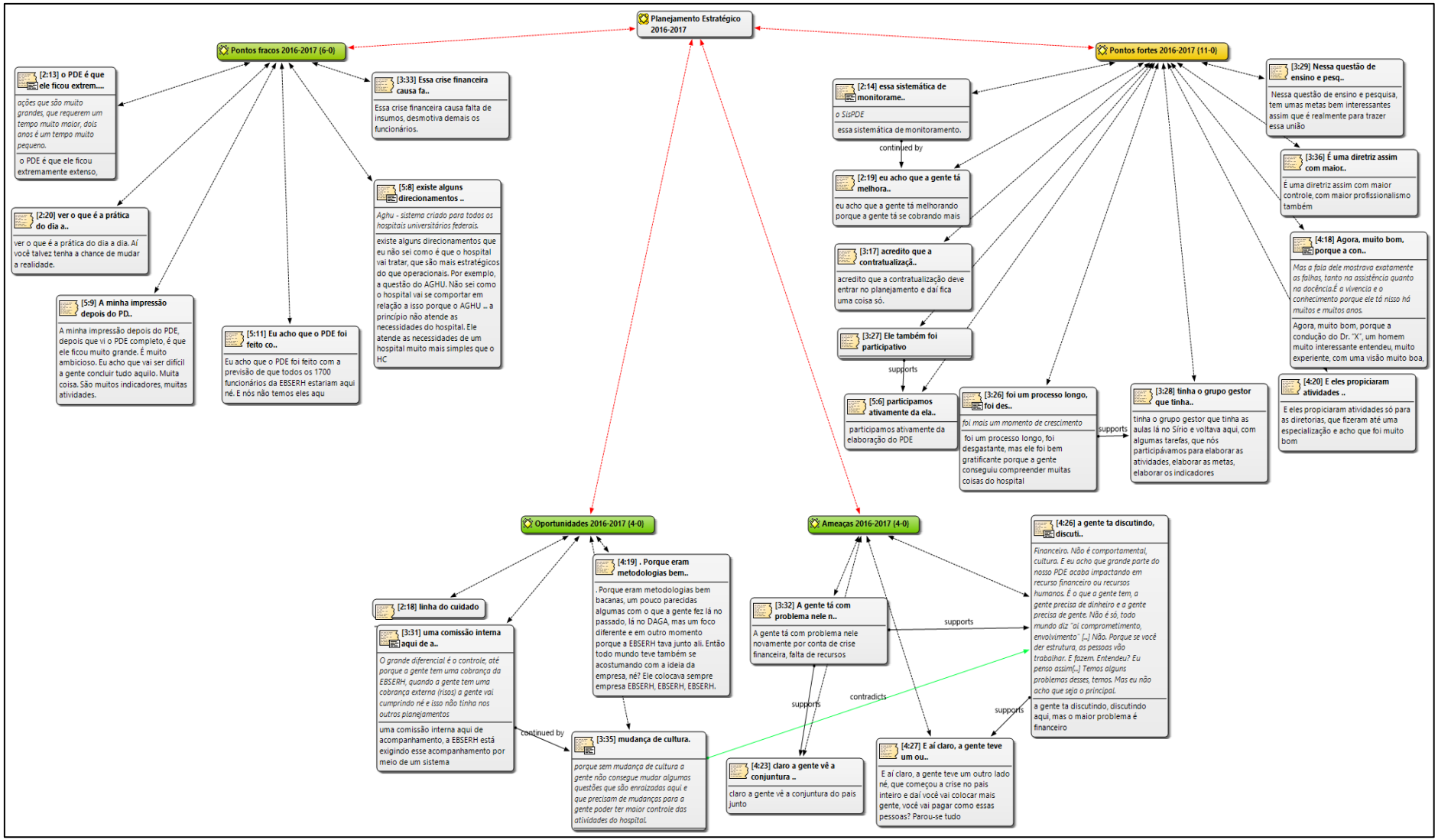

Figura 18.Rede 1. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017.
Fonte: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas realizadas com quatro unidades (2016).

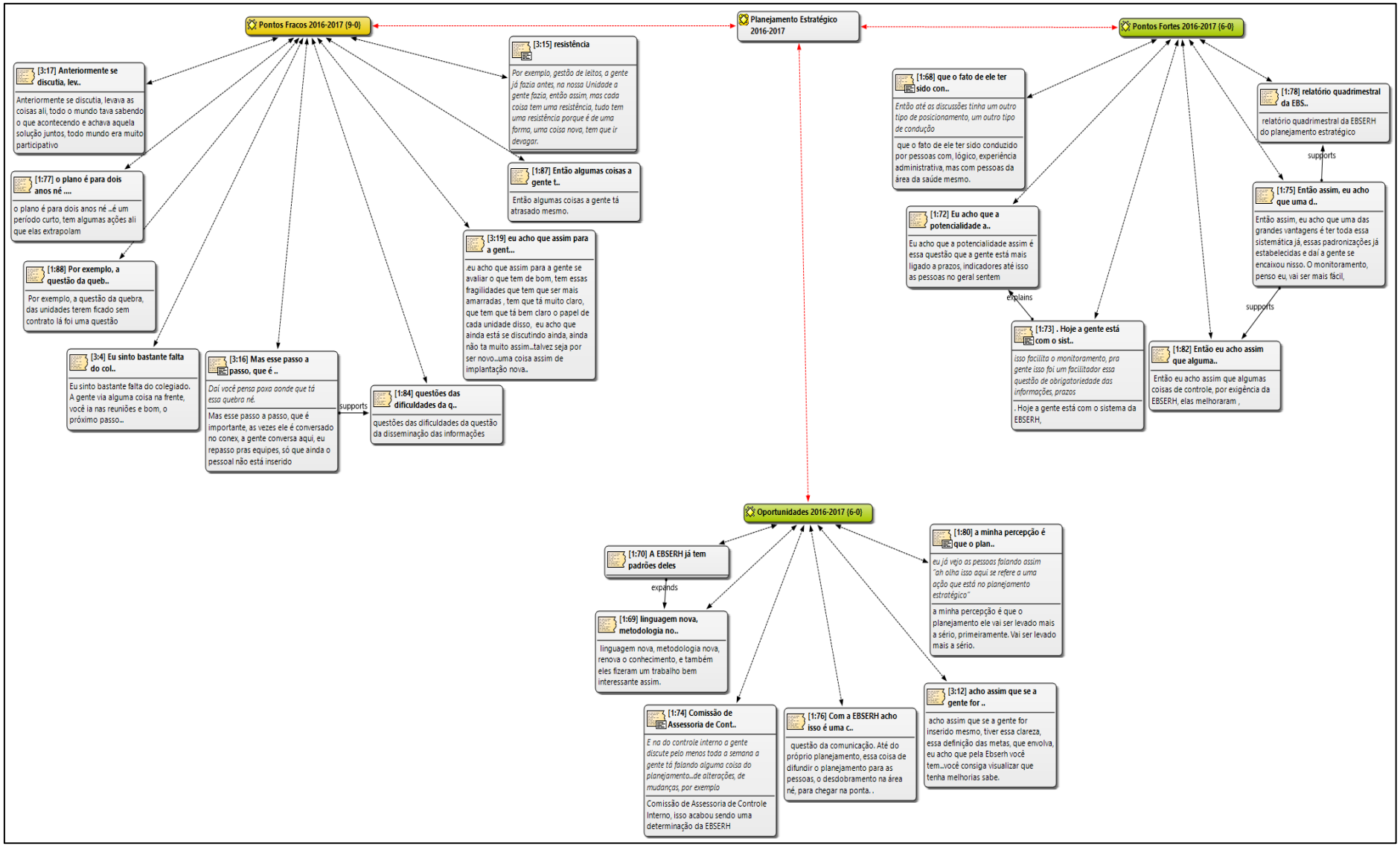

Figura 19.Rede 2. Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017.
Fonte: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas realizadas com duas unidades (2016).

O PE 2016-2017, ou PDE 2016-2017, é o primeiro a ser realizado conforme as novas diretrizes da EBSERH. Para os profissionais que vivenciaram o processo de elaboração, o trabalho foi muito positivo. Primeiro, porque manteve a característica participativa. Novamente os principais líderes do hospital e da universidade puderam contribuir com esse novo planejamento, criado em uma nova perspectiva.

Outro ponto mencionado é que, o fato de ele ter sido conduzido por profissionais com experiência não só em gestão, mas na área de saúde, foi muito benéfico, pois as discussões tinham um enfoque diferente do processo anterior (2012-2015).

> **P1** Mas assim eu acho que o fato de ele ter sido conduzido por pessoas com, lógico, experiência administrativa, mas com pessoas da área da saúde mesmo... pessoas que... "X" era um médico, professor também, conhecia toda essa questão de academia *versus* assistência, mais propriedade né, porque já tinha vivido isso, ele era da área de saúde pública também, então tinha uma experiência nessa área administrativa e médica. Então até as discussões tinham um outro tipo de posicionamento, um outro tipo de condução.
>
> **P4** Agora, muito bom, porque a condução do Dr. "X", um homem muito interessante, entendeu, muito experiente, com uma visão muito boa [...] a fala dele mostrava exatamente as falhas, tanto na assistência quanto na docência. Então eu acho que como ele vive tudo isso, muito bom o que ele falava, sabe? [...]. É a vivencia e o conhecimento porque ele está nisso há muitos e muitos anos, ele nos contou. E ele conhece muito uma instituição hospitalar porque ele como médico, óbvio como profissional de saúde, ele trabalha dentro de uma até hoje [...] então é diferente porque ele vê o outro lado né, o lado da assistência, o lado da docência, ele vê tudo isso acontecer também no hospital que ele trabalha e executa as atividades como médico. Então assim, eu achei muito interessante.

Destacou-se também a questão da EBSERH oportunizar aos diretores realizarem uma especialização em PE voltada à gestão hospitalar. **P4** "E eles propiciaram atividades só para as diretorias, que fizeram até uma especialização e acho que foi muito bom".

Esse movimento da EBSERH é muito interessante. Reforçar e definir o instrumento PE como uma das prioridades da gestão hospitalar, através do investimento em capacitação dos gestores de todos os hospitais contratualizados, mediante uma parceria com uma referência na área de saúde, o HSL, é um passo muito importante. O aprimoramento do conhecimento é um dos elementos da qualidade da instituição (KAPLAN, 2002) e o amadurecimento do PE nas organizações possibilita o alinhamento da sua estrutura para a obtenção dos objetivos, o entendimento de potencialidades e limitações e a aptidão para formular

estratégias que as posicionem frente ao ambiente em que estão alocadas (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; MINTZBERG; LAMPEL; AHLSTRAND, 2002; MATIAS-PEREIRA, 2011).

Mais um ponto positivo exposto pelos entrevistados é a forma de monitoramento elaborado pela empresa, que é uma das principais características que diferenciam esse planejamento dos demais. Há uma comissão no hospital, a Comissão de Assessoria e Controle Interno, que semanalmente, trata de questões referente ao PDE a fim de adotar medidas que otimizem os resultados. Essa comissão também organiza uma reunião mensal com todos os gestores, para comunicações e também adequações.

No sistema fornecido pela EBSERH, o SisPDE, os responsáveis pelas principais ações do PDE alimentam o status do planejamento, com as atividades realizadas, as alterações e as justificativas de atraso. É comum em algumas organizações que o PE seja desmembrado em diversos processos e que cada um deles tenha um "dono", que deverá assumir as atividades a realizar, bem como a divulgação dos resultados (KAPLAN; NORTON, 2008).

A empresa pública tem acesso a essas informações e assim pode ter um gerenciamento não só do HC/UFPR, mas de todos os hospitais contratualizados. Cada vez mais a tecnologia da informação é incorporada no processo de gerenciamento e tomada de decisão (ANSOFF; MCDONNELL, 1993).

O hospital deve encaminhar à empresa um relatório referente ao PDE, a cada quadrimestre. Os gestores acham isso benéfico, pois um controle externo, além da própria instituição, estimula a busca pelos melhores resultados: **P1** "Então eu acho assim que algumas coisas de controle, por exigência da EBSERH, elas melhoraram".

> **P3** O grande diferencial é o controle, até porque a gente tem uma cobrança da EBSERH, quando a gente tem uma cobrança externa (risos) a gente vai cumprindo né e isso não tinha nos outros planejamentos.

Esse monitoramento externo e contínuo, possível devido ao sistema de informação implantado, facilita a gestão dos processos e consequentemente, o atendimento aos prazos determinados para cada atividade (OLIVEIRA, R.X.F., 2014).

Há, porém, apontamentos quanto a algumas limitações desse planejamento. Um deles, muitas vezes mencionado, é a redução do modelo participativo das UFs na

execução do plano: **P4** “Você perde sabe [...] Então eu acho que prejudicou muito. A gente não trabalhou mais no sistema Colegiado”.

> **P6** Anteriormente se discutia, levava as coisas ali, todo o mundo estava sabendo o que estava acontecendo e achava aquela solução juntos, todo mundo era muito participativo.
>
> **P1** As pessoas reclamam, e eu acho que com razão, que é essa questão um pouco da centralização nas decisões, as pessoas falam que costumavam participar mais, discutir mais. Na minha opinião isso em algum aspecto que regrediu um pouco, em algumas coisas. E daí eu acho que a gente acabou tendo retrabalho.

Um estilo de administração mais direcionado em um grupo mais restrito, tem como premissas a racionalidade dos processos, a uniformidade de ações e a objetividade nas decisões, com base em normas pré-estabelecidas (PEREZ; FORGIARINI, 2016).

Há um consenso também quanto à extensão do PDE. Os entrevistados consideram que é um documento que contempla muitas ações e atividades, que requerem um tempo maior do que dois anos: **P1** “O plano é para dois anos né ...é um período curto, tem algumas ações ali que elas extrapolam”. **P3** “É muita coisa para dois anos. Ele poderia ter sido um pouquinho mais enxuto”.

> **P5** A minha impressão depois do PDE, depois que vi o PDE completo, é que ele ficou muito grande. É muito ambicioso. Eu acho que vai ser difícil a gente concluir tudo aquilo. Muita coisa. São muitos indicadores, muitas atividades. Então tem dois pontos aqui que são problemáticos: um é a disponibilidade financeira, principalmente com a situação do país né, e o segundo é a questão de pessoal. Eu acho que o PDE foi feito com a previsão de que todos os 1700 funcionários da EBSERH estariam aqui né. E nós não temos eles aqui.

O último ponto mencionado pelo “**P5”** refere-se a uma das principais responsabilidades da EBSERH, após contratualizar a gestão com os hospitais, que é a de disponibilizar profissionais. Na página da Internet do hospital, verifica-se que da previsão de 1.775 funcionários, foram contratados pela empresa, 436 (HC/UFPR, 2016a). Entende-se que a crise financeira do país seria umas das principais causas: **P4**: “E aí claro, a gente teve um outro lado né, que começou a crise no país inteiro e daí você vai colocar mais gente, você vai pagar como essas pessoas?”

Essa é uma questão delicada, pois dependendo do percentual de não atingimento das diretrizes estabelecidas, isso pode resultar em desestímulo ou até mesmo descrédito quanto ao trabalho (CERTO; PETER, 1993). Matias-Pereira (2011)

pontua a importância do PE ser composto em conformidade com a realidade institucional, evitando-se incluir metas que dependam de fatores externos.

Cita-se também que ainda há uma certa resistência quanto às mudanças propostas: **P6** “Por exemplo, gestão de leitos, a gente já fazia antes, na nossa Unidade a gente fazia, então assim, mas cada coisa tem uma resistência, tudo tem uma resistência, porque é de uma forma, uma coisa nova”.

Novamente verifica-se a questão da resistência ao novo, às mudanças, reação natural do ser humano à diversidade de ideias. Alterações de caráter estratégico normalmente encontram essa barreira e por isso, muitas vezes, são postergadas (ANSOFF; MCDONNELL, 1993; OLIVEIRA, D.P.R., 2012).

