



PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO

2018-2020



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD

Rua Ivo Alves da Rocha, 558
Altos do Indaiá | CEP: 79823-501 | Dourados-MS |
Telefone: (67) 3410-3000 | Site: huufgd.ebserh.gov.br

ABRAHAM WEINTRAUB
Ministro de Estado da Educação

OSWALDO DE JESUS PEREIRA
Presidente da EBSEH

ALISSON HENRIQUE DO PRADO FARINELLI
Superintendente *Pro Tempore*

AIRSON BATISTA
Gerente Administrativo

THAÍSA PASE
Gerente de Atenção à Saúde – Substituto

RENATA MARONNA PRAÇA LONGHI
Gerente de Ensino e Pesquisa

GRUPO DE TRABALHO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2018-2020

Airson Batista	Leandro Marcel Freitas e Santos
Angela Mendonça de Souza	Luiz Augusto Freire Lopes
Antonio Idalgo de Lima	Mariana Trinidad Ribeiro Garcia da Costa Croda
Armando Jorge Júnior	Michel Coutinho dos Santos
Cândida Aparecida Leite Kassuya	Paulo Cesar Nunes da Silva
Danielly Vieira Capoano	Renata Maronna Praça Longhi
Deise Pinheiro Vieira	Ricardo do Carmo Filho
Emerson Almeida Renovato	Rosalina Dantas da Silva
Fábio Juliano Negrão	Taísa Navarro Prado
José Flavio Sette de Souza	Thaísa Pase

GRUPO DE TRABALHO PARA CONCLUSÃO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2018-2020

Airson Batista	Gabrielle Leite dos Santos Rosa
Alisson Henrique do Prado Farinelli	Leandro Marcel Freitas e Santos
Ângela Maria Azevedo Cardoso Marin	Lillian Dias Castilho
Ângela Mendonça de Souza	Luiz Augusto Freire Lopes
Antônio Idalgo de Lima	Maria Michelle Teixeira da Matta Santos
Armando Jorge Júnior	Naara Siqueira de Aragão
Danielly Vieira Capoano	Thaísa Pase

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	5
QUADROS	8
GRÁFICOS	10
FIGURAS.....	11
APRESENTAÇÃO.....	13
1. IDENTIDADE INSTITUCIONAL	14
2. ABRANGÊNCIA E INFLUÊNCIA DO HU-UFGD.....	34
3. DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DO HU-UFGD.....	39
4. OBJETO E OBJETIVOS	59
5. PERCURSO METODOLÓGICO	60
6. FUNDAMENTAÇÃO	65
7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	83
8. GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO.....	112
CONCLUSÃO	126
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICE	128

LISTA DE SIGLAS

- ABRAHUE** Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
- AGHU** Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
- AIDS** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AMIU** Aspiração Manual Intrauterina
- APICE ON** Aprimoramento Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
- AVC** Acidente Vascular Cerebral
- AVHU** Associação de Voluntários do Hospital Universitário
- CAPE** Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão
- CCI** Comissão de Controle Interno
- CGU** Controladoria Geral da União
- CME** Central de Material Estéril
- CNES** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CO** Centro Obstétrico
- CPDFT** Comissão do Plano Diretor Físico e Tecnológico
- COREME** Comissão de Residência Médica
- COREMU** Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
- D2** Descritor
- DAS** Diretoria de Atenção à Saúde
- DLIH** Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar
- DATASUS** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
- EAD** Educação à distância
- EBSERH** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ECG** Eletrocardiograma
- FCS** Faculdade de Ciências da Saúde
- FIOCRUZ** Fundação Oswaldo Cruz
- GAS** Gerência de Atenção à Saúde
- GEP** Gerência de Ensino e Pesquisa
- GM/MS** Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
- GT** Grupo de trabalho
- GTH** Grupo de trabalho de humanização

HU Hospital Universitário
HU- UFGD Hospital Universitário – Universidade Federal da Grande Dourados
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEP/HSL Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês
IHAC Iniciativa do Hospital Amigo da Criança
IRAS Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
LPCs Laboratórios de Pesquisa em Ciências da Saúde
Ma Miliampere
MEC Ministério da Educação
MGAH Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar
MP Macroproblema
MPOG Ministério do Planejamento
NC Nó Crítico
NCH Núcleo de Comissões Hospitalares
NG-AGHU Núcleo Gestor do AGHU
NSP Núcleo de Segurança do Paciente
Nº Número
OMS Organização Mundial da Saúde
PAGO Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico
PCDT Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PDE Plano Diretor Estratégico
PDF Formato Portátil de Documento
PDFT Plano Diretor Físico e Tecnológico
PDTIC Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação
PES-MS Plano Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul
PETI Plano Estratégico de Tecnologia da Informação
PNH Política Nacional de Humanização
POP Procedimento Operacional Padrão
POSIC Política de Segurança da Informação e Comunicações
PRMs Problemas Relacionados à Medicamentos
PROEX Pró-Reitoria de Extensão e Cultura
PROPP Pró-Reitoria de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa
RAS Redes de Atenção à Saúde

REHUF Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

RUTE Rede Universitária de Telemedicina

SADT Serviço De Apoio Diagnóstico Terapêutico

SEMS Secretaria Municipal de Saúde

SIA Sistema de Informações Ambulatoriais

SIC Segurança da Informação e Comunicação

SIGPROJ Sistema de Informação e Gestão de Projetos

SGPTI Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

SIGs Special Interest Groups – Grupos de Interesse Especial (Tradução Livre)

SIH Sistema de Informações Hospitalares

SISREG Sistema de Regulação

SODOBEN Sociedade Douradense de Beneficência

SUS Sistema Único de Saúde

UAC Unidade de Apoio Corporativo

UCO Unidade Coronariana

UEMS Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

UFGD Universidade Federal da Grande Dourados

UFMG Universidade Federal de Minas Gerais

UMC Unidade da Mulher e da Criança

UNIGRAN Centro Universitário da Grande Dourados

UCINco Unidade de Cuidado Intermediário Convencional

UP Unidade de Produção

UTI Unidade de Terapia Intensiva

TCU Tribunal de Contas da União

TI Tecnologia da Informação

TR Termo de Referência

QUADROS

Quadro 1. Macrorregião de Dourados.....	14
Quadro 2. Reconhecimento.....	16
Quadro 3: Quantitativo de cargos e funções do HU-UFGD.....	19
Quadro 4: Caracterização do hospital.....	25
Quadro 5: Distribuição de leitos cadastrados e ativos do HU-UFGD.....	27
Quadro 6: Conjunto de Serviços Ambulatoriais prestados pelo HU-UFGD.....	28
Quadro 7: Equipamentos hospitalares por tipo de serviço- HU-UFGD.....	28
Quadro 8: Habilitações HU-UFGD.....	29
Quadro 9: Indicadores de Mortalidade em Dourados –MS (2017)	35
Quadro 10: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Clínica Médica.....	40
Quadro 11: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Centro Cirúrgico.....	41
Quadro 12: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Clínica Pediátrica.....	41
Quadro 13: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da UTI Pediátrica.....	42
Quadro 14: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Maternidade.....	43
Quadro 15: Indicadores Apice On.....	45
Quadro 16: Indicadores da Unidade de Produção (UP) do Ambulatório.....	47
Quadro 17: Número de vagas para o programa de Residência Médica do HU-UFGD.....	48
Quadro 18: Número de vagas para o programa de Residência em Área Profissional da Saúde do HU-UFGD.....	48
Quadro 19: Vagas ocupadas para o programa de Residência Médica do HU-UFGD-Junho 2019.....	49
Quadro 20: Vagas ocupadas para o programa de Residência em Área Profissional da Saúde do HU-UFGD - Junho 2019.....	49
Quadro 21: Proposta Orçamentária 2019 – HU-UFGD.....	55
Quadro 22: Distribuição de espaço físico - 1ª Etapa UMC.....	56
Quadro 23: Cronograma de execução de compras.....	58
Quadro 24: Atores Sociais apresentados por valor.....	66
Quadro 25: Mapeamento SWOT.....	67
Quadro 26: Mapeamento TOWS.....	69

Quadro 27: Macroproblemas, nós críticos, ações e atividades.....	84
Quadro 28: Macroproblema 1 – Gerenciamento de riscos.....	99
Quadro 29: Macroproblema 2 – Gerenciamento de riscos.....	106
Quadro 30: Macroproblema 3 – Gerenciamento de riscos.....	109

GRÁFICOS

Gráfico 1: Comparativo de Aderência ao Modelo por ano.....	63
Gráfico 2: Aderência do Hospital por Modelo de Referência.....	64
Gráfico 3: Análise de GAP's.....	64

FIGURAS

Figura 1: Localização do HU-UFGD.....	15
Figura 2: Projeto do HU-UFGD no acervo histórico.....	17
Figura 3: Organograma Superintendência – HU-UFGD.....	21
Figura 4: Organograma Gerência de Atenção à Saúde – HU-UFGD.....	22
Figura 5: Organograma Gerência Administrativa – HU-UFGD.....	23
Figura 6: Organograma Gerência de Ensino e Pesquisa – HU-UFGD.....	24
Figura 7: Painel de bordo HU-UFGD – Indicadores da Gerência de Atenção à Saúde.....	33
Figura 8: Fluxo Lúdico da Linha de Cuidado Materno-Perinatal do HU-UFGD.....	46
Figura 9: Fluxograma projetos de extensão HU-UFGD.....	52
Figura 10: Obra em andamento UMC.....	57
Figura 11: Fluxograma do Percurso Metodológico.....	61
Figura 12: Missão, Visão e Valores do HU-UFGD.....	62
Figura 13: Quadro Geral de Apontamentos da Árvore Explicativa de Problemas.....	70
Figura 14: Descritor 1 – Falta de Institucionalização dos protocolos assistenciais para direcionamento da conduta clínica.....	71
Figura 15: Descritor 2 – Insuficiência de POP’s Administrativos e Assistenciais.....	72
Figura 16: Descritor 3 – Ausência de Interpretação e Monitoramento de Indicadores.....	72
Figura 17: Descritor 4 – Falta de Objetivos, Atribuições e Metas Definidas para os Diferentes Níveis da Organização (Estratégico, Tático e Operacional)	73
Figura 18: Descritor 5 – Baixo Envolvimento dos Colaboradores com o HU-UFGD.....	74
Figura 19: Descritor 6 – Insuficiência de Práticas de Ensino e Pesquisa.....	74
Figura 20: Descritor 7 – Necessidade de Reestruturação da Educação Permanente.....	75
Figura 21: Descritor 1 – Alto Número de Processos Executados em Sistemas não Institucionalizados.....	76
Figura 22: Descritor 2 – Suporte Ineficiente do AGHU.....	76
Figura 23: Descritor 3 – Alto Índice de Defasagem do Parque Tecnológico e Infraestrutura.....	77
Figura 24: Descritor 4 – Desempenho Insatisfatório da Manutenção de Estrutura Física e Tecnológica.....	78

Figura 25: Descritor 5 – Insuficiência de Recursos Orçamentários.....	78
Figura 26: Descritor 6 – Baixa Aderência à Política de Segurança da Informação.....	79
Figura 27: Descritor 1 – Baixo Controle de Gestão do Leito.....	80
Figura 28: Descritor 2 – Ausência de Controle Interno de Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico.....	80
Figura 29: Descritor 3 – Baixa Adesão e Implantação das Políticas de Segurança do Paciente.....	81
Figura 30: Descritor 4 – Ausência de Institucionalização das Linhas de Cuidado.....	82
Figura 31: Descritor 5 – Alto Índice de Registros da Informação Assistencial Inadequados.....	82
Figura 32: Ferramenta de gestão 5W2H – Protótipo de planos de ação.....	83
Figura 33: Cronograma de monitoramento de atividades – Macroproblema 1.....	113
Figura 34: Cronograma de monitoramento de atividades – Macroproblema 2.....	118
Figura 35: Cronograma de monitoramento de atividades – Macroproblema 3.....	122

APRESENTAÇÃO

A finalidade deste documento é apresentar a sistematização da elaboração e conclusão do Plano Diretor Estratégico (PDE) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) para o triênio 2018-2020, cujo foco é a implementação de ações que visam o aperfeiçoamento da gestão organizacional em saúde, por meio da efetiva integração entre assistência, ensino e pesquisa.

O primeiro ciclo do PDE foi construído por uma equipe de gestores do HU-UFGD em parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês (IEP/HSL) para o período de 2014 a 2016, prorrogado posteriormente por mais um ano, tendo assim vigência efetiva de 2014-2017.

A construção deste novo ciclo do PDE foi realizada pela própria equipe do HU-UFGD, liderado pela Unidade de Planejamento e por um Grupo de Trabalho multiprofissional e multissetorial. A metodologia aplicada na elaboração do PDE foi baseada no Planejamento Estratégico Situacional com uso de metodologias ativas e utilização de diferentes ferramentas e técnicas estratégicas.

Espera-se que o PDE 2018-2020 seja mais do que uma formalização dos direcionadores para o futuro e que provoque vários momentos de diálogo estratégico dentro da organização.

Boa leitura!

1. IDENTIDADE INSTITUCIONAL

1.1 Apresentação

O Hospital Universitário - HU é órgão suplementar da Universidade Federal da Grande Dourados, vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação e administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), desde 26 de setembro de 2013. Constitui-se como referência na assistência pública à saúde da população distribuída em 33 municípios localizados no sul do estado de Mato Grosso do Sul, que representa o atendimento à 831.310 mil pessoas (IBGE, 2018), distribuídas em uma extensão territorial de 61.539.712 km² (IBGE, 2018). O atendimento possui algumas peculiaridades regionais como a grande presença da população de fronteira (Paraguai) e indígenas (48.802 pessoas) (PES-MS, 2016-2019).

Quadro 1. Macrorregião de Dourados

MACRORREGIÃO DE DOURADOS	
Microrregião	Municípios Abrangidos
Dourados	Caarapó
	Deodápolis
	Douradina
	Dourados
	Fátima do Sul
	Glória de Dourados
	Itaporã
	Jateí
	Laguna Carapã
	Rio Brilhante
	Vicentina
Ponta Porã	Amambai
	Antônio João
	Aral Moreira
	Coronel Sapucaia
	Paranhos
	Ponta Porã
	Sete Quedas
	Tacuru
	Amambaí
	Antônio João
Aral Moreira	
Naviraí	Eldorado
	Iguatemi
	Itaquiraí
	Japorã

MACRORREGIÃO DE DOURADOS	
Microrregião	Municípios Abrangidos
	Juti
	Naviraí
	Mundo Novo
Nova Andradina	Anaurilândia
	Angélica
	Batayporã
	Ivinhema
	Nova Andradina
	Novo Horizonte do Sul
	Taquarussu

Fonte: Adaptado do Plano Diretor de Regionalização do Mato Grosso do Sul, 2015-2016.

A cidade de Dourados é a segunda maior do estado com 220.965 mil habitantes (IBGE, 2018) e está localizada a 232 km da Capital do Estado, Campo Grande. Os municípios atendidos pela instituição na macrorregião ficam entre 20 km – Itaporã – e 260 km – Iguatemi (Google Maps). O HU-UFGD tem uma área construída de 15.596,72 m² em um terreno de 150.000m²¹. Possui uma localização estratégica no oeste do núcleo urbano douradense, próximo às Rodovias Estaduais MS-162 e MS-379, além do anel viário.

Figura 1: Localização do HU-UFGD



Fonte: Google Maps (2019)

¹ Por meio da Lei Estadual n. 4.914, de 30 de agosto de 2016, foi doada pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul uma área de nove hectares à Fundação Universidade Federal da Grande Dourados, localizada no entorno do HU. Nessa área está sendo construída a Unidade da Mulher e da Criança (UMC), prédio anexo ao hospital, que atenderá pacientes de Dourados e da macrorregião nas demandas de saúde feminina e infantil.

Quadro 2. Reconhecimento

Dados Cadastrais de Pessoa Jurídica
<p>Razão Social: Hospital Universitário da UFGD Dourados MS CNPJ: 07.775.847/0002-78</p>
<p>Gestão</p> <p>Razão Social: EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares CNPJ: 15.126.437/0009-09</p>
<p>Site: http://www.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd Telefone: (67) 3410-3000 Endereço: Rua Ivo Alves da Rocha nº 558, Bairro: Altos do Indaiá, Dourados - MS CEP: 79823-501</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

Embora o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde conste 189 leitos, os leitos operacionais do HU-UFGD totalizam 197 leitos². O hospital está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), com 100% dos atendimentos realizados no âmbito do SUS. Voltado para assistência, ensino, pesquisa e extensão, o HU-UFGD é referência regional para cirurgias eletivas de média e alta complexidade, cujo serviço é regulado e em rede. É, ainda, referência para ginecologia e obstetrícia, com atendimento de porta-aberta³.

1.2 Histórico⁴

A implantação e o funcionamento do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD) se deram no ano de 2003, quando foi denominado “Santa Casa de Dourados”. A instituição era mantida, inicialmente, pela Sociedade Douradense de Beneficência (Sodoben). Em 2004, a Santa Casa de Dourados tornou-se o “Hospital Universitário de Dourados”, que passou a ser administrado pela Fundação Municipal de Saúde, sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Dourados, conforme compromissos firmados com a sua mantenedora anterior, a Sodoben.

² Leitos operacionais conforme conceito constante no item 2.2.7, do anexo, da Portaria do Ministério da Saúde n. 312, de 30 de abril de 2002. Isto porque o hospital constantemente recebe uma demanda de atendimento superior à sua capacidade, e devido a superlotação, apresenta 15 leitos excedentes na especialidade de obstetrícia e 4 na especialidade de cuidados intermediários neonatal. Ambos os leitos excedentes, não estão cadastrados no CNES.

³ Termo que significa que o atendimento é por demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento por outra instituição de saúde.

⁴ Adaptado de <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/nossa-historia>

Figura 2: Projeto do HU-UFGD no acervo histórico



Fonte: Acervo histórico HU-UFGD

Por meio da Lei Municipal n. 3.118, de 2008, o Poder Executivo Municipal autorizou a doação da área à UFGD, para uso das edificações para o atendimento hospitalar via Sistema Único de Saúde (SUS) e para atividades de hospital-escola.

Tendo o Ministério da Educação (MEC) concordado com o recebimento da doação, o Conselho Universitário da UFGD aprovou a criação do Órgão Suplementar “Hospital Universitário”, que passou a fazer parte da estrutura administrativa da Universidade. Assim, a UFGD passou a administrar o HU-UFGD a partir de 1º de janeiro de 2009. Dessa forma, o Hospital passou a ser vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação, e é mantido com recursos dos governos Federal, Estadual e Municipal.

Em 26 de setembro de 2013, por meio do Contrato n. 03/2013, o HU-UFGD aderiu à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebsersh), vinculada ao MEC, criada em 2011 com a finalidade específica de gerir os Hospitais Universitários Federais. O novo modelo de gestão representou significativo aporte de recursos humanos e implementação de melhoras estruturais no HU-UFGD.

1.3 Missão, visão e valores⁵

Missão

Promover a assistência multiprofissional à saúde, com qualidade e humanização, de forma indissociável do ensino, da pesquisa e da extensão, 100% SUS, regulada, em rede e configurando referência em média e alta complexidade na região da Grande Dourados.

Visão

Ser um hospital universitário sustentável e reconhecido pela excelência em gestão, assistência, formação e inovação em saúde no âmbito do SUS.

Valores

- ❖ Valorização à vida
- ❖ Equidade
- ❖ Humanização
- ❖ Ética e transparência
- ❖ Excelência
- ❖ Gestão participativa

1.4 Organograma do HU-UFGD

Conforme os parâmetros da Ebserh, o modelo de estrutura organizacional para os hospitais se desdobra em três estruturas distintas, segundo o porte do hospital: pequeno, médio e grande.

⁵ A revisão da Missão, Visão e Valores institucionais fez parte do percurso metodológico para a elaboração do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2018-2020. Adiante, será descrito o processo de atualização dessa ferramenta estratégica que forma a base do PDE.

Segundo o modelo preconizado o HU-UFGD é classificado como hospital de médio porte. Sendo assim, a estrutura organizacional é composta por 75 (setenta e cinco) funções gratificadas, segmentada em chefias de unidade, setor, divisão, gerências e superintendência, além da ouvidoria e auditoria, bem como órgão colegiado executivo e conselho consultivo.

Quadro 3: Quantitativo de cargos e funções do HU-UFGD

CARGOS E FUNÇÕES	GESTÃO CENTRAL	ATENÇÃO À SAÚDE	ENSINO E PESQUISA	ADMINISTRATIVA	TOTAL
MÉDIO PORTE					
Superintendente	1	-	-	-	1
Gerente	-	1	1	1	3
Ouvidor	1	-	-	-	1
Auditor	1	-	-	-	1
Chefe de Divisão	-	4	-	3	7
Chefe de Setor	2	5	2	7	16
Chefe de Unidade	3	28	3	12	46
TOTAL	8	38	6	23	75

Fonte: Site institucional. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/383485/ORGANOGRAMA_06-06-2019.pdf/4d670fea-e5c9-4880-95ed-eb6611d30196

No núcleo operacional estão situados os setores e unidades, órgãos que facilitam a coordenação de atividades finalísticas, ou seja, produzem e entregam os resultados finais do serviço. Na linha intermediária estão as divisões, órgãos que estabelecem a integração horizontal (entre os processos finalísticos, e entre estes e os de suporte) e a integração vertical (entre os níveis operacional e de suporte e a cúpula). Na cúpula, encontram-se as gerências que, em conjunto com os demais órgãos da estrutura de governança correspondem a instâncias decisórias e deliberativas do hospital (EBSERH, 2013).

Figura 3: Organograma Superintendência – HU-UFGD



Figura 4: Organograma Gerência de Atenção à Saúde – HU-UFGD

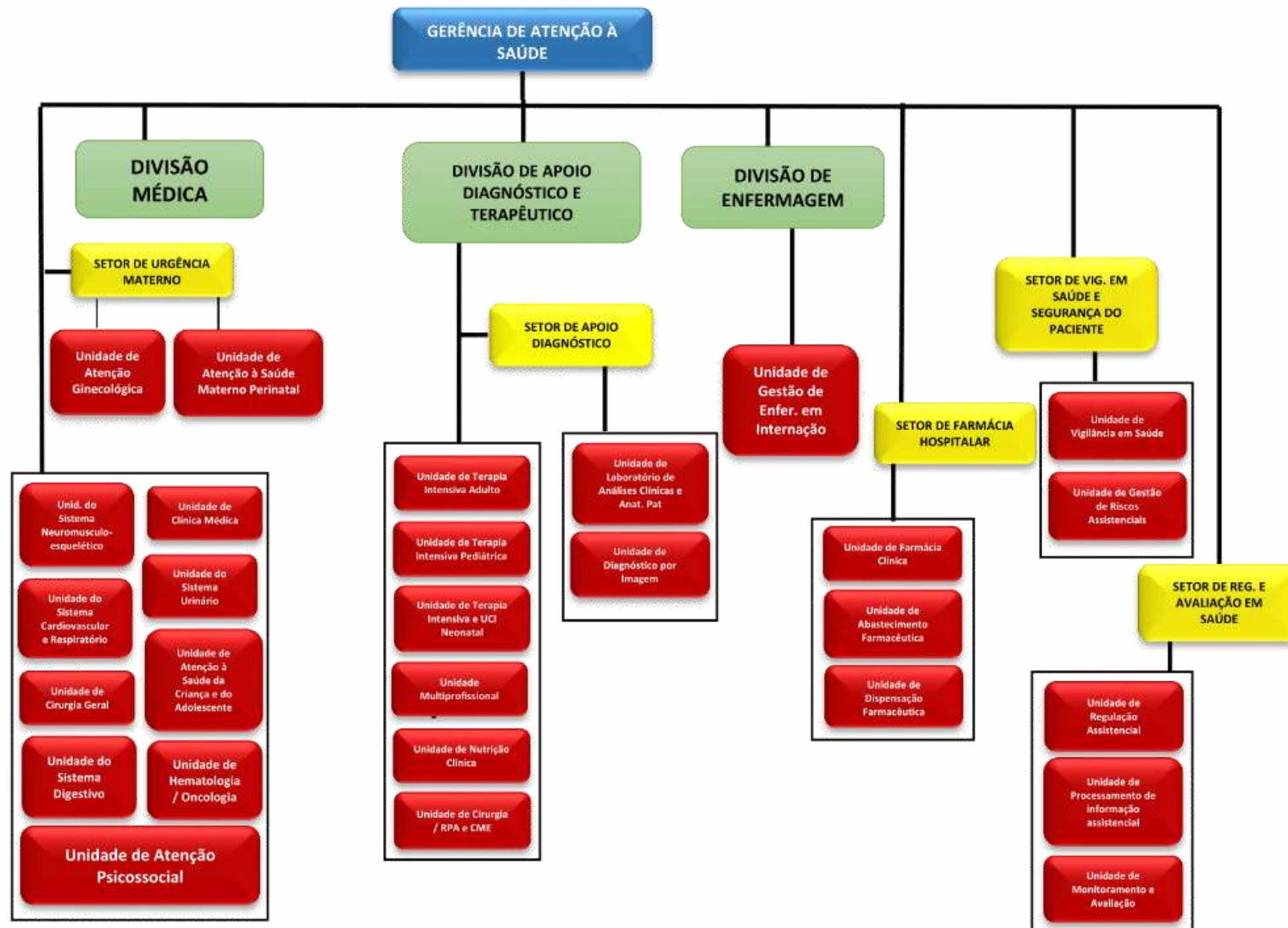


Figura 5: Organograma Gerência Administrativa – HU-UFGD

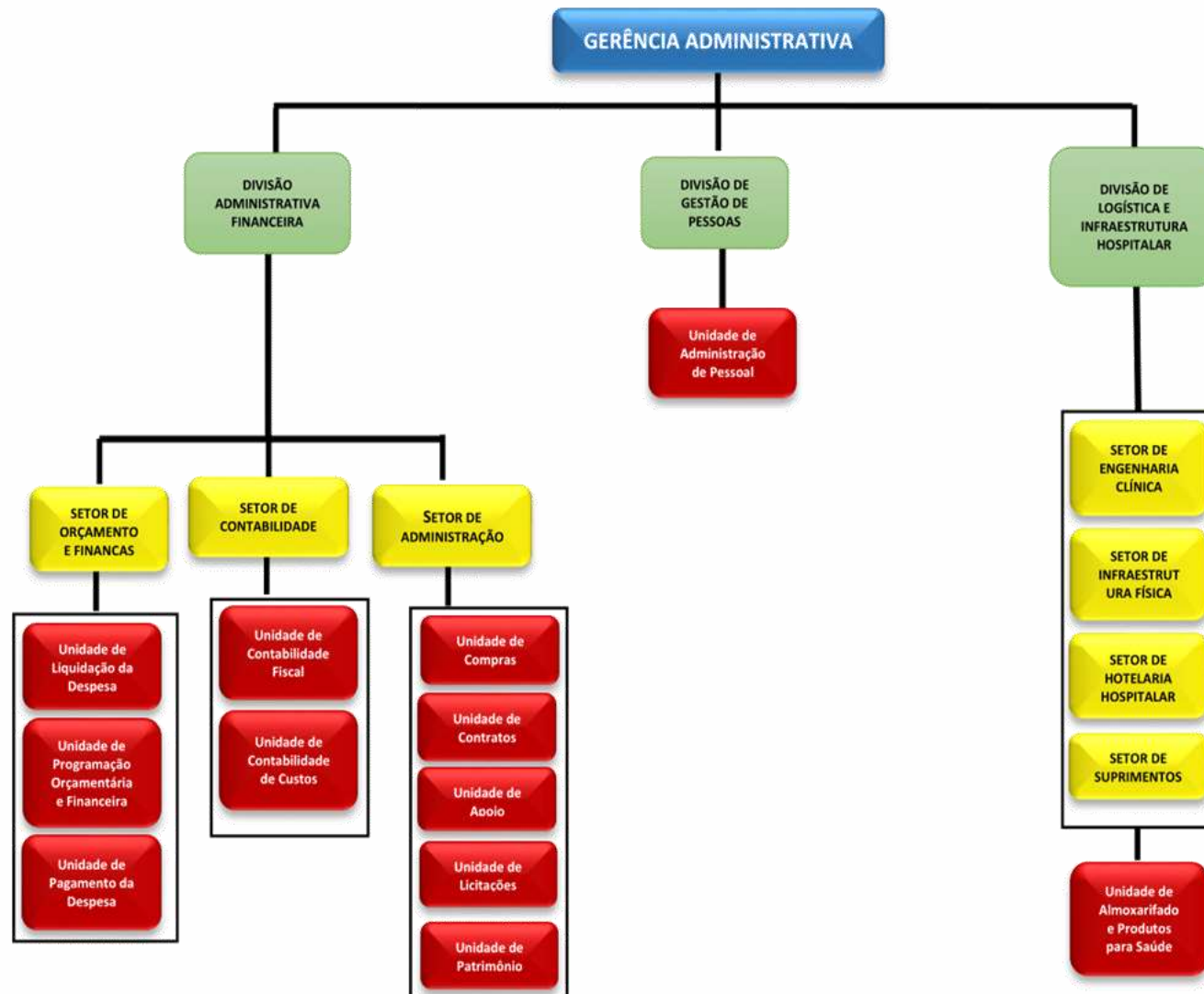


Figura 6: Organograma Gerência de Ensino e Pesquisa – HU-UFGD



1.5 Especialidades e serviços de apoio e suporte

O modelo assistencial do HU-UFGD é voltado às necessidades de saúde da população, formação, ensino e pesquisa. O perfil de atendimento é ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, sendo referência para cirurgias eletivas. Na linha de cuidado adulto, o HU-UFGD é referência para clínica médica. Na saúde da criança, é a única referência em clínica pediátrica e nos cuidados intensivos o hospital dispõe de unidades de terapia intensiva adulto, pediátrico e neonatal (incluindo, cuidados intermediários). Na atenção ao parto e nascimento possui atendimento porta-aberta no serviço de ginecologia e obstetrícia, sendo referência regional no SUS para gestação de alto risco tipo II⁶. Esta forma de organização e habilitação, visa melhoria da qualidade de atenção à saúde na gestação de alto risco e consequente redução da morbimortalidade materna e neonatal.

A produção do HU-UFGD se dá principalmente fundamentada em três pilares: assistência, ensino e pesquisa. No âmbito da assistência, o hospital atualmente possui capacidade operacional de 186 leitos regulados pela Central de Regulação de Leitos do município de Dourados, distribuídos da seguinte maneira: 136 leitos de internação hospitalar, 25 leitos complementares de UTI tipo II (adulto e pediátrico), 10 leitos de UTI Neonatal, 15 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários. Quanto às redes temáticas de saúde, o HU-UFGD está inserido na Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual.

Quadro 4: Caracterização do hospital

Identificação Global	
<p>Tipo de Estabelecimento:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Especializado</p>	<p>Porte Hospitalar:</p> <p><input type="checkbox"/> Pequeno (<200 leitos)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Médio (200 – 399 leitos)⁷</p> <p><input type="checkbox"/> (>400 leitos)</p>

⁶ Conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1.020 de 29 de maio de 2013, a classificação em tipo II refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos.

⁷ Classificação de porte conforme preconizado pela EBSERH.

Tipo de Atendimento: <input type="checkbox"/> SADT <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorial <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalar	Gestor do SUS Signatário do Contrato: <input type="checkbox"/> Estadual <input checked="" type="checkbox"/> Municipal
Nível de Atenção: <input checked="" type="checkbox"/> Alta Complexidade <input checked="" type="checkbox"/> Média Complexidade	Profissionais: Nº de médicos: 214 Nº Outros Profissionais de Nível Superior: 293 Nº de Profissionais de Nível Médio: 514
Serviço de Urgência e Emergência: Urgência – <input checked="" type="checkbox"/> Sim (Referida) <input type="checkbox"/> Não	
Número de Leitos Instalados: <input checked="" type="checkbox"/> 189 Geral (Total) <input checked="" type="checkbox"/> 34 UTI <input checked="" type="checkbox"/> 15 UCINco	Serviço de Maternidade: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de Leitos de UTI tipo II: <input checked="" type="checkbox"/> 15 Adulto <input checked="" type="checkbox"/> 10 Pediátrico <input checked="" type="checkbox"/> 10 Neonatal <input checked="" type="checkbox"/> 0 UCO	O Serviço de Maternidade é Habilitado em Gestação de Alto Risco: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Demanda: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Referenciada	
Habilitação em Alta Complexidade: 1. Gestação de Alto Risco Tipo II 2. Unidade de Tratamento Intensivo Tipo II 3. Serviço Hospitalar para Tratamento de AIDS	
Inserção nas Redes Temáticas de Saúde: 1. Rede de Urgência e Emergência 2. Rede Cegonha 3. Rede de Atenção Psicossocial 4. Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência Sexual	

Fonte: Adaptado pelo próprio autor de dados apontados no CNES.

Quadro 5: Distribuição de leitos cadastrados e ativos do HU-UFGD

LEITOS	CNES	LEITOS OPERACIONAIS
Clínica cirúrgica	29	29
Clínica médica	45	33
Saúde mental	9	9
Clínica obstétrica	25	38
Clínica pediátrica	32	35
Total enfermaria	140	144
UTI adulto	14	14
UTI pediátrica	10	10
UTI neonatal	10	10
UCINco	15	19
Total leitos UTI e UCI	49	53
Total Geral	189	197

Fonte: CNES, AGHU e contagem física dos leitos em 01/08/2019 feito pelo SERAS em conjunto com a auditoria interna da EBSERH

No cenário atual, o HU-UFGD possui ainda, em sua oferta de serviços, a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), que foi construída seguindo requisitos da Portaria n. 1020 de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde. Trata-se de uma unidade de cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de vulnerabilidade física e/ou social, contribuindo para assistência adequada às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência. As obras foram iniciadas em março de 2017 e concluídas em 09 de julho de 2018. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera está localizada próxima à Pediatria, setor pelo qual é feita a interligação da unidade com o hospital. O prédio possui 446m², com capacidade de alojamento para 20 camas, distribuídas em quatro quartos, com um banheiro em cada. A infraestrutura da casa ainda é composta por ambientes de apoio como sala multiuso, sala de estar, banheiros para uso geral, copa e cozinha, lavanderia, varanda e sala de atendimento multiprofissional. O projeto foi elaborado em consonância com orientações e supervisão do Ministério da Saúde, no âmbito das linhas de investimento da Rede Cegonha.

Para adequada oferta de serviços, o HU-UFGD foi inserido no cenário local e macrorregional do estado, através de instrumento de contratualização, celebrados entre o município de Dourados e o HU-UFGD com interveniência estadual. A participação do hospital já está formalmente definida na rede de atenção à saúde do SUS, integrando diversos serviços especializados.

Quadro 6: Conjunto de Serviços Ambulatoriais prestados pelo HU-UFGD

Ambulatorial	
Alergia e Imunologia Pediátrica	Hematologia e Hemoterapia Pediátrica
Cancerologia Cirúrgica	Infectologia
Cardiologia	Mastologia
Cardiologia Pediátrica (especialidade sem agenda externa)	Nefrologia
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	Nefrologia Pediátrica
Cirurgia Geral	Neurocirurgia (especialidade sem agenda externa)
Cirurgia Oral Menor (especialidade sem agenda externa)	Neurologia
Cirurgia Pediátrica	Nutrição Clínica (especialidade sem agenda externa)
Cirurgia Plástica	Oftalmologia
Cirurgia Torácica	Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Vasculár	Otorrinolaringologia
Coloproctologia	Pediatria (especialidade sem agenda externa)
Endocrinologia e Metabologia	Pequenas Cirurgias
Endocrinologia Pediátrica (especialidade sem agenda externa)	Pneumologia
Farmácia Clínica (especialidade sem agenda externa)	Pneumologia Pediátrica
Fisioterapia Geral	Pré-Natal de Alto Risco
Fonoaudiologia	Psiquiatria (especialidade sem agenda externa)
Gastroenterologia	Residência Ginecológica
Gastroenterologia Pediátrica (especialidade sem agenda externa)	Reumatologia
Ginecologia	Risco Cirúrgico (especialidade sem agenda externa)
Ginecologia e Obstetrícia	Urologia
Hematologia e Hemoterapia	

Fonte: Carta de Serviços ao Usuário do HU-UFGD. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufgd/superintendencia/boletins-de-servico/2019>.

Quadro 7: Equipamentos hospitalares por tipo de serviço- HU-UFGD

	EQUIPAMENTOS	EXISTENTES
Equipamentos de Audiologia	Audiômetro de um canal	1
	Emissões otoacústica evocadas por produto de distorção	1
	Emissões otoacústica evocadas transientes	1
	Imitânciômetro multifrequencial	1
Equipamentos de diagnóstico por Imagem	Mamógrafo com comando simples	1
	Processadora de filme exclusiva para mamografia	1
	Raio x de 100 a 500ma	5
	Raio x mais de 500ma	1
	Raio x para hemodinâmica	1
	Tomógrafo computadorizado	1
	Ultrassom convencional	2
	Ultrassom doppler colorido	2
	Ultrassom ecógrafo	2
Equipamentos de Infraestrutura	Controle ambiental/ar-condicionado central	2
	Grupo gerador	1
Equipamentos de Odontologia	Caneta de baixa rotação	1
Equipamentos para Manutenção da Vida	Berço aquecido	7
	Bomba de infusão	204
	Desfibrilador	16
	Equipamento de fototerapia	13
	Incubadora	21
	Marca-passo temporário	4

	EQUIPAMENTOS	EXISTENTES
	Monitor de ECG	52
	Monitor de pressão invasiva	6
	Monitor de pressão não-invasiva	52
	Reanimador pulmonar/ambú	50
	Respirador/ventilador	50
Equipamentos por Métodos Gráficos	Eletrocardiógrafo	6
	Eletroencefalógrafo	2
Equipamentos por Métodos Ópticos	Endoscópio digestivo	5
	Endoscópio das vias respiratórias	1
	Endoscópio das vias urinárias	1
	Laparoscópio/vídeo	1
	Microscópio cirúrgico	5
Outros Equipamentos	Aparelho de eletroestimulação	2
	Equipamento para hemodiálise	2
	Forno de Bier	3

Fonte: Adaptado pelo próprio autor a partir de dados extraídos do CNES.

Quadro 8: Habilitações HU-UFGD

Código	Descrição	Origem	Competência Inicial	Portaria	Data da Portaria	Leitos SUS
0636	Serviços hospitalares de referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Nacional	07/2019	1951 PT GM	22/07 2019	9
1101	Serviço hospitalar para tratamento AIDS	Nacional	05/2012	407 SAS	10/05 2012	*
1414	Atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II	Nacional	01/2014	50 SAS	24/01 2014	15
1415	Casa da gestante, bebê e puérpera (CGBP)	Nacional	07/2019	1949 PT GM	22/07 2019	*
1901	Laqueadura	Local	02/2007	810 SES/MS	25/02 2008	0
1902	Vasectomia	Local	02/2007	810 SES/MS	26/05 2008	0
2601	UTI II adulto	Nacional	10/2004	365 SAS/MS	12/04 2016	14
2603	UTI II pediátrica	Nacional	10/2004	1197 PT SAS	25/10 2012	10
2610	Unidade de terapia intensiva neonatal tipo II – UTIN II	Nacional	12/2013	1430 PT SAS (RETIF)	24/02 2014	10
2802	Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCO)	Nacional	12/2013	1430 PT SAS	20/12 2013	15

Fonte: Adaptado pelo próprio autor a partir de dados extraídos do CNES.

De acordo com o perfil do hospital e necessidades de saúde da população, foram pensadas e pleiteadas habilitações de serviços de média e alta complexidade, com intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários, além da integração do hospital aos demais pontos de atenção da RAS.

No tocante ao ensino e pesquisa, o HU-UFGD atua em contato direto com as instituições de ensino públicas (UFGD e UEMS) e privadas (Unigran e Escola Vital Brasil), que utilizam o hospital como campo de prática para diversas áreas na formação de seus profissionais baseada nos princípios do SUS.

As residências são norteadas pela formação integrada dos diversos profissionais envolvidos nos programas e nos cenários de prática. O hospital possui programas de residência médica nas áreas de concentração: Clínica Médica, Pré-requisito em Área Cirúrgica Básica⁸, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. Além disso, o HU tem outros três programas de residência em Área Profissional da Saúde: Residência Multiprofissional em Saúde (áreas de concentração: Atenção Cardiovascular, Saúde Indígena e Materno-Infantil, abrangendo os cursos de enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia); Residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil e Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica.

O objetivo é buscar uma compreensão ampliada de saúde, focada no ser humano, estendendo a visão do residente ao atendimento integral, por meio de estágios internos no HU-UFGD e externos, como nas Unidades Básicas de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Hospital Evangélico, Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança, Unidade de Pronto Atendimento de Dourados e Hospital da Vida.

Nesses cenários de prática, os residentes atuam juntamente aos profissionais que prestam serviços à comunidade atendida pelo SUS. Dessa forma, por meio de um trabalho multidisciplinar durante todo o período de formação, os programas objetivam a formação de um profissional inovador, com uma visão global da saúde e dos fatores de risco que interferem na vida da comunidade.

Ademais, o hospital está inserido na Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), o que permite ampliar oportunidades de disseminação de boas práticas na assistência, contribuindo com a formação dos acadêmicos e com o conhecimento e capacitação dos profissionais de saúde.

⁸ Até 2019, o HU-UFGD possui ainda área de concentração em Cirurgia Geral.

No eixo da administração hospitalar, foram definidas algumas bases sólidas em processos de trabalho, como o aumento da transparência no fluxo de processo de compras, licitações e contratos, além de maior controle sobre o vencimento de atas de registro de preços e acompanhamento de contratos. Incorporado ao Setor de Administração do HU-UFGD, existem também, iniciativas de desenvolvimento intelectual para atuação nas áreas que envolvem planejamento, gestão e fiscalização de contratos administrativos.

As atividades de apoio técnico e administrativo estão organizadas de forma a acolher as necessidades dos serviços do hospital, conforme demandas assistenciais de todas as unidades organizacionais finalísticas, bem como suporte as ações do hospital pactuadas com a Rede de Saúde Municipal.

É importante frisar, que o HU-UFGD, possui uma Política de Segurança da Informação e Comunicações (POSIC) implementada, com objetivos fundamentais de gerenciamento para segurança de informações, preservando confidencialidade, integridade e disponibilidade de informações registradas.

São princípios da POSIC: Celeridade nas atuações que envolvam ações de segurança da informação e comunicação (SIC) em temas relacionados a falhas e incidentes. Preservação de direitos e interesses legítimos de usuários e agentes públicos, sem comprometer a SIC. Clareza nas regras de SIC, que também devem ser precisas e concisas. Ações de segurança respeitando sempre preceitos de legalidade por cumprimentos de atos normativos e transparência no trato de informações, quando resguardado todos os critérios legais.

1.6 Indicadores de Desempenho Hospitalar

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), indicadores são marcadores da situação da saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, alvos e performances (WHO, 1996).

O desempenho de uma instituição para se tornar mensurável, utilizam-se várias ferramentas de gestão para fornecimento de dados. Os indicadores são medidas de suporte que permitem a análise dos números produzidos gerando uma avaliação sobre a qualidade das atividades desenvolvidas. Essa avaliação gera alternativas como, a elaboração de estratégias de aprimoramento, além de subsídios para validação de práticas.

No HU-UFGD, os indicadores são captados e avaliados desde 2010, pela Unidade de Monitoramento e Avaliação em Saúde, de forma a elencar índices como taxas de ocupação hospitalar, média de permanência e percentual de acompanhantes, por exemplo.

Em outubro de 2017, a Unidade passou a adotar a ferramenta de painel de bordo, inserida pelo Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar (MGAH)⁹, idealizado e posto pela Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) da Ebserh, com objetivos de propor a cogestão e o aprimoramento da gestão da clínica, de modo que os indicadores são atualizados e apresentados mensalmente neste formato.

Para além dos dados gerais de desempenho, existem os dados setorizados produzidos internamente por cada área para monitoramento de indicadores. Estes números, também são enviados à Unidade de Monitoramento e Avaliação para catalogação e divulgação ampliada.

⁹ O MGAH é um conjunto de boas práticas que visam a qualificação da atenção à saúde permitindo a singularização de acordo com a realidade do Hospital Universitário. Constitui-se também, de métodos para facilitação de implementação de melhorias e geração de resultados na gestão hospitalar.

Figura 7: Painel de bordo HU-UFGD – Indicadores da Gerência de Atenção à Saúde¹⁰

PAINEL DE BORDO HU-UFGD - MODELO DE GESTÃO DA DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE														
ANO 2018														
INDICADOR	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	JAN-ATUAL	FONTE:
1. Taxa de Ocupação - TOH	80,55%	88,82%	94,51%	93,37%	92,15%	95,92%	95,96%	86,71%	92,99%	90,80%	86,38%	86,34%	90,38%	AGHU
2. Taxa Média de Permanência (dias) - TMP	5,73	6,23	5,46	6,03	6,20	5,88	6,41	5,91	6,38	6,41	5,80	6,13	6,05	AGHU
3. Taxa Média de Permanência - Leitos Clínicos	9,26	8,60	8,56	9,40	10,89	8,72	9,05	7,78	11,08	10,45	9,60	8,61	9,33	AGHU
4. Taxa Média de Permanência - Leitos Cirúrgicos	1,69	1,77	1,72	1,95	1,99	1,84	1,92	2,13	2,26	2,06	2,05	1,91	1,94	AGHU
7. Nº de Internações	798	779	741	723	721	747	830	949	1102	854	861	889	833	SIH/Datasus
8. Nº de Consultas	6.444	4.799	4.634	5.552	4.911	3.970	4.792	4.832	4.622	4.887	4.702	4.945	4.924	SIA/Datasus
11. Nº Cirurgias***	374	313	407	378	420	395	423	453	398	421	421	324	394	CC, CO, AMBULATÓRIO
11.1 Nº Partos Cesarianos	125	103	136	119	147	127	142	133	124	141	130	122	129	Centro Obstétrico
11.2 Outras Cirurgias	249	210	271	259	273	268	281	320	274	280	291	202	265	C. Cirúrgico/Ambulatório
12. Nº Exames de Imagem	1.766	1.474	2.032	2.061	2.369	2.399	2.592	2.699	2.191	2.295	2.254	1.994	2.177	Imagem
13. Nº de Exames Laboratoriais	44.789	55.243	72.830	63.413	72.917	60.202	74.635	86.665	66.248	68.297	62.870	51.561	64.973	Laboratório
14. Taxa de Cesareas	51,23%	43,43%	44,29%	41,12%	46,96%	41,02%	46,42%	46,96%	44,54%	51,99%	46,76%	51,81%	46,38%	Datasus
20. Taxa de Mortalidade Institucional	1,82%	2,33%	1,88%	1,49%	2,72%	1,83%	2,10%	2,82%	2,13%	1,55%	2,15%	1,92%	2,06%	AGHU

Fonte: Site Institucional. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hu-ufgd/indicadores-huqg/paineis-bordo-gas>

¹⁰ O Painel de Bordo do MGAH da DAS contempla 24 indicadores, que serão incorporados ao painel gradativamente.

O indicador nº 11 (Nº de Cirurgias) inclui procedimentos realizado no Centro Cirúrgico, cirurgias ambulatoriais e partos cesarianos. Os indicadores derivados 11.1 e 11.2 tem a finalidade de demonstrar a composição do indicador 11. Indicadores 12 e 13 incluem exames internos e externos.

2. ABRANGÊNCIA E INFLUÊNCIA DO HU-UFGD

2.1 Perfil epidemiológico de Dourados-MS

O município de Dourados tem em sua área territorial um total de 4.086,237 km² de extensão. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado, o município foi definido como polo de referência para toda a macrorregião. Sua população está estimada em 220.965 pessoas (IBGE,2018), sendo a faixa etária de 20 a 29 anos a maior classe populacional. Apresenta em média 47,97 habitantes por km², com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,747 (IBGE,2010). O percentual de escolarização de 6 a 14 anos é de 97,1% e o Produto Interno Bruto *per capita*, calculado em 2016 para o município, gira em torno de R\$36.320,62 (IBGE, 2016).

A renda média mensal dos trabalhadores formais é de 2,7 salários mínimos, representando 31,8% de população ocupada e 30,8% é o percentual da população que possui rendimento nominal mensal de até ½ salário mínimo (IBGE,2010).

2.1.1 Abrangência Geográfica e Condições Sanitárias

Apenas 50,7% do território possui esgotamento sanitário adequado, apresentando ainda, uma parcela de moradores que utilizam a fossa rudimentar como instalação sanitária. 28,2% de vias públicas já são urbanizadas e o destino do lixo proporcionalmente em relação número de moradores é de 86,2% para o tipo coleta. (IBGE, 2010).

Em linhas gerais, a taxa de mortalidade infantil registrada (IBGE, 2017) foi de 9,81 óbitos por mil nascidos vivos, sendo 50,41% menor, se comparado ao ano de 2006.

2.1.2 Rede Assistencial Ambulatorial e Hospitalar

Em Dourados, existem 541 leitos de internação por tipo de prestador, sendo que destes, 363 são leitos SUS (CNES,2010). Já os leitos de internação complementar em hospitais públicos são 09 para UTI Adulto do Tipo II e 6 para UTI Infantil do Tipo II, ambos 100% SUS.

A maior quantidade de procedimentos ambulatoriais, segundo o grupo e subgrupo são 312,8% para Ações de promoção e prevenção em saúde (grupo), 209,6% para Ações coletivas/individuais em saúde (subgrupo) e 103,3% para Vigilância em saúde (subgrupo), (IBGE, 2010).

Clínica cirúrgica e clínica obstétrica foram as internações mais recorrentes por tipo de especialidade, caracterizando 6.287 e 3.862 registros. Em números percentuais representam respectivamente 33,3% e 20,4% em um universo total de 18.902 internações (SIH/SUS, 2010). A média de permanência hospitalar geral reflete um total de 4,9 dias. A distribuição percentual de internações por grupo de causas – CID10 – teve a maior apresentação no grupo XV. Gravidez, parto e puerpério, equivalendo o total de 27,9% registrados dentro da faixa etária de 10 a 49 anos.

Desde 1985, a comunidade médica internacional considera que a taxa ideal de cesárea seria entre 10% e 15%. Porém as cesáreas vêm se tornando cada vez mais frequentes tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (OMS, 2015). No município de Dourados, a via de parto cesariano configura 45,3% em média (SINASC, 2009).

2.1.3 Aspectos gerais de mortalidade

Abaixo constam os indicadores de mortalidade de Dourados-MS, segundo dados do DATASUS de 2017.

Quadro 9: Indicadores de Mortalidade em Dourados –MS (2017)

Indicadores de Mortalidade	2017
Total de óbitos	1.256
Taxa de Mortalidade	5,6
Total de óbitos infantis	41
Taxa de mortalidade infantil	9,8
% de Mortalidade Proporcional por Causas Não Definidas	14,6
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	06
Maior Incidência de Óbitos por Causa	<i>Doença do Aparelho Circulatório</i>
% de óbitos infantis no total de óbitos	3,1

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados do DATASUS, acesso em 06/08/2019.

2.2 Contratualização do HU-UFGD com o município de Dourados-MS

Em consonância com a portaria GM/MS nº 3.390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS; a portaria GM/MS nº 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS e demais bases legais aplicáveis à contratualização, foi celebrado no ano de 2017, o contrato nº 365/2017/DL/PMD, entre o município de Dourados, por intermédio da Secretária Municipal de Saúde e a Universidade Federal da Grande Dourados, por intermédio do Hospital Universitário (HU-UFGD/EBSERH). O estado de Mato Grosso do Sul atua como interveniente do contrato, por intermédio da Secretária Estadual de Saúde.

O contrato tem como objetivo principal a integração do HU-UFGD na Rede de Atenção à Saúde do município de Dourados, assim como a oferta de ações e serviços de saúde, ensino e pesquisa, em sintonia com as necessidades de saúde da população, as políticas públicas para a atenção hospitalar e os princípios e diretrizes do SUS. Junto ao contrato, já foram efetivados dois termos aditivos assinados em 2018, nas datas de 06 de abril e 30 de junho, respectivamente.

Em síntese, foi determinado, sob responsabilidade do Hospital Universitário, a realização de ações classificadas em quatro eixos distintos como forma de organização, sendo, assistência, gestão, ensino e pesquisa e avaliação.

2.2.1 Eixo de assistência

Coletivamente, definiu-se pela realização de ações que garantam a prestação de serviços ao SUS, em suas especialidades, cumprindo requisitos assistenciais de média e alta complexidade, seguindo protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Dentre os serviços, tem-se a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos conforme a competência do hospital e o serviço de urgência e emergências em funcionamento vinte e quatro horas por dia, nos sete dias da semana, nas especialidades de ginecologia e obstetrícia.

Acordou-se ainda, o cumprimento de fluxos regulatórios de referência e contra-referência, bem como a regulação ambulatorial das demandas autogeradas utilizando exclusivamente o Sistema de Regulação (SISREG).