Mais uma vez também aparece a questão da comunicação, dificuldade ainda presente, não só na área de saúde (AZEVEDO; COSTA, A.M., 2010) como também em diversas organizações (ROBBINS, 2000): **P1** “Talvez seja uma das questões das dificuldades, da questão da disseminação das informações”.

> **P6** Mas esse passo a passo, que é importante, às vezes ele é conversado no CONEX (conselho), a gente conversa aqui, eu repasso às equipes, só que ainda o pessoal não está inserido [...] Daí você pensa, poxa aonde que tá essa quebra né.

Outra questão importante, é quanto à padronização de algumas diretrizes, proposta pela EBSERH. Devido às características específicas do HC/UFPR, alguns processos se tornariam difíceis de serem implantados.

> **P5** Existem alguns direcionamentos que eu não sei como é que o hospital vai tratar, que são mais estratégicos do que operacionais. Por exemplo, a questão do AGHU. Não sei como o hospital vai se comportar em relação a isso porque o AGHU ... a princípio, não atende às necessidades do hospital. Ele atende às necessidades de um hospital muito mais simples do que o HC.

> **P4** Eu acho que assim, a gente ter modelos de todos os hospitais universitários federais de ensino, modelos de gestão para todos eles, eu acho que tem ganho sim [...] sabendo que vão ter diferenças entre os HCs, lógico né?

As escolas empreendedoras afirmam que a estratégia efetiva é aquela que considera as especificidades de cada organização (MINTZBERG; LAMPEL; AHLSTRAND, 2002), evitando assim uma generalização.

Diante de todas as considerações, de modo geral, as pessoas acreditam que esse planejamento é uma grande oportunidade de crescimento. Teve uma importante estrutura, um diferencial na sua elaboração, com a orientação de profissionais

experientes na área, e tem um destaque também no seu gerenciamento, com uma metodologia padronizada: **P3** “É uma diretriz assim com maior controle, com maior profissionalismo também”.

> **P1** Então assim, eu acho que uma das grandes vantagens é ter toda essa sistemática já, essas padronizações já estabelecidas e daí a gente se encaixou nisso. O monitoramento, penso eu, vai ser mais fácil.
>
> **P6** Eu acho assim que se a gente for inserido mesmo, tiver essa clareza, essa definição das metas, que envolva, eu acho que pela EBSERH você tem...você consiga visualizar que tenha melhorias, sabe?.

Realmente o limitador para todo esse sistema seria a ameaça da crise financeira do país, a atual conjuntura nacional, o que inclusive repercutiu na quebra do processo de entrada de mais funcionários na instituição: **P3** “A gente está com problema nele novamente por conta de crise financeira, falta de recursos”.

> **P5** Então tem dois pontos aqui que são problemáticos: um é a disponibilidade financeira, principalmente com a situação do país né, e o segundo é a questão de pessoal.
>
> **P4** Financeiro. Não é comportamental, cultura. E eu acho que grande parte do nosso PDE acaba impactando em recurso financeiro ou recursos humanos. É o que a gente tem, a gente precisa de dinheiro e a gente precisa de gente. Não é só, todo mundo diz ‘ai comprometimento, envolvimento’ [...] Não. Porque se você der estrutura, as pessoas vão trabalhar. E fazem. Entendeu? Eu penso assim [...]. Temos alguns problemas desses, temos. Mas eu não acho que seja o principal.

Corroborando a ideia do **P4,** a própria criação do Programa REHUF foi estimulada pelo déficit de recursos financeiros que permeia esses hospitais. Somente no ano de 2008 a estimativa desse prejuízo foi cerca de R$ 50.000.000,00 (DHR, 2009). Somente com estrutura material (áreas físicas, equipamentos e insumos) e estrutura institucional (número necessário de profissionais e mecanismos de gestão) é que os hospitais universitários federais conseguirão exercer as suas funções relacionadas à assistência, ao ensino e à pesquisa (BRASIL, 2010a).

A seguir, a figura 20 consiste na rede que relaciona o sistema de monitoramento do PE, que diferentemente dos anteriores, é realizado pelo *software* disponibilizado pela EBSERH, e não por documentos.

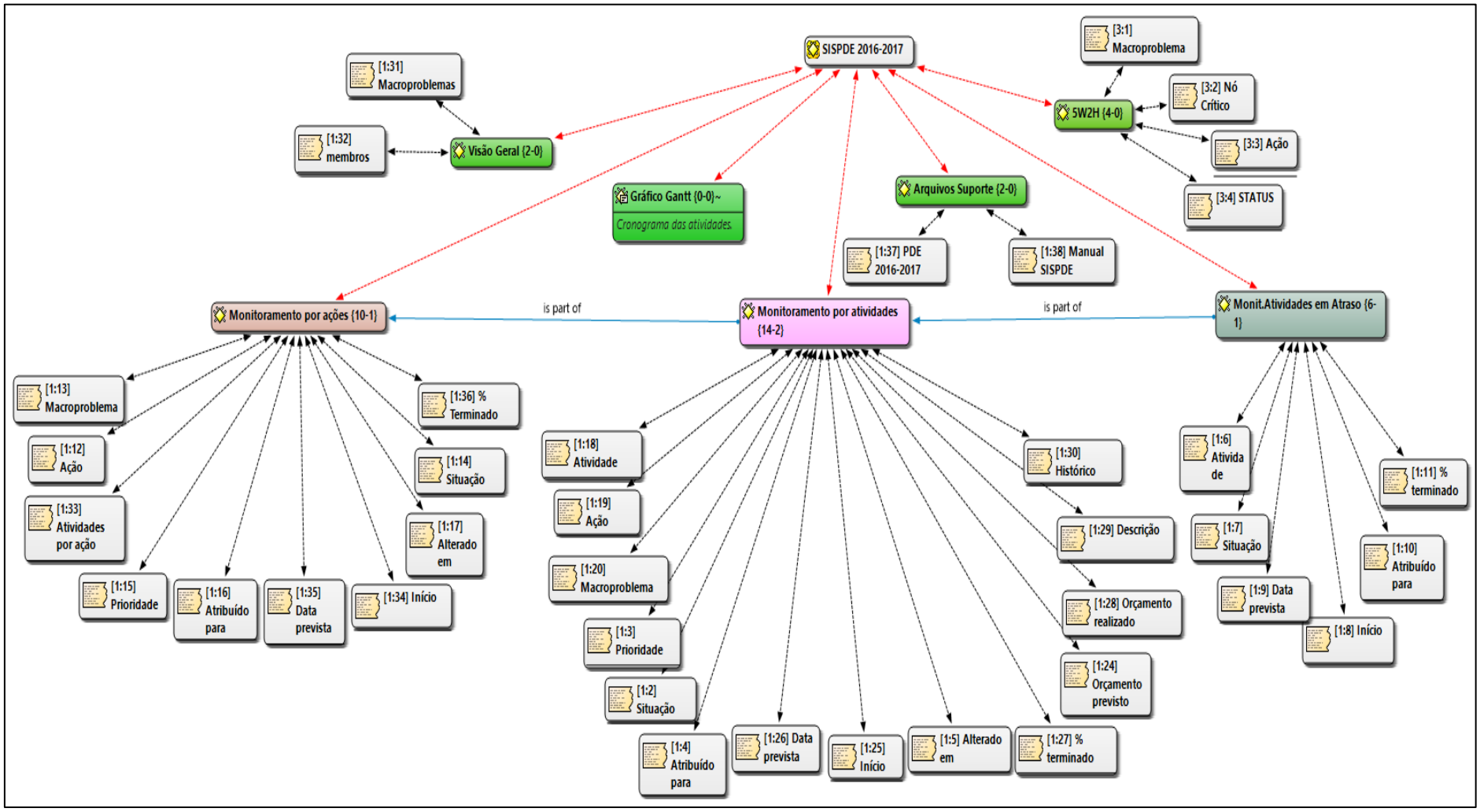

Figura 20. Rede sistema de monitoramento do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017.
Fonte: Elaborada pela autora, com base na pesquisa de campo realizada com as seis unidades (2016).

Quanto à análise do sistema de monitoramento do PDE, o SisPDE, visualiza-se que é um programa de fácil aplicação e que disponibiliza vários recursos para o gerenciamento. Realmente está alinhado ao PDE construído, fator essencial para o pleno gerenciamento (SIMÕES, 2011).

A estrutura do PDE, em relação às diretrizes estabelecidas, consiste na seleção dos principais macroproblemas da organização. Para cada um deles, foram definidas ações. E essas ações, foram desmembradas em atividades.

Na tela inicial do sistema, tem-se uma visão geral, com os macroproblemas e a relação dos membros atuantes no PDE. Após, pode-se filtrar as opções para o controle das tarefas propostas.

Há a opção do monitoramento por ações. Pode-se visualizar a lista total das ações, e também é possível selecionar a relação de ações para cada macroproblema, ou ainda, para cada responsável/membro do PDE. Cada responsável alimenta o sistema conforme a execução do plano.

Como informações, o sistema fornece as atividades que compõem a ação, a prioridade da ação, o responsável, a data prevista, a data de início efetivo, a situação (em conformidade ou em atraso com o cronograma) e o percentual atingido. Qualquer alteração realizada no sistema é registrada (conteúdo, data, responsável).

Pode-se realizar o controle também por atividades. Ao selecioná-las o sistema sempre informa à qual ação e à qual macroproblema elas pertencem. As informações disponíveis são as mesmas do monitoramento por ações, com adição de dados quanto ao orçamento previsto, ao orçamento realizado, a descrição das tarefas realizadas e o histórico de todos os registros. Há opção também do monitoramento específico das atividades em atraso.

Como suporte ao usuário, existe a alternativa de acesso a arquivos, como o próprio PDE 2016-2017 e o manual do sistema. Como ferramenta, é possível utilizar o Diagrama de *Gantt*, para a visualização do atendimento ao cronograma estabelecido, de cada atividade. O Diagrama de *Gantt* possibilita o gerenciamento, de maneira simples e compreensível, e a identificação das atividades críticas, aquelas que não estão conformes com o caminho determinado (ROBBINS, 2000; OLIVEIRA, R.X.F., 2014).

Além disso, relatórios com a descrição e status das atividades e ações também podem ser emitidos pelo sistema. Inclusive, a própria EBSERH utiliza essa ferramenta para o gerenciamento dos hospitais universitários federais.

Os diversos recursos fornecidos pelo SisPDE possibilitam o controle do PDE, bem como decisões a ele relacionados, elementos importantes que um instrumento estratégico deve apresentar (LONDOÑO, 2010; SIMÕES, 2011).

O que se manteve do PE anterior, foi o plano 5W2Hs, para a descrição das ações. Para adequar-se à nova metodologia, foram inclusas as informações: macroproblema e nó-crítico à qual a ação está relacionada, e o status, conforme codificação do sistema (planejada, em andamento, atrasada, concluída, cancelada). O plano de ação 5W2Hs é incluso no módulo da atividade/ação correspondente.

Após a análise das informações referentes ao PE/PDE 2016-2017, construiu-se a Matriz *SWOT*, representada pelo quadro 18.

ANÁLISE *SWOT* PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO (PE) / PDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR PERÍODO 2016-2017	
S – *Strengths*/ Forças	**W – *Weaknesses*/Fraquezas**
1. As Unidades estão se cobrando mais, devido ao monitoramento externo (EBSERH); 2. Sistema de monitoramento-SisPDE; 3. Integração da contratualização com o gestor e o PE/PDE; 4. Processo de elaboração foi participativo; 5. Parceria com o HSL, promovida pela EBSERH; 6. Consultoria conduzida por profissionais com experiência não só em gestão, mas na área de saúde. Então, as discussões tinham um outro posicionamento; 7. Especialização em "PE para hospitais universitários federais" aos diretores do Hospital; 8. Diretriz com maior controle e profissionalismo; 9. Trabalho mais apurado com indicadores; 10. Novas metas que buscam unir o ensino e a assistência.	1 PDE extremamente extenso, ambicioso. Ele foi feito com a previsão dos 1.775 funcionários da EBSERH, mas ingressaram cerca de 400; 2 Resistência ao modelo novo; 3 Alguns modelos sem a interação com a prática; 4 Diferença de complexidade entre os hospitais universitários federais; 5 O PDE está com algumas atividades sem andamento, em atraso; 6 Execução mais centralizada do que o PE anterior; 7 A definição das atividades e do papel de cada um, o conduzir do processo, ainda está em construção; 8 Quebra do modelo de UF; 9 Falhas na Comunicação.
1. A implantação e a solidificação das linhas de cuidado; 2. Comissão de Assessoria e de Controle Interno-determinação da EBSERH; 3. Avançar na mudança de cultura, em alguns aspectos, como de controle e monitoramento; 4. Nova linguagem, nova metodologia, o que renova o conhecimento; 5. Algumas Unidades já fazem referência ao PDE, em seus trabalhos; 6. Com maior entrosamento, percebe-se a possibilidade de melhorias.	1. Crise financeira-conjuntura do país; 2. Insuficiência de recursos financeiros e de pessoas.
O – *Opportunities*/Oportunidades	**T – *Threats*/Ameaças**

Quadro 18. Matriz SWOT do planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná do período 2016 a 2017.
Fonte: Elaborada pela autora, com base na pesquisa de campo (2016).

4.3.4.4 Considerações sobre os três momentos estratégicos e o histórico do PE no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

A seguir, o quadro 19 relaciona as principais funções do planejamento estratégico (KAPLAN; NORTON, 2008; MAXIMIANO, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2011) e as suas características nos três momentos estudados, conforme relato dos entrevistados:

	Anterior à EBSERH		Adesão à EBSERH
Etapas PE	PE 2007-2011	PE 2012-2015	PE 2016-2017
Planejar/Elaborar	Centralizado	Participativo	Participativo
Executar	Centralizado	Participativo	Mais centralizado do que o período anterior
Monitorar	Não se aplicava	Com metodologia, mas perdeu força após mudanças.	Com metodologia, maior efetividade.
Agir corretivamente	Não se aplicava	Com metodologia, mas perdeu força após mudanças.	Com metodologia, maior efetividade.

Quadro 19. Características das etapas de cada planejamento estratégico no período de 2007 a 2017.
Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de campo (2016).

Assim como constatou-se no tópico 4.3.1, quanto aos componentes do PE, nessa seção também se verifica que houve um aprimoramento do trabalho na instituição.

No primeiro momento estudado, 2007-2011, verificou-se uma situação interessante, pois o PE ainda era centralizado no corpo diretor, porém um dos objetivos estratégicos desse PE, a solidificação do modelo de UFs, tomou uma proporção maior que o próprio planejamento. E esta ação foi realizada de maneira participativa, o que proporcionou muitos benefícios, pois uma organização cresce quando há o trabalho em equipe, a soma das habilidades de cada um, o conhecimento compartilhado, que resultam na competência organizacional (PRAHALAD, 2002; VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

Foi nesse período que o hospital adquiriu uma de suas maiores conquistas, a obtenção do título de hospital Acreditado-nível 1 (segurança) pela ONA, sendo o primeiro hospital 100% SUS a ter essa certificação (HC/UFPR, 2011). Um processo

rico, que acompanhou o movimento, de outros hospitais de ensino, da busca de maior qualidade e profissionalismo na gestão (REIS, A.A.C., 2011).

Esses resultados inspiraram a elaboração de um novo PE, também em caráter participativo, e que entrou para a história da organização, por ser o primeiro que incluiu os diversos atores do hospital e da universidade, além da orientação técnica dos professores do DAGA/UFPR. Percebeu-se um avanço importante do hospital em gestão estratégica devido ao investimento realizado, que está de acordo com a característica de uma instituição de ensino (SHARMA; ZODPEY, 2011; VAGNONI; OPPI, 2015).

Assim, no PE 2012-2015, houve uma metodologia para a elaboração dos trabalhos e para a escolha das diretrizes. Esse avanço propiciou não só maior estímulo aos funcionários, como também maiores resultados, que puderam ser visualizados no tópico 4.3.1.

Porém, seus benefícios foram limitados, primeiramente, pela aprovação tardia do Colegiado Gestor. Após, pelos impactos relacionados às mudanças presentes naquele momento, tais como a troca de gestão e a adesão à EBSERH. Esses tipos de transformações estratégicas, geradas por mudanças externas, naturalmente influenciam o processo de PE (BEPPLER; PEREIRA, M.F., 2013; CONKE, 2013).

Após assinar o contrato com a EBSERH, o hospital inicia um novo processo de PE, o PDE 2016-2017. É notável que o plano ganha maior conteúdo e técnica. O sistema de monitoramento, pelo SisPDE, também é mais eficiente. Há mais um incremento no aprendizado desse instrumento de gestão, como observado no tópico 4.3.1. Porém, apesar disso, as pessoas apontam que, na execução, houve uma redução do modelo participativo das UFs.

Essa gestão participativa, presente nas UFs, foi um dos pontos fortes detectados no período 2007-2011, que trouxe resultados positivos para o hospital e maior motivação aos profissionais.

Por isso, sugere-se que essa característica seja reforçada, já que na prática do dia a dia, os agentes envolvidos nos processos de saúde são expostos continuamente a situações de tomada de decisão. E que essa forma de gestão seja aprimorada com ações desafiadoras, como a inclusão do próprio cidadão (FEUERWERKER, 2005, 2014). Esse maior envolvimento com o usuário pode ser obtido através da participação do HC/UFPR nos Conselhos Regionais, com

representação da comunidade, ou até mesmo a criação de um Conselho no próprio hospital.

Assim, os benefícios de um instrumento, com melhor propriedade técnica (como o PDE 2016-2017), realmente poderão exercer diferenças significativas na atuação do hospital, de forma a atender melhor seus usuários.

Outra potencialidade desse período apontada foi a contratualização de metas entre as Unidades e a Direção, o que trouxe maior profissionalismo à instituição e crescimento aos colaboradores. Mais uma estratégia que também se mostra importante fortalecer na gestão atual. A formalização das diretrizes e processos realizados pelas Unidades proporcionam a competência organizacional (WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2000; PRAHALAD, 2002).

A obtenção do certificado de hospital Acreditado-nível 1 (segurança), outro ponto forte do período 2007-2011, foi um processo inovador e muito motivador. Constatou-se a satisfação dos entrevistados quanto à conquista obtida. Da mesma forma, foi possível visualizar o descontentamento em relação a sua ruptura. Devido à grande relevância que esse certificado tem na gestão hospitalar (ONA, [2014a]; MAIA; ROQUETE, 2014), é importante refletir sobre a possibilidade de retomar esse trabalho.

Os pontos fortes do período 2012-2015 estão em conformidade com as potencialidades do período 2016-2017. A construção de um PE participativo, com auxílio de profissionais (professores e gestores da área), mapeamento de processos e organização e clareza na definição dos desafios.

Pode-se mencionar também alguns pontos fracos que estiveram presentes em todos os períodos estudados: sistema interno insuficiente às necessidades de gerenciamento, falhas na comunicação, e a falta de entrosamento das áreas ensino e assistência.

Recomenda-se que esses pontos fracos sejam encarados como oportunidades de crescimento, com o enfrentamento de cada um deles, para assim se atingir o aprimoramento das condições de efetividade do PE (KOTLER, 2000; OLIVEIRA, D.P.R., 2012).

Sabe-se que, quanto ao sistema de informação, há uma questão maior, relacionada inclusive à uma diretriz nacional, quanto à utilização de um *software* padrão para todos os hospitais universitários federais, o AGHU. Essa discussão ainda não evoluiu. Embora em vários hospitais da rede, já esteja implantado (MINISTÉRIO

DA EDUCAÇÃO, [ca.2015b]), no HC/UFPR, conforme verificado na pesquisa de campo, não atende a alguns processos da instituição.

Essa situação acaba limitando também a posição do hospital em relação a melhorias em seu sistema interno, ou até mesmo, a substituição dele. Porém, aponta-se que é necessário continuar e fortificar essa discussão com a EBSERH, visto que essa já demonstrou que pode prover recursos na área, como fez com o *software* de monitoramento do PDE.

Assim, é um momento que deverá ser aproveitado para que a organização construa um sistema que responda a maior parte das necessidades de gerenciamento, visto que o atendimento integral, realmente, é uma dificuldade para qualquer hospital (LONDOÑO, 2010). E se essas melhorias puderem ser estruturadas no próprio sistema AGHU, seria muito positivo, pois a gestão e o monitoramento da instituição em rede, com os demais hospitais, estaria ao encontro da proposta nacional de readequação (SIMÕES, 2011).

Quanto às falhas de comunicação, é uma questão desafiadora, visualizada não só em outros hospitais (AMARAL, 2013), mas também em demais organizações. Isso porque, no processo de comunicação há ruídos, tais como o excesso ou insuficiência de informações e falta de uma codificação comum (MAXIMIANO, 2008).

Não se verifica uma falta de recursos de comunicação. O hospital possui uma Unidade de Comunicação, que ativamente disponibiliza informações a todos os profissionais, através de mensagens no sistema interno, notícias por e-mail, notícias via intranet, impressos, jornais e demais campanhas de comunicação.

Assim, o que se pode refletir é sobre quais informações devem ser melhor disseminadas. As estratégicas, necessárias para o bom desempenho das atividades - como as relacionadas ao PE - provavelmente necessitem de melhorias no seu compartilhamento com os seus responsáveis. É nesse quesito que se deve focar os esforços. Disseminar as estratégias aos colaboradores (LITTLE, 2002; MALQUI; CARBAJAL, 2009). E novamente volta-se à questão da gestão participativa, essencial para a produção de bons resultados.

Já a questão ensino-assistência também é um conflito maior, que ultrapassa a organização. Há diversos posicionamentos quanto à dificuldade de estreitar o distanciamento dessas funções, devido à uma certa atitude de supremacia entre elas (LIMA, 2006; LAVERDE, 2010b; AMARAL, 2013).

Cada vez mais se deve fortificar a importância da união entre esses profissionais, o impacto de qualidade e de resultados que o entrosamento das atividades pode propiciar, inclusive, para cada uma das áreas. O ensino e a assistência estão inevitavelmente ligados e não há como determinar uma prioridade entre eles (ARAÚJO, K.M.; LETA, 2014; EBSERH, [ca.2015b]; CHC/UFPR, 2015). Ações contínuas que integrem os professores e a equipe assistencial, tais como reuniões, conselhos, projetos (construção de protocolos, realização de mutirões, por exemplo) são fundamentais para a solidificação dessa parceria.

Um fato importante, presente nos três momentos estudados, é a ameaça da insuficiência de recursos financeiros, que sempre impacta nos processos internos, como o fechamento de leitos em 2013.

Esse subfinanciamento é um dos maiores desafios que os hospitais públicos enfrentam (DHR, 2009; MALQUI; CARBAJAL, 2009; PALHARES; CUNHA, A.C.R., 2014; SANTOS, A.O.; DELDUQUE; ALVES, S.M.C., 2015). Como tentativas de mitigar esses agravos, primeiramente aponta-se a necessidade da constante negociação com os gestores locais e com o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, para o ressarcimento compatível com um hospital universitário, especificidade esta muitas vezes não considerada (HC/UFPR, 2006; CHC/UFPR, 2015). E isso já é realizado, com dedicação dos gestores do HC/UFPR.

A continuidade de parcerias (a exemplo das realizadas com HC/UFMG, DAGA/UFPR e IEP/HSL) é muito significativa, de forma a avançar nos resultados, através da complementariedade de habilidades e de recursos (CRAINER; DEARLOVE, 2014). Muitas organizações fazem esse processo (HC/UFMG, 2015; UFSC, 2015), através de apoio em capacitação e realização de procedimentos. São ações que potencializam os serviços oferecidos aos usuários do SUS.

Mais um processo que pode ser aprimorado é o instrumento de avaliação da satisfação dos usuários. No referencial teórico, visualizou-se que muitas problemáticas que envolvem o SUS são inclusas em pesquisas de avaliação de alguns hospitais universitários federais, como o Complexo HUPES/BA e o HC/PA, mas não são inseridas no modelo da EBSERH, tais como: a dificuldade para o agendamento de consultas e exames; a demora para a obtenção do laudo de exame realizado; a demora para agendar uma cirurgia, inclusive por insuficiência de leitos; a falha na comunicação e orientações, por equipes administrativas e por equipes médicas; as falhas no cuidado do usuário na assistência prestada, como a ocorrência

de quedas, aquisição de úlcera por pressão (feridas) e falta de higiene; e suspensão de atendimento ambulatorial devido à falta de prontuário (COMPLEXO HUPES/BA, 2016a; HC/PA, 2016).

Uma ação relevante seria realinhar essas e demais problemáticas expostas pelas pessoas que utilizam os serviços dos hospitais universitários federais. Esse trabalho pode e deve ser feito em parceria com a EBSERH, a fim de não só aprimorar esses processos no HC/UFPR, como também disseminar essas melhorias em outros hospitais da rede. Nesse contexto, o planejamento estratégico é essencial para identificar as raízes e as consequências dessas limitações e desenvolver mecanismos para a melhoria do serviço prestado, através de uma estrutura de assistência mais efetiva e de profissionais capacitados e conscientizados de sua responsabilidade perante à comunidade.

Outro limitador da efetividade da RAS, visualizado na fundamentação teórica, é a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência. E nesse aspecto, há a responsabilidade dos hospitais universitários federais, já que a contrarreferência ainda é aquém do necessário (DUARTE *et al*., 2015) devido à insegurança em relação às condições da assistência na atenção primária (REIS, A.A.C.,2011). Deve ser realizado um trabalho com os profissionais do HC/UFPR, que esteja entrelaçado com as principais diretrizes do planejamento estratégico, de maneira a se atingir melhores resultados.

Essas ações são algumas das estratégias que a organização pode refletir quanto a sua realização, a fim de potencializar a sua gestão e os resultados positivos já alcançados, como o próprio avanço no processo da construção do PE.

4.4 CONSTATAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ E A DIRETRIZ DE REGIONALIZAÇÃO.

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que o HC/UFPR tem um papel importante na assistência hospitalar pública da cidade de Curitiba, município polo da 2ªRS. Os indicadores de insumos apontam que 24,75% dos equipamentos em hospitais de Curitiba estão alocados na instituição estudada. Além disso, 22,95% dos profissionais e 14,04% dos leitos em hospitais de assistência pública desse município também são encontrados no HC/UFPR.

Os indicadores de produção demonstram resultados relevantes quanto à assistência do HC/UFPR em relação aos demais hospitais com assistência pública da cidade: 18,87% das consultas médicas em atenção especializada, 25,39% das consultas ambulatoriais (profissionais médicos e demais de nível superior) em atenção especializada e 11,74% das internações.

Os indicadores de procedência dos usuários do HC/UFPR comprovam a sua referência a todos os municípios da 2ªRS. Em síntese, 85,35% das pessoas atendidas por esse hospital são de Curitiba e demais municípios da RMC.

Esses números reafirmam a importância da inclusão da regionalização e da RAS na gestão desse hospital. É relevante e necessário que as demandas e as especificidades regionais estejam inclusas nas diretrizes de âmbito nacional do processo de reestruturação dos hospitais universitários federais. Dessa maneira, uma das funções desses hospitais, a de garantir assistência de saúde pública humanizada, de qualidade e efetiva à uma região, obterá maior potencialidade de ser concretizada.

Na avaliação dos três últimos planejamentos estratégicos da instituição quanto às considerações desses elementos de organização do SUS, pôde-se identificar que ao longo desses 10 anos, houve uma formalização da conscientização do hospital do seu papel na RAS. Declarou-se que o HC/UFPR é vocacionado para atendimentos de média e alta complexidade, inclusive nos componentes basilares do planejamento estratégico (KAPLAN; NORTON, 2008), como a missão e a visão.

Além disso, em todos os planos apresentaram-se propostas para contribuir com o aprimoramento da RAS, como por exemplo, a capacitação de profissionais da atenção primária, de forma a reduzir os encaminhamentos inadequados à atenção especializada. É uma iniciativa relevante, que contribuiu com a própria formação de uma RAS efetiva, que para tal demanda a cooperação de todas as instâncias.

Quanto à regionalização observou-se que nos primeiros planejamentos, no período de 2007 a 2012, não estava definida em diretrizes, em ações específicas. Pode-se considerar que estava presente de maneira implícita, nas metas e ações relacionadas à contratualização de serviços junto ao gestor.

No último plano estudado, o PDE 2016-2017, é que se verifica de uma forma mais nítida a regionalização. É a primeira vez que há um destaque da 2ªRS, principal área de atuação do hospital, conforme definições do gestor estadual (SESA, 2015). Realiza-se um estudo de Curitiba e da RMC, de seus aspectos econômicos, demográficos, sociais (epidemiológicos) e naturais.

Há também ações explícitas para a regionalização como a regulação do contrato pactuado com o gestor municipal, e inclusive, com a realização desse monitoramento por um novo setor, criado após adesão à EBSERH, o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. Visualiza-se também indicadores com foco para o monitoramento da efetividade da rede, relacionados ao fluxo de referência e contrarreferência. Esse gerenciamento é extremamente importante, pois o amadurecimento desse mecanismo da assistência pública é uma demanda antiga e que impacta diretamente na organização e na prestação dos serviços à comunidade (LIMA, 2006; AZEVEDO; COSTA, 2010; ARAKAWA *et al.* 2012).

Outro aspecto muito importante é a inclusão do controle social nos processos de contratualização com o gestor local, como reuniões de avaliação e monitoramento. Isso demonstra uma percepção maior não só dos mecanismos de regionalização, mas também do controle social, da importância do cidadão nas decisões da gestão pública.

Esses fatores corroboram com a percepção dos gestores, como demonstrado nas entrevistas em seção anterior, quanto ao maior controle e profissionalismo desse novo método proposto pela empresa pública.

Assim, essa pesquisa constatou um aprimoramento no decorrer dos anos estudados, em termos de regionalização e RAS. Pode-se citar os principais pontos que justificam essa evolução.

Primeiro, o próprio processo de construção do aprimoramento do planejamento estratégico, que iniciou em 2007. O planejamento estratégico 2007-2011 foi um resgate da gestão estratégica da instituição, já que estava há praticamente 10 anos sem elaborar esse instrumento. Representou um passo importante para o hospital.

O plano posterior, 2012-2015, foi elaborado em conjunto com o DAGA/UFPR, exatamente para mitigar as falhas ainda presentes. Apresentou melhorias, conforme visualizado nos tópicos 4.3.1, 4.3.3 e 4.3.4, não só em relação a parte técnica (atingiu 68,75% da presença dos componentes, à luz de Kaplan e Norton), como também em outros aspectos (construção participativa e capacitação dos profissionais).

E para a elaboração do PDE 2016-2017, o hospital teve a orientação de uma das principais referências na área de saúde, o HSL. Dessa forma, devido à capacitação dos profissionais estar incluída como uma estratégia nesses últimos anos, no planejamento 2016-2017 já existia um preparo da organização e de seus

colaboradores, o que possibilitou a compreensão e o fortalecimento de questões a serem trabalhadas, como a regionalização e a RAS.

Outro fator fundamental e que está aliado à menção do parágrafo anterior é o modelo proposto pela EBSERH. Conforme informações dos entrevistados, há dois diferenciais muito importantes nessa nova metodologia: a capacitação e a consultoria com profissionais experientes, não só em gestão, mas na área de saúde. Isso proporcionou outros tipos de discussão, com maior foco, além de troca de experiências que ampliam a possibilidade de construções conformes com a realidade, como o próprio aprimoramento da atuação regional de um hospital universitário.

E também, o sistema de monitoramento, realizado não só pelo hospital, através de uma comissão para tal, mas também em conjunto com a própria EBSERH, mediante o *software* disponibilizado pela empresa.