Completam os tópicos de responsabilidade assistencial do HU-UFGD:

1. Promover a alta responsável;
2. Implementar o Programa de Segurança do Paciente;
3. Atuar de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização;
4. Garantir assistência igualitária;
5. Promover visita ampliada;
6. Assegurar a presença do acompanhante de acordo com legislações específicas;
7. Prestar atendimento ao indígena, respeitando suas diversas especificidades;
8. Disponibilizar informações sobre intervenções;
9. Notificar suspeitas de negligência e/ou violência;
10. Disponibilizar o acesso aos prontuários à autoridade sanitária, usuários, pais ou responsáveis por menor, de acordo com o Código de Ética Médica;

2.2.2 Eixo de Gestão

Determinou-se sobre a oferta de condições adequadas para a prestação de serviços de saúde, proporcionando recursos humanos, parque tecnológico, estrutura física e insumos gerais. Promovendo a transparência aos usuários e colaboradores do hospital, estimulando serviços de ouvidoria e desenvolvimento de educação permanente.

Indispensavelmente o hospital deve cumprir as metas e compromissos estabelecidos em contrato, divulgando os objetivos e alcance aos trabalhadores, assim como participar ativamente da Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

Considerando o porte hospitalar, produção e serviços, o hospital é classificado a partir das informações registradas nos sistemas de informação do Ministério da Saúde como, Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), sendo estes registros de caráter obrigatórios. Manter estes dados sempre disponíveis ao gestor e comunicar à SEMS qualquer alteração de estrutura que impacte nos atendimentos prestados.

2.2.3 Eixo de Ensino e Pesquisa

Para o adequado funcionamento de bases que promovem integração de práticas em saúde, é imprescindível que haja alinhamento entre estruturas de assistência e de

ensino e pesquisa. Devido tal importância, foi pactuado a inserção desta premissa nas cláusulas contratuais celebradas.

Promoção do ensino baseadas em cuidado integral, desenvolvimento de atividades de pesquisa, gestão de tecnologias em saúde, inserção dos alunos em atividades desenvolvidas no HU-UFGD e compartilhamento de resultados obtidos em pesquisas institucionais, também foram proposições pactuadas.

2.2.4 Eixo de Avaliação

Foram estipulados controles de metas quantitativas, qualitativas e de Redes Temáticas do SUS para execução pelo HU-UFGD, por meio de indicadores, com objetivo de avaliar a resolutividade das ações, que também deverá considerar a avaliação de satisfação de usuários e seus acompanhantes.

Execução orçamentária e financeira, além de compromissos e indicadores previstos em portaria, são tarefas incluídas no monitoramento e avaliação de desempenho do hospital.

3. DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DO HU-UFGD

3.1 Atenção à Saúde

As expectativas dos usuários do SUS está relacionada a diversos fatores, sendo que o acolhimento, é uma das práticas fundamentais e indissociáveis ao cuidado. Pode-se citar ainda, a escuta qualificada que valoriza as queixas dos usuários e identifica suas necessidades, sejam estas individuais ou coletivas. Desse modo, a assistência prestada à população deve satisfazer às necessidades dos usuários em sua singularidade, estabelecendo relações no âmbito emocional, cultural e social.

O HU-UFGD executa ações nas diversas áreas de atenção à saúde, coordenando e planejando as atividades assistenciais, bem como a realização de acompanhamento de metas qualitativas e quantitativas para que todos os serviços sejam monitorados e avaliados, no quesito de qualidade, humanização e efetividade. Endossa *compliance* para o cumprimento de normas e diretrizes referentes à saúde da população.

Como meta principal, o hospital visa manter os serviços assistenciais caracterizados por políticas específicas e arranjos organizacionais, compreendendo o fluxo de atendimento por linhas de cuidado, com intuito de proporcionar equidade e integralidade. Orienta-se ainda, por diretrizes de gestão compartilhada, colegiada, multiprofissional e clínica ampliada.

Para demonstrar o desempenho individual dos setores, serão apresentados os indicadores monitorados por Unidades de Produção¹¹ assistenciais do HU-UFGD, proporcionando a análise desses números para que se avalie a qualidade e quantidade de atividades desenvolvidas.

3.1.1 Clínica Médica

¹¹ Unidades de Produção é um mecanismo integrante do MGAH proposto pela DAS, órgão da Ebserh que tem como escopo o agrupamento de serviços e/ou unidades dentro de um mesmo espaço, segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade. Promove a articulação com diferentes especialidades e possibilita uma visão ampliada da clínica e de cogestão.

Quadro 10: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Clínica Médica

INDICADOR - 2019	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	MÉDIA
Taxa de Ocupação da Clínica Médica Cardiológica	74.57%	78.99%	78.94%	80.59%	80.65%	80.59%	71.54%	78%
Taxa de Ocupação da Clínica Infecto e Vascular	92.54%	91.96%	92.94%	94.58%	96.57%	91.67%	92.34%	93%
Taxa de Ocupação da Clínica Médica Psiquiátrica	66.13%	69.64%	83.87%	88.33%	85.48%	76.11%	59.50%	76%
Média Permanência da Clínica Médica Cardiológica	8.19	9.4	10.15	6.85	6.44	7.47	7.69	6,87
Média Permanência da Clínica Infecto e Vascular	8.66	10.05	10.98	8.11	10.89	8.8	9.16	9,52
Média Permanência da Clínica Médica Psiquiátrica	6.83	5.57	10.4	9.35	8.83	8.56	10.38	8,56
Taxa de Mortalidade da Clínica Médica Cardiológica	0.00%	5.00%	0.00%	1.67%	0.00%	0.00%	2.04%	1%
Taxa de Mortalidade da Clínica Infecto e Vascular	7.55%	2.44%	0.00%	3.57%	2.27%	2.00%	6.00%	3%
Taxa de Mortalidade da Clínica Médica Psiquiátrica	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0%
Rotatividade da Clínica Médica Cardiológica	2.82	2.47	2.41	3.59	3.88	3.24	2.94	3,05
Rotatividade da Clínica Infecto e Vascular	3.56	2.63	2.63	3.63	2.81	3.19	3.31	3,11
Rotatividade da Clínica Médica Psiquiátrica	3	3.5	2.5	2.83	3	2.67	1.78	2,75

Fonte: Adaptado pelo próprio autor, a partir de dados contidos no painel de bordo da UP, alimentados pelo AGHU.

3.1.2 Centro Cirúrgico

Quadro 11: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Centro Cirúrgico

INDICADOR - 2019	JAN	FEV	MAR	MÉDIA
Número de Cirurgias Realizadas	247	265	252	255
Tempo Médio de Cirurgia	1:13	1:15	1:17	1:15
Tempo Médio para Liberação da Sala	0:14	0:17	0:18	0:16
Percentual de Pacientes Indígenas	2,83%	3,02%	4,37%	3,40%
Taxa de Pacientes encaminhados para UTI	10,53%	6,04%	9,92%	8,83%
Taxa de Reabordagem	2,43%	2,26%	5,56%	3,41%
Número de Cirurgias Suspensas	17	25	20	20,66
Taxa de Suspensão de Cirurgia	6,88%	9,43%	7,94%	8,08%

Fonte: Adaptado pelo próprio autor, a partir de dados contidos no painel de bordo da UP, alimentados pelo AGHU.

3.1.4 Clínica Pediátrica

Quadro 12: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Clínica Pediátrica

INDICADOR - 2019	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	MÉDIA
Taxa de Ocupação	65,41%	61,21%	62,74%	73,10%	89,66%	77,24%	72,86%	0	71,75%
Taxa de Permanência	11,31	10,14	8,17	9,94	11,35	8,62	8,73	0	9,75
Taxa de giro de rotatividade	1,79	1,69	2,38	2,21	2,45	2,69	2,59	2,07	2,23
Número de internações (admissões)	52	49	71	70	72	70	74	64	65,25

INDICADOR - 2019	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	MÉDIA
% de pacientes indígenas	26,92%	24,49%	16,90%	15,71%	18,06%	7,14%	21,62%	12,50%	17,92%
Taxa de pacientes transferidos para UTI Pediátrica	10,94%	9,38%	12,20%	3,61%	11,11%	7,61%	0	0	9,14%
Taxa de reinternação	9,62%	2,04%	2,82%	7,14%	4,17%	2,86%	2,70%	4,69%	4,51%

Fonte: Adaptado pelo próprio autor, a partir de dados contidos no painel de bordo da UP, alimentados pelo AGHU.

3.1.9 UTI Pediátrica

Quadro 13: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da UTI Pediátrica

INDICADOR - 2019	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	MÉDIA
Taxa de Ocupação da UTI Pediátrica	34,52%	48,57%	69,03%	68,67%	72,58%	67,33%	55,48%	59,45%
Taxa de Permanência da UTI Pediátrica	5,94%	7,16%	6,11%	4,90%	5,23%	5,94%	6,14%	5,92%
Taxa de Mortalidade da UTI Pediátrica	5,56%	0,00%	8,57%	4,76%	4,65%	32,35%	3,57%	8,49%
Taxa de Mortalidade + 24 horas da UTI Pediátrica	5,56%	0,00%	5,71%	4,76%	2,32%	23,53%	0%	5,98%
Taxa de Mortalidade - 24 horas da UTI Pediátrica	0,00%	0,00%	2,85%	0,00%	2,32%	8,82%	0%	2,00%
Taxa de reinternação - 24horas	4,55%	0,00%	5,88%	0,00%	6,67%	0,00%	3,57%	2,95%

Fonte: Adaptado pelo próprio autor, a partir de dados contidos no painel de bordo da UP, alimentados pelo AGHU.

3.1.5 Maternidade

Quadro 14: Indicadores da Unidade de Produção (UP) da Maternidade

INDICADOR - 2019	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	MÉDIA
Número de consultas em PAGO	1127	871	916	1054	981	954	875	849	858,89
Tempo de espera PAGO	00:19	00:19	00:14	00:24	00:28	00:22	00:20	01:01	0:24
Total de procedimentos no CO	0	336	294	315	336	262	289	314	272
Total de partos no CO	0	308	270	287	294	230	262	280	245
Total de cesáreas	145	156	125	148	149	125	138	150	125
Total de parto normal	0	152	145	139	145	105	124	130	119
Total de curetagem	0	20	18	21	22	2	1	2	20
Total de AMIU	0	1	2	1	3	1	0	0	3
Total de laparotomia	0	7	4	6	2	0	0	1	4
Taxa de cesarianas	50,40%	50,65%	46,30%	51,57%	50,68%	54,35%	52,67%	0	39,62%
Total de partos em pacientes indígenas	0	30	35	35	36	21	45	45	31
Percentual de parturientes indígenas	0,00%	9,74%	12,96%	12,20%	12,24%	9,13%	17,18%	16,07%	12,65%
Total de cesarianas em pacientes indígenas	0	10	6	12	7	9	10	14	9
Taxa de cesarianas - pacientes indígenas	0,00%	33,33%	17,14%	34,29%	19,44%	42,86%	22,22%	31,11%	29,03%
Número de cesarianas em alto risco	0	37	23	54	51	41	55	58	40
Taxa de cesarianas de alto risco	0,00%	23,72%	18,40%	36,49%	34,23%	32,80%	39,86%	38,67%	32%
Número de partos normais em alto risco	0	19	9	11	16	12	19	16	12
Taxa de partos normais em gestação de alto risco	0,00%	12,50%	6,21%	7,91%	11,03%	11,43%	15,32%	12,31%	10,08%
Número de partos normais com cesariana anterior	0	15	12	12	12	15	14	11	11
% pele a pele em partos normais	0,00%	67,11%	55,17%	53,96%	77,24%	73,33%	68,55%	67,44%	65,86%
% pele a pele em partos cesarianas	0,00%	0,00%	2,40%	0,68%	0,67%	0,80%	2,90%	0,00%	1%
Total de Analgesia de Parto	0	0	1	3	2	3	4	4	2

Fonte: Adaptado pelo próprio autor, a partir de dados contidos no painel de bordo da UP, alimentados pelo AGHU.

Com intuito de qualificação da assistência, considerando ainda, a população e as diversas especificidades socioculturais para o qual o HU-UFGD presta atendimento, como exemplo, população indígena, de fronteira e afrodescendentes, o Hospital Universitário está imerso e focado na adoção de melhores práticas e alta resolutividade assistencial na atenção às pacientes. Para tal, participa de projetos estratégicos nas áreas materno-perinatal que visam a promoção à assistência qualificada, humanizada e integral. São eles: Rede Cegonha, Apice On, Parto Adequado e Implantação da Linha de Cuidado Materno Perinatal

A Rede Cegonha é uma diretriz de qualidade no atendimento a todas as mulheres desde o planejamento familiar até o puerpério e primeiros dois anos de vida da criança. O hospital está inserido nesta rede temática de saúde, bem como habilitado na Atenção Hospitalar de Referência à Gestação de Alto Risco Tipo II, e presta contas através de metas técnicas e assistenciais pactuadas em contrato com o gestor municipal, monitoradas por meio dos indicadores prioritários.

O Projeto Apice On - Aprimoramento Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia é uma iniciativa do Ministério da Saúde destinada à hospitais com atividades de ensino, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Nacional Fernandes Figueira de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (IFF), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que é a executora do projeto.

O objetivo do Apice On é qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos. Fazem parte do projeto 96 hospitais que realizam atividades de ensino, incluindo Hospitais de Ensino, Hospitais Universitários e Unidades Auxiliares de Ensino, distribuídos nos 27 estados brasileiros. Estão incluídos todos os hospitais universitários federais e os hospitais de ensino que realizaram mais de mil partos em 2015, que aderiram à Rede Cegonha e recebem incentivos financeiros de custeio. O HU-UFGD assinou o termo de adesão e compromisso de cooperação em 17 de agosto de 2017.

Os indicadores de monitoramento propostos pelo projeto, que são acompanhados e discutidos em conjunto com o hospital, são:

Quadro 15: Indicadores Apice On

INDICADOR - 2019	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	MÉDIA
Taxa de cesarianas	50,65%	46,30%	51,57%	50,68%	54,35%	52,67%	0,00%	43,75%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 1	19,05%	30,77%	29,27%	22,50%	20,69%	32,50%	29,55%	26,16%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 2A	66,67%	50%	47,37%	50%	73,33%	58,82%	64%	56,49%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 2B	100%	100%	100%	100%	93,33%	100%	100%	99,05%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 2 (2A e 2B)	80,77%	70%	64,29%	78,57%	83,33%	78,13%	80,43%	75,42%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 3	5,26%	6,38%	10,42%	3,70%	13,33%	10,42%	7,89%	7,92%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 4A	44,44%	20%	23,53%	38,46%	18,18%	29,41%	15,38%	28,57%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 4B	77,78%	60%	60%	71,43%	100%	100%	100%	83,33%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 4 (4A e 4B)	55,56%	30%	31,82%	50%	40%	55,56%	42,11%	45,75%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 5A	75%	75,86%	79,07%	84,44%	76,47%	72,22%	85,71%	78,89%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 5B	100%	95%	100%	90,91%	100%	90,91%	100%	96,53%
% de cesarianas segundo a classificação de Robson 5 (5A e 5B)	82,61%	83,67%	85%	86,57%	87,10%	79,31%	88,52%	84,76%
% de partos normais e assistidos por enfermeiras obstétricas ou obstetizes	90,13%	92,41%	87,77%	91,03%	88,57%	91,94%	86,82%	89,84%
% de parturiente com punção venosa periférica	21,05%	20,69%	28,78%	32,41%	43,81%	41,94%	37,98%	31,52%
% parturientes que utilizaram algum método não farmacológico de alívio da dor	43,51%	42,96%	38,81%	39,46%	41,30%	41,22%	37,41%	40,70%
% de acompanhante no parto vaginal	91,45%	86,90%	83,45%	89,66%	90,48%	91,13%	90,70%	89,21%
% de acompanhante no cesariana	88,46%	85,60%	69,39%	77,18%	86,40%	90,58%	93,29%	84,35%
% de partos em posição não litotômica	86,18%	87,59%	76,98%	82,76%	66,67%	54,03%	76,74%	76,75%
% de episiotomia	4,61%	4,14%	2,88%	0,69%	2,86%	5,65%	1,55%	3,14%
% pele a pele em partos normais	67,11%	55,17%	53,96%	77,24%	73,33%	68,55%	67,44%	65,86%
% pele a pele em partos cesarianas	0,00%	2,40%	0,68%	0,67%	0,80%	2,90%	0,00%	1%

INDICADOR - 2019	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	MÉDIA
% clampamento oportuno do cordão	54,76%	47,22%	53,25%	57,71%	62,44%	71,65%	69,74%	61,78%
% de RN com Apgar < 7 no 5º minuto	1,40%	1,94%	0,75%	1,41%	2,28%	1,52%	5,17%	2,03%
% de utilização de aspiração manual intrauterina (AMIU) nos pós abortamento	4,76%	10%	4,55%	10,26%	10%	4,55%	44,44%	13,51%
% de mulheres com inserção pós-parto imediata de DIU com Cobre	1,95%	2,59%	2,79%	3,40%	5,22%	5,34%	6,79%	3,93%
% de mulheres que receberam ocitocina no 3º período	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

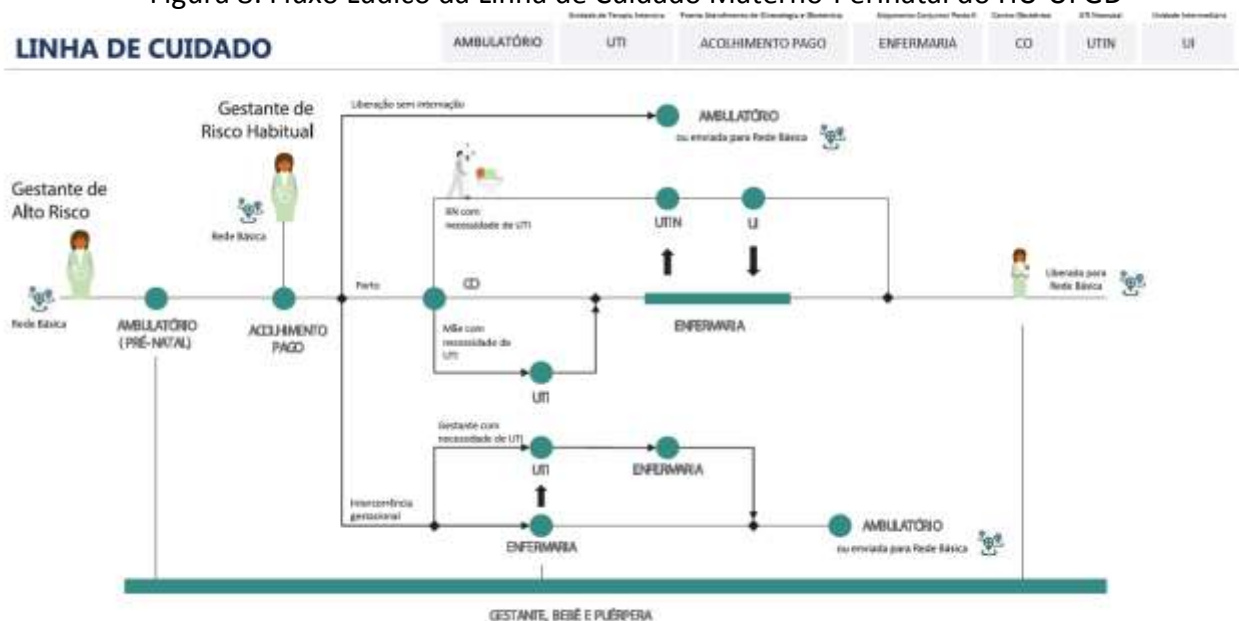
Fonte: Adaptado pelo próprio autor, a partir de dados contidos no painel de bordo da UP, alimentados pelo AGHU.

O projeto Parto Adequado busca identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar e SUS.

A Linha de Cuidado Materno-Perinatal foi adotada em conformidade com a atual referência e vocação do hospital no atendimento materno infantil.

O trabalho em linhas da área materno-perinatal, começou com a determinação da jornada dos pacientes dentro do sistema de saúde e entendendo potenciais ganhos que poderiam ser gerados no hospital. A partir deles, foi feito um escopo de trabalho que envolvem o fluxo de atendimento durante toda a passagem da gestante, bebê e puérpera dentro do HU, definição dos processos de trabalho relacionados ao fluxo de atendimento, definição dos indicadores gerenciais para monitoramento da linha, criação de manuais em primeira versão dos processos da linha e elaboração de plano de implantação com atividades e prazos pactuados.

Figura 8: Fluxo Lúdico da Linha de Cuidado Materno-Perinatal do HU-UFGD



3.1.12 Ambulatório

Quadro 16: Indicadores da Unidade de Produção (UP) do Ambulatório

INDICADOR - 2019	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	MÉDIA
Total de consultas agendadas no mês	4696	5459	5007	5756	6190	5379	5877	5936	4792
Total de consultas realizadas no mês	3667	4209	3774	4488	4721	4181	4292	4612	3854
Absenteísmo	21,91%	22,90%	24,63%	22,03%	23,73%	22,27%	26,97%	22,30%	19,57%
Total de consultas reguladas agendadas no mês	1211	1303	1059	1417	1406	1225	1223	1438	1062
Total de consultas reguladas realizadas no mês	842	943	775	1039	1034	907	921	1068	854
Absenteísmo Regulado	30,47%	27,63%	26,82%	26,68%	26,46%	25,96%	24,69%	25,73%	19,59%
Total de consultas não reguladas agendadas no mês	3485	4156	3948	4339	4784	4154	4654	4498	3729
Total de consultas não reguladas realizadas no mês	2825	3266	2999	3449	3687	3274	3371	3544	3000
Absenteísmo não regulado	18,94%	21,41%	24,04%	20,51%	22,93%	21,18%	27,57%	21,21%	19,55%
Triagens realizadas	364	742	617	578	464	423	375	492	460
Total de procedimentos realizados	338	418	259	448	448	481	460	413	371
Tempo médio de espera para consulta	01:26	01:27	01:32	01:32	01:34	01:43	01:39	01:34	01:33
Tempo médio da consulta	00:12	00:08	00:13	00:21	00:12	00:13	00:12	00:13	00:13

Fonte: Adaptado pelo próprio autor, a partir de dados contidos no painel de bordo da UP, alimentados pelo AGHU.

3.2 Ensino e Pesquisa

3.2.1 Graduação e Ensino Técnico

As atividades da Graduação e Ensino Técnico são coordenadas pela Unidade de Gerenciamento de Atividades de Graduação e Ensino Técnico. Anualmente, o HU-UFGD abriga aproximadamente 160 alunos dos 5º e 6º anos do curso de Medicina da UFGD em período de

internato. Há, ainda, aulas práticas e estágios curriculares de oito cursos de graduação da UFGD (engenharia de alimentos, engenharia civil, engenharia mecânica, engenharia de produção, gestão ambiental, medicina, nutrição e psicologia); sete cursos de graduação da UNIGRAN (administração, biomedicina, enfermagem, engenharia civil, farmácia, fisioterapia e nutrição) e a graduação em enfermagem da UEMS. Além disso, o HU-UFGD é campo de prática para dois cursos técnicos da UNIGRAN e UEMS, técnico em radiologia e técnico em enfermagem, respectivamente.

3.2.2 Pós-Graduação

As atividades de pós-graduação realizadas na instituição, são coordenadas por setor específico da Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital e são representadas pelos programas de residência Médica e em Área Profissional da Saúde.

Sua função zelar é pelo cumprimento das normas estipuladas pela Comissão Nacional de Residência Médica e pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, objetivando o desenvolvimento de tais programas no âmbito do HU-UFGD.

São ofertados anualmente, as seguintes vagas por programa de residência:

Quadro 17: Número de vagas para o programa de Residência Médica do HU-UFGD

Programa de Residência	R1	R2	R3
Médica em Pediatria	6	6	6
Médica em Clínica Médica	6	6	-
Médica em Ginecologia e Obstetrícia	4	4	4
Médica em Pré Requisito de Área Cirúrgica	2	2	-
Cirurgia Geral	-	2	-

Fonte: Próprio autor.

Quadro 18: Número de vagas para o programa de Residência em Área Profissional da Saúde do HU-UFGD

Programa de Residência	Áreas de Concentração	Formação	R1	R2
iprofissional em Saúde Materno-Infantil	Materno-Infantil	Enfermagem	2	2
		Fisioterapia	2	2
		Nutrição	2	2
		Psicologia	2	2

Programa de Residência	Áreas de Concentração	Formação	R1	R2
Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica	Enfermagem Obstétrica	Enfermagem	6	6
Multiprofissional em Saúde	Atenção Cardiovascular	Enfermagem	2	2
		Nutrição	2	2
		Psicologia	2	2
	Atenção à Saúde Indígena	Enfermagem	2	2
		Nutrição	2	2
		Psicologia	2	2

Fonte: Próprio autor.

Quadro 19: Vagas ocupadas para o programa de Residência Médica do HU-UFGD
Junho 2019

Programa de Residência	R1	R2	R3	Total
Médica em Pediatria	6	4	-	10
Médica em Clínica Médica	5	5	-	10
Médica em Ginecologia e Obstetrícia	4	3	2	9
Médica em Pré Requisito de Área Cirúrgica	2	-	-	2
Cirurgia Geral	0	1	-	1
Total	17	13	2	32

Fonte: Próprio autor.

Quadro 20: Vagas ocupadas para o programa de Residência em Área Profissional da Saúde
do HU-UFGD - Junho 2019

Programa de Residência	Áreas de Concentração	Formação	R1	R2	Total
Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil	Materno-Infantil	Enfermagem	2	2	4
		Fisioterapia	2	2	4
		Nutrição	2	2	4
		Psicologia	2	2	4
Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica	Enfermagem Obstétrica	Enfermagem	6	2	8
Multiprofissional em Saúde	Atenção Cardiovascular	Enfermagem	2	1	3
		Nutrição	2	2	4
		Psicologia	2	2	4
	Atenção à Saúde Indígena	Enfermagem	2	1	3
		Nutrição	2	2	4
		Psicologia	2	1	3
Total			26	19	45

Fonte: Próprio autor.

Em fase de estudo para o ano de 2020, existe a proposição de implantação de novos programas de residência, a saber:

Residência Médica

- ❖ Programa de Residência Médica em Psiquiatria – Oferta de 02 vagas;
- ❖ Programa de Residência Médica em Anestesiologia – Oferta de 03 vagas;

Residência Multiprofissional em Saúde

- ❖ Ênfase em Saúde Mental: Nutrição – Oferta de 02 vagas;
- ❖ Ênfase em Saúde Mental: Enfermagem – Oferta de 02 vagas;
- ❖ Ênfase em Saúde Mental: Psicologia – Oferta de 02 vagas;
- ❖ Ênfase em Saúde Mental: Educador Física – Oferta de 02 vagas;
- ❖ Ênfase em Saúde Mental: Serviço Social – Oferta de 02 vagas;
- ❖ Ênfase em Saúde Mental: Fisioterapia – Oferta de 02 vagas;

Em relação às atividades de preceptoria, há 97 preceptores da residência médica e 25 preceptores da residência multiprofissional.