É esse modelo, com diferentes inserções, que trouxe a questão da regionalização e da RAS de maneira mais clara. Nos tópicos 4.3.1 e 4.3.3, visualizou-se melhorias em relação a esses elementos, considerados na análise externa, ações, indicadores e na criação de um Setor de Regulação e Avaliação em Saúde. São práticas visualizadas também em outros hospitais universitários federais, como o HU/UFGD, HU/UFMA e HU/UFS.

Porém, mesmo com esse avanço, percebeu-se no tópico 4.3.4, que não houve menção a esses elementos organizadores do SUS pelos entrevistados, nos períodos de 2007-2011 e 2012-2015. Já em 2016-2017, há uma referência da importância da integração entre contratualização e planejamento estratégico, que até traz a regionalização, porém de maneira implícita. Isso evidencia que é necessário trabalhar com esses elementos de organização do SUS de maneira mais nítida, em conformidade com instrumentos nacionais e estaduais (BRASIL, 2001, 2002, 2010c; SESA, 2015).

Assim, uma questão de grande relevância é o fortalecimento da diretriz de regionalização e da estratégia de RAS no planejamento estratégico da instituição, de maneira a tornarem-se cada vez mais presentes na gestão e na prática desse hospital. Sugere-se um aprofundamento da 2ªRS, identificando o perfil epidemiológico de cada cidade, e quais os tipos de encaminhamentos desses municípios ao HC/UFPR.

É muito importante avaliar se existe o alinhamento desses encaminhamentos ao tipo de prestador que é o hospital universitário, referência a tratamentos de média

e alta complexidade. Recomenda-se mensurar os direcionamentos inadequados (atenção básica) e promover, junto aos gestores locais, a readequação do fluxo.

Dessa forma, a gestão estratégica desse hospital será ainda mais aprimorada, pois estará em conformidade com os instrumentos das políticas públicas da área de saúde (BRASIL, 1988, 2001, 2002, 2010c; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; SESA, 2015) e também com as demandas de saúde de sua população (PÉREZ, 2010). É o caminho para potencializar a sua administração e os serviços prestados aos usuários.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Os hospitais universitários federais estão vivendo um momento extremamente relevante, representado pelo movimento de reestruturação, promovido pelo Programa REHUF e pela EBSERH. Este estudo buscou contribuir com a compreensão dessa reestruturação e a sua relação com o planejamento estratégico hospitalar, como uma ferramenta estratégica de aprimoramento do serviço de saúde público prestado à uma região.

Assim, procurou-se demonstrar a importância da inclusão dos instrumentos regionais para a organização dos processos dos hospitais universitários federais. Mesmo com uma diretriz nacional, gerenciada pela EBSERH, é fundamental que as ações dessas instituições considerem as especificidades da região em que atuam. Com maior propriedade das demandas de saúde regionais, os serviços ofertados à população terão maior resolubilidade e qualidade.

Além disso, a identificação da relação desse hospital com a sua região de atuação também foi muito importante, pois esse tipo de vinculação dessas informações não foi encontrado em material publicado, o que pode ser apresentado não só ao HC/UFPR como aos gestores locais e demais organizações da saúde pública.

Todas as técnicas utilizadas foram fundamentais para se atingir os resultados. Uma delas - o estudo de caso - que forneceu um contato importante com o hospital e seus gestores, foi um processo rico. O estudo profundo da instituição HC/UFPR, terceiro maior hospital universitário federal, possibilitou conhecer a história recente em torno do planejamento estratégico dessa importante organização, traduzida não só pela análise de documentos, mas também pelo compartilhamento das experiências dos gestores entrevistados.

Todo o estudo exigido para a realização dessa pesquisa e os seus resultados repercutiram em importantes significados. Primeiro, a satisfação pessoal de vivenciar esse processo de aprimoramento. E como profissional, a importância de compreender ainda mais a relação da gestão estratégica do HC/UFPR com a sua região e população, a quem tem uma responsabilidade social. Aprofundar o conhecimento em sua área de trabalho é um processo inspirador, construtivo e que possibilita uma melhor atuação de maneira a servir à sociedade.

Soma-se a isso, a oportunidade de identificar e apontar melhorias estratégicas para a instituição, de forma que seus resultados sejam cada vez mais amadurecidos. O estudo também envolveu os participantes, à medida que trouxe reflexões aos mesmos sobre seus métodos de trabalho. Esses frutos reforçam a relevância dessa pesquisa para a organização, colaboradores e pesquisadora.

A atuação da pesquisadora na área do estudo e também na organização facilitou e contribuiu positivamente para a concretização dos resultados. Sugestões para o aprimoramento da gestão foram apresentadas, conforme análise do material coletado, e pode-se citar como principais: o fortalecimento da diretriz de regionalização e da estratégia de RAS no planejamento estratégico institucional, o aprimoramento da gestão participativa, a consideração em retomar o processo de Acreditação Hospitalar, a reavaliação da pesquisa de satisfação dos usuários, a discussão e a definição do sistema interno de informação com a EBSERH; a melhoria na comunicação e a integração das áreas de ensino e assistência.

Assim, os objetivos estabelecidos para essa pesquisa foram atingidos. Devido a parâmetros definidos, algumas questões não puderam ser aprofundadas. Recomenda-se como temas para futuras pesquisas:

- O impacto dos elementos culturais nos planejamentos estratégicos;
- A questão da qualidade do cuidado e as estratégias para seu aprimoramento, como a EPS e o realinhamento da cultura organizacional com suas diretrizes;
- A frequente questão “ensino-assistência”, presente em todos os hospitais universitários. As suas relações, as responsabilidades de cada função, bem como estratégias de união entre as mesmas, de forma a potencializar tanto a formação de profissionais como a assistência à comunidade;
- A identificação das causas do absenteísmo nas consultas ofertadas pelos hospitais universitários federais, conforme pontuado pelo TCU. Estariam relacionadas com a insatisfação dos usuários com o serviço prestado, como demonstrado nas pesquisas do Complexo HUPES/BA e do HC/PA? Outro motivo que pode estar atrelado e que envolve a regionalização, seria o modo de participação dos hospitais universitários federais nos conselhos regionais, onde ocorrem as pactuações;

- As implicações da maior autonomia delegada aos munícipios, nos instrumentos legais, e suas repercussões no processo de construção da RAS;
- As condições sensíveis e os motivos dos encaminhamentos da atenção primária aos hospitais especializados, bem como a efetividade desses prestadores nesse nível de atendimento.

Este trabalhou analisou a metodologia de elaboração dos planejamentos estratégicos dos últimos 10 anos da instituição HC/UFPR, através da análise documental; e também as experiências e os resultados que os mesmos trouxeram à organização, por meio das entrevistas com os gestores envolvidos. Em uma pesquisa futura, pode-se analisar com maior enfoque as ações e os resultados de cada meta e objetivo estabelecidos em cada plano, de maneira a identificar o percentual de sua eficácia, já que conforme a percepção e vivência dos gestores, esse processo foi aqui realizado.

Considera-se também relevante, em outros estudos, retomar a análise dos impactos das diretrizes estabelecidas pela EBSERH no planejamento estratégico dessa e de outras instituições, visto que no momento dessa pesquisa, a atuação da EBSERH ainda é considerada recente. Isso possibilitará novos apontamentos e a continuidade de melhorias já atingidas.

Indícios de melhoria no cenário dos hospitais universitários federais foram verificados, segundo relatório do TCU, bem como informações disponíveis nas páginas de internet do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. Recursos tecnológicos, estruturais e financeiros; equipes e programas de capacitação foram repassados a essas organizações. Esse cenário é reafirmado após a realização das entrevistas com os gestores do HC/UFPR, que apontam alguns limitantes (que existem em qualquer processo, principalmente em fase de implantação e consolidação) mas, sobretudo, mencionam inserções diferenciadas no novo modelo proposto.

O que se pode observar no *lócus* dessa pesquisa é um aprimoramento do planejamento estratégico no decorrer dos anos estudados. Tanto no momento 2012-2015, como no período 2016-2017, esse crescimento pode ser atribuído a estratégia de capacitação dos gestores, seja com o DAGA/UFPR, ou com o IEP/HSL.

O fortalecimento da inclusão da diretriz de regionalização (principalmente após o movimento nacional) e da estratégia da RAS nesse instrumento de gestão,

demonstra uma organização hospitalar com maior ciência de seu papel na região em que está alocado, atendendo aos critérios definidos em dispositivos legais.

Porém, devido à ação tardia e, consequentemente, à situação em que se encontravam esses hospitais universitários, ainda são necessários mais tempo e mais investimentos para que os mesmos se encontrem em condições desejadas de qualidade.

Constatou-se a importância do planejamento estratégico nos hospitais universitário federais, a fim de exercer as suas funções de ensino, pesquisa e assistência. A saúde pública ainda representa um cenário de desafios, devido às dificuldades de obtenção de recursos e ao paralelo aumento de sua demanda. É por isso que o governo criou o Programa REHUF e a EBSERH, a fim de fortalecer a sua gestão estratégica de forma a enfrentar e mitigar os limitantes.

Esse movimento estratégico trará maiores condições aos hospitais universitários federais, inclusive em sua atuação regional. Essas instituições são responsáveis em prover serviços de saúde pública a uma população e estarão cada vez mais aptas, se tiverem melhorias em seus recursos e gestão administrativa. Espera-se assim que, a qualidade, a humanização e a efetividade dos serviços públicos de saúde sejam atingidos. É uma realidade necessária e aguardada por toda a sociedade, representada primeiramente, pelos usuários da saúde pública, e também, por todos os trabalhadores do SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Lourdes L. A governança na região de saúde. **Revista Consensus**, Brasília, ano VI, n.21, p.36-41, out./dez.2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Consesus_AnoVI_21.pdf> Acesso em: 10 fev.2017.

AMARAL, Heloisa C.M. **O processo de planejamento estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina: entre a intenção e a prática**. 2013. 311f. Dissertação (Mestrado em Administração Universitária). Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103494/317558.pdf?sequence=1 > Acesso em: 04 maio.2015.

ANSOFF, Harry I.; MCDONNELL, Edward J. **Implantando a administração estratégica**. Tradução: Antonio Zoratto Sanvicente e Guilherme Ary Plonsky. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993. 590p.

ANTUNES, José L.F. **Hospital. Instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.168p.

ARAKAWA, Aline M. *et al*. Percepção dos usuários do SUS: expectativa e satisfação do atendimento na estratégia de saúde da família. **Revista Cefac**, São Paulo, v.14, n.6, p.1108-1114, nov./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v14n6/71-11.pdf> Acesso em: 29 abr.2016.

ARANTES, Elis O.; SANTOS, Rosângela S. Teste anti-HIV na perspectiva das políticas públicas: proposta e realidade**. Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.562-566, jul./ago.2015. Disponível em:<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/16366/14251> Acesso em: 09 set.2016.

ARAÚJO, Claudia A.F.; FIGUEIREDO, Otávio H.S.; FIGUEIREDO, Kleber F. O que motiva os hospitais brasileiros a buscar a acreditação?. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.4, n.1, p.17-28, jan. /jun. 2015. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/111/150> Acesso em: 12 jun.2016.

ARAÚJO, Kizi M. de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1261-1281, out. /dez. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/01045970hcsmS01045970201400500022.pdf > Acesso em 26 out.2015.

ARAÚJO, Tania B. de. Desenvolvimento regional brasileiro e políticas públicas federais no governo Lula. **In: Lula e Dilma:10 anos de governos pós-neoliberais no Brasil.** São Paulo: Boitempo; Rio de Janeiro: Flacso Brasil, 2013.p.157-172.

ARRETCHE, Marta. A política da política de saúde no Brasil. **IN: Saúde e democracia. História e perspectivas do SUS**. LIMA, Nísia T. *et al*. LIMA, Nísia T.; GERSCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio C (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.p. 285-306.

ÁVILA, Gisamara G.F.de. **Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional**. 2006. 99f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2006. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/2771> Acesso em: 04 maio.2015.

AZEVEDO, Ana L. M.de; COSTA, André M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Interface**, Botucatu, SP, v.14, n.35, p.797-810, set.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832010000400007&script=sci_abstract&tlng=p> Acesso em: 07 dez.2015.

BACKES, Dirce S. *et al*. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.903-910, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/26.pdf> Acesso em: 29 abr.2016.

BARBOSA, Emerson R.; BRONDANI, Gilberto. Planejamento Estratégico Organizacional. **Revista Eletrônica de Contabilidade,** Santa Maria, RS, v.1, n.2, p.107-123, dez.2004/fev.2005. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/contabilidade/article/view/107/3735> Acesso em: 13 jan.2016.

BARBOSA, Pedro R.; GADELHA, Carlos A.G. O papel dos hospitais na dinâmica de inovação em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n.46(supl.), p.68-75, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/ao4213.pdf> Acesso em 04 ago.2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3.reimp. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Renata T.de. Modelos de gestão na administração pública brasileira: reformas vivenciadas pelos hospitais universitários federais. **Revista dos Mestrados Profissionais,** Pernambuco, v.2, n.1, p.252-280, jan. /jul.2013. Disponível em: <http://www.repositorios.ufpe.br/revistas/index.php/RMP/article/view/325/278> Acesso em: 09 set.2015.

BASSI, Nádia S.S.; SILVA, Christian L. da. Instituições de ciência e tecnologia (ICTs) como agentes de prospecção e implementação das políticas públicas**. IN: Estudos Prospectivos. Análise, tecnologia, planejamento estratégico, alinhamento organizacional e metodologia**. SILVA, Christian L. da; NASCIMENTO, Décio E. do; SOUZA, Marília de (Coord.). Curitiba: Juruá, 2012.p.15-32.

BELCHIOR, Miriam. **A aplicação de planejamento estratégico situacional em governos locais: possibilidades e limites: os casos de Santo André e São José**

dos Campos.1999.109f. Dissertação. (Mestrado em Administração). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/5172/BELCHIOR_Miriam%28dis%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 14 out.2016.

BEPPLER, Mônica K.; PEREIRA, Maurício F. **Planejamento estratégico: a contribuição da cultura organizacional para o processo de implementação da estratégia**.v.3. São Paulo: Atlas, 2013.159p.

BEVILACQUA *et al*. A avaliação de serviços em audiologia: concepções e perspectivas. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.14, n.3, p.421-426, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-80342009000300021&script=sci_arttext > Acesso em: 07 dez.2015.

BLANSKI, Marcia B.S.; SILVA, Christian L. da; OLIVEIRA, Antonio G. de. **Sistemas de custeio na gestão hospitalar**. Curitiba: UTFPR Editora, 2015.158p.

BLAUTH, Regis. **Gestão da qualidade**. Curitiba: IESDE Brasil S.A, 2006.324p.

BORBA, Robinson A.V. Planejamento estratégico e desenvolvimento local: uma aplicação na cidade de Londrina**. IN: Estratégias de desenvolvimento urbano e regional.** COSTA, Armando J. D; GRAF, Márcia E.C. (Orgs.). Curitiba: Juruá, 2004.p.63-82.

BOUHALI *et al*. Leader Roles for Innovation: Strategic Thinking and Planning. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v.181, p. 72-78, May 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042815031602> Acesso em: 30 out.2015.

BRANDÃO, Carlos. Estratégias concertadas de desenvolvimento regional: os novos desafios de análise e de ação. **IN: Desenvolvimento regional e local: novas e velhas questões.** MELO, Ricardo O.L.; HANSEN, Dean L. (Orgs.). São Cristóvão, SE: UFS, 2007.p.155-182.

BRASIL. Decreto lei nº. 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. **Presidência da República,** Brasília, DF, 25 fev.1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del0200.htm> Acesso em: 12 set.2016.

___. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, de 05 de outubro de 1988**. Presidência da República**. Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 25 jul. 2015.

___. Lei nº. 8080/1990, de 19 de setembro de 1990. (1990a). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência**

da República, Brasília, DF, 19 set.1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 11 dez.2015.

___. Lei nº. 8142/1990, de 28 de dezembro de 1990. (1990b). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República,** Brasília, DF, 28 dez.1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm> Acesso em: 11 dez.2015.

___. Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001.**Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 26 jan.2001. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT_GM_95_26.01.2001.pdf> Acesso em: 08 set.2016.

___. Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 27 fev.2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em: 08 set.2016.

___. Portaria Interministerial nº. 1000 de 15 de abril de 2004. **Ministério da Saúde e Ministério da Educação**. Brasília, DF, 15 abr.2004. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-92-31-2004-04-15-1000> Acesso em: 04 out.2015.

___. Decreto nº. 7.082, de 27 de janeiro de 2010. (2010a). Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais-REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Presidência da República**, Brasília, DF, 27 jan.2010. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 04 out.2015.

___. Exposição de Motivos 383 EMI nº. 00383/2010/MP/MEC. (2010b). **Subchefia de Assuntos Jurídicos,** Brasília, DF, 23 dez.2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Exm/EMI-383-MP-MEC-MPV-520-10.htm> Acesso em: 04 out.2015.

___. Portaria nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. (2010c). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 30 dez.2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf > Acesso em: 08 set.2016

___. Portaria nº. 1034, de 05 de maio de 2010. (2010d). Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 05 maio 2010. Disponível em: <http://linus.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/sus/sus/portaria-no-1034-de-5-de-maio-de-2010.pdf> Acesso em: 09 set.2016.

___. Medida Provisória nº. 520, de 31 de dezembro de 2010. (2010e). Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. - EBSERH e dá outras providências. **Presidência da República,** Brasília, DF, 31 dez.2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/mpv/520.htm> Acesso em: 04 out.2015.

___. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. (2011a). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 23.dez.2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf> Acesso em: 14 set.2016.

___. Lei nº. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. (2011b) Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências**. Presidência da República,** Brasília, DF, 15 dez.2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm> Acesso em 04 out.2015.

___. Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011. (2011c). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Presidência da República,** Brasília, DF, 28 jun.2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm> Acesso em: 09 set.2016.

___. Exposição de Motivos 127 EM Interministerial nº. 00127/2011/MP/MEC. (2011d). **Subchefia de Assuntos Parlamentares,** Brasília, DF, 20 jun.2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Projetos/ExpMotiv/EMI/2011/127MP%20MEC.htm > Acesso em: 04 out.2015.

___. Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 24.abr.2012**.** Disponível em: <http://www.conass.org.br/ci-n168-publicada-pt-gm-n793-que-institui-a-rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia-no-ambito-do-sus/> Acesso em: 14 set.2016.

___. Portaria 3390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 30 dez.2013. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br/2013/legislacao_2013/Legislacao_Textos/Portaria%203390_301213_Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20hospitais%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS.pdf> Acesso em: 08 set.2016.

___. Resolução nº. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 20.jun.2014. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf> Acesso em: 15.fev.2017.

BUDNI, Monica C**. Hospital de Clinicas da UFPR. Desafios para implantação de um plano estratégico.** 2014. 21f.Monografia (Especialização MBA em Gestão Estratégica). Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

CAMPOS, Gastão W.S., *et al.* Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?. **Revista Interface**, Botucatu, SP**,** v.20, n.56, p.261-266, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0261.pdf> Acesso em: 12 jun.2016.

CARDOSO, Antonio S.R. Ouvidoria pública como instrumento de mudança. **Texto para discussão Nº. 1480**, Brasília, mar.2010. 30p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5034> Acesso em: 29 abr.2016.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadril%e1tero%20da%20Forma%e7%e3o%20para%20a%20%c1rea%20da.pdf> Acesso em: 09 set.2016

CERTO, Samuel C.; PETER, J. Paul. **Administração estratégica: planejamento e implantação da estratégia**. Tradução: Flávio Deni Steffen. São Paulo: Makron Books, 1993.469p.

CFM.CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Em quatro anos, SUS perde 14,7 mil leitos de internação.** Brasília, 19 out.2014. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25153:em-quatro-anos-sus-perde-147-mil-leitos-de-internacao&catid=3> Acesso em: 14 dez.2015.

___. Para 93% da população, a saúde Brasil é considerada péssima, ruim ou regular. Brasília, 13 out.2015. (2015a). Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25807:2015-10-13-14-55-36&catid=3> Acesso em: 04 maio. 2016.

___. Opinião dos brasileiros sobre o atendimento público na área da saúde. Brasília, set.2015. (2015b). Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/pesquisadatafolhacfm2015.pdf> Acesso em: 04 maio. 2016.

___. Em cinco anos, Brasil perde 23,6 mil leitos de internação no SUS. Brasília, 17 maio de 2016. Disponível em:

<http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26171:2016-05-17-12-26-58&catid=3> Acesso em: 11 set.2016.

CHC/UFPR.COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR**. Plano diretor estratégico 2016-2017**. Curitiba,2015. Disponível em: <http://intranet.hc.ufpr.br/d7/arquivos/PDE_2016_2017.pdf> Acesso em: 23 maio.2016

COELHO, Eugênia B.C.; BARBOSA, Gilberto P.; MELO, João P.M. Diagnóstico do Ministério da Saúde. **In: Mais gestão é mais saúde: Governança para resultados no Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.p.93-110.

COMEC.COORDENAÇÃO DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA. **Região Metropolitana de Curitiba**. [ca.2016]. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=123> Acesso em: 09 nov.2016.

___. Curitiba. **Revista da Região Metropolitana de Curitiba,** Curitiba, p.22-23, set.2015. Edição especial. Disponível em: <http://www.comec.pr.gov.br/arquivos/File/RMC/Revista_SET_2015.pdf> Acesso em: 05 dez.2016.

COMERLATTO, Dunia *et al.* Diálogo intersetorial entre conselhos gestores de políticas públicas: apontamentos para um debate. **Revista Desenvolvimento Regional em debate,** Canoinhas, SC, v.1, n.1, p.179-189, dez.2011. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/drd/article/view/70> Acesso em: 19 out.2016.

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS/ UFBA. **Institucional**. Salvador, [ca.2013]. Disponível em: <http://www.complexohupes.ufba.br/ocomplexohupes/institucional/estruturaorganizacional/principios-organizacionais/> Acesso em: 30 abr.2016.

___. Ouvidoria Geral. Salvador, jan.2016. (2016a). Disponível em: <http://www.complexohupes.ufba.br/complexohupes/wpcontent/uploads/2016/01/Minuta20151.pdf> Acesso em: 30 abr.2016.

___. Superintendente apresenta plano diretor estratégico à comunidade com participação de profissionais das diversas áreas. Salvador, 03 mar.2016. (2016b).Disponível em: <http://www.complexohupes.ufba.br/noticias/superintendente-apresenta-plano-diretor-estrategico-a-comunidade-com-participacao-de-profissionais-das-diversas-areas/> Acesso em: 07 jul. 2016.

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de reestruturação Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos. Universidade Federal da Bahia**. Brasília, nov. 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/100830/plano_de_reestruturacao_hupes_ufba.pdf/c1c32c01-a2dc-40bc-9375-01e85007c4a4 > Acesso em: 07 jul.2016.

CONASEMS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**.3. ed. Brasília, 2009.480p. (Série F. Comunicação e educação em saúde). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/sus-3edicao-completo-190911.pdf> Acesso em 03 set.2016.

CONASS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de média e alta complexidade no SUS**. Brasília, 2007.248p. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v.9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf> Acesso em: 03 set.2016.

___.Direito à Saúde. Brasília, 2015. (2015a). Disponível em: < http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/DIREITO-A-SAUDE.pdf> Acesso em: 17 jun.2016.

___. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília, 2015. (2015b).127p. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS). Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf > Acesso em: 17.fev.2017.

CONKE, Leonardo S. O pensamento Estratégico no século XX: Explicações históricas. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, São Paulo, v.12, n.4, p. 210-234, out./dez. 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/21401/1/ARTIGO_PensamentoEstrategicoSeculo%20XX.pdf> Acesso em: 17 jan.2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília, 2013. 178p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Controle_Social.pdf> Acesso em: 14 set.2016.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO. **Brasil transparente: guia de implantação de portal da transparência**. Brasília, 2013, 32p. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparenciapublica/brasiltransparente/arquivos/guia_portaltransparencia.pdf> Acesso em: 13 abr.2016.

COSTA, Pedro H.A.da *et al*. Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas: contribuições da análise de redes sociais**. Revista Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p.245-252, 2015.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-23-3-245.pdf> Acesso em: 16.abr.2016.

CRAINER, Stuart; DEARLOVE, Des. **Estratégia: arte e ciência na criação e execução.** Tradução: Karina Schultz Jacques. Porto Alegre: Bookman, 2014.141p.

CROZATTI, Jaime. Planejamento estratégico e controladoria: um modelo para potencializar a contribuição das áreas da organização. **Revista ConTexto**, Porto

Alegre, v.3, n.5, p.1-20, 2º semestre 2003. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/11680/6861> Acesso em: 17 jan.2016.

CUNHA, Júlio A. C. da. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos**. 2011. 242f. Tese (Doutorado em Administração). Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-01092011-190122/pt-br.php> Acesso em: 08 nov.2016.

DATASUS. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. **Indicadores regionais, estaduais e nacionais do rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2015-Brasil**. Brasília, 29 mar.2016. (2016a) Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcirbr.def> Acesso em: 28 nov.2016.

___. Informações de Saúde (Tabnet). Brasília, 2016. (2016b). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663> Acesso em: 04 abr.2016.

___. **Informações de Saúde (Tabnet). Assistência à Saúde**. Brasília, 2016. (2016c). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202> Acesso em: 11 nov.2016.

___. **Informações de Saúde (Tabnet). Rede Assistencial**. Brasília, 2016. (2016d). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204> Acesso em: 11 nov.2016.

DHR. DIRETORIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS E RESIDÊNCIAS EM SAÚDE. **RELATÓRIO REHUF. Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. Vol. I: Diagnósticos e Propostas**. Brasília, ago.2009. Disponível em: <http://ramec.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1298&Itemid=1> Acesso em: 11 set.2015.

DIAS, Regina C. *et al*. Impacto do planejamento estratégico situacional em um ambulatório de atenção especializado. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.1, n.1, p.83-96, jan./jun.2012. Disponível em: < http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/7> Acesso em: 12.fev.2017.

DINIZ, Célia R.; SILVA, Iolanda B.da. **Tipos de métodos e sua aplicação**. 21. ed. Campina Grande e Natal: UEPB/UFRN - EDUEP. 2008. Disponível em: < http://www.ead.uepb.edu.br/ava/arquivos/cursos/geografia/metodologia_cientifica/Met_Cie_A04_M_WEB_310708.pdf> Acesso em: 22 out. 2015.

DOMINGOS, Carolina M. *et al*. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Revista Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.1-13, mar.2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000300707&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em: 12 jun.2016.

DRAGO, Leandra M.B. A gestão dos serviços de saúde pós 1988: o caso dos hospitais universitários. **IN: Análise da política de saúde brasileira**. GARCIA, Maria L.T (Org.). Vitória: Edufes, 2014. p. 45-80. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/Livro-edufes-Analise-da-Politica-de-Saude-Brasileira.pdf> Acesso em: 12 out.2016.

DUARTE, Ligia S. *et al*. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo. v.24, n.2, p.472-485, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00472.pdf> Acesso em: 10.fev.2017.

DUBEUX, Luciana S.; CARVALHO, Eduardo F.de. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.9, v.4, p.467-476, out./dez.2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292009000400012> Acesso em: 01 ago.2016.

DYE, Thomas R**. Understanding public policy**.13nd. USA: Pearson Education, 2011.368p.

EBSERH. EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**. Hospital de Clínicas e Maternidade Victor Ferreira do Amaral. Universidade Federal do Paraná. Dimensionamento de serviços assistenciais.** Brasília, 24 fev.2014.Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/dimensionamento_assistencial_hc_e_maternidade_ufpr.pdf/5dcac215-c03f-45b3-8b3a-d8059e88dbea> Acesso em: 11 nov.16.

___. Programa de gestão do Sírio-Libanês vai capacitar 150 funcionários da Ebserh. Brasília, [ca.2015a]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/noticiadestaque1?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_col_id=column2&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=320753&_101_type=content&_101_groupId=15796&_101_urlTitle=programa-de-gestao-do-sirio-libanes-vai-capacitar-150-funcionarios-da-ebserh> Acesso em: 04 jun.2016.

___. Institucional. Missão e valores. Brasília, [ca.2015b]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/missao-visao-e-valores>. Acesso em: 04 out. 2015.

____. O que é o AGHU. Brasília, [ca.2015c]**.** Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/sobre/o-que-e> Acesso em: 20 out.2016.

___. Pesquisa de satisfação de usuários 2015. Brasília, 2015. Ministério da Educação. Disponível em:

<http://ebserh.gov.br/documents/15804/0/OUVIDORIA.pdf/17dae89a-7b1b-4ad7-8340-bd8f85045b65> Acesso em: 03 maio 2016.

___. Hospitais Universitários. Apresentação. Brasília, [ca.2016a]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1> Acesso em: 12 jun.2016.

___. **Hospitais Universitários. Filiais**. Brasília, [ca.2016b]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais-ebserh> Acesso em: 26 nov.2016.

ELEUTÉRIO, Sueli A.V.; SOUZA, Maria C.A.F.de. Qualidade na prestação de serviços: uma avaliação com clientes internos**. Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v.9, n.3, p.53-64, jul. /set. 2002.Disponível em: http://www.regeusp.com.br/arquivos/v9n3art5.pdf> Acesso em: 13 jan.2016.

FEITOSA, Cid O. Do regional ao local: uma transição conceitual. **IN: Desenvolvimento regional e local: novas e velhas questões.** MELO, Ricardo O.L.; HANSEN, Dean L. (Orgs.). São Cristóvão, SE: UFS, 2007.p.131-154.

FERRAZ *et al*. Avaliação dos serviços de saúde na ótica dos usuários. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v.17, n.2, p. 414-423, jul. /dez. 2013. Disponível em: <http://www.revistapoliticaspublicas.ufma.br/site/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=69> Acesso em: 17 dez.2015.

FERREIRA, Isabelle R. *et al*. Doação e transplante de órgãos na concepção bioética: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, MG, v.13, n.1, p.190-203, 2015.Disponível em: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1951> Acesso em: 09 set.2016.

FEUERWERKER, Laura C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Revista Interface**, Botucatu**,** SP, v.9, n.18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf> Acesso em: 19 out.2015.

___. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Livro%20%20laura%20feuerwerker%202014.pdf > Acesso em: 12 set.2016.

FNQ.FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Sistemas de gestão**. 2014. Disponível em: <http://www.fnq.org.br/informe-se/publicacoes/e-books> Acesso em: 19 out.2016.

FORTES, Maria T.R. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde**. 2013. 189f.Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca ENSP, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7666/2/0000018.pdf> Acesso em: 28 jan.2016.

FRATINI, Juciane R.G.; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e Contra Referência: Contribuição para a integralidade em saúde. **Revista Ciência Cuidado e Saúde,** Maringá, v.7, n.1, p. 65-72, jan./mar. 2008. Disponível em: < http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4908/3211 > Acesso em: 22.maio.2016.

FREUND, John E. **Estatística aplicada: economia, administração e contabilidade.** Tradução: Claus Ivo Doering. 11 ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.536p.

FREY, Klaus**.** Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Revista Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n.21, p.211-260, jun. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/89> Acesso em: 28 maio.2016.

FRIESE, Susanne. **ATLAS.ti 7. User guide and reference**. Berlin, 2013, 469p. Disponível em: <http://atlasti.com/wpcontent/uploads/2014/05/atlasti_v7_manual_201312.pdf?q=/uploads/media/atlasti_v7_manual_201312.pdf > Acesso em: 26 set.2016.

FRIGOTTO, Gaudêncio**. Política de capacitação do servidor público: uma alternativa metodológica à doutrina liberal**. [2011]. Disponível em: < http://redeescoladegoverno.fdrh.rs.gov.br/upload/1367266226_20110526_GaudencioFrigotto%20Artigo1.pdf > Acesso em: 17.fev.2017.

GABRIEL, Diana M.; KOBINGER, Guilherme; CAIUBY, Rogério D. A agenda estratégica. **In: Mais gestão é mais saúde: Governança para resultados no Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.p.47-56.

GALVÃO, Jarbas. **O segmento de saúde para o desenvolvimento regional no município de Blumenau-SC: a participação do Hospital Santa Isabel.** 2003. 102f.Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional). Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2003.Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/FURB_72be610df232c0e2c2af93d69a0d9cc4/Details> Acesso em: 01 ago.2016.

GAVA, Marília *et al.* Incorporation of information technology in Primary Care of SUS in North-eastern Brazil: expectations and experiences. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.891-902, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/en_1413-8123-csc-21-03-0891.pdf> Acesso em: 12 jun.2016.

GELISNKI, Carmem R. O. G.; SEIBEL, Erni J. Formulação de políticas públicas: questões metodológicas relevantes. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v.42, n. I e 2, p.227-240, abr./out.2008. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2008v42n1-2p227/13337> Acesso em: 26 jun.2016.

GERHARDT, Tatiana E. *et al*. Estrutura do projeto de pesquisa. **IN: Métodos de Pesquisa.** GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T (Org.). Universidade Aberta do Brasil UAB/UFRGS, Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS (Coord.). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p.65-88. (Série Educação à distância). Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> Acesso em: 31 jul.2016.

GIBIS *et al*. Application of strengths, weaknesses, opportunities and threats analysis in the development of a health technology assessment program**. Journal Health Policy**. v.58, n.1, p.27–35, October 2001. Disponível em: <http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S01688510%2801%2900149X/abstract?cc=y => Acesso em: 13 jan.2016.

GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.200p.

___. Estudo de caso. São Paulo: Atlas, 2009.148p.

___. Como elaborar projetos de Pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.184p.

GODOI, Heloisa *et al*. Rede de atenção saúde bucal: limitações e desafios em um município catarinense de grande porte. **Revista Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v.4, n.4, p.69-77, 2013.Disponível em: < http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/issue/view/454 > Acesso em: 17.fev.2017.

GOMES, Andrea S. **Mortalidade hospitalar: modelos preditivos de risco usando os dados do sistema de internações hospitalares do SUS**. 2009.140f. Tese. (Doutorado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16374/000698752.pdf?sequence=1> Acesso em: 18 nov.2016.

GONZAGA, Rosimeire P. *et al*. Associação entre missão institucional declarada por empresas brasileiras e seus indicadores de desempenho**.** IN: XXXVI Encontro da ANPAD, 9, 2012. Rio de Janeiro, RJ. **Anais eletrônicos...**Rio de Janeiro, RJ, ANPAD, 2012, p.1-16. Disponível em: <http://www.fucape.br/_public/producao_cientifica/2/THADEU.pdf> Acesso em: 16 jan.2016.

GOULARTI, Alcides, Filho; MESSIAS, Talita A. de; ALMEIDA, André S. de. A trajetória da SUDESUL e as políticas de desenvolvimento regional para o sul do Brasil (1967-1990).**IN: Instituições, políticas públicas e desenvolvimento regional: ensaios temáticos em ciências sociais aplicadas**. ZANELATTO, João H.; ESTEVAM, Dimas O. (Orgs.). Criciúma: UNESC, 2013.p.79-102.

GRABOIS, Victor. A implantação das técnicas de organização e de gestão. **In: Gestão hospitalar: Um desafio para o hospital Brasileiro**. CASTELAR, Rosa M.; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. Rio de Janeiro: ENSP, 1995.p.80-84.

GRIN, Eduardo J. Regime de bem-estar social no brasil: três períodos históricos, três diferenças em relação ao modelo europeu social-democrata**. Revista Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v.18, n.63, p.186-204, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/viewFile/3994/13476> Acesso em: 11 set.2016.

GUEDES, Terezinha A. *et al.* **Projeto de ensino: aprender fazendo estatística**.2005. Disponível em: <http://www.each.usp.br/rvicente/Guedes_etal_Estatistica_Descritiva.pdf> Acesso em: 15.dez.2016.

GUERREIRO, Reinaldo; SOUZA, Rodrigo P. Um estudo sobre percepções de importância de atividades do processo de gestão e barreiras à implantação do planejamento estratégico**. Revista Universo Contábil**, Blumenau, v. 11, n.1, p. 88-104, jan./mar.2015. Disponível em: <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/4776/2954> Acesso em: 16 jan.2016.

GUIA GEOGRÁFICO CURITIBA**. Bairros de Curitiba**. Curitiba, ago.2001. 1 mapa. Escala 1: 150.000. Disponível em: <http://www.curitiba-parana.net/mapas/bairros.htm> Acesso em: 05 dez.2016.

HC/UFPR. HOSPITAL DE CLÍNICAS/UFPR. **Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da UFPR 2007-2011**. Curitiba, 2006.

___. Plano estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.2012-2015. Curitiba, 2011.

___. A história do HC. Curitiba, 22 jul. 2014.Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=content/historia-do-hc> Acesso em: 16 maio 2016.

___. HC em Números. Curitiba, 07 nov.2016. (2016a). Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/83> Acesso em: 07 nov.2016.

___.Notícias. Curitiba, 2016. (2016b). Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/> Acesso em: 11 nov.2016.

___. Programa de gestão de leitos é implantado no Hospital de Clínicas de Curitiba. Curitiba, 23 ago.2016. (2016c). Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=content/programa-de-gestao-de-leitos-e-implantado-no-hospital-de-clinicas-de-curitiba > Acesso em: 14 nov.2016.

HEIDEMANN, Francisco G. Do sonho do progresso a políticas de desenvolvimento. **IN: Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de**

análise. HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José F. Brasília: Editora Unb, 2009. p.23-39.

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. [ca.2013]. **Missão, visão e valores.** Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/missao-visao-e-valores> Acesso em: 07 jul.2016.

___. A caminho da excelência. **Boletim do HC,** Belo Horizonte, n.291, ano XVIII, p.05, jun.2013. Disponível em: <www.hc.ufmg.br/imagens/chamadas/8c605617a955f620f4b11f9b4e96ddd1ed81d71c.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br> Acesso em: 07 mar.2016.

____. Saiba mais: ensino e pesquisa. mar.2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/saiba-mais> Acesso em: 19 set.2016.

HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de reestruturação Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.** Brasília, ago. 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101855/anexo_1_plano_de_reestruturacao_v_14112013_hc_ufmg.pdf/1bb4aa03-56a9-481d-a31b-e4706989da61> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano diretor estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.2013-2014**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/148046/plano+diretor.pdf/52510c9d-c6e3-410c-8d09-a2a3dbcbbc16> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Relatório das demandas da ouvidoria HCPA**: **janeiro a abril de 2016.** 2016.Disponível em: <http://www.hcpa.edu.br/downloads/Comunicacao/rel_ouvidoria_janabr2016.pdf?CSRF_TOKEN=4ef227d7be50a50099acb11d80e135e897bc2b43> Acesso em: 16 set.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de reestruturação Hospital Universitário Ana Bezerra. Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Brasília, ago.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102894/plano_de_reestruturacao_huab_ufrn.pdf/94380d38-8f6a-4e84-a608-69020c67f67f> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GRANDE DOURADOS. **Plano diretor estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal de Grande Dourados HU/UFGD/EBSERH 2014-2016**.São Paulo, 2013.Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16692/589819/PDE-HU_vers%C3%A3o_corrigida2.pdf/29d16909-600f-4000-abe2-9fc01dcbc34e> Acesso em: 01 ago.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. **Plano diretor estratégico 2016-2017**.São Paulo, 2016. Disponível em: <http://ebserh.gov.br/documents/16756/0/2016_03_02PDE20162017/ca0556d3-fb32-4d04-b8d2-75d192ccc6b3> Acesso em: 01 ago.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Plano diretor estratégico 2013-2014.**São Paulo, 2013.Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16424/333505/PDE+VERS%C3%83O+FINAL+com+capa.pdf/ccca598f-747e-465f-86b4-402eef4dfcf2> Acesso em: 01 ago.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. **Missão, visão e valores.** Brasília, [ca.2014]**.** Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/missao-visao-e-valores> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano diretor estratégico. Hospital Universitário de Brasília. 2014-2016.** São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/16496/208947/PDE+HUB+FINAL/c9f133a8-762a-470c-8160-5cd5beb98983> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PIAUÍ; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de reestruturação do Hospital Universitário do Piauí**. Brasília, mar.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102752/Anexo+I++Plano+de+Estruturao+HUPI.pdf/08da62fb-fad3-414f-88d7-f69555ad0da7> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES*.* **Plano de reestruturação Hospital Universitário de Santa Maria.** Brasília, dez.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103172/plano_reestruturacao_12_12_2013_pgf_ufsm.pdf/525b7dfc-abdf-4235-bf1d-60eae29d60d0> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de reestruturação Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas**. Brasília, ago.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/100728/plano+de+reestruturacao_ufam.pdf/da735a3f-33b6-4e55-9758-892f25706ce6> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA. **Assuntos.** João Pessoa, [ca.2015]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb> Acesso em: 07 jul.2016.

___. **Plano diretor estratégico 2016-2017**. **Monitoramento 1^{0} quadrimestre/2016**. João Pessoa, 2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/220250/951688/S%C3%ADntese+do+monitoramento-1%C2%BAquadrimestre2016.pdf/bf9c2c88-6714-4792-b117-5aa2f591b4ee> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL. **Missão, visão e valores**. Campo Grande, [ca.2016]. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/humap-ufms/missao-visao-e-valores> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano diretor estratégico do HUMAP/UFMS: planejando o futuro. 2016-2017.** São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/17082/1162736/PDE+HUMAP+PDF.pdf/0ae1ea08-c5ed-496f-9bf8-19680a8d9c2f> Acesso em: 07 jul.2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**. Plano de reestruturação Hospital Universitário Walter Cantídio. Universidade Federal do Ceará.** Brasília, nov.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101024/plano_de_reestruturacao_huwc_ufc.pdf/c37f3f8c-df69-4161-8dd9-781efb8e709a> Acesso em: 07 jul.2016.

IBGE.INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de população para 1º de julho de 2016**. 2016. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_tcu.shtm> Acesso em: 10 nov.2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA OBSERVATÓRIO DAS METRÓPOLES. **Unidades territoriais urbanas no Brasil: regiões metropolitanas, regiões integradas de desenvolvimento econômico e aglomerações urbanas em 2015**.RIBEIRO, Luiz C.Q. (Coord.).2015. Disponível em: <http://www.observatoriodasmetropoles.net/images/abook_file/relatorio_unidadesurbanas2015.pdf> Acesso em: 06 dez.2016.

IPARDES.INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Paraná em números**. [ca.2015]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=1> Acesso em: 05 dez.2016.

JACOBS, Jane. **Morte e vida nas grandes cidades**. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.510p.

JCI. **JCI Accredited Organizations. Brazil.** Illinois, [ca.2016]. Disponível em: <http://www.jointcommissioninternational.org/aboutjci/jciaccreditedorganizations/?c=Brazil> Acesso em: 31 jan.2016.

JOHNSON, Gerry; SCHOLES, Kevan; WHITTINGTON, Richard. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. **Explorando a estratégia corporativa: texto e casos**. 7.ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.800p.

JUNGES, José R.; BARBIANI, Rosangela; ZOBOLI, Elma L.C.P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Revista Interface**, Botucatu, SP, v.19, n.53, abr./jun 2015. Disponível em:

< http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140331.pdf > Acesso em: 12.fev.2017.

KAPLAN, Robert S. Balanced Scorecard. **IN: Estratégia e planejamento: autores e conceitos imprescindíveis.** PORTER *et al*. Tradução: Angela Noronha *et al*. JÚLIO, Carlos Alberto; SALIBI, José, Neto (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002. (Coletânea HSM Management). p.181-186.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P**. A execução preminum: a obtenção da vantagem competitiva através do vínculo da estratégia com as operações do negócio**. Tradução: Afonso Celso da Cunha Serra. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. 323p.

KAVESKI, Itzhak D.S.; MAZZIONI, Sady; HEIN, Nelson. A eficiência na utilização de recursos no setor de saúde: uma análise dos municípios do oeste catarinense. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.2, n.2, p.53-84, jul./dez. 2013.Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/72 > Acesso em: 08 nov.2016.

KLEBA, Maria E.; COMERLATTO, Dunia; FROZZA, Kenia M. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.49, n.4, p.1059-1079, jul./ago. 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rap/v49n4/0034-7612-rap-49-04-01059.pdf> Acesso em: 19 out.2016.

KOTLER, Philip**. Administração de marketing: a edição do novo milênio**. Tradução: Bazán Tecnologia e Linguística.10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.764p.

KRAFT, Michael E.; FURLONG, Scott R. **Public Policy: politics, analysis and alternatives**. 3nd.USA: CQ Press, 2010.482p.

LAVERDE, Gabriel P. Manutenção e meio ambiente hospitalar. (2010a). **In**: **Administração Hospitalar.** MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.143-161.

___. Administração de conflitos no hospital. (2010b). **In**: **Administração Hospitalar.** MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.457-468.

LIMA, Maria B.B.P.B**. A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em Hospitais Públicos Universitários: o caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP**.2006.193f. Dissertação (Mestrado Profissional em Engenharia Mecânica). Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.hc.unicamp.br/qualidade/TeseMariaBernadete.pdf> Acesso em 15 maio 2016.

LITTLE, Arthur D**.** A ambição move o mundo. **IN: Estratégia e planejamento: autores e conceitos imprescindíveis.** PORTER *et al*. Tradução: Angela Noronha *et al*. JÚLIO, Carlos Alberto; SALIBI, José, Neto (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002. (Coletânea HSM Management). p.81-90.

LOBO, Maria S.C. *et al*. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil**. Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p. 437-445, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/7103.pdf> Acesso em 26 out.2015.

LONDOÑO, Jairo R. Sistema de Informação Hospitalar.**IN: Administração Hospitalar**. MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.326-336.

LONGARAY, André A.; ENSSLIN, Leonardo. Uso da MCDA na identificação e mensuração da performance dos critérios para a certificação dos hospitais de ensino no âmbito do SUS. **Revista Production,** São Paulo, v.24, n.1, p.41-56, jan./mar. 2014.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v24n1/aop_193-11.pdf> Acesso em: 15 jul.2016.

LOPES, Antonio S. **Desenvolvimento regional**. 5.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.2001.406p.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.23, n.2, p.417-425, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf> Acesso em: 12 set.2016.

LOVATO, Ederson L*. et al*. Uma análise sobre aspectos que envolvem o plano plurianual: plano orçamentário ou plano estratégico? IN: 2º Seminário nacional de planejamento e desenvolvimento, 9, 2014.Florianópolis, SC. **Anais eletrônicos**... Florianópolis, SC, UDESC, 2014, p.1-20. Disponível em: <http://www.eventos.ct.utfpr.edu.br/anais/snpd/pdf/snpd2014/569.pdf> Acesso em: 16 set.2016.

LUDWIG, Antonio C.W. **Fundamentos e prática de metodologia científica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.124p.

MACHADO, Sérgio P.; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v**.**12, n.4, p.871–877, jul./ago.2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009> Acesso em 15 jul.2016.

MAIA, Thaís P.; ROQUETE, Fátima F. Um Olhar sobre a acreditação hospitalar no Brasil: a experiência da *Joint Commission International* (*JCI*). IN: XI Simpósio de excelência em gestão e tecnologia**,** 10, 2014. Resende, RJ. **Anais eletrônicos...**Rio de Janeiro, RJ SEGet, 2014.Não paginado. Disponível em:

<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/44420507.pdf> Acesso em 28 jan.2016.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo. Introdução. (2010a). **IN: Administração Hospitalar.** MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.01-03.

___. Generalidades sobre administração hospitalar. (2010b). **IN: Administração Hospitalar.** MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.04-07.

MALQUI, Rocío M.; CARBAJAL, Roy D. Implementación del cuadro de mando integral como herramienta de gestión complementaria al plan estratégico en un hospital**. Revista Estratégia e Negócios**, Florianópolis, v.2, n.2, p.162-189, jul./dez. 2009.Disponível em: <http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/EeN/article/view/66/66> Acesso em: 26 dez.2015.