Ambas as unidades, tanto a Unidade de Gerenciamento de Atividades de Graduação e Ensino Técnico quanto a Unidade de Gerenciamento de Atividades de Pós-Graduação são coordenadas e monitoradas pelo Setor de Gestão do Ensino, cujo foco também é propor e coordenar ações de integração entre ensino, pesquisa e extensão.

3.2.5 Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica

O desenvolvimento de projetos de Pesquisa, Extensão e Avaliação de Tecnologias são coordenadas e norteados conforme a Resolução Nº 35, de 26 de março de 2019, que trata sobre os projetos de Pesquisa e Extensão a serem desenvolvidos no âmbito do Hospital Universitário. Estes, devem ser submetidos à avaliação da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) e/ou da Comissão de Avaliação de Pesquisa e Extensão (CAPE).

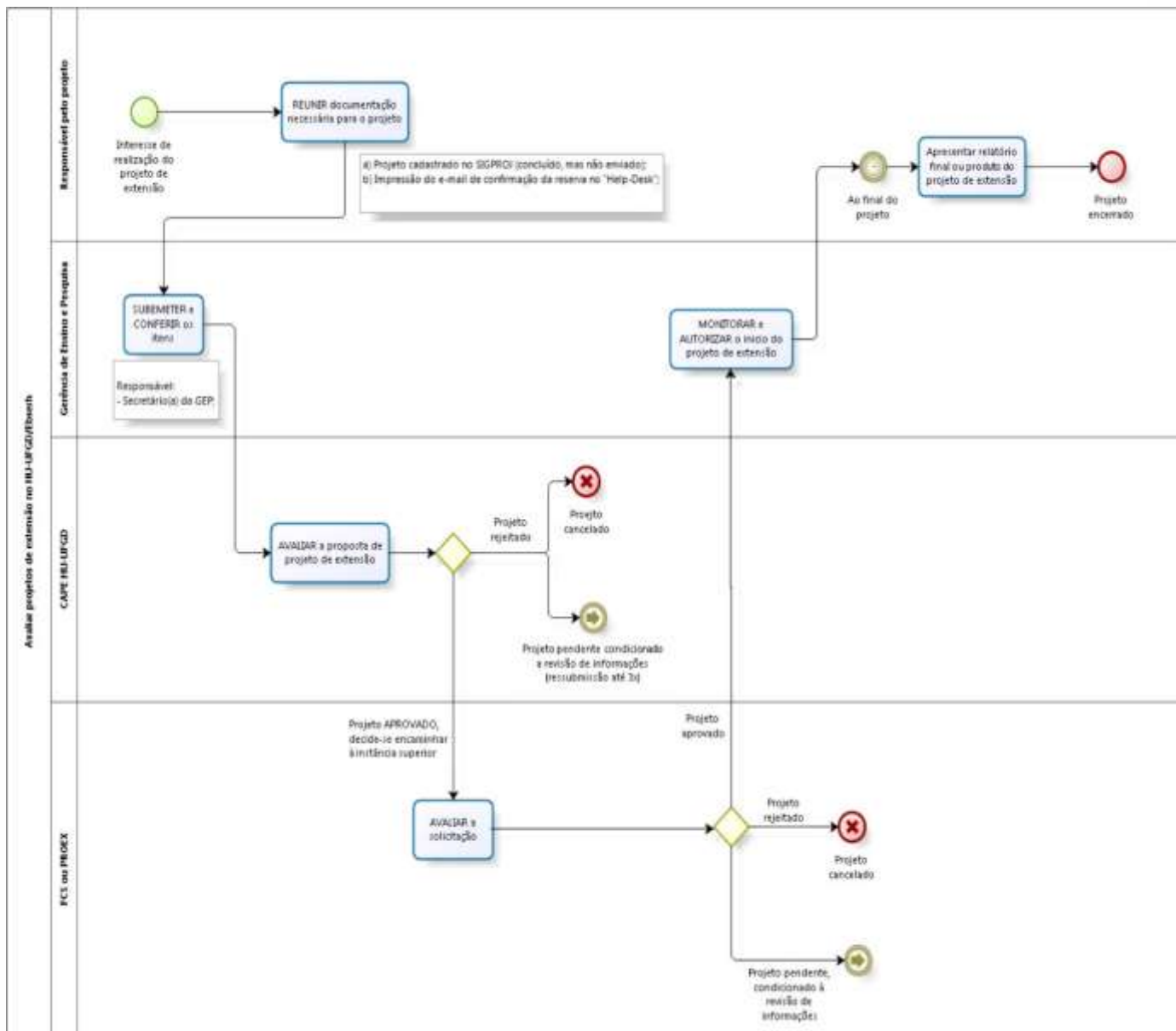
3.2.3 Extensão

Os projetos de extensão favorecem a troca de conhecimentos e a prestação de serviços diretamente à sociedade, sendo a atividade de extensão um dos três pilares que sustentam a universidade, ao lado do ensino e da pesquisa.

No HU-UFGD, a submissão segue o fluxo descrito a seguir (atividades principais):

1. O interessado deve redigir um projeto de extensão diretamente no Sistema de Informação e Gestão de Projetos (SIGProj).
2. O PDF gerado deve ser encaminhado à CAPE até o dia 10 do mês em questão pelo e-mail cape.hugd@gmail.com. Além disso, o proponente deve entregar os documentos físicos à secretaria da GEP (localizada no bloco da Biblioteca do HU-UFGD).
3. A CAPE irá analisar os documentos e, frente ao parecer – aprovado ou reprovado – o proponente deve efetuar as correções, caso necessárias, e reencaminhar os documentos à comissão.
4. Após a aprovação, é necessário que o interessado acesse novamente o SIGProj e, por fim, efetue a submissão via sistema à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (PROEX) da UFGD ou ao órgão responsável pela extensão na Unidade de Origem.
5. A PROEX (ou o órgão responsável, em se tratando de outras instituições como Unigran e UEMS) precisa emitir resolução autorizando a execução da atividade de extensão.
6. Em seguida, o proponente deve encaminhar as aprovações obtidas em sua Unidade de Origem e na CAPE/SIGProj à GEP, solicitando autorização para entrada no HU-UFGD a fim de realizar a atividade de extensão.

Figura 9: Fluxograma projetos de extensão HU-UFGD



Fonte: Site Institucional. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hu-ufgd/ensino-e-pesquisa/extensao>

3.2.4 Unidade de Telessaúde

A Unidade de Telessaúde do HU-UFGD objetiva promover a comunicação especializada entre profissionais da área de saúde da instituição, acadêmicos da UFGD e profissionais de outros hospitais universitários e instituições de ensino superior. Oferece equipamentos, instalações e equipe treinada para viabilização de videoconferências e web conferências, fortalecendo atividades de participação interinstitucional em Ensino, Pesquisa e Extensão no HU-UFGD.

A Unidade de Telessaúde está integrada à Rede Universitária de Telemedicina (RUTE), uma rede acadêmica que conta com núcleos de telemedicina e telessaúde distribuídos por todo o território nacional.

É, ainda, atribuição da Unidade de Telessaúde coordenar e promover a participação em diversos grupos especiais de interesse na Rede Universitária – chamados *Special Interest Groups* (SIGs). Esses grupos se reúnem mensalmente em datas e horários pré-agendados, integrando especialistas de diversas instituições para palestras, discussões de casos e apresentações de atualização em temas de interesse.

Atualmente, o HU-UFGD participa dos seguintes SIGs:

- ❖ SIG Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- ❖ SIG Cardiologia
- ❖ SIG Colaborativo em Educação Médica
- ❖ SIG Coordenadores de Unidades RUTE
- ❖ SIG Cuidados Farmacêuticos
- ❖ SIG Deglutição e Disfagia
- ❖ SIG Discussão de Casos para o Internato
- ❖ SIG Enfermagem Intensiva e de Alta Complexidade
- ❖ SIG Infecções Congênitas Materno Infantis
- ❖ SIG Obstetrícia Patológica
- ❖ SIG Onco Ginecologia
- ❖ SIG Padrões para Telemedicina e Informática em Saúde
- ❖ SIG Perinatologia
- ❖ SIG Radiologia do Abdome
- ❖ SIG Radiação e Saúde Pública
- ❖ SIG Rede Nacional de Pesquisa em Telessaúde
- ❖ SIG Saúde de Crianças e Adolescentes
- ❖ SIG Saúde Indígena
- ❖ SIG Telecoloproctologia
- ❖ SIG TELEREDEBLH – Banco de Leite Humano

3.3 Administração Hospitalar

3.3.1 Orçamento e finanças

A proposta executiva orçamentária anual do HU-UFGD é elaborada baseando-se nas previsões de receita para o exercício seguinte com base na contratualização dos serviços prestados pelo hospital ao Sistema único de Saúde – SUS, além da previsão de arrecadação de receita própria.

Os recursos destinados à manutenção e funcionamento do hospital provêm da própria arrecadação, de convênios de estágio curricular com instituições privadas e a contratualização com o Gestor Municipal (Gestor Pleno do SUS).

Em linhas gerais o valor de contratualização é distribuído em recursos de cota Municipal, Estadual e Federal. Sendo que o repasse dos recursos da cota Municipal e Estadual de responsabilidades do Fundo Municipal de Saúde o repasse, já os recursos da cota Federal são de responsabilidade do Fundo Nacional de Saúde. Os recursos orçamentários repassados ao HU-UFGD, por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), são transferidos através da Ebserh Sede, por descentralização de crédito. Estes recursos visam a atenção à saúde da população para procedimentos da média e alta complexidade.

A arrecadação de receita própria provém da receita de multas contratuais aplicada por não observância das condições contratuais firmadas, venda de ticket alimentação a funcionários que fazem refeições no refeitório do hospital, aluguel do espaço para exploração de serviço de lanchonete e eventuais cópias reprográficas de processos. A cada exercício com base no arrecadado, estima-se a previsão futura e o valor para liberação de crédito orçamentário na proposta do exercício seguinte.

O hospital ainda conta com aporte de recursos proveniente do REHUF, geridos pela Ebserh, e disponibilizados pelo MEC e MS. O programa destina-se à reestruturação e revitalização dos hospitais vinculados às universidades federais, incluindo os não filiados à Ebserh. A descentralização dos recursos obedece a critérios como o porte do hospital (número de leitos), o perfil assistencial (baixa, média ou alta complexidade), entre outros.

O objetivo é criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam oferecer atendimento médico e hospitalar de qualidade, além de apoiar o ensino e pesquisa.

Atualmente não há uma separação dos gastos por área (centros individualizados de custos), assim os gastos são realizados em blocos gerais. Considerando que a estrutura hospitalar de forma geral é complexa, o hospital ainda não operacionalizou a mensuração de consumo de materiais e serviços por custos setorizados.

No sentido de melhoria na gestão de custos e na tentativa de implantação de custos nos setores e nos serviços prestados pelo hospital, foi elaborado pelo Setor de Contabilidade e Unidade de Contabilidade de Custos o “Projeto de Implantação da Metodologia da Gestão de Custos do HU-UFGD”, aprovado pelo Colegiado Executivo, que prevê em um período de 15 meses até o final de 2019 o levantamento dos custos de acordo com a realidade do hospital.

Para o ano de 2019, foi aprovada a Proposta Orçamentária do Hospital Universitário da UFGD, conforme a Resolução n. 112 de 04 de dezembro de 2018, publicada no Boletim de Serviço do HU-UFGD n. 171 de 18 dezembro de 2018.

Quadro 21: Proposta Orçamentária 2019 – HU-UFGD

RESUMO ORÇAMENTO TOTAL 2019		
Descrição		2019
1.0	Custeio geral exceto folha de pagamento RJU	36.998.351
2.0	Investimento	2.000.000
Subtotal		38.998.351
3.0	Folha RJU	36.870.198
Total		75.868.549

Fonte: Adaptado pelo próprio autor. Original disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/16692/2113464/resolu%C3%A7%C3%A3o+112+04+12+18+PLOA+HU+Boletim+171+18+12+2018.pdf/d7fc6809-93fc-4164-ba85-6aa8f70713c1>

3.3.2 Infraestrutura Física

Nas áreas que abrangem todo o serviço de infraestrutura física, a principal obra, cuja execução encontra-se em andamento é a Unidade da Mulher e da Criança (UMC). Esta Unidade,

está sendo construída anexa ao prédio do HU-UFGD, em área territorial nova, formando assim, todo o complexo do Hospital Universitário. Assim como a UMC, obras que visam ampliação e readequação de espaços para suporte e recebimento dos serviços da área materno-perinatal, que ficará localizada nessa nova estrutura predial, permanecem previstas. Em andamento, estão, reformas e ampliações na lavanderia e farmácia, que visam atender o aumento esperado na quantidade de processamento de enxoval e dispensação de insumos farmacêuticos, a partir da abertura e operacionalização da UMC. Ambas as reformas, terão alcance positivo no que concerne a adequações exigidas pela Vigilância Sanitária, e, estão previstas para conclusão em 2019.

Quanto à UMC, os objetivos principais que justificam a obra são: revitalização de estrutura física atualmente defasada, viabilidade para suporte ao atendimento de demanda do hospital, recurso a cenários de superlotação e adequações impostas pela Vigilância Sanitária. A previsão de entrega da 1ª etapa da obra, que está sendo realizada em caráter modular, será para o ano de 2020, com custo estimado de R\$ 36.400.623,92.

Quadro 22: Distribuição de espaço físico - 1ª Etapa UMC

1ª FASE DE IMPLANTAÇÃO	LEITOS	CONSULTÓRIOS	SALAS
Pronto atendimento pediátrico	7	2	-
Pronto atendimento obstétrico	8	3	-
Internação obstétrica	36	-	-
Centro de parto normal	5	-	-
Centro obstétrico	5	-	4
Ambulatório PN e RN	-	2	-
Total 1ª Fase	61	7	4

Fonte: Setor de Infraestrutura Física HU-UFGD.

Figura 10: Obra em andamento UMC



Foto: Unidade de Planejamento HU-UFGD

Somadas aos projetos de infraestrutura física em andamento, existem propostas para execução, mas que ainda não apresentam estimativa de prazos para início das obras, em virtude de pendências como nivelamentos estratégicos e orçamentários. São eles:

- ❖ Reforma do bloco cirúrgico;
- ❖ Construção do Centro de Estudos, e;
- ❖ UMC – 2ª Etapa;

3.3.3 Engenharia Clínica

Em 2018, foi realizado levantamento de equipamentos médicos necessários para o andamento dos serviços, apresentados pelo setor de engenharia clínica após sinalização das unidades e setores finalísticos. Foi realizado então, a avaliação qualitativa e de variáveis como gravidade, urgência e tendência para classificação de prioridades para aquisição.

Concluindo o estudo, para o ano de 2019, a classificação de itens a serem comprados em ordem cronológica de prioridade, considerando levantamentos de demanda, estudo de obsolescência do parque existente e projeto de aquisição para primeira fase da Unidade da Mulher e da Criança, está representado conforme quadro 2, abaixo:

Quadro 23: Cronograma de execução de compras

	Equipamentos para aquisição em 2019
Janeiro	Emissões otoacústica Mesa cirúrgica Bomba de seringa Osmose reversa para hemodiálise Endoscópios e equipamentos de suporte
Fevereiro	Aquecedor - manta térmica Otoscópio Laringoscópio Oftalmoscópio Aparelho de anestesia
Março	Fototerapia Berço aquecido Detector fetal
Abril	Ultrassom para obstetrícia Raio - X fixo
Maio	Foco cirúrgico Bisturi elétrico Aspirador de secreções
Junho	Cama elétrica hospitalar
Julho	Arco cirúrgico
Agosto	Capela para Banco de leite

Fonte: Setor de Engenharia Clínica HU-UFGD

3.3.4 Suprimentos

As demandas por insumos em uma instituição hospitalar são as mais diversas, abrangendo desde materiais comuns para as áreas administrativas (de expediente, por exemplo), até itens essenciais para a realização da assistência à saúde e ensino e pesquisa (medicamentos e materiais médico-hospitalares, entre outros).

Um dos objetivos do Hospital Universitário, visando administração sustentável, é aperfeiçoar a comunicação entre as áreas finalísticas e os setores responsáveis pelo planejamento e gerenciamento de aquisições e estoques de almoxarifados, para que haja uma melhor administração de insumos, com previsão de utilização e estoques exatos, de modo a atender integralmente todo o processo de trabalho entre unidades/setores e áreas de apoio e suporte como infraestrutura e logística hospitalar.

4. OBJETO E OBJETIVOS

4.1 Objeto

Elaboração de instrumento de planejamento e gestão que tenha em sua característica principal o olhar estratégico institucional, com metas e ações táticas de importância inquestionável. As atividades e desdobramentos práticos do Plano Diretor visam corrigir distorções administrativas, assistenciais, facilitar a gestão por meio de uma governabilidade centrada, colegiada e multiprofissional, alterar condições indesejáveis para o avanço de boas práticas, remover empecilhos institucionais e assegurar a viabilização de propostas estratégicas, propósitos a serem atingidos e dinâmicas a serem trabalhadas.

4.2 Objetivos

O escopo deste novo Plano Diretor é ofertar parâmetro que forneça detalhamento sobre a evolução e maturidade institucional a partir das atividades aqui executadas. Por esse prisma, é possível verificar os avanços e quais novas metas serão traçadas para alcance corporativo.

Proporcionar a formação de diagnóstico situacional preciso, que subsidie uma visão para implantação às boas práticas de atenção, assegurando *compliance*, permitindo que o Hospital Universitário tenha uma capacidade maior para priorização de iniciativas.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

A primeira etapa realizada no caminho metodológico para elaboração do Plano Diretor Estratégico foi a definição dos colaboradores internos que comporiam a equipe para construção do plano. A constituição e composição ocorreu em 06 de fevereiro de 2017, publicada por meio de portaria n. 010, registrada no boletim de serviço n. 83 do HU-UFGD.

Com a equipe definida, os trabalhos foram iniciados a partir da apresentação do percurso metodológico do PDE 2014-2016 e explanação dos resultados alcançados, obtidos através do monitoramento do PDE anterior. Com o nivelamento de informações relevantes para a elaboração do novo plano, foi feito então, a definição das etapas do percurso metodológico a ser seguido para a formação da ferramenta.

A segunda etapa, que envolve toda a essência do PDE, incorporou as ações responsáveis para a definição do diagnóstico situacional da instituição. Isto é, antes do desenvolvimento dos projetos para resolver os problemas, foi necessário identificar quais eram os problemas. Essa etapa é importante para diminuir os riscos de fracasso no desenrolar de todo o projeto, considerando todas as possibilidades.

Para aproximação da realidade, foram ouvidos os diferentes pontos de vistas, formando um *brainstorming*¹² potente. O mapa geral é fruto de uma construção coletiva, agregando os saberes de cada pessoa envolvida.

A fase de fundamentação e intervenção abrangem as ferramentas de Planejamento Estratégico Situacional, Planos de Ação elaborados pela matriz 5W2H e cronograma. E assim, encerra-se a construção do Plano Diretor Estratégico 2018-2020 do HU-UFGD, com a entrega do material, aprovação, formalização e publicação.

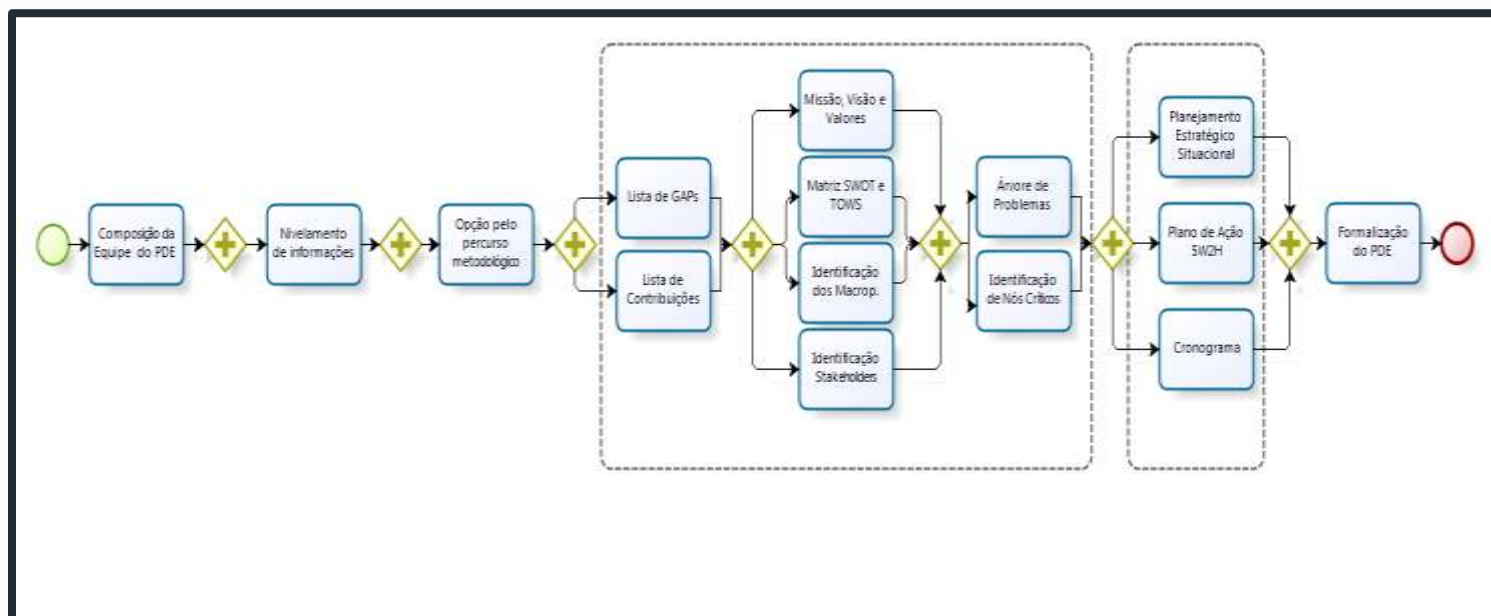
Catalogando, o processo de elaboração do PDE se compôs das seguintes etapas:

1. Composição da equipe do PDE;
2. Nivelamento de informações;

¹² Brainstorming é um método criado nos Estados Unidos, usado para testar e explorar a capacidade criativa de indivíduos ou grupos, formando uma “tempestade de ideias”.

3. Opção pelo percurso metodológico;
 - a. Lista de GAPS;
 - b. Lista de Contribuições;
 - i. Missão, Visão e Valores;
 - ii. Matriz Swot e Tows;
 - iii. Identificação dos macroproblemas;
 - iv. Identificação Stakeholders;
 1. Árvore de problemas;
 2. Identificação de nós críticos;
 - a. Planejamento Estratégico Situacional;
 - b. Plano de Ação 5W2H;
 - c. Cronograma;
4. Formalização do PDE.

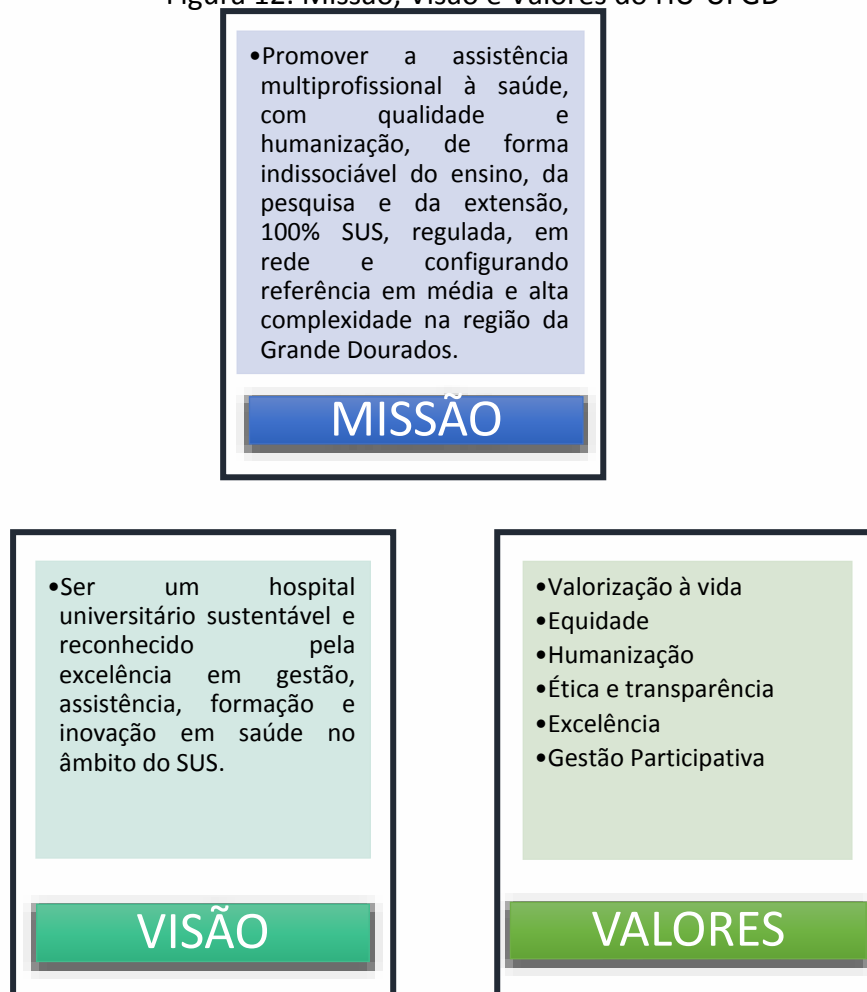
Figura 11: Fluxograma do Percurso Metodológico



Fonte: Próprio autor.

Dentre os diversos ganhos proporcionados pelo PDE, a definição de missão, visão e valores institucionais foi uma das definições estratégicas mais importantes, que trouxe solidez na definição do propósito da instituição e apoio fundamental para o norteamo de resultados.

Figura 12: Missão, Visão e Valores do HU-UFGD



Conforme evidenciado nas etapas do Percurso Metodológico, para realização das atividades do Plano Diretor, foi proposto nas oficinas a utilização de ferramentas estratégicas que auxiliassem objetivamente a modelar os processos do hospital, de modo a atingir seus objetivos organizacionais. São elas:

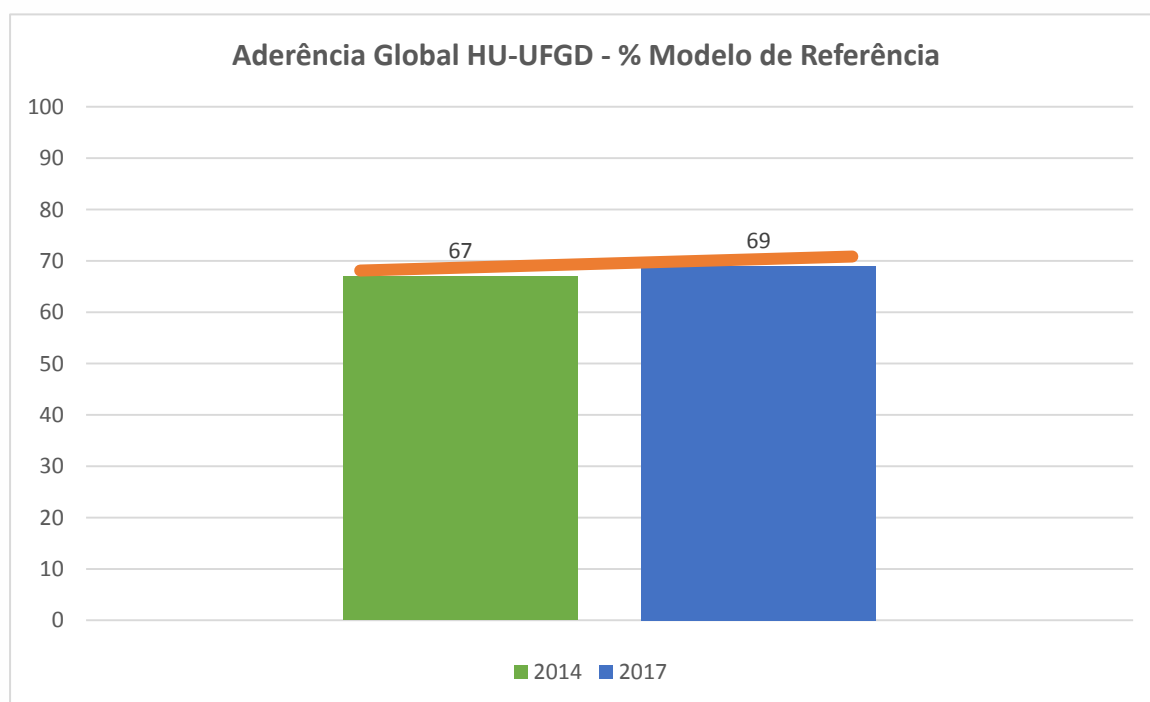
- ❖ *Gap Analysis* e definição de objetivos;
- ❖ Priorização de Macroproblemas e identificação de nós críticos;
- ❖ Identificação de Atores Sociais;
- ❖ Matriz SWOT e TOWS;
- ❖ Árvore de Problemas;
- ❖ Matriz do Plano de Ação 5W2H;
- ❖ Matriz de Gestão do Risco;
- ❖ Matriz de monitoramento;

5.1 Aderência à Lista de Contribuições

Para visualização do prisma em que se encontra o HU-UFGD em relação a outros modelos de referência, foram aplicados questionários estruturados sobre cada serviço hospitalar do modelo. Estes questionários permitiram também, acompanhar o desenvolvimento do Hospital ao longo dos últimos, se comparado ao último PDE 2014-2016.

Nesse percurso, verificou-se que em 2017 o HU-UFGD apresentou 69% de aderência global a todos os pontos do modelo de referência. Seus percentuais individuais foram: 56% para Gestão Hospitalar, 71% Gestão da Clínica, 69% Humanização da Saúde, 83% Hotelaria Hospitalar, 80% Compras Hospitalares, 58% Administração Econômico-Financeira e 65% Gestão de Obras e Engenharia Clínica. Se comparado ao ano de 2014, a aderência às boas práticas ficou em torno de 67%.

Gráfico 1: Comparativo de Aderência ao Modelo por ano



Em relação a lista de GAP's, a aderência que o Hospital Universitário apresenta referente às exigências normativas concernente a Legislação de Gestão de Pessoas foi de 94%, Legislação de Suprimentos 71%, Legislação Administrativo-Financeira 83%, Legislação e Normas do SUS e Regulação do SUS 80%.

Gráfico 2: Aderência do Hospital por Modelo de Referência

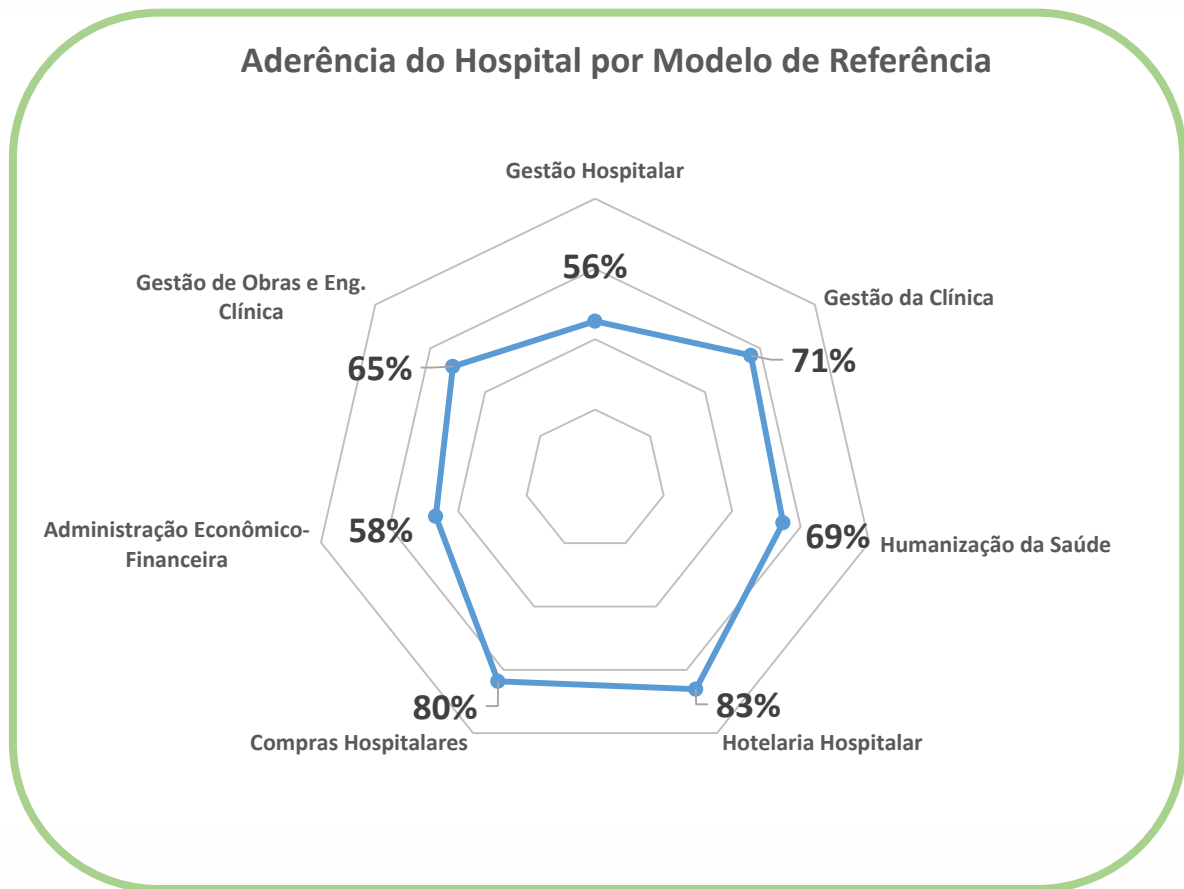
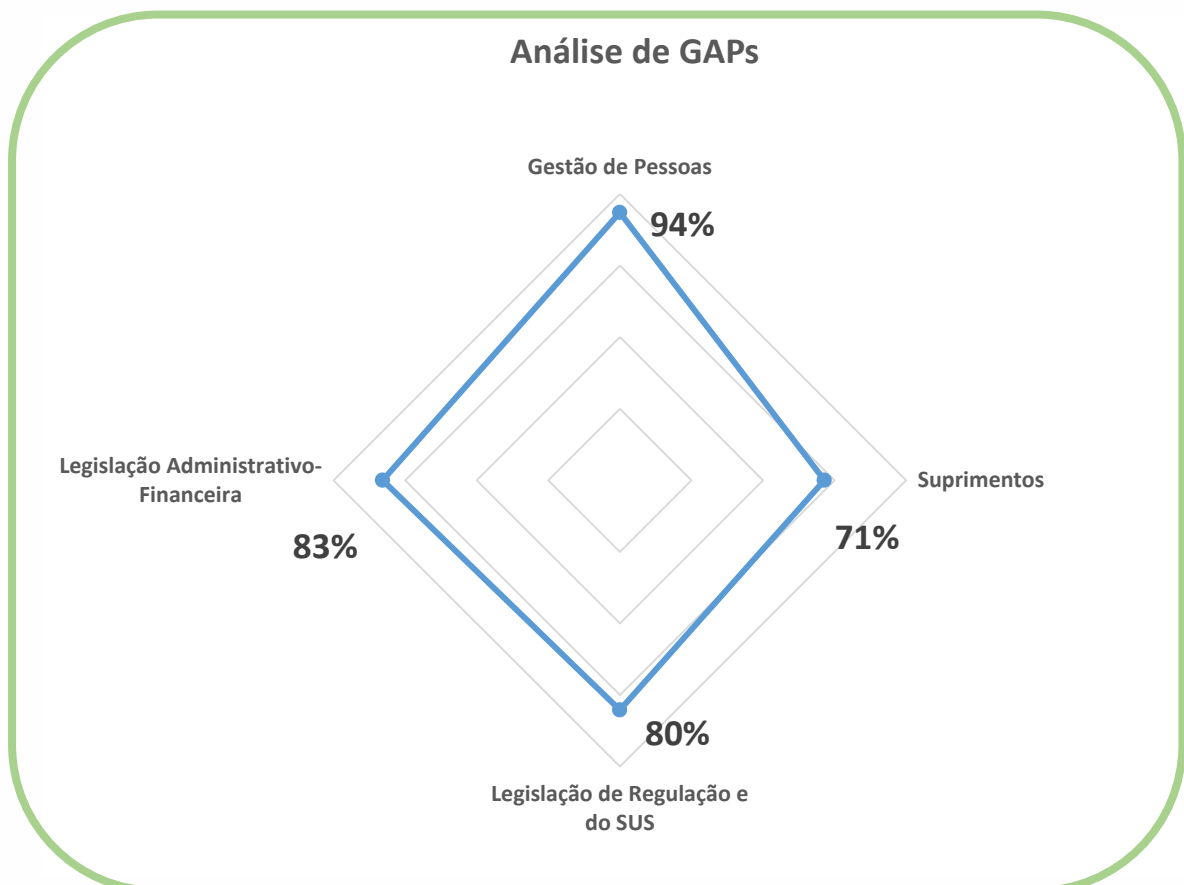


Gráfico 3: Análise de GAP's



6. FUNDAMENTAÇÃO

6.1 Macroproblemas Identificados

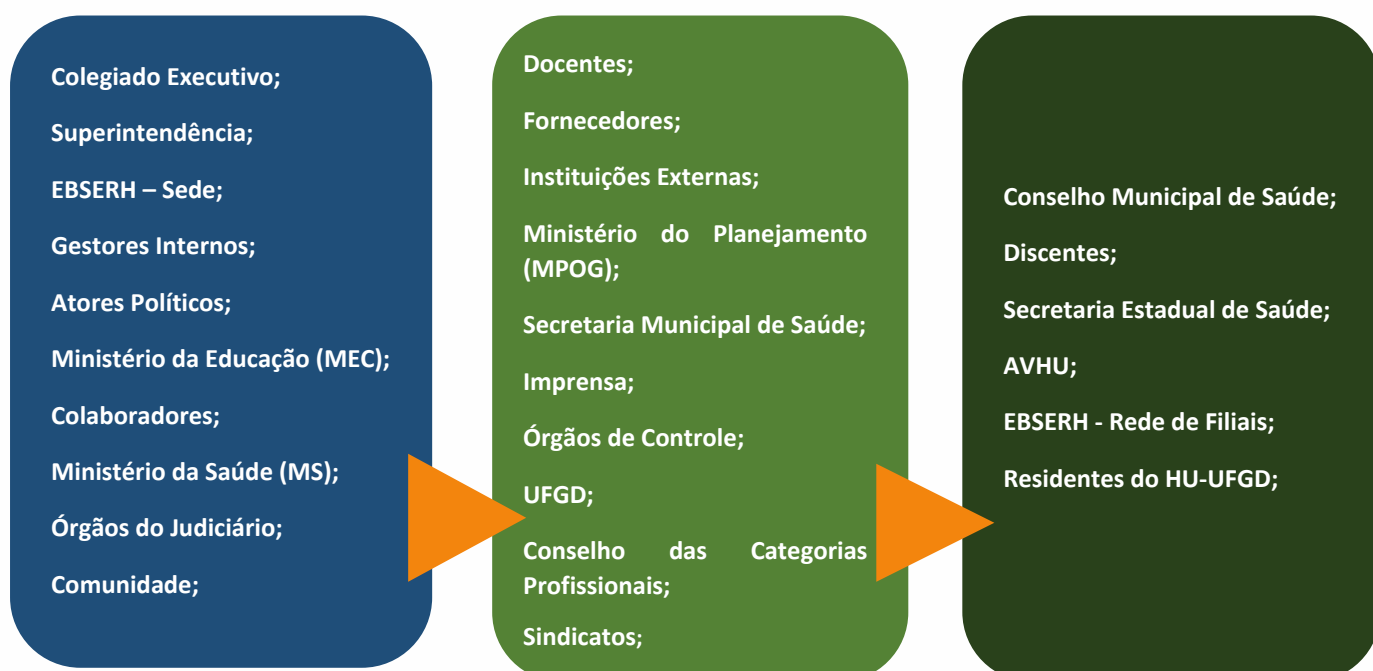
De acordo com as informações levantadas, análise de processos, características e desempenho de cada serviço, a equipe de elaboração do PDE identificou e definiu os seguintes Macroproblemas:

- ❖ Necessidade de institucionalização e cultura de gestão;
- ❖ Insuficiência de infraestrutura e tecnologia;
- ❖ Gestão da clínica incipiente;

Edificar e consolidar os macroproblemas institucionais do PDE exigiu uma análise minuciosa de todos os problemas primários assim como suas causas e consequências. A relação entre causa e consequência foi fator definidor de prioridade, gravidade e intensidade dos problemas apresentados.

6.2 Atores Sociais

Partindo da premissa de que um ator social pode ser definido como um grupo de pessoas, ou até uma única personalidade, que, agindo em determinada realidade, é capaz de transformá-la, foram identificados e definidos para construção do PDE, os atores que apresentassem maior relevância e interesse com o processo e resultados.



Abaixo, listados em prioridade decrescente de valor:

Quadro 24: Atores Sociais apresentados por valor

1	Colegiado Executivo;
2	Superintendência;
3	EBSERH – Sede;
4	Gestores Internos;
5	Atores Políticos;
6	Ministério da Educação (MEC);
7	Colaboradores;
8	Ministério da Saúde (MS);
9	Órgãos do Judiciário;
10	Comunidade;
11	Docentes;
12	Fornecedores;
13	Instituições Externas;
14	Ministério do Planejamento (MPOG);
15	Secretaria Municipal de Saúde;
16	Imprensa;
17	Órgãos de Controle;
18	UFGD;
19	Conselho das Categorias Profissionais;
20	Sindicatos;
21	Conselho Municipal de Saúde;
22	Discentes;
23	Secretaria Estadual de Saúde;
24	AVHU;
25	EBSERH - Rede de Filiais;
26	Residentes do HU-UFGD.

6.3 Análise SWOT e TOWS

Com intuito de conseguir traçar um panorama geral do HU-UFGD, a equipe de elaboração do PDE, se esmerou na análise situacional do hospital realizando definições de potencialidades e fraqueza na realização dos processos.

Para esse estudo, foi utilizado a Matriz SWOT¹³, que definiu todos os pontos contemporâneos de influência favorável e desfavorável que possa comprometer o andamento das atividades do Hospital Universitário.

Quadro 25: Mapeamento SWOT

Ponto Forte 1	Ser filial da Ebserh
Ponto Forte 2	100% SUS
Ponto Forte 3	Reconhecimento da instituição perante a comunidade
Ponto Forte 4	Alto índice de satisfação do usuário
Ponto Forte 5	Especialidades multiprofissionais disponibilizadas para a rede
Ponto Forte 6	Capacidade de adaptação/Instituição nova
Ponto Forte 7	Qualidade da assistência
Ponto Forte 8	Capital humano qualificado
Ponto Forte 9	Infraestrutura em processo de melhoria
Ponto Forte 10	Aumento contínuo da produtividade e registro
Ponto Forte 11	Referência macrorregional
Ponto Forte 12	Espaço disponível para ampliação
Ponto Forte 13	Referência no atendimento ao público indígena
Ponto Forte 14	Existência de sistemas informatizados de gestão
Ponto Forte 15	Melhoria no processo de aquisição de suprimentos
Ponto Forte 16	Comissões hospitalares instituídas
Ponto Forte 17	Implantação do laboratório de Telessaúde
Ponto Forte 18	Possibilidade de inserção de acadêmicos nas comissões do HU
Ponto Fraco 1	Gestão da clínica incipiente
Ponto Fraco 2	Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência
Ponto Fraco 3	Parque tecnológico defasado
Ponto Fraco 4	Comunicação interna inadequada
Ponto Fraco 5	Suporte ineficiente de sistemas informatizados de gestão
Ponto Fraco 6	Déficit de infraestrutura e tecnologia

¹³ A Matriz SWOT, em linhas gerais, é uma ferramenta de gestão que tem por objetivo identificar e analisar pontos-chave de um empreendimento, que possam contribuir para o seu sucesso ou fracasso.

Ponto Fraco 7	Alto índice de absenteísmo e rotatividade de colaboradores
Ponto Fraco 8	Aprimoramento da Educação Permanente
Ponto Fraco 9	Excesso de burocracia
Ponto Fraco 10	Falta de comunicação visual
Ponto Fraco 11	Excesso de soluções paliativas
Ponto Fraco 12	Ausência de mapeamento dos processos de trabalho
Ponto Fraco 13	Falta de resolução dos pontos de alerta identificados nos relatórios de gestão e órgãos de controle
Ponto Fraco 14	Falta de capacitação adequada dos profissionais por ausência de orçamento
Ponto Fraco 15	Baixa motivação e envolvimento dos colaboradores
Ponto Fraco 16	Falta e não adesão às normas, protocolos, evidências e rotinas
Ponto Fraco 17	Ausência de pleno funcionamento das comissões obrigatórias
Ponto Fraco 18	Indefinição das políticas internas de humanização
Ponto Fraco 19	Ausência de institucionalização do AGHU
Ponto Fraco 20	Ausência de prontuário único
Ponto Fraco 21	Não uniformização das informações obrigatórias do prontuário
Ponto Fraco 22	Deficiência na aplicação de medidas disciplinares
Ponto Fraco 23	Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno.
Ponto Fraco 24	Falta de subsídio para ações de inovação tecnológica
Ponto Fraco 25	Falta de subsídio para ações de avaliação em tecnologia em saúde
Ponto Fraco 26	Rastreabilidade incipiente dos insumos
Ponto Fraco 27	Padronização incipiente dos materiais
Ponto Fraco 28	Ausência de estimativa, discussão e formalização do impacto orçamentário nas ações hospitalares
Ponto Fraco 29	Controle interno e gestão de riscos incipientes
Ponto Fraco 30	Envolvimento organizacional no planejamento estratégico
Oportunidade 1	Ampliação contínua do ensino público/privado superior e técnico
Oportunidade 2	Credenciamento como hospital de ensino
Oportunidade 3	Potencial para novas habilitações
Oportunidade 4	Alinhamento com os órgãos de controle
Oportunidade 5	Inserção efetiva nas redes de atenção à saúde
Oportunidade 6	Ampliação dos programas de pós-graduação
Oportunidade 7	Possibilidade de troca de insumos com a rede e hospitais parceiros

Ameaça 1	Contingenciamento a longo prazo de recursos federais
Ameaça 2	Parâmetros de municipalização e regionalização
Ameaça 3	Judicialização da saúde
Ameaça 4	Rede desarticulada com baixa inserção
Ameaça 5	Contratualização inadequada
Ameaça 6	Falta de qualidade, compromisso e ausência de fornecedores de materiais e serviços
Ameaça 7	Legislação inadequada ao ambiente hospitalar
Ameaça 8	Greves
Ameaça 9	Interesses políticos
Ameaça 10	Políticas de financiamento
Ameaça 11	Quadro de pessoal insuficiente
Ameaça 12	Localização geográfica não atrativa para profissionais
Ameaça 13	Dificuldade de integração com a FCS
Ameaça 14	Ausência de interoperabilidade em sistemas de informação da esfera federal

A análise TOWS proporcionou a óptica de todos os pontos detalhados na SWOT. Por meio deles, foi obtido uma moldura que permitiu delinear estratégias importantes para tomada de ações.

Quadro 26: Mapeamento TOWS

Total Pontos Fortes X Oportunidades	738
Total Pontos Fortes X Ameaças	1602
Total Pontos Fracos X Oportunidades	1321
Total Pontos Fracos X Ameaças	2852

Os dois índices de maior incidência representam pontos de atenção por identificar riscos ao desenvolvimento da instituição. Foi necessário, portanto, a definição de estratégias de confronto para modificação do ambiente a favor da empresa, assim como estratégias defensivas com modificações profundas (planos de ação).

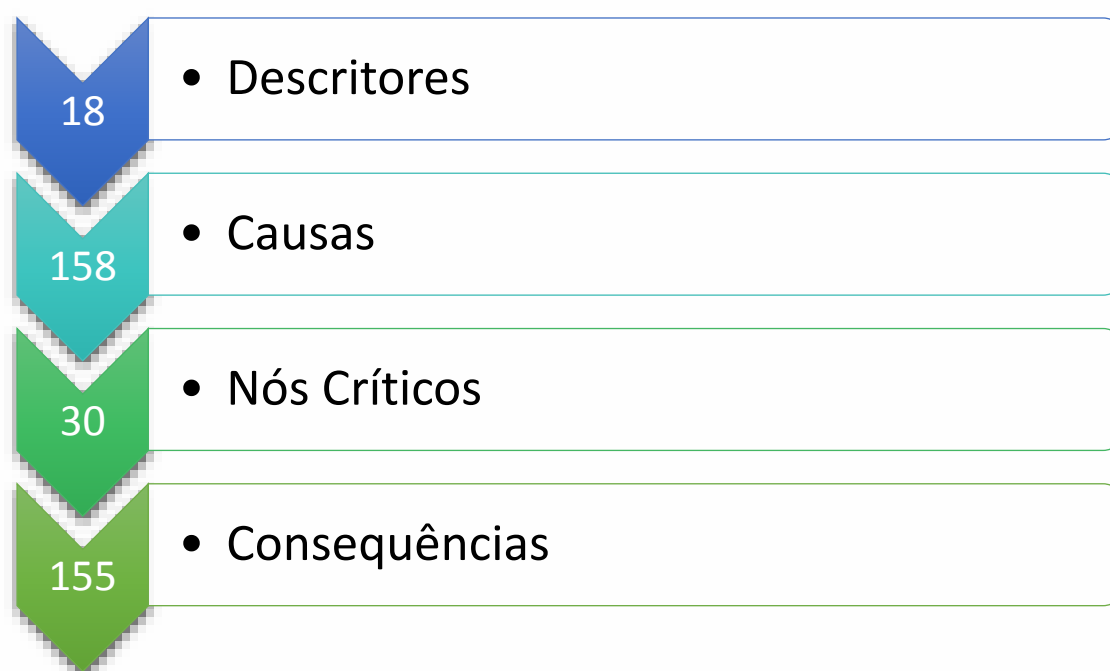
6.4 Árvore Explicativa de Problemas

A árvore de problemas é uma ferramenta de análise e diagnóstico, com sua metodologia que permite desenvolvimento de projetos que direcionem a intervenções. Consiste em diagramas que fornecem informações sobre problemas, do ponto de vista das causas que o criam e os problemas adjacentes criados por consequência do problema central. É uma ferramenta simples, fácil de ser utilizada por apresentar flexibilidade de adequação aos diversos ambientes, contextos e áreas de atuação.

Foi apresentado a equipe de elaboração do PDE pela Unidade de Planejamento, a metodologia do Árvore de Problemas, com sinalização da etapa em que consiste a realização desta atividade dentro do percurso metodológico. Consequente as oficinas, foram definidos os macroproblemas do hospital, assim como os problemas raiz a partir dos macroproblemas, que se desdobram em causas com índice de gravidade variável, sendo as mais significativas do ponto de vista de resolutividade e consequências, classificadas por nós críticos.

Para cada problema identificado, realizou-se pelo grupo de trabalho, análises qualitativas e quantitativas, que resultaram na formação do rol de problemas representados nos diagramas da árvore explicativa de problemas.

Figura 13: Quadro Geral de Apontamentos da Árvore Explicativa de Problemas



❖ **Macroproblema 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão.**

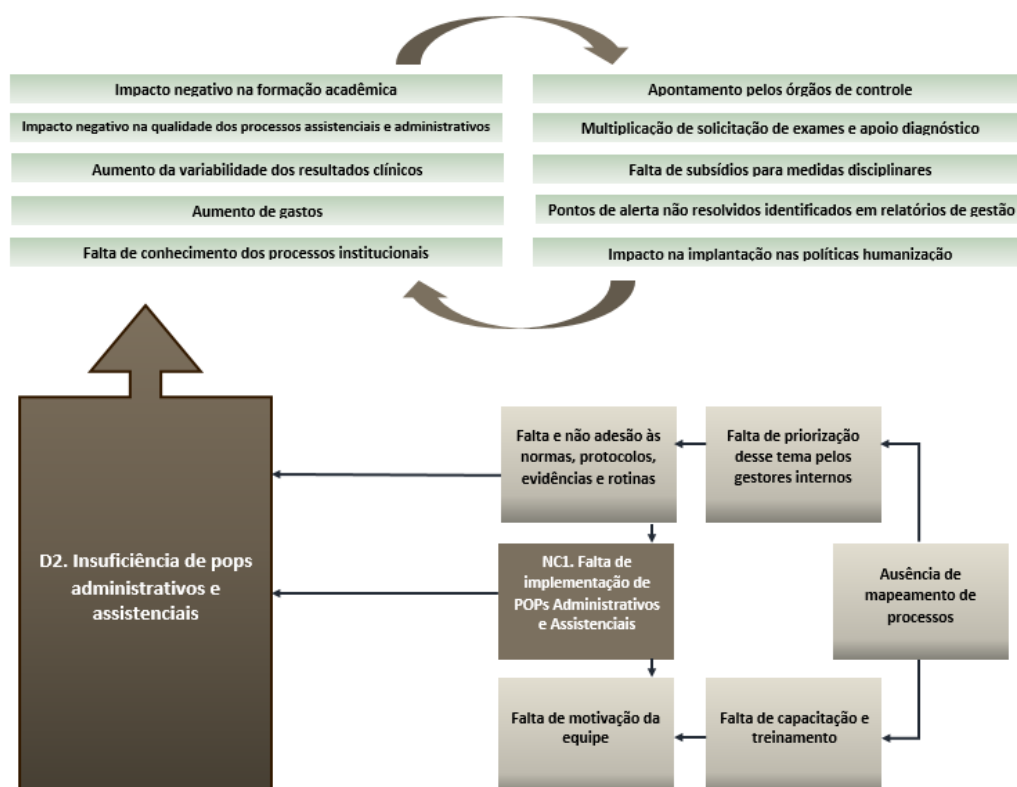
O diagrama visto na figura 14, tem como fato a *Falta de Institucionalização dos Protocolos Assistenciais para Direcionamento da Conduta Clínica*, com sete causas identificadas, sendo um nó crítico, totalizando quatorze consequências.