MARTINS, Gilberto A. **Estudo de caso. Uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006a.101 p.

___. **Estatística geral e aplicada**.3.ed. 2.reimp. São Paulo: Atlas, 2006b.421 p.

MARTINS, Vidigal F. Hospitais universitários federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. **Revista de Administração e Contabilidade**, Feira de Santana, BA, v.3, n.2, p.4-22, jul. /dez. 2011. Disponível em: <http://www.fat.edu.br/revistas/files/journals/1/articles/33/public/33-174-1-PB.pdf> Acesso em 04 out.2015.

MCO/BA.MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA. **Plano diretor estratégico da MCO é apresentado na UFBA.** Salvador, 02 mar.2016. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/pt/web/mcoufba/detalhesdasnoticias//asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/981327/2016-03-plano-diretor-estrategico-da-mco-e-apresentado-na-ufba > Acesso em: 07 jul.2016.

MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**. Plano de reestruturação Maternidade Climério de Oliveira. Universidade Federal da Bahia**. Brasília, nov.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/100912/plano_de_reestruturacao_mco_ufba.pdf/83d1ef8d-42de-412f-ae3e-edc50b8c75ee> Acesso em: 07 jul.2016.

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**. Plano de reestruturação Hospital Universitário Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Universidade Federal do Ceará**. Brasília, nov.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/101138/plano_de_reestruturacao_meac_ufc.pdf/15793b43-324d-4b53-be3d-c22143ea4de5> Acesso em: 07 jul.2016.

MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO; EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. **Plano de reestruturação Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**. Brasília, ago.2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/102996/plano_de_reestruturacao_mejc_ufrn.pdf/b994ac84-b19f-4262-8376-22c31b1e5123> Acesso em: 07 jul.2016.

MATIAS-PEREIRA; José. **Curso de administração estratégica: foco no planejamento estratégico.** São Paulo: Atlas, 2011.279p.

MATUS, Carlos. O plano como aposta. Tradução: Frank Roy Cintra Ferreira. **Revista São Paulo em perspectivas**, São Paulo, v.5, n.4, p. 28-42, out. /dez.1991. Disponível em: < http://www.cgca.com.br/userfiles/file/O%20Plano%20Como%20Aposta%20por%20Carlos%20Matus.pdf> Acesso em: 16 set.2016.

MAXIMIANO, Antonio C. A. **Introdução à Administração**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2008.404p.

MÉDICI, André. **26 Anos de SUS: Avanços e Desafios**. 20 jul.2014. Disponível em: <http://monitordesaude.blogspot.com.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios.html> Acesso em: 05 dez.2015.

MEJÍA, Diego V.; TASCA, Renato; SILVESTRE, Rosa M. O sistema de saúde no Brasil e os desafios para a governança. **In: Mais gestão é mais saúde: Governança para resultados no Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.p.189-200.

MENICUCCI, Telma M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1620-1625, jul. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/21.pdf> Acesso em 15 jul.2016.

MERHY, Emerson E. **Construindo uma cartografia da escola médica e pensando nós críticos para a gestão da mudança**. 1999. Disponível em: < http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-06.pdf> Acesso em: 14.fev.2017.

MEYER, Victor, Junior; PASCUCCI, Lucilaine; MURPHY, Joseph P. Implementing strategies in complex systems: lessons from brazilian hospitals**. Brazilian Administration Review**, Rio de Janeiro, v.9, art.2, p. 19-37, May 2012. (special issue). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bar/v9nspe/03.pdf> Acesso em: 26 dez.2015.

MICHEL, Maria H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**.2. ed. atual. e ampl. São Paulo: Atlas, 2009.204p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Hospitais Universitários**. Brasília, [ca.2015a]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios> Acesso em: 23 jul.2016.

___. AGHU. Brasília, [ca.2015b]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios/aghu> Acesso em: 31 jan.2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Diretrizes operacionais.2006.76p. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf > Acesso em: 07 set.2016.

___. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2.ed. Brasília, 2009. 48p.Disponível em: <https://www.ufpe.br/medicinasocial/images/ISCII/susm.pdf> Acesso em: 11 set.2016.

___. Levantamento aponta serviços do SUS mais procurados por usuários de planos. Brasília, 16 dez.2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/12/levantamento-aponta-servicos-do-sus-mais-procurados-por-usuarios-de-planos> Acesso em: 03 maio 2016.

MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. **Planejamento Estratégico**. Brasília, [ca.2014]. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/governanca-ambiental/gest%C3%A3o-estrat%C3%A9gica/planejamento-estrat%C3%A9gico> Acesso em: 17 jan.2016.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes. Estruturas em cinco configurações.** Tradução: Cyro Bernades. São Paulo: Atlas, 1995. 304p.

MINTZBERG, Henry; LAMPEL, Joseph; AHLSTRAND, Bruce. Todas as partes do elefante. **IN: Estratégia e planejamento: autores e conceitos imprescindíveis.** PORTER *et al*. Tradução: Angela Noronha *et al*. JÚLIO, Carlos Alberto; SALIBI, José, Neto (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002. (Coletânea HSM Management). p.09-20.

MOLIN, Scheila *et al*. Equidade na estratégia saúde da família (ESF). **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.28, n.1, p.113-118, jan./mar.2015. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2015_v28_n1_artigo14.pdf> Acesso em: 31.jul.2016.

MOREIRA, Carlos O.F.; DIAS, Maris S.A.de. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **Revista ABCS Health Sciences**, Santo André, SP, v.40, n.3, p.300-305, 2015.Disponível em: < https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/811> Acesso em: 15.fev.2017.

MUÑOZ-JUSTICIA, Juan; SAHAGÚN-PADILLA, Miguel. **Hacer análisis cualitativo com ATLAS.ti 7: Manual de uso**. v.1. 2015.195p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/288824979_Hacer_analisis_cualitativo_con_Atlasti_7> Acesso em: 26 set.2016.

NEGRI, Armando, Filho; BARBOSA, Zilda. O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde. **Revista Consensus**, Brasília, ano IV, n.11, abr./jun.2014. p.42-49. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf> Acesso em: 11 set.2016.

OLIVEIRA, Djalma P.R.de. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologias e práticas**. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2010.335p.

___. Teoria geral da administração: uma abordagem prática. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2012.430 p.

OLIVEIRA, Felipe P.de *et al*. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Revista Interface**, Botucatu, SP, v.14, n.54, p.623-634, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf> Acesso em: 23 jul.2016.

OLIVEIRA, José A.P.de. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.40, n.1, p. 273-288, mar./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n2/v40n2a06.pdf> Acesso em: 01 ago.2016.

OLIVEIRA, Leonardo R.de; SCHILLING, Maria C.L. Análise do serviço de enfermagem no processo de planejamento estratégico em hospital. **Revista de Gestão**, São Paulo, v.18, n.2, p.225-243, abr./jun.2011. Disponível em: <http://www.regeusp.com.br/arquivos/973.pdf> Acesso em: 26 dez.2015.

OLIVEIRA, Rodrigo X.F.de. **Metodologia para gerenciamento de projetos em tecnologia da informação baseada no guia PMBOK: um estudo de caso na Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte**. 2014.184p. Dissertação.(Mestrado Profissional em Gestão Pública). Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/19521> Acesso em: 18.out.2016.

ONA.ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **O que é acreditação?** São Paulo, 2014. (2014a). Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao> Acesso em: 30 jan.2016.

___. Histórico. São Paulo, 2014. (2014b). Disponível em: <https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico> Acesso em: 30 jan.2016.

OUVERNEY, Assis M.; NORONHA, José C.de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde redes locais, regionais e nacionais. **In: A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde.** Fundação Oswaldo Cruz; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. v.3. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.143-182. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf> Acesso em: 09 set.2016.

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmen F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.12 (Supl.), p.1819-1829, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/05.pdf> Acesso em: 13 jul.2016.

PALHARES, Dario; CUNHA, Antonio C.R.da. Reflexões bioéticas sobre a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). **Revista Latino Americana Bioética**, Bogotá, v.14, n.1, 26.ed., p.122-129, jan./jun.2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v14n1/v14n1a10.pdf > Acesso em: 26 out.2015.

PATRÍCIO, Bernardo, Netto *et al*. Instrumentos de gestão pública. **In: Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. SILVA, Christian L. da; LIMA, José E. S. (Org.). São Paulo: Saraiva, 2010, p.69-92.

PEDROSO, Volnei G. **Gestão do trabalho e educação em saúde: percepção dos profissionais de saúde.** 2008. 112f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-22092011-142501/pt-br.php> Acesso em: 01 ago.2016.

PEREIRA, Potyara A.P. Política social no segundo pós-guerra: ascensão e declínio. **Revista Serviço Social & Saúde**, Campinas, v.9, n.2, dez.2010. Disponível em: < http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634888/2787> Acesso em: 16.fev.2017.

PEREIRA, Sudanês B. Os elementos intangíveis do desenvolvimento local.**IN: Desenvolvimento regional e local: novas e velhas questões.** MELO, Ricardo O.L.; HANSEN, Dean L. (Orgs.). São Cristóvão, SE: UFS, 2007.p.101-130.

PEREZ, Reginaldo T.; FORGIARINI, Giorgio. A administração pública no Brasil moderno: os modelos burocrático e gerencial. **Revista Ensaios FEE**, Porto Alegre, v.37, n.1, p.283-304, jun.2016. Disponível em: <http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/3105/3736> Acesso em: 02 out.2016.

PÉREZ, Luis G. A. Planejamento estratégico em hospitais. **IN: Administração Hospitalar**. MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.p.52-64.

PINHEIRO, Francisco P., Filho; SARTI, Flávia M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p.2.981-2.990, 2012.Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a14.pdf > Acesso em: 30 maio 2016.

PIRES, Maria R.G.M.; DEMO, Pedro. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.56-71, maio/ago.2006.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006000200007> Acesso em: 10 set.2016.

PLANOS ENGENHARIA. **Estudo de impacto de vizinhança (EIV) do Hospital do Subúrbio.** Salvador, BA. 2010. Disponível em:

<http://www1.saude.ba.gov.br/hospitaldosuburbio/docs/EIV_PLANOS_FINAL.pdf>. Acesso em: 17 ago.2015.

POLITELO, Leandro; RIGO, Vitor P.; HEIN, Nelson. Eficiência da aplicação de recursos no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nas cidades de Santa Catarina. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.3, n.2, p.45-60, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/105> Acesso em: 08 nov.2016.

PORTER, Michael E**. Competição: estratégias competitivas essenciais**. Tradução Afonso Celso da Cunha Serra. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1999.515p.

___**.** A nova era da estratégia. **IN: Estratégia e planejamento: autores e conceitos imprescindíveis.** PORTER *et al*. Tradução: Angela Noronha *et al*. JÚLIO, Carlos Alberto; SALIBI, José, Neto (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002. (Coletânea HSM Management). p.21-38.

PPSUS. PROGRAMA DE PESQUISA PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Resultados**. 2014. Disponível em: <https://ppsus.wordpress.com/resultados/> Acesso em: 27 fev.2016.

PRAHALAD, Coimbatore K. A competência essencial. **IN: Estratégia e planejamento: autores e conceitos imprescindíveis.** PORTER *et al*. Tradução: Angela Noronha *et al*. JÚLIO, Carlos Alberto; SALIBI, José, Neto (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002. (Coletânea HSM Management). p.39-46.

PRAHALAD, Coimbatore K.; RAMASWAMY, Venkat. **The future of competition. Co-creation unique value with customers.** Boston: Harvard Business School Press, 2004.257p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Região Metropolitana**. (s.d). Disponível em: <http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/regiao-metropolitana-de-curitiba/186> Acesso em: 10 nov.2016.

PRODANOV, Cleber C.; FREITAS, Ernani C.de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013. 276p.Disponível em: < http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf> Acesso em: 23 fev.2016.

RABBANI, Fauziah *et al*. Hospital management training for the eastern mediterranean region: time for a change?. **Journal of Health Organization and Management,** United Kingdom, v.29, n.7, p.965-972, 2015.Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/JHOM-11-2014-0197> Acesso em: 26 dez.2015.

RAMOS *et al.* Performance evaluation of hospitals that provide care in the public health system, Brazil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.49, n.43, p.1-10, jul.2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100304> Acesso em: 12 jun.2016.

REIS, Ademar A.C. dos. **Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010)**.2011.447f. Tese (Doutorado em Ciências). Escola Paulista de Medicina*,* Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/TESE%20DOUTORADOARTHURMARCO%202011.pdf> Acesso em: 11 set.2016.

REIS, Denizi O.; ARAÚJO, Eliane C.de; CECÍLIO, Luiz C. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. **Módulo Político Gestor.** São Paulo, [ca.2011]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf> Acesso em: 22 out.2015.

REMÓN, Carlos A. *et al*. Promoção da saúde e prevenção no âmbito hospitalar**. In**: **Administração Hospitalar.** MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.401-408.

REZENDE, Denis A. **Planejamento estratégico público ou privado: guia para projetos em organizações de governo ou de negócios**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2012.165p.

RIBEIRO, Ailton L. O papel contributivo das organizações sociais para a excelência da gestão em saúde. In: II Ciclo de Debates Direito e Gestão Pública; III Seminário democracia, direito e gestão pública: novo rumos para a gestão pública,11, 2011, Brasília, DF. **Anais eletrônicos...** Brasília, 2011. p.1-10. Disponível em <http://docplayer.com.br/967860-Seminario-democracia-direito-e-gestao-publica.html> Acesso em: 20 out.2015.

RIVERA, Francisco J.U. Argumentación y construcción de validez en la Planificación Estratégica-Situacional de Matus. **Revista Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1847-1857, set.2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/18.pdf> Acesso em: 12.fev.2017.

RIVERA, Francisco J.U.; ARTMANN, Elizabeth. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunitário**. IN: Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.** RIVERA, Francisco J.U. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.p.17-36.

RIZZATTI, Giselly; PEREIRA, Maurício F.; AMARAL, Heloísa C. M. A Influência da liderança na condução do processo implementação do planejamento estratégico: estudo de caso no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina**. Revista Ibero-Americana de Estratégia,** São Paulo, v.11, n.2, p.170-196, maio/ago. 2012. Disponível em: <http://revistaiberoamericana.org/ojs/index.php/ibero/article/view/1879/pdf> Acesso em 26 dez.2015.

ROBBINS, Stephen P. **Administração: mudanças e perspectivas**. Tradução: Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2000.524p.

RODRÍGUEZ, Allan A.; CALDERÓN, Nancy R. **Análisis cualitativo com el Atlas.ti**. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica. 2014.151p. Disponível em: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/11090/Manual%20ATLAS.ti%20%20%20Abarca%20%26%20Ruiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 26 set.2016.

ROLIM, Leonardo B.; CRUZ, Rachel S.B.L.C.; SAMPAIO, Karla, J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n.96, p. 139-147, jan./mar. 2013.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf> Acesso em: 12 set.2016.

ROLLO, Adair A. Atenção à saúde: política em expansão. **Revista Rede Câncer**, Rio de Janeiro, n.6, p.8-11, set.2008. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/81855b804eb69266862496f11fae00ee/revista_rede_cancer_6.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 09 set.2016.

ROSA, Tatiana. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. **Revista Consensus**, Brasília, ano IV, n.11, p.12-22, abr./jun.2014. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf> Acesso em: 10 fev.2017.

RUIZ, Gabriela. **Quem usa o Sistema Único de Saúde?**. Rio de Janeiro, 09 abr.2012. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/04/quem-usa-o-sistema-unico-de-saude-2/> Acesso em: 25 jul.2015.

SADEGHIFAR, Jamil *et al*. Strategic planning, implementation, and evaluation processes in hospital systems: a survey from Iran. **Global Journal of Health Science**, Toronto, v.7, n.2, p.56-65, 2015. Disponível em: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/38626/22539> Acesso em: 26 dez.2015.