Figura 14: Descritor 1 – Falta de Institucionalização dos protocolos assistenciais para direcionamento da conduta clínica



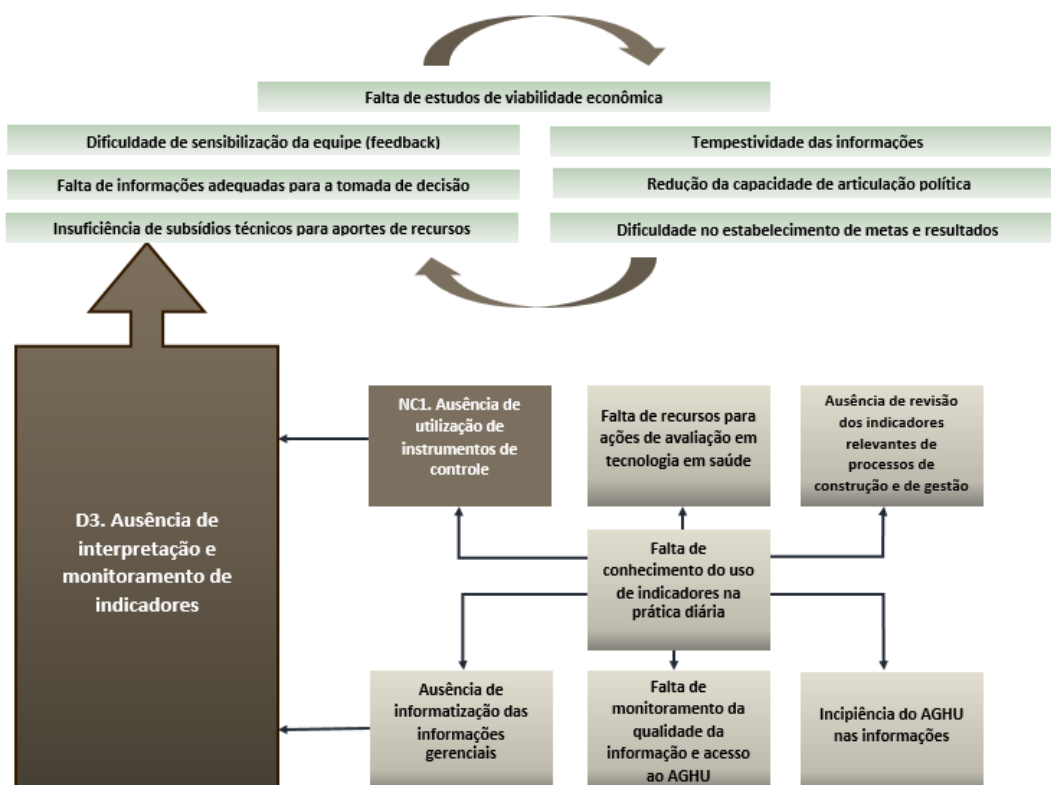
Já no diagrama da figura 15, o fato *Insuficiência de POP's Administrativos e Assistenciais*, apresenta seis causas identificadas, sendo um nó crítico, totalizando dez consequências.

Figura 15: Descritor 2 – Insuficiência de POP's Administrativos e Assistenciais



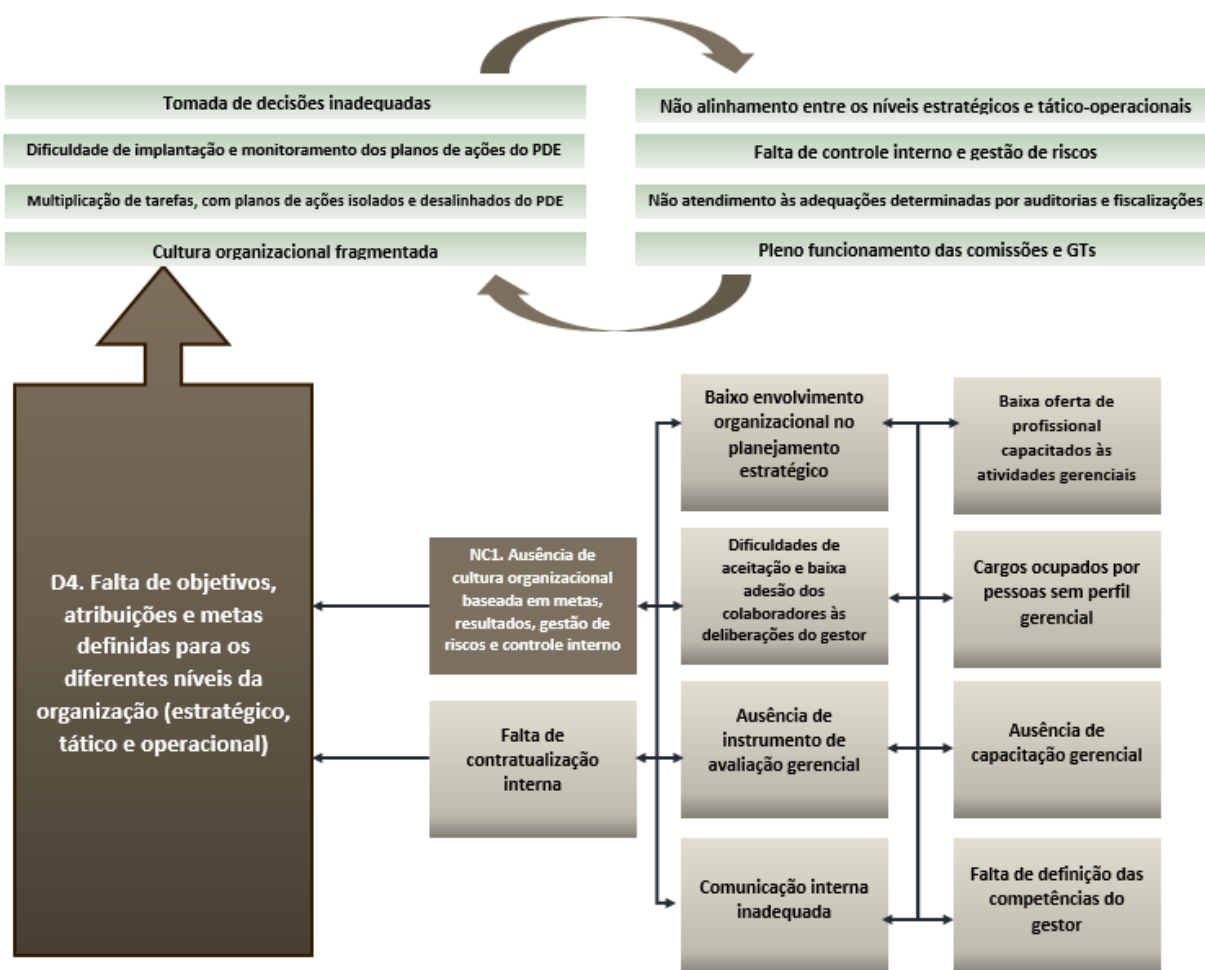
A figura 16, traz o diagrama com o fato *Ausência de Interpretação e Monitoramento de Indicadores*, com sete causas, um nó crítico e total de sete consequências.

Figura 16: Descritor 3 – Ausência de Interpretação e Monitoramento de Indicadores



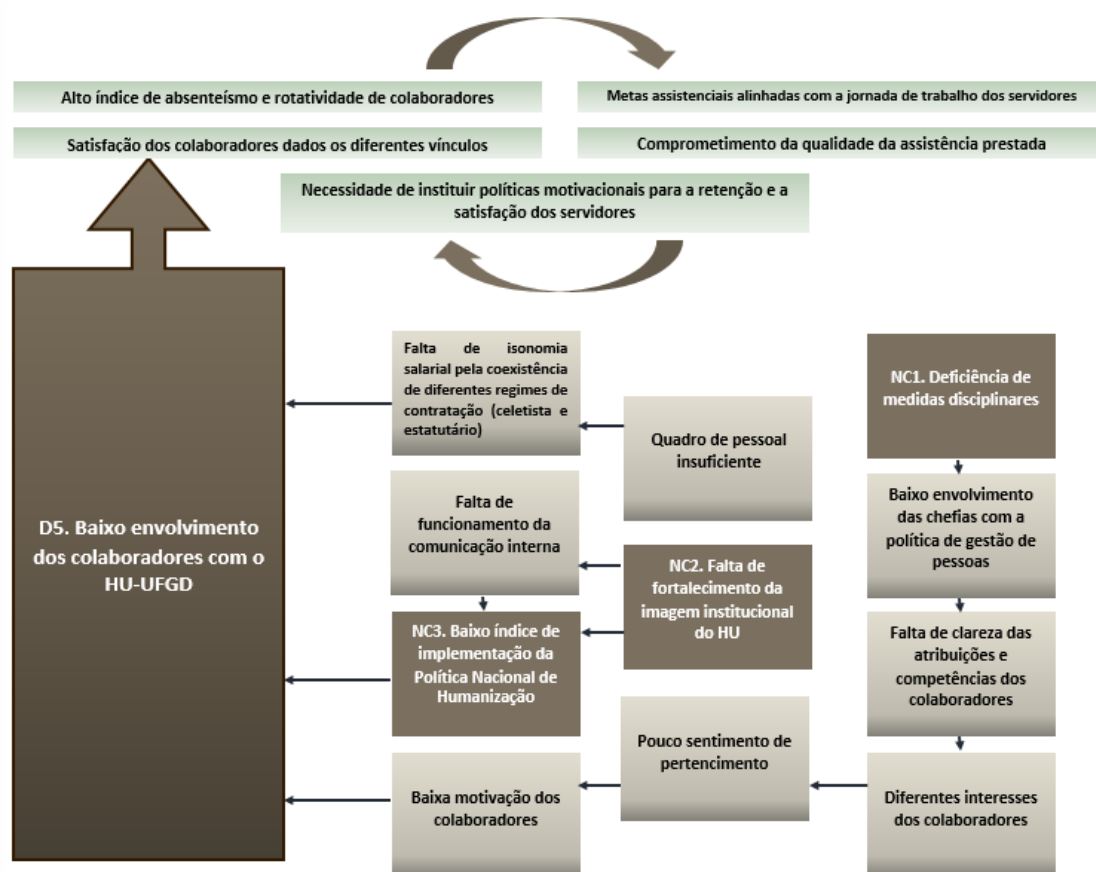
Para o diagrama apresentado na figura 17, o fato *Falta de Objetivos, Atribuições e Metas Definidas para os Diferentes Níveis da Organização (Estratégico, Tático e Operacional)*, definiu-se em dez causas identificadas, um nó crítico e oito consequências.

Figura 17: Descritor 4 – Falta de Objetivos, Atribuições e Metas Definidas para os Diferentes Níveis da Organização (Estratégico, Tático e Operacional)



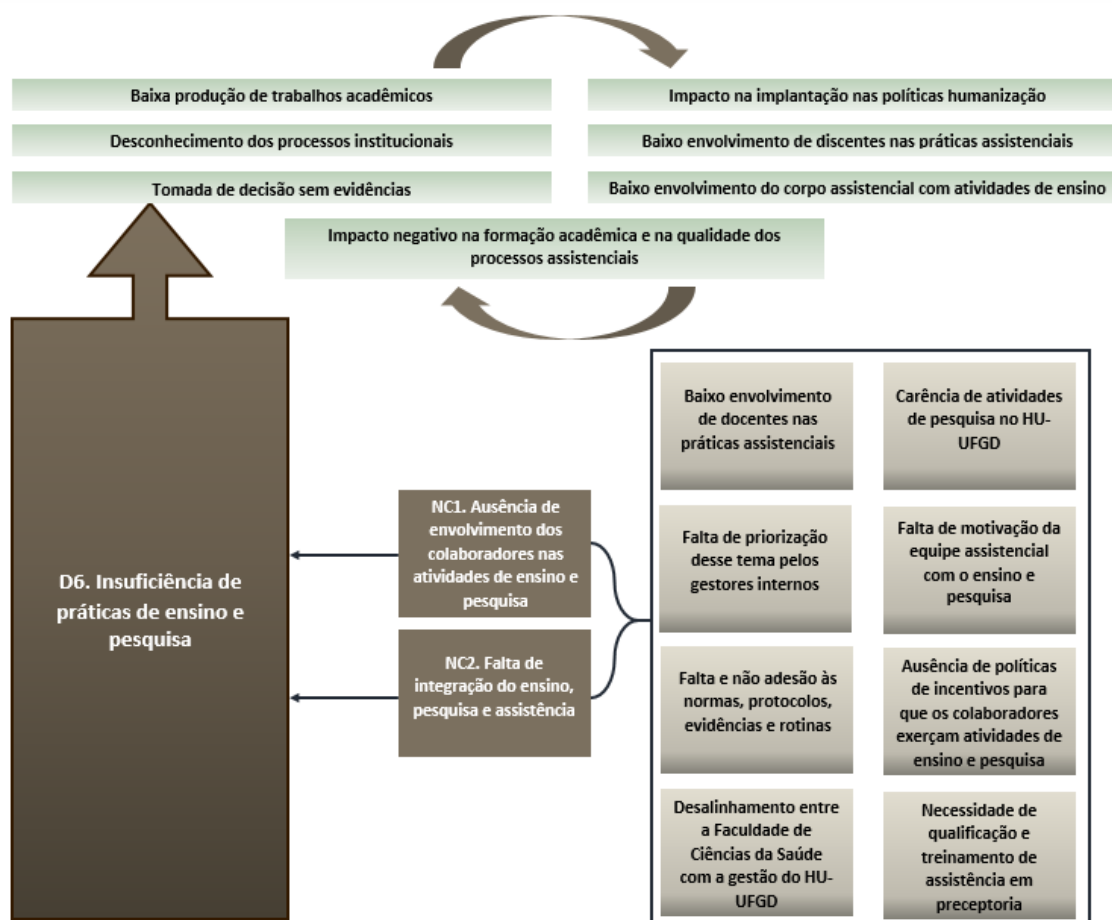
A figura 18, com o fato *Baixo Envolvimento dos Colaboradores com o HU-UFGD* registrado no diagrama, identificou onze causas, sendo três nós críticos e cinco consequências.

Figura 18: Descritor 5 – Baixo Envolvimento dos Colaboradores com o HU-UFGD



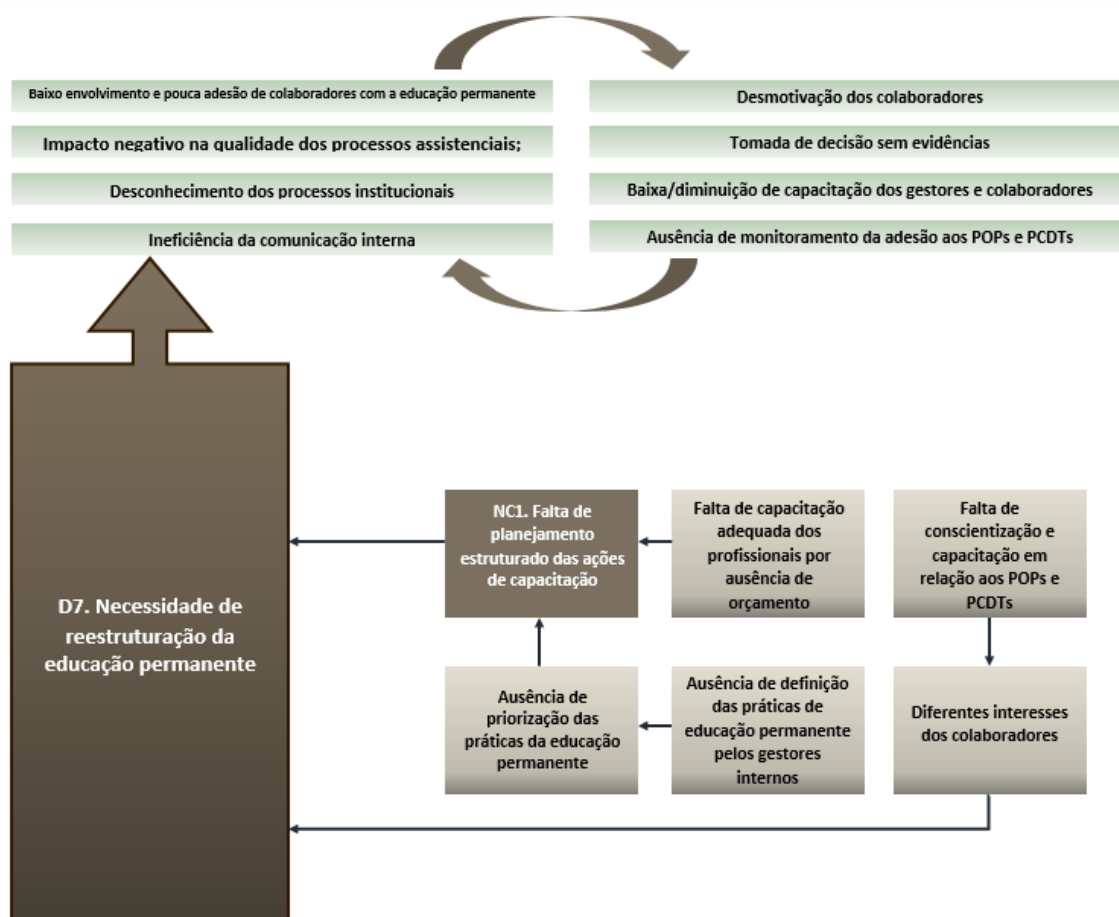
O diagrama visto na figura 19, tem como fato a *Insuficiência de Práticas de Ensino e Pesquisa*, com dez causas identificadas, sendo dois nós críticos e sete consequências.

Figura 19: Descritor 6 – Insuficiência de Práticas de Ensino e Pesquisa



Finalizando os descritores do Macroproblema 1, o diagrama da figura 20, com fato *Necessidade de Reestruturação da Educação Permanente*, tem seis causas identificadas, sendo um nó crítico e total de oito consequências.

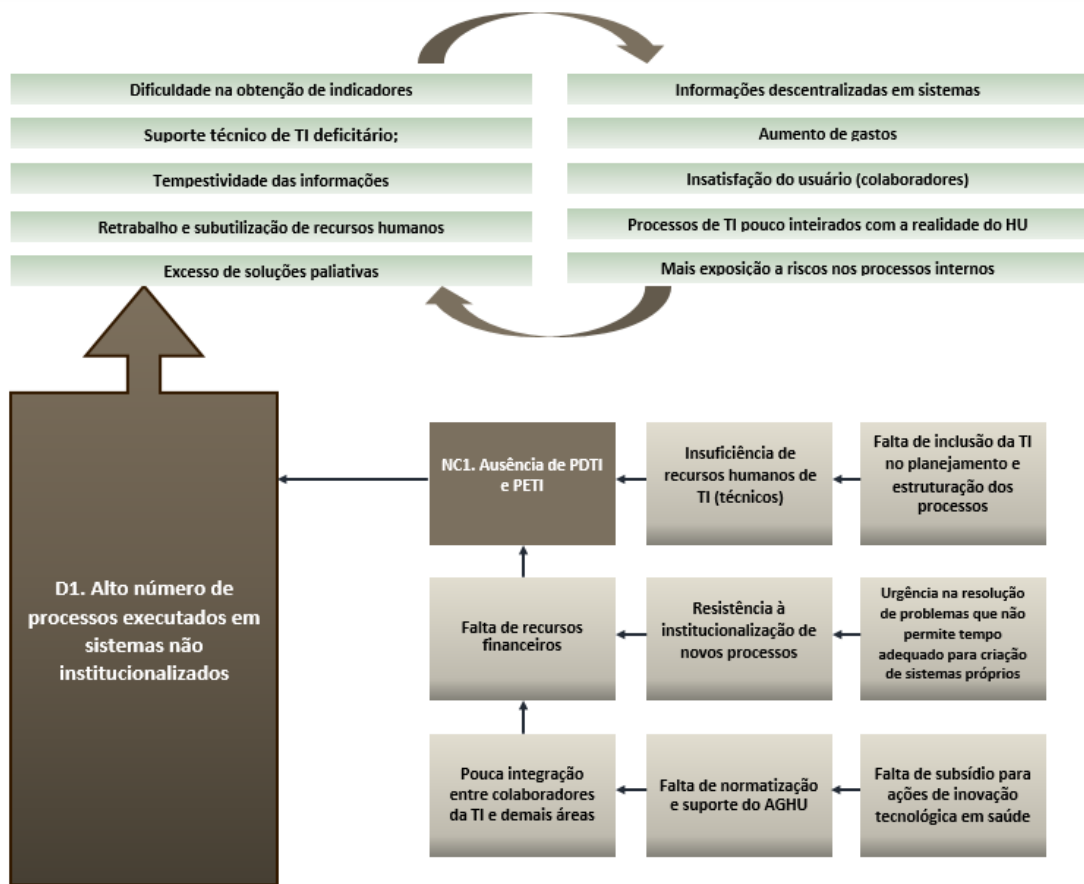
Figura 20: Descritor 7 – Necessidade de Reestruturação da Educação Permanente



❖ **Macroproblema 2 - Insuficiência de infraestrutura e tecnologia.**

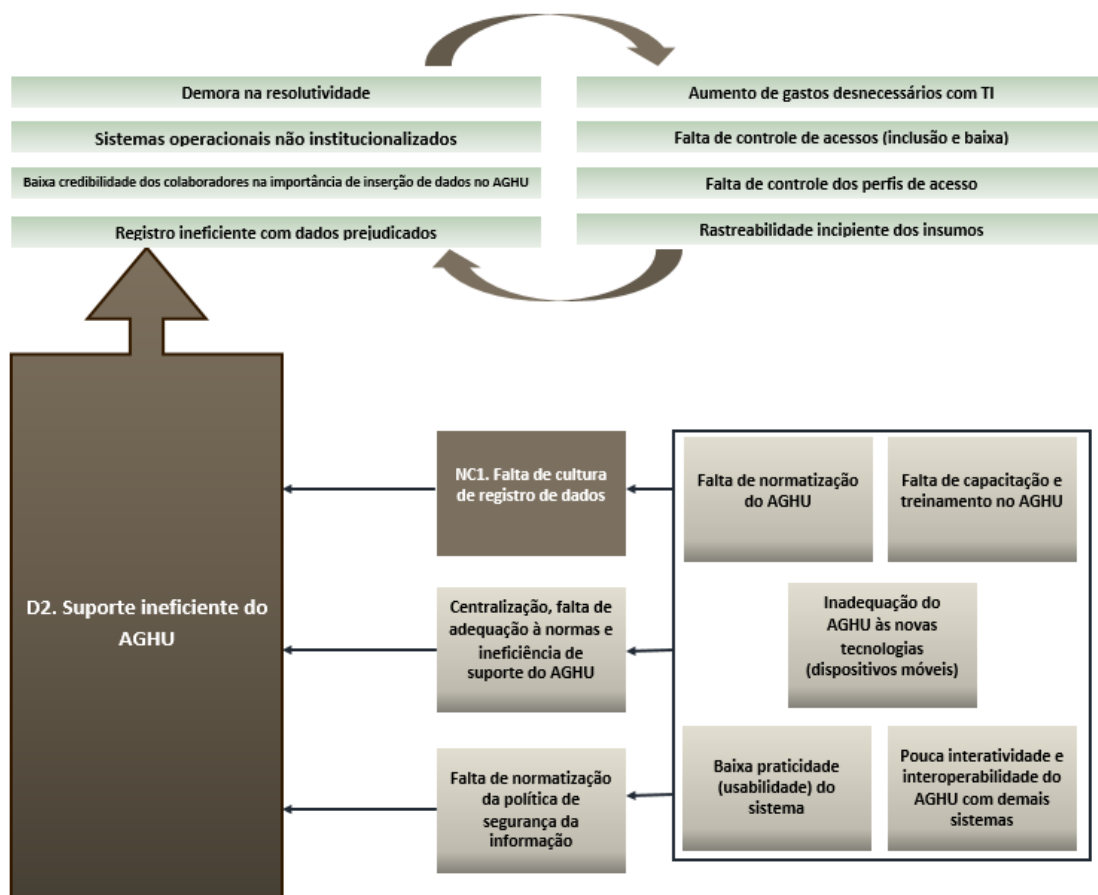
O primeiro descritor do Macroproblema 2, *Alto Número de Processos Executados em Sistemas não Institucionalizados*, apresenta na figura 21, nove causas, sendo um nó crítico e dez consequências.

Figura 21: Descritor 1 – Alto Número de Processos Executados em Sistemas não Institucionalizados



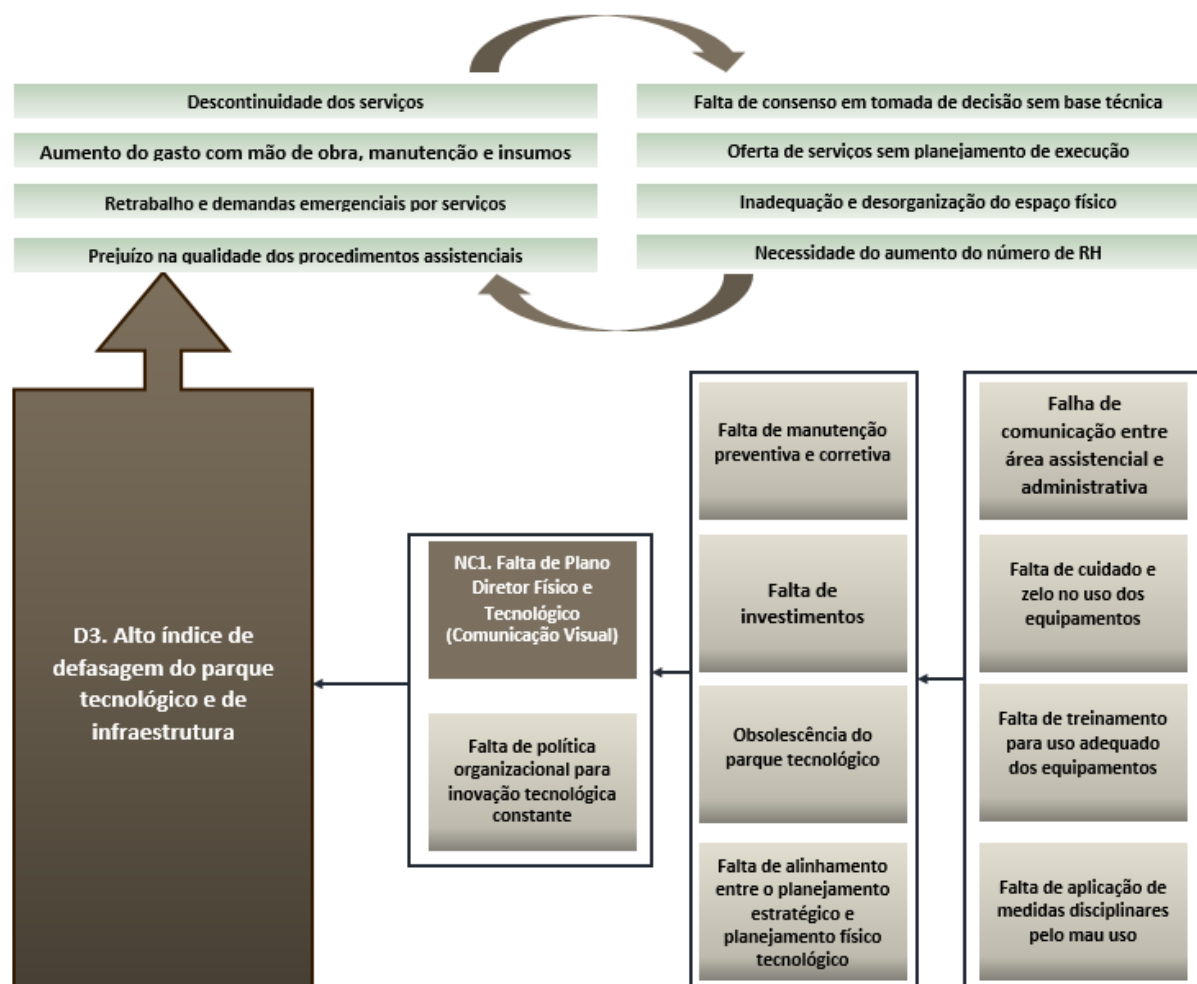
O segundo descritor, *Suporte Ineficiente do AGHU*, apresenta na figura 22, oito causas, um nó crítico e oito consequências.

Figura 22: Descritor 2 – Suporte Ineficiente do AGHU



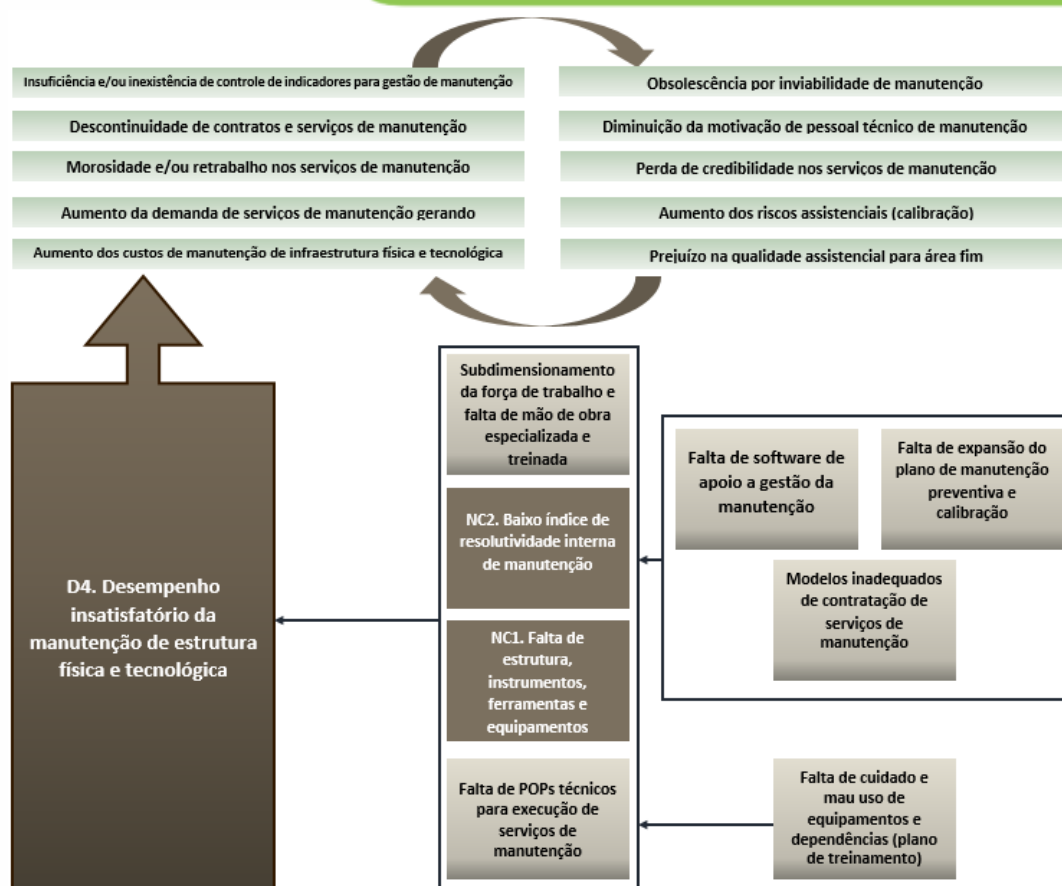
O terceiro descritor, *Alto Índice de Defasagem do Parque Tecnológico e Infraestrutura*, da figura 23, contém dez causas, um nó crítico e um total de oito consequências.

Figura 23: Descritor 3 – Alto Índice de Defasagem do Parque Tecnológico e Infraestrutura



O quarto descritor, *Desempenho Insatisfatório da Manutenção de Estrutura Física e Tecnológica*, da figura 24, contém oito causas, dois nós críticos e um total de dez consequências.

Figura 24: Descritor 4 – Desempenho Insatisfatório da Manutenção de Estrutura Física e Tecnológica



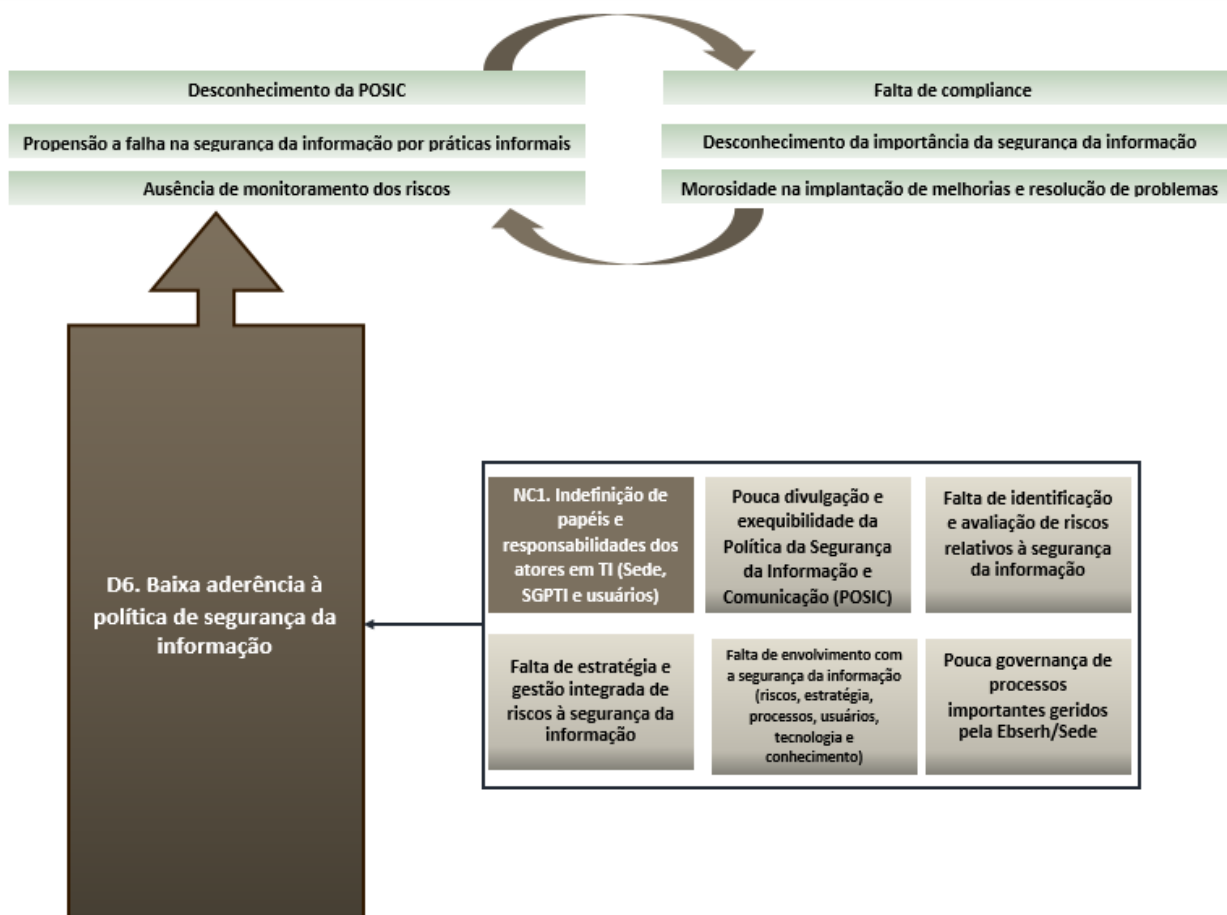
O quinto descritor, *Insuficiência de Recursos Orçamentários*, da figura 25, contém treze causas, um nó crítico e um total de quatorze consequências.

Figura 25: Descritor 5 – Insuficiência de Recursos Orçamentários



O último descritor do Macroproblema 2, *Baixa Aderência à Política de Segurança da Informação*, da figura 26, apresenta seis causas, um nó crítico e seis consequências.

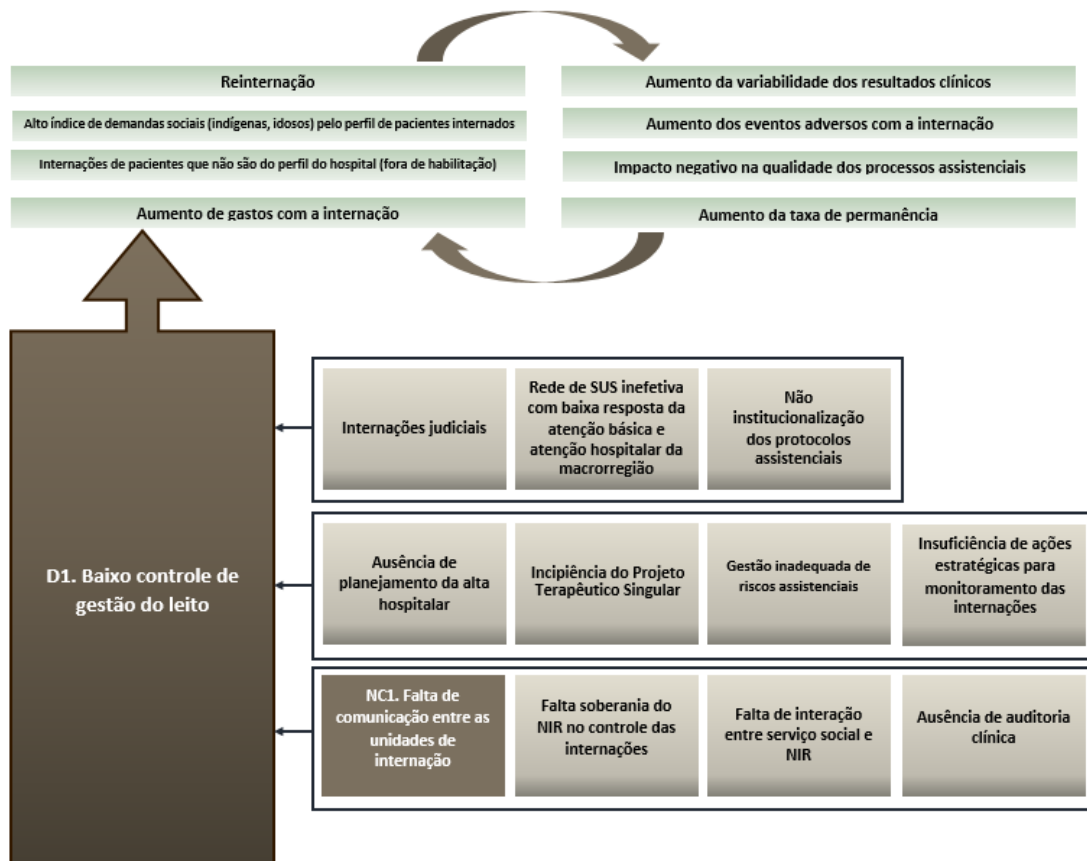
Figura 26: Descritor 6 – Baixa Aderência à Política de Segurança da Informação



❖ **Macroproblema 3 – Gestão da clínica incipiente.**

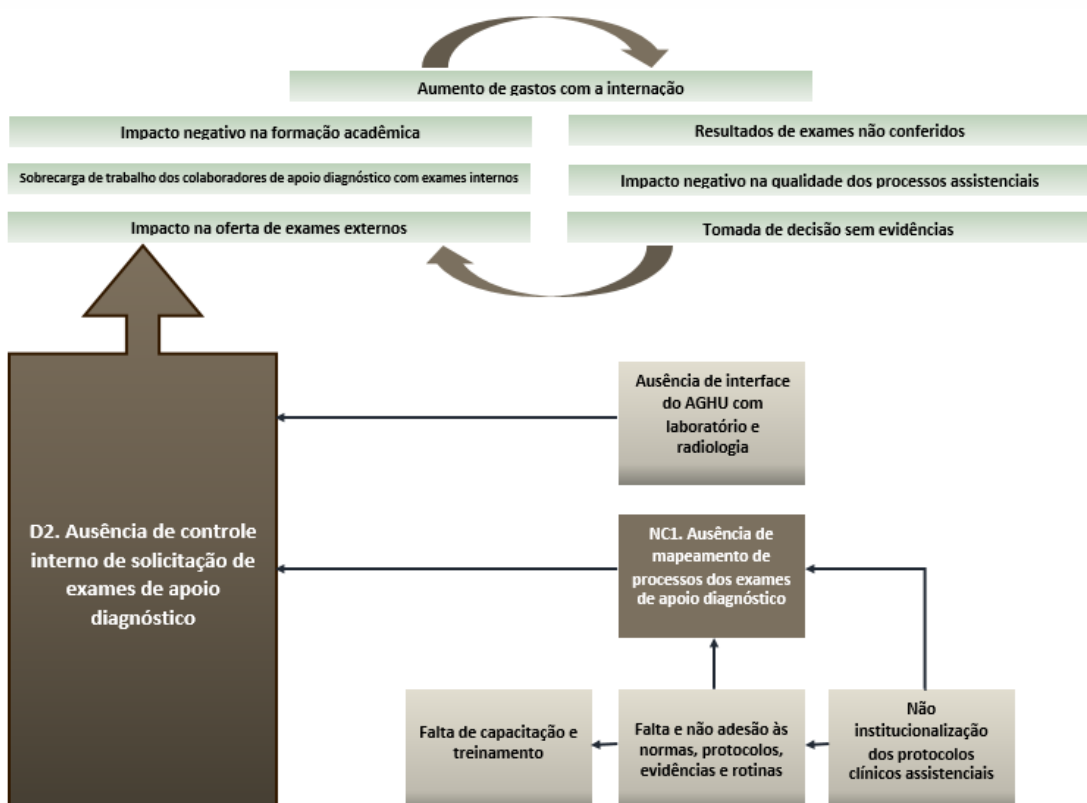
A figura 27, aponta o diagrama que tem como fato o *Baixo Controle de Gestão do Leito*, com onze causas identificadas, sendo um nó crítico e um total de quatorze consequências.

Figura 27: Descritor 1 – Baixo Controle de Gestão do Leito



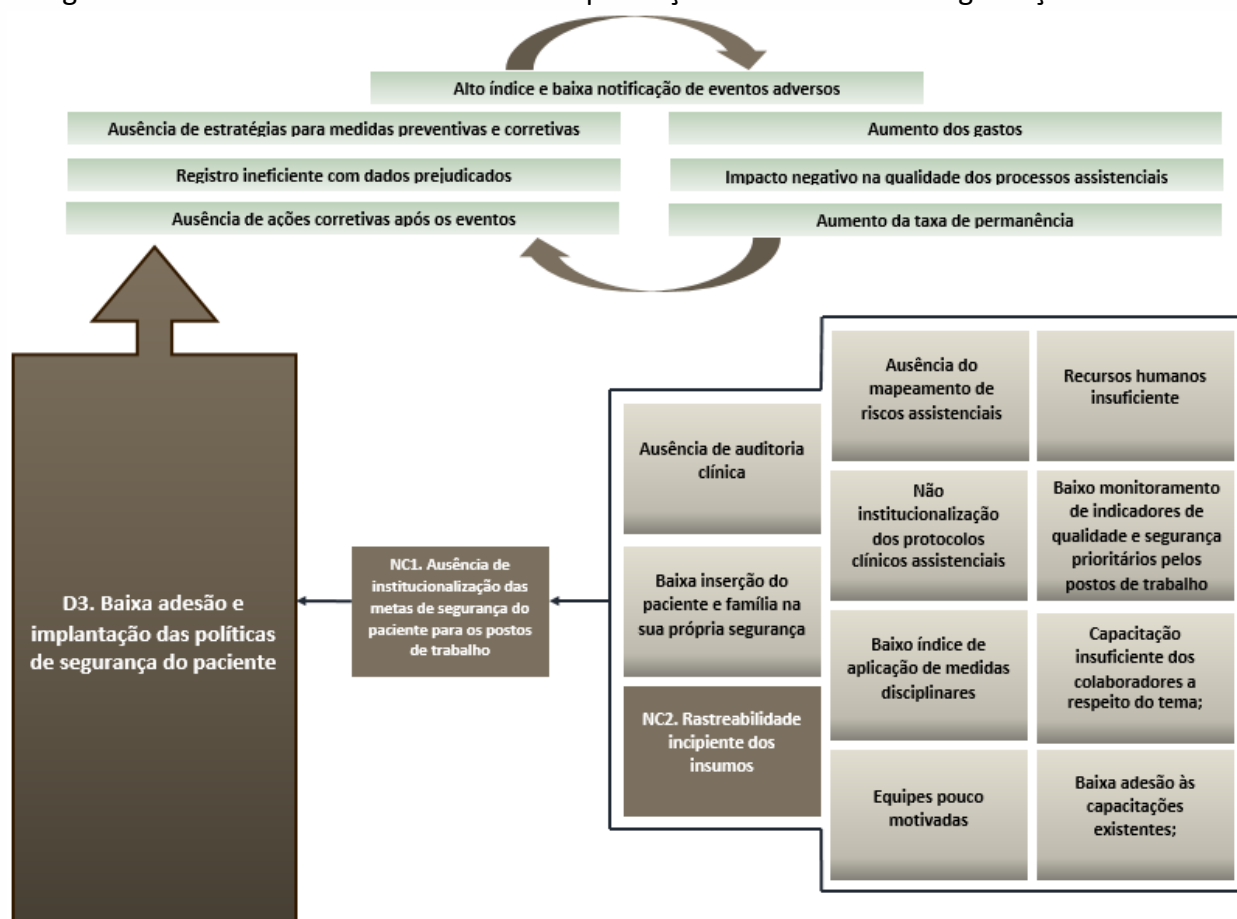
O diagrama da figura 28, aponta o fato *Ausência de Controle Interno de Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico*, e traz cinco causas identificadas, sendo um nó crítico e sete consequências.

Figura 28: Descritor 2 – Ausência de Controle Interno de Solicitação de Exames de Apoio Diagnóstico



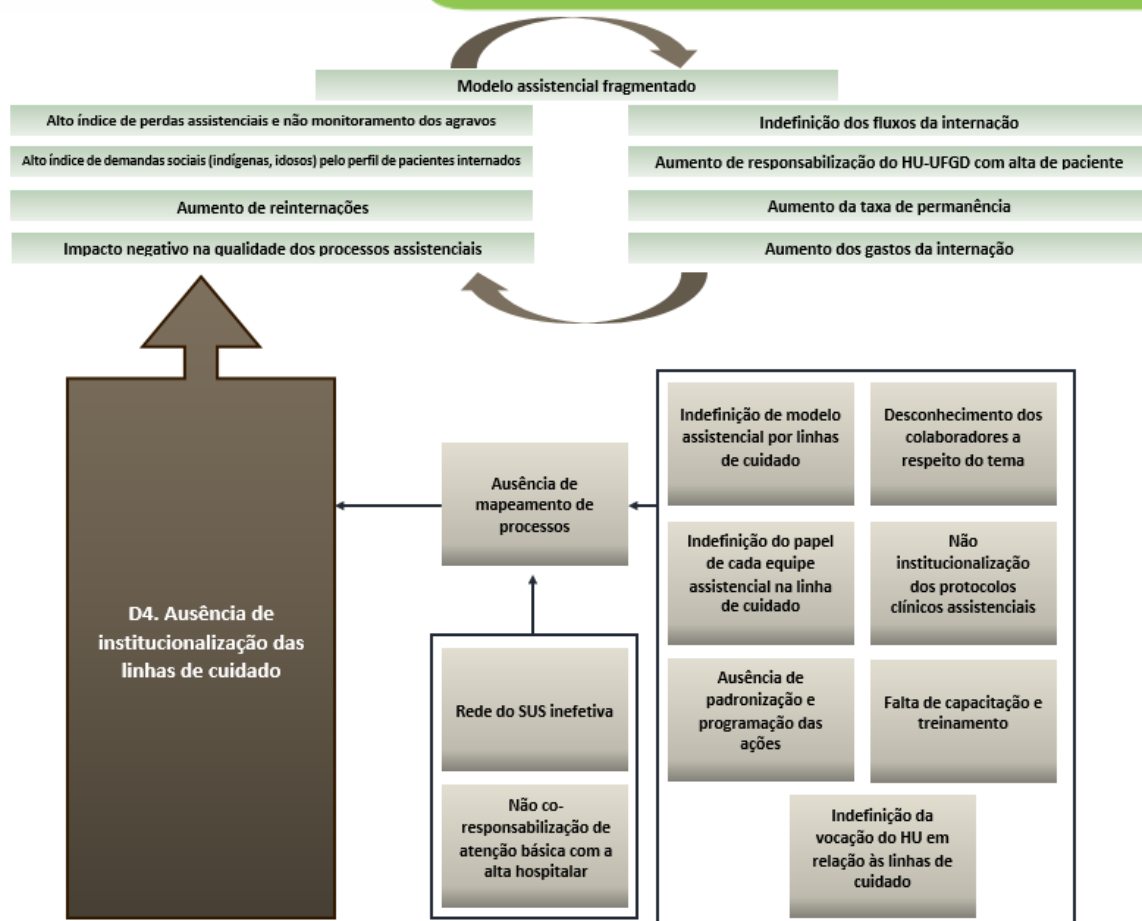
Já no diagrama da figura 29, o fato *Baixa Adesão e Implantação das Políticas de Segurança do Paciente*, registra doze causas identificadas, sendo dois nós críticos e um total de sete consequências.

Figura 29: Descritor 3 – Baixa Adesão e Implantação das Políticas de Segurança do Paciente



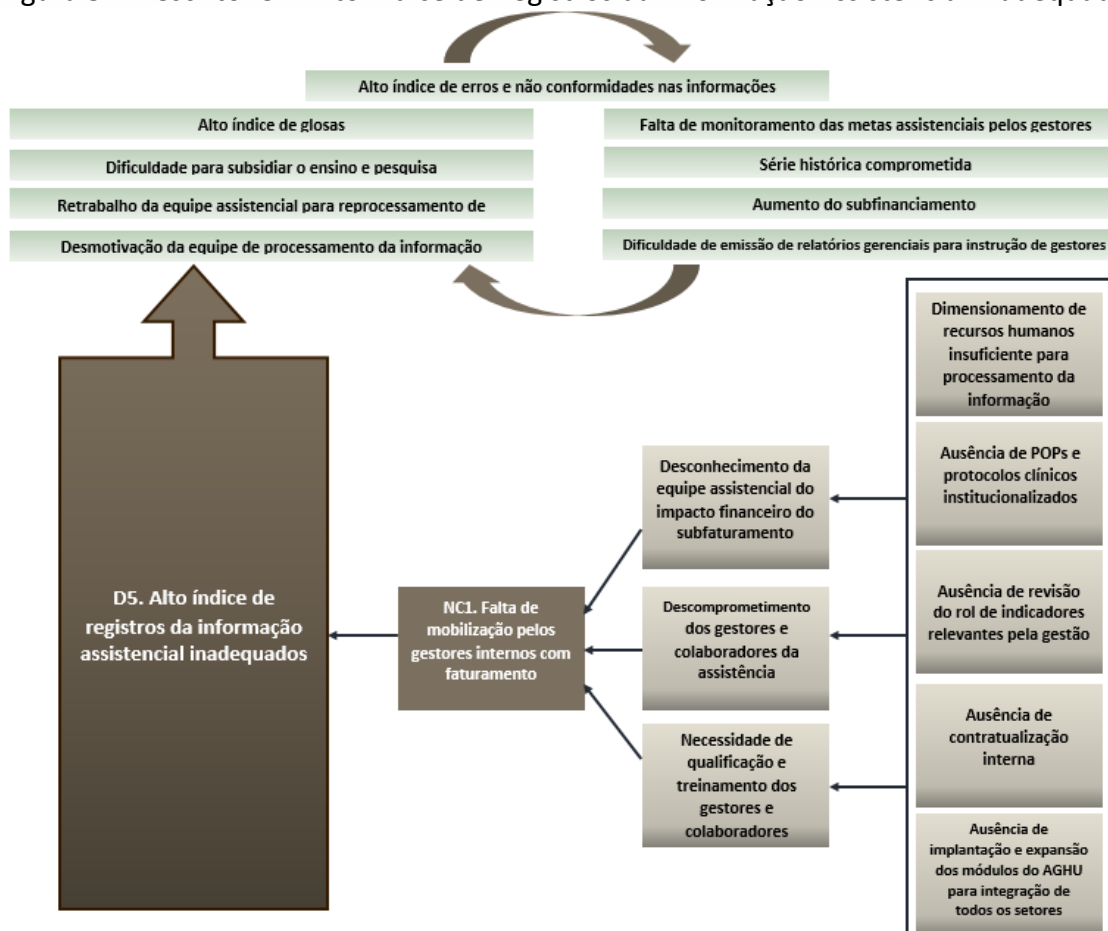
Ausência de Institucionalização das Linhas de Cuidado é o fato apresentado no diagrama da figura 30, e contém dez causas identificadas e dez consequências.