SAMPIERI, Roberto H.; COLLADO, Carlos F.; LUCIO, María P.B. **Metodologia de pesquisa**. Tradução: Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.624p.

SANTANA, Rafael S. A institucionalização da seleção de medicamentos em hospitais públicos por meio do planejamento estratégico situacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1587-1603, nov./dez.2014. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/36744> Acesso em: 12.fev.2017.

SANTOS, Alethele O.; DELDUQUE, Maria C.; ALVES, Sandra M.C. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015.**Caderno Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.32, n.1, p.01-03, jan.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00194815.pdf> Acesso em: 11 abr.2016.

SANTOS, Izequias E.dos. **Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica.** 4. ed. rev. e ampl. e atual. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.363p.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. 5.ed. 2 reimp. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.120p.

SCHMIDT, John M. Policy, planning, intelligence and foresight in government organizations. **Foresight,** Massachusetts, v.17, n.5, p.489-511, 2015.Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/FS-12-2014-0081?journalCode=fs> Acesso em: 06 fev.2015.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Relatório de gestão 2010**. Brasília, DF, mar.2011. Disponível em:<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2010.pdf> Acesso em: 09 jun.2016.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Relatório de gestão 2011**. Brasília, DF, mar.2012. Disponível em:<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2011.pdf> Acesso em: 09 jun.2016.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Relatório de gestão exercício-2010.** Brasília, DF, mar.2011. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8005-relatorio-gestao-2010-sesu-versaofinal-cgu-pdf&category_slug=maio-2011-pdf&Itemid=30192> Acesso em: 09 jun.2016.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Prestação de contas ordinária anual. Relatório de Gestão Secretaria Executiva. Exercício 2011**. Brasília, DF, mar.2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10367-rel-gestao-se-2011-pdf&category_slug=marco-2012_pdf&Itemid=30192> Acesso em: 09 jun.2016.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Relatório de gestão do exercício de 2013**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15995-relatorio-gestao-exercicio-2013-sesu-pdf&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192> Acesso em: 09 jun.2016.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Prestação de contas ordinária anual. Relatório de gestão consolidado**. **Ministério Da Educação. Exercício 2014**. Brasília, DF, abr.2015.Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/auditorias?id=14946> Acesso em: 09 jun.2016.

SERRA, Carlos G.; RODRIGUES, Paulo H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v.15 (supl. 3), p.3579-3586, nov.2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033 > Acesso em: 20.abr.2016.

SESA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Plano diretor de regionalização.** 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/PDR_2015.pdf> Acesso em: 10 set.2016.

___. Hospitais e unidades próprias. [ca.2016]. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2788> Acesso em: 05 nov.2016.

SHARMA, Kavya; ZODPEY, Sanjay. Health and hospital management education in India. **Journal Healthline,** Gujarat**,** India**,** v.2, n.1, p.13-16, jan./jun. 2011. Disponível em: <http://www.iapsmgc.org/index_pdf/21.pdf> Acesso em: 28 maio 2016.

SILVA, Aluísio G. da, Junior; ALVES, Carla A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. **In: Modelos de atenção e a saúde da família**. MOROSINI, Márcia V.G.C.; CORBO, Anamaria D.A. (org). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.27-41. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/4Modelos_Assistenciais_em_Sade_-_Aluisio_G._da_Silva_Jr_e_Carla_A._Alves.pdf> Acesso em: 17.fev.2017.

SILVA, Ana M.N. *et al*. Fatores que contribuem para o tempo de internação prolongada no ambiente hospitalar. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.6, n.4, p.1590-1600, out./dez.2014.Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2618/pdf_1200> Acesso em: 17 nov.2016.

SILVA, Christian L. da. A intersetorialidade da política pública: limites e potencialidades para administração pública. **IN: Estado, planejamento e administração pública no Brasil. Instituto Municipal de Administração Pública. (Org.).** Curitiba, 2013, v.1, p.95-110. Disponível em: <https://ppsus.wordpress.com/repositorio-de-publicacoes/> Acesso em: 24 out.2016.

SILVA, Christian L. da; ROTTA; Cristiano V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v.11, n.2, p.333-345, ago./dez. 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/12126/8642> Acesso em: 16 dez.2015.

SILVA, Jussara M. Metodologia de identificação e qualificação de marcos referenciais aplicada à cidade de Concórdia-SC.**IN: Estratégias de desenvolvimento urbano e regional.** COSTA, Armando J.D; GRAF, Márcia E.C. (Orgs.). Curitiba: Juruá, 2004.p.83-102.

SILVA, Marcelo R.da; VICENTIN, Ivan C. Gestão da ética no poder executivo federal: uma análise dos indicadores de avaliação entre 2008 e 2011.**Revista Sodebras**, v.9, n..99, p.62-67, mar.2014. Disponível em: <http://www.sodebras.com.br/edicoes/N99.pdf> Acesso em: 22 nov.2016.

SILVA, Reginaldo O.da. **Teorias da Administração**. São Paulo: Pioneira, 2001.515p.

SILVA, Rita C.C.da; PEDROSO, Marcelo C.; ZUCCHI, Paola. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde**. Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.1, p.134-141, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/80605> Acesso em: 29 abr.2016.

SILVA, Rubicleis G.da; VIDAL, Marcelo M. Níveis de eficiência nos serviços de saúde pública na região norte. IN: XVIII Simpósio de Pesquisa Operacional da Marinha, 18, 2008, Rio de Janeiro, RJ. **Anais eletrônicos...**Rio de Janeiro, SPOLM, 2008. p.1-18. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/spolm/?q=node/51> Acesso em: 08 nov.2016.

SILVA, Wânia C. da *et al.* O planejamento estratégico na administração pública: um estudo multicaso. **Revista de Ciências Humanas**, Viçosa, MG, v.13, n.1, p.90-101, jan./jun. 2013.Disponível em: <http://www.cch.ufv.br/revista/pdfs/vol13/artigo6vol13-1.pdf> Acesso em: 02 out.2016.

SILVA, Zilda P.da *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, p.3807-3816, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf> Acesso em: 30 abr.2016.

SIQUEIRA, José E.de. 25 anos do SUS: o que há para comemorar?. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.37, n.1, p.56-64, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/101/5.pdf> Acesso em: 19 nov.2015.

SIQUEIRA, Vera T. A.; KURCGANT, Paulina. Satisfação no trabalho: indicador de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, v.46, n.1, p.151-157, fev.2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a21.pdf> Acesso em: 16 jan.2016.

SIMÕES, Alex P. **Construção de uma arquitetura técnica para melhoria da gestão de hospitais universitários federais**. 2011.111f. Dissertação (Mestrado Profissional em Informática Forense e Segurança da Informação). Faculdade de Tecnologia, Universidade de Brasília, Brasília. 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9319/3/2011_AlexPitacciSimoes.pdf> Acesso em: 12.out.2016.

SLOMP, Helvo, Junior *et al.* Uma torção pedagógica no cuidado em saúde. **IN: O Cuidado e a Educação Popular em Saúde.** GOMES, Luciano Bezerra (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2015. p.233-260 (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/o-cuidado-e-a-educacao-popular-em-saude-pdf/view> Acesso em: 16 set.2016.

SLOMP, Helvo, Junior; FEUERWERKER, Laura C.M.; LAND, Marcelo G.P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica**. Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.537-546, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0537.pdf> Acesso em: 12 set.2016.

SMS.SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Localização de serviços de saúde**. [ca.2016a]. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/localizacao-de-servicos-da-saude.html> Acesso em: 05 nov.2016.

___. Rede de serviços do SUS Curitiba. [ca.2016b]. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/a-secretaria/rede-de-atencao.html> Acesso em: 05 nov.2016.

___.Atenção Hospitalar. [ca.2016c]. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/assistencia/atencao-hospitalar.html> Acesso em: 05 nov.2016.

___.Atenção Primária. [ca.2016d]. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/assistencia/atencao-basica.html> Acesso em: 18 nov.2016.

SOARES, Robson F. *et al.* Centralidade municipal e interação estratégica na decisão de gastos públicos em saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.50, n.4, p.563-585, jul./ago.2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v50n4/0034-7612-rap-50-04-00563.pdf> Acesso em: 17 out.2016.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão de literatura. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n.16, p.20-45, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16> Acesso em: 14 jul.2016.

SOUZA, Jorge.de; PEÑALOZA, Rodrigo A.S. **Mensuração.** Brasília, mar.2005. Disponível em: <http://www8.ufrgs.br/ppge/pcientifica/2005_02.pdf> Acesso em: 05 mar.2016.

SOUZA, Vinicius L. de, Neto *et al*. Transplante de medula óssea: diagnósticos de enfermagem em receptores. **Revista de enfermagem da UFPI**, Teresina, v.4, n.4, p.88-93, out./dez.2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/2774> Acesso em: 09 set.2016.

TARGETWARE. **Atlas TI 7**. [ca.2014]. Disponível em: <http://www.software.com.br/p/atlas-ti-7> Acesso em: 17 jul.2016.

TCU. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Referencial Básico de Governança: aplicável a órgãos e entidades da Administração Pública**. Brasília, v.2, 2014. 80p. Disponível em: <http://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A24F0A728E014F0B34D331418D> Acesso em: 09 mar.2016.

___. Relatório de Auditoria. Órgão/Entidade Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. GRUPO I – CLASSE – Plenário TC 032.519/2014-1 [Apensos: TC 013.318/2014-4, TC 032.344/2012-0]. Brasília, DF, 18 de novembro de 2015. Disponível em:

<http://tcu.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/313350129/3251920141/inteiro-teor-313350197> Acesso em: 09 dez.2015.

TEISBERG, Elizabeth O.; PORTER, Michael E.; BROWN, Gregory B**.** A competição na área da assistência médica. **IN: Competição: estratégias competitivas essenciais**. PORTER, Michael E. Tradução: Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Elsevier,1999. p.432-455.

TEIXEIRA, Elenaldo C. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. Programa Políticas Públicas: o papel das políticas públicas, Bahia, 2002, p.1-11. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf> Acesso em: 06 ago.2016.

TÉLLEZ, Franz P.; MORERA, Ricardo G. Indicadores e padrões de qualidade da atenção médica.2010. **IN: Administração Hospitalar.** MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo G.; LAVERDE, Gabriel P. Tradução: Antonio Francisco Dieb Paulo. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.480-494.

TERZIC-SUPIC, Zorica *et al.* Training hospital managers for strategic planning and management: a prospective study**. BMC Medical Education**, London, v.15, n.25, p.1-9. February 2015. Disponível em: <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0310-9> Acesso em: 26 dez.2015.

THEIS, Ivo M.; GALVÃO, Antônio C.F. A formulação de políticas públicas e as concepções de espaço, território e região. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, Recife, v.14, n.2, p.55-69, nov.2012. Disponível em: <http://unuhospedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/rbeur/article/view/4101/3999> Acesso em: 20 set.2015.

TSAI, Yafang. Health care industry, customer orientation and organizational innovation. **Chinese Management Studies**, China, v.7, n.2, p.215-229, 2013.Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/CMS-Oct-2011-0086> Acesso em: 26 dez.2015.

UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **HU alcança recorde de transplantes hepáticos e projeta futuro promissor.** 26 jan.2015. Disponível em: <http://noticias.ufsc.br/2015/01/hu-alcanca-recorde-de-transplantes-hepaticos-e-projeta-futuro-promissor/> Acesso em: 19 set.2016.

UNIPLAN/HC/UFPR. UNIDADE DE PLANEJAMENTO DO HC/UFPR. **Indicadores de Produção**. 2016.[Relatórios internos, não publicados].

VAGNONI, Emidia.; OPPI, Chiara. Investigating factors of intellectual capital to enhance achievement of strategic goals in a university hospital setting. **Journal of Intellectual Capital**, v.16, n.2, p. 331-363, 2015. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/JIC-06-2014-0073> Acesso em: 26 dez.2015.

VIEIRA, Sonia. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 2009.176p.

VICENTIN, Ivan C. Governo eletrônico.**IN: Políticas públicas e desenvolvimento local: instrumentos e proposições de análise para o Brasil**. SILVA, Christian L. da (Org.). Petrópolis: Vozes, 2012.p.127-150.

VIGNOCHI, Luciano; GONÇALO, Cláudio R.; LEZANA, Alvaro G.R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.54, n.5, p.496-509, set./out. 2014. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/como_gestores_hospitalares_utilizam_indicadores_de_desempenho_0.pdf> Acesso em: 16 jan.2016.

WONG, Carol A.; LASCHINGER, Heather K.S. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. **Journal of advanced nursing**, Massachusetts, v.69, n.4, p.947-959, jul.2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2012.06089.x/pdf> Acesso em: 19 out.2016.

WRIGHT, Peter; KROLL, Mark J.; PARNELL, John. **Administração estratégica: conceitos**. Tradução: Celso A. Rimoli e Lenita R. Esteves. São Paulo: Atlas, 2000.433p.

YASIN, Mahmoud M.; GOMES, Carlos F.; MILLER, Phillip E. Competitive strategic grouping for hospitals**. The TQM Journal**, United Kingdom, v.23, n.3, p.301-312, 2011. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/17542731111124352> Acesso em: 26 dez.2015.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Tradução: Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.212p.

APÊNDICE A - Questionário para a identificação da presença dos componentes do planejamento estratégico, adaptado de Kaplan e Norton (2008).

	CENTRO OESTE				NORDESTE										NORTE		SUDESTE			SUL
COMPONENTES	HOSPITAIS																			
“Esclarecer a visão”																				
Missão																				
Valores																				
Visão																				
Deslocamento estratégico (de/para)																				
Estrutura estratégica																				
“Desenvolver a estratégia”																				
Análise ambientes externo e interno																				
Formulação estratégia																				
“Traduzir a estratégia”																				
Mapeamento *BSC*																				
Perspectivas																				
Indicadores																				
Objetivos																				
Metas																				
“Desenvolver o plano”																				
Iniciativas estratégicas																				
Orçamento/ Financiamento																				
Controle																				
Prestação de contas/*feedback*																				
*PDE disponível ** PDE não disponível.																				
X presente, de acordo com o modelo adotado.																				
● presente, mas não conforme com o modelo adotado.																				
? há previsão, mas não há dados que comprovem a execução.																				

APÊNDICE B - Roteiro semiestruturado de entrevista da pesquisa “A aplicabilidade do planejamento estratégico em hospitais universitários federais”.

ROTEIRO DE ENTREVISTA – PESQUISA “A APLICABILIDADE DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS”

1. A Unidade/Setor participou da implantação do modelo de Unidades Funcionais, que iniciou na instituição no ano de 2004?

2. Quais as principais mudanças que ocorreram na Unidade/Setor com relação à aplicabilidade do planejamento estratégico? A Unidade/Setor realizava algum trabalho voltado ao planejamento estratégico antes do modelo de Unidades Funcionais?

3. Quais foram os benefícios gerados por este modelo de gestão?

4. Havia alguma dificuldade?

5. A partir de 2012, a Instituição intensificou seus esforços no aprimoramento da gestão estratégica e iniciou a construção do Planejamento Estratégico Institucional, em parceria com o Departamento de Administração Geral Aplicada – DAGA/UFPR. Como foi esse passo adicional para a Unidade/Setor?

6. Verificou – se melhorias na aplicabilidade do planejamento estratégico após esse trabalho com o DAGA/UFPR?

7. Verificou- se algum ponto negativo?

8. Em 2013, houve uma mudança significativa do corpo diretivo do hospital. O que isso repercutiu na aplicabilidade do planejamento estratégico em sua Unidade/Gestor? O que houve com o processo que estava em andamento?

9. Em outubro de 2014, o Hospital de Clinicas assina contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Uma das primeiras ações da empresa é a reestruturação do planejamento estratégico, a elaboração do chamado PDE – Plano Diretor Estratégico. Qual a experiência da Unidade/Setor nesse momento?

10. Quais os pontos positivos e os pontos negativos dessa mudança?

11. Após a construção do PDE e com as primeiras tarefas de monitoramento, qual a sua percepção com relação a essa diretriz proposta pela EBSERH?