Figura 30: Descritor 4 – Ausência de Institucionalização das Linhas de Cuidado



Alto Índice de Registros da Informação Assistencial Inadequados, é o último descritor do Macroproblema 3, na figura 31, e contém nove causas, um nó crítico e nove consequências.

Figura 31: Descritor 5 – Alto Índice de Registros da Informação Assistencial Inadequados

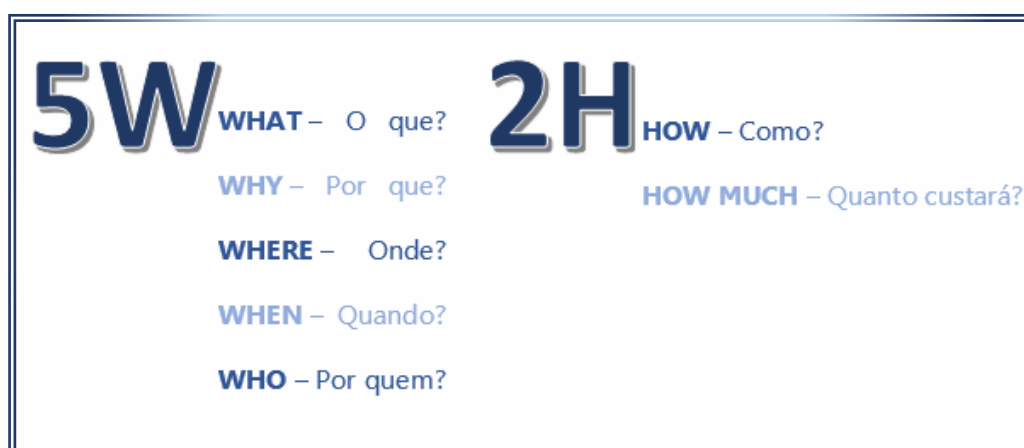


7. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

7.1 PLANO DE INTERVENÇÃO E AÇÕES

Com a definição e mapeamento de todos os desafios existentes nos processos de trabalho do HU-UFGD, extraídos a partir da ferramenta Árvore Explicativa de Problemas, foram definidos no âmbito do grupo de trabalho, os profissionais responsáveis pela elaboração dos planos de intervenção, de acordo com o tema de afinidade apresentado em cada nó crítico. Para a transcrição do plano, foi utilizado a ferramenta de gestão 5W2H.

Figura 32: Ferramenta de gestão 5W2H – Protótipo de planos de ação



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

O checklist de ações a serem desenvolvidas será listado a seguir. A consolidação das ações pactuadas pela equipe de elaboração, está retratada junto ao seu respectivo macroproblema e nó crítico, bem como as atividades que se desdobram a contar do início das ações. A ilustração dos planos de ação na matriz 5W2H será detalhada no Apêndice A.

Quadro 27: Macroproblemas, nós críticos, ações e atividades

MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão					
(D1) NC 1 - Falta de Implementação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT's)					
Ação 1 - Institucionalizar os PCDTs					
1.1 Criar Comitê de Protocolos Clínicos	1.2 Definir o escopo de trabalho, atribuições e finalidades do comitê de protocolos clínicos e evidências	1.3 Alinhar o modelo de protocolos com as Comissões de Padronizações (Medicamentos, Materiais e Laboratório)	1.4 Levantar e revisar os protocolos existentes com as Chefias de Unidades	1.5 Disponibilizar os Protocolos nos Sistemas de Informação (Sistemas, Intranet e Internet)	1.6 Propor funcionalidades no Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários para seguir protocolo (mensagens computadorizadas programadas, prescrições prontas de acordo com patologias, filtros de exames, justificativas de alto custo ao prescrever, no sistema de informação do hospital para fornecer avisos, alertas, e sugestões de medidas terapêuticas e preventivas).
MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão					
(D2) NC 1 - Falta de implementação de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) Administrativos e Assistenciais					
Ação 1 - Instituir os POPs administrativos e assistenciais prioritários					
1.1 Capacitar os gestores internos sobre Gestão de Processos	1.2 Definir os POPs administrativos e assistenciais prioritários	1.3 Fazer levantamento dos POPs administrativos e assistenciais prioritários que ainda não foram elaborados	1.4 Adequar os POPs Administrativos e Assistenciais prioritários já existentes ao modelo institucionalizado	1.5 Elaborar os POPs administrativos e assistenciais não existentes, conforme modelo estabelecido	1.6 Publicação dos POPs Administrativos e Assistenciais prioritários

Ação 2 - Executar os POPs Administrativos e Assistenciais instituídos	
2.1 Capacitar os colaboradores sobre POPs administrativos e assistenciais	2.2 Monitorar adesão aos POPs administrativos e assistenciais

MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão				
(D3) NC 1 - Ausência de utilização de instrumentos de controle				
Ação 1 - Definir os indicadores do painel de cada unidade organizacional				
1.1 Definir e aprovar os indicadores das unidades organizacionais	1.2 Publicar as fichas dos indicadores	1.3 Estabelecer instrumentos de controle		
Ação 2 - Pactuar para atualizar e monitorar os indicadores pelas unidades organizacionais				
2.1 Definir os responsáveis pela atualização dos instrumentos de controle	2.2 Realizar treinamento de utilização dos instrumentos de controle	2.3 Promover divulgação e discussão de indicadores junto às equipes	2.4 Capacitar os gestores no tema de indicadores	2.5 Elaborar planos de ação para as situações críticas identificadas

MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão		
(D4) NC 1 - Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno		
Ação 1 - Qualificar os gestores sobre gestão de riscos, rotinas e controle interno		
1.1 Elaborar o programa de qualificação e treinamento para os gestores sobre as rotinas	1.2 Executar o programa de qualificação e treinamento para os gestores	1.3 Capacitar os gestores internos sobre gestão de riscos e controle interno

internas, considerando as especificidades de cada Gerência e Superintendência				
Ação 2 - Qualificar os gestores sobre gestão de riscos, rotinas e controle interno				
2.1 Elaborar e publicar o regimento interno da Superintendência e Gerências		2.2 Elaborar e publicar normas e rotinas das unidades organizacionais, conforme organograma		2.3 Divulgar a missão, visão, valores e objetivos estratégicos do Hospital Universitário aos colaboradores e gestores
Ação 3 - Estabelecer as metas institucionais e implementar a Gestão por Resultados				
3.1 Discutir e definir as metas institucionais	3.2 Divulgação das metas institucionais	3.3 Realizar contratualização interna com os gestores	3.4 Realizar reuniões periódicas com as equipes com foco na gestão por resultados	3.5 Elaborar anualmente relatório de gestão de cada unidade organizacional

MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão		
(D5) NC 1 - Deficiência de medidas disciplinares		
Ação 1 - Divulgar a Norma de Controle Disciplinar da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) aos gestores e colaboradores		
1.1. Elaborar os materiais para a divulgação dos direitos, deveres e proibições dos colaboradores, observados os diferentes regimes	1.2 Realizar divulgação dos materiais aos colaboradores	1.3 Realizar a capacitação dos gestores sobre a Norma de Controle Disciplinar
Ação 2 - Monitorar a aplicação das medidas disciplinares		

2.1 Constituir Comissão de Apoio e Orientação aos colaboradores que atuam nos Processos de Controle Disciplinar	2.2 Realizar a capacitação dos colaboradores designados para atuação em processos disciplinares	2.3 Encaminhar à Superintendência relatórios periódicos do andamento dos processos disciplinares	2.4 Submeter os relatórios periódicos ao Colegiado Executivo, para apreciação e deliberação
---	---	--	---

MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão		
(D5) NC 2 - Falta de fortalecimento da imagem institucional do Hospital Universitário		
Ação 1 - Divulgar as boas práticas do Hospital Universitário		
1.1 Normatizar entre as chefias a identificação das boas práticas hospitalares e fazer chegar a informação até a alta gestão	1.2 Monitorar internamente as boas práticas hospitalares de cada gerência	1.3 Ampliar a divulgação externa das nossas boas práticas
Ação 2 - Promover a participação de colaboradores em atividades externas		
2.1 Elaborar o projeto: "HU na Comunidade"	2.2 Realizar parcerias com instituições para levar colaboradores até Unidades Básicas de Saúde, escolas, igrejas e comunidades	2.3 Realizar, com a parceria dos colaboradores, as atividades previstas no projeto em locais fora do Hospital Universitário
Ação 3 - Proporcionar experiências emocionais com o serviço		
3.1 Divulgar os elogios e experiências positivas, respondendo todas as manifestações	3.2 Implementar a Campanha "O que importa para você?"	3.3 Fortalecer os parceiros solidários ao Hospital Universitário com o programa permanente "Amigo do HU"

MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão							
(D5) NC 3 - Baixo índice de implementação da Política Nacional de Humanização							
Ação 1 - Identificar e promover as ações de humanização já existentes							
1.1 Instituir o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	1.2 Realizar o levantamento de ações de Humanização existentes no Hospital Universitário	1.3 Analisar a efetividade das ações levantadas			1.4 Divulgar e promover manutenção das ações de humanização já existentes		
Ação 2 - Implementar ações de gestão participativa e valorização do colaborador							
2.1 Formalizar os espaços de cogestão e gestão participativa	2.2 Monitorar o funcionamento dos espaços de cogestão e gestão participativa	2.3 Elaborar e aprovar o Programa de Acolhimento do Colaborador			2.4 Capacitar os gestores a respeito do Programa de Acolhimento do Colaborador		
Ação 3 - Implantar a política de humanização na assistência aos usuários e familiares							
3.1 Realizar reuniões setoriais para conhecimento da Política Nacional de Humanização	3.2 Capacitar os colaboradores responsáveis pelo primeiro contato com o usuário	3.3 Revisar e publicar a carta de serviços ao cidadão	3.4 Divulgação dos Estatutos do Idoso, Criança e Adolescente	3.5 Estabelecer política de visita ampliada	3.6 Implantar Conselho Consultivo, conforme Regimento Interno do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados	3.7 Criar ferramentas para orientações institucionais gerais aos usuários	3.8 Implementar os padrões de identificação física do hospital
MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão							
(D6) NC 1 - Ausência de envolvimento dos colaboradores nas atividades de ensino e pesquisa							

Ação 1 - Incentivar a participação dos colaboradores em projetos de extensão e pesquisa						
1.1 Divulgar as normas de progressão funcional aos colaboradores do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados			1.2 Divulgar as normas de elaboração e cadastramento de projetos de extensão e pesquisa			
Ação 2 - Incentivar os colaboradores a realizarem atividades de ensino e pesquisa no ambiente de trabalho						
2.1 Capacitar os colaboradores sobre Metodologia Científica		2.2 Capacitar os colaboradores sobre preceptoria médica e multiprofissional		2.3 Normatizar as atividades de preceptoria	2.4 Compor e divulgar banco de dados com profissionais e titulações	
MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão						
(D6) NC 2 - Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência						
Ação 1 - Formalizar parceria entre Faculdade de Ciências da Saúde e setores de ensino e assistência do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados						
1.1 Constituir Núcleo de Ensino-Assistencial		1.2 Definir as competências de atuação do Núcleo de Ensino-Assistencial		1.3 Elaborar o plano de ação do Núcleo de Ensino-Assistencial	1.4 Monitorar o pleno funcionamento do Núcleo de Ensino-Assistencial	
Ação 2 - Consolidar a implantação da Unidade de Telessaúde do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados						
2.1 Elaborar Regimento Interno da Unidade de Telessaúde		2.2 Mapear os processos prioritários da Unidade	2.3 Formalizar convênio entre HU-UFGD e Núcleo Estadual de Telessaúde	2.4 Participar efetivamente da Rede RUTE	2.5 Desenvolver cursos EAD	2.6 Desenvolver <i>site</i> para Telessaúde
Ação 3 - Padronizar linhas de pesquisa do HU-UFGD, articulando atividades de ensino e pesquisa com os processos assistenciais						
3.1 Identificar áreas de pesquisas existentes no HU-UFGD		3.2 Propor linhas de pesquisa do HU-UFGD e as respectivas áreas de concentração, alinhadas com a UFGD e Rede Ebserh		3.3 Submeter documento das linhas de pesquisas à análise e aprovação do Colegiado Executivo	3.4 Elaborar normativas e divulgar as linhas definidas, fluxo para realização de pesquisas e para formação de grupos de pesquisa no HU-UFGD	

Ação 4 – Aumentar o compartilhamento de experiências de ensino, pesquisa e assistência				
4.1 Garantir a realização anual do Congresso e Ensino, Pesquisa e Extensão			4.2 Divulgar os artigos que foram publicados no Congresso	
Ação 5 - Organizar o acolhimento e ambientação dos residentes, internatos e estagiários				
5.1 Elaborar e implementar POP para recepção e ambientação dos residentes, acadêmicos, internatos e estagiários	5.2 Definir os responsáveis pelo acolhimento dos residentes, internatos e estagiários em cada cenário de prática	5.3 Publicar e manter atualizada a lista de preceptores, supervisores, coordenadores de residências e demais atores de orientação pedagógica no âmbito do HU-UFGD	5.4 Atualizar os projetos pedagógicos das residências do HU, conforme necessidade	5.5 Realizar evento de acolhimento e ambientação do internato
MP 1 - Necessidade de institucionalização e cultura de gestão				
(D7) NC 1 - Falta de planejamento estruturado das ações de capacitação				
Ação 1 - Estruturar o processo de Educação Permanente no âmbito do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados				
1.1 Instituir o Serviço de Educação Permanente subordinado à Divisão de Gestão de Pessoas	1.2 Elaborar e publicar a regulamentação do processo de Educação Permanente	1.3 Elaborar e publicar o plano de educação permanente	1.4 Capacitar os gestores e representantes dos postos de trabalho a respeito do processo de Educação Permanente	1.5 Monitorar as ações de educação permanente realizadas
MP 2 - Insuficiência de infraestrutura e tecnologia				
(D1) NC 1 - Ausência de PDTIC e PETI				
Ação 1 - Alinhar as ações da Tecnologia da Informação com os objetivos estratégicos do HU				

1.1 Elaborar PDTIC e PETI	1.2 Aprovar PDTIC e PETI	1.3 Aprovar calendário de monitoramento PDTIC e PETI
---------------------------	--------------------------	--

MP 2 - Insuficiência de infraestrutura e tecnologia		
(D2) NC 1 - Falta de cultura de registro de dados		
Ação 1 - Implantação da norma de utilização do AGHU		

1.1 Elaborar normativa para institucionalização do AGHU	1.2 Aprovar normativa de institucionalização do AGHU	1.3 Divulgar normativa em todas as unidades funcionais com ferramentas alternativas além do e-mail institucional
---	--	--

Ação 2 - Elaborar e aplicar um plano de avaliação do registro de dados no AGHU		
--	--	--

2.1 Elaborar e aprovar o plano de avaliação do registro de dados no AGHU	2.2 Aplicar o plano de avaliação do registro de dados nos setores que utilizam o AGHU
--	---

Ação 3 - Capacitação dos usuários do sistema AGHU		
---	--	--

3.1 Elaborar plano de capacitação anual do AGHU	3.2 Aprovar e monitorar o plano de capacitação.	3.3 Implantar modelo de usuários chave ou facilitadores por unidade funcional.
---	---	--

MP 2 - Insuficiência de infraestrutura e tecnologia			
(D3) NC 1 - Falta de Plano Diretor Físico e Tecnológico			
Ação 1 - Definir os conceitos e premissas			

1.1 Recompôr a Comissão de Plano Diretor Físico	1.2 Definir horizonte de trabalho	1.3 Elaborar termo de abertura de projeto, definindo objetivo, escopo, atribuições e metodologia de trabalho	1.4 Validar diretrizes
---	-----------------------------------	--	------------------------

Ação 2 - Realizar levantamento e diagnóstico de infraestrutura física e tecnológica					
2.1 Revisar cadastro de equipamentos de Infraestrutura, TI e Engenharia Clínica			2.2 Realizar análise de riscos		
Ação 3 - Realizar prognóstico de infraestrutura e tecnologia					
3.1 Levantar necessidades de infraestrutura e tecnologia dentro do plano institucional		3.2 Priorizar necessidades		3.3 Elaborar cronograma de execução	
3.4 Aprovar e publicar o PDFT					
MP 2 - Insuficiência de infraestrutura e tecnologia					
(D4) NC 1 - Baixo índice de resolutividade interna de manutenção					
Ação 1 - Contratar de empresa terceirizada para manutenção					
1.1 Levantar diagnóstico atual do parque tecnológico		1.2 Elaborar o Termo de Referência		1.3 Validar os itens técnicos da cotação	
1.4 Verificar se as documentações enviadas pela empresa atendem aos itens do edital					
Ação 2 - Fiscalizar do contrato de manutenção					
2.1 Monitoramento dos indicadores definidos no TR (termo de referência)			2.2 Avaliar a qualidade do modelo de contratação adotado (postos de trabalho ou acordo de nível de serviço)		
Ação 3 - Elaborar sistema de organização e rastreabilidade dos acessórios dos equipamentos eletromédicos					
3.1 Definição da metodologia de rastreamento		3.2 Definição de itens a serem rastreados/monitorados		3.3 Elaboração do POP	
				3.4 Validação/aprovação do POP	
				3.5 Publicação do POP no Boletim de Serviços	
				3.6 Capacitação de recursos humanos na	

										execução do POP - suprimentos e assistência	
MP 2 - Insuficiência de infraestrutura e tecnologia											
(D5) NC 1 - Falta de mais incentivos à contratualização											
Ação 1 - Certificar o HU-UFGD como Hospital de Ensino											
1.1 Constituir Comitê para a certificação como Hospital de Ensino			1.2 Reunir a documentação solicitada como pré-requisitos da portaria de certificação			1.3 Encaminhar documentação e solicitar ao MEC visita de certificação			1.4 Manter a documentação atualizada		
Ação 2 - Organizar a oferta de serviços para obtenção de Certificação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista											
1.1. Dimensionar o Serviço de Atendimento Ambulatorial (Diagnóstico, Segmento e Pós-alta)			1.2. Adquirir equipamentos e/ou serviços de Apoio Diagnóstico em Cardiologia (Teste de Esforço, Cintilografia, MAPA)			1.3. Efetuar dimensionamento e alocação de Recursos Humanos para oferta de serviços em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista			1.4. Realizar fluxo de suporte de cirurgia cardíaca		
Ação 3 - Adequar as práticas de aleitamento materno para obtenção do título de IHAC											
3.1 Garantir visita aberta da mãe, pai ou responsável legal de RN em UTI Neo, UTI	3.2 Garantir informações sobre o manejo do AM as gestantes e puérperas internadas ou que realizam	3.3 Efetuar dimensionamento de Recursos Humanos descrevendo as atribuições e membros da equipe	3.4 Aprimorar a prática do contato pele a pele e o auxílio à amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto	3.5 Garantir que a oferta de fórmulas artificiais serão feitas somente por razões médicas	3.6 Garantir o agendamento da consulta na rede	3.7 Criação de ferramentas de monitoramento de aleitamento materno	3.8 Promover capacitação sobre as políticas de aleitamento materno	3.9 Fortalecer o projeto de doulas comunitárias	3.10 Realizar auto avaliação e passos sequencias à certificação da IHAC	3.11 Melhorar a ambiência do centro obstétrico e alojamento conjunto do HU-UFGD	

Pediátrica e UCI	pré-natal no HU-UFGD			aceitáveis (OMS)						
------------------	----------------------	--	--	------------------	--	--	--	--	--	--

MP 2 - Insuficiência de infraestrutura e tecnologia					
(D6) NC 1 - Indefinição de papéis e responsabilidades dos atores em TI (Sede, SGPTI e usuários)					
Ação 1 - Promover a segurança da informação e definir papéis e responsabilidades dos atores em sistemas informatizados					
1.1 Divulgar a POSIC (Política da segurança da informação e comunicação) e boas práticas de segurança	1.2 Compor Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	1.3 Elaborar e divulgar as normas internas da POSIC, definindo os papéis e responsabilidade dos atores	1.4 Elaborar e aprovar o plano de capacitação e orientação referente à segurança da informação	1.5 Capacitar colaboradores no tema de segurança da informação	

MP 3 - Gestão da clínica incipiente					
(D1) NC 1 - Falta de comunicação entre as unidades de internação					
Ação 1 - Unificar o modelo de registro de informações na assistência					
1.1 Implementar o AGHU em todas as unidades de Internação	1.2 Constituir os modelos de evolução e adendo de transferência no AGHU	1.3 Elaboração e implementação do POP para transferência entre as unidades de internação			
Ação 2 - Ampliar o fluxo comunicativo e a deliberação horizontal na Atenção à Saúde					
2.1 Instituir as Unidades de Produção assistenciais e de apoio técnico	2.2 Implantar o Colegiado Ampliado das Unidades de Produção	2.3 Estabelecer a visita horizontalizada multiprofissional nas Unidades de Produção Assistenciais			

MP 3 - Gestão da clínica incipiente			
(D2) NC 1 - Ausência de mapeamento de processos de solicitação dos exames de apoio diagnóstico			
Ação 1 - Regularizar a solicitação dos exames internos de apoio Diagnóstico e Terapêutico			
1.1 Promover nivelamento de informações e busca de soluções conjuntas entre chefes de Unidades Assistenciais e Unidades de Imagem e Laboratório	1.2 Elaborar normas e rotinas das Unidades de Imagem e Laboratório	1.3 Padronizar o rol de exames internos de apoio diagnóstico e terapêutico	1.4 Elaborar e implementar os POPs de solicitação de exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
Ação 2 - Monitorar a realização de exames externos de apoio Diagnóstico e Terapêutico			
2.1 Definir Protocolos para propedêutica de urgência dos exames de apoio diagnóstico	2.2 Analisar o potencial de produtividade de exames de apoio diagnóstico	2.3 Definir o rol de indicadores para aferição do absenteísmo dos exames de Apoio Diagnóstico	2.4 Monitorar os exames produzidos com os exames faturados

MP 3 - Gestão da clínica incipiente					
(D3) NC 1 - Ausência de institucionalização das metas de segurança do paciente para os postos de trabalho					
Ação 1 - Fomentar a Cultura de Segurança do Paciente					
1.1 Expandir a implantação e implementação dos protocolos relacionados às seis metas de segurança do paciente	1.2 Fortalecer estratégias para o uso do VigiHosp como ferramenta de notificação de incidentes que envolvam a segurança do paciente	1.3 Monitorar, avaliar e divulgar os indicadores de segurança do paciente	1.4 Capacitar colaboradores, residentes e demais envolvidos no processo de cuidado do paciente sobre Segurança do Paciente	1.5 Implantar o protocolo de Sepsis	1.6 Implantar os <i>rounds</i> ¹⁴ com alta gestão nas unidades assistenciais

¹⁴ Rounds é uma metodologia de trabalho, utilizada para realização de discussão de processos e resultados. Tem como foco em sua realização, a interdisciplinaridade e composição multiprofissional.

Ação 2 - Desenvolver Estratégias para Redução de Infecção Hospitalar				
2.1 Implementar os <i>Bundles</i> ¹⁵ de Controle de IRAS nas UTIs	2.2 Implantar o protocolo de tratamento de infecções	2.3 Implementar ações de rastreabilidade dos materiais esterilizados no CME	2.4 Monitorar, avaliar e divulgar os indicadores de infecção hospitalar	
MP 3 - Gestão da clínica incipiente				
(D3) NC 2 - Rastreabilidade incipiente dos insumos				
Ação 1 - Reestruturação do processo de compras e licitações dos insumos				
1.1 Viabilizar as etapas de estabelecimento das atividades de aquisição e seus fluxos	1.2 Elaborar minutas padrão de Termo de Referência (TR)	1.3 Instituir o monitoramento do processo de aquisição		
Ação 2 - Implantação do módulo farmácia do AGHU na Unidade de Dispensação Farmacêutica				
2.1 Adquirir os equipamentos e insumos necessários	2.2 Instalar equipamentos	2.3 Disponibilização do módulo informatizado	2.4 Capacitação de recursos humanos na utilização do módulo	2.5 Realização do inventário de medicamentos da Unidade de Dispensação Farmacêutica
Ação 3 - Implementação do POP para rastreabilidade dos medicamentos				
3.1 Elaboração e publicação de POP para rastreabilidade dos medicamentos distribuídos	3.2 Capacitação de recursos humanos na execução e implementação do POP	3.3 Definição e implementação dos indicadores de monitoramento e retroalimentação de informações	3.4 Monitoramento da rastreabilidade dos medicamentos	

¹⁵ Bundles são um pacote de medidas específicas, recomendadas para prevenção de um determinado agravo à condição de saúde dos pacientes.

Ação 4 - Monitoramento da rastreabilidade dos itens de órteses e próteses			
4.1 Definição da metodologia do rastreamento dos itens de órteses e próteses	4.2 Definição de itens a serem rastreados/monitorados de órteses e próteses	4.3 Elaboração e implementação do POP para rastreabilidade de órteses e próteses	4.4 Definição de indicadores de avaliação e monitoramento do processo de rastreabilidade de órteses e próteses
Ação 5 - Padronização dos produtos para a saúde e materiais do Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica			
5.1 Participar da construção de alinhamento do modelo de protocolos	5.1 Alinhar a padronização de produtos para a saúde e insumos de laboratório necessários à protocolos clínicos	5.2 Realizar a padronização de exames laboratoriais	
MP 3 - Gestão da clínica incipiente			
(D5) NC 1 - Falta de mobilização pelos gestores internos com faturamento			
Ação 1 - Institucionalizar o modelo de composição do prontuário, registro e processamento da informação assistencial			
1.1 Elaborar e instituir normativa sobre documentação e preenchimento obrigatórios dos prontuários	1.2 Capacitar gestores sobre informações necessárias no prontuário para inserção no DATASUS	1.3 Monitorar a aderência às normas referentes ao registro da informação assistencial	1.4 Implementar fluxo de atualização do cadastro do HU-UFGD junto ao CNES
Ação 2 - Estruturar o Serviço de Arquivo médico e estatística			
2.1 Planejamento de construção de um espaço físico mobiliado destinado ao arquivo médico	2.2 Dimensionamento de pessoal para arquivo médico e estatística	2.3. Implementar gestão eletrônica de documentos para prontuários	

7.2 Gerenciamento de Riscos

Para que as ações e atividades sejam colocadas em prática, foi imprescindível realizar a avaliação dos riscos que permeiam sua execução. O grupo analisou ponto a ponto os eventos potenciais que podem impactar na realização dos objetivos. Inicialmente, para que a equipe de elaboração desse o pontapé inicial na análise de todos os itens, foi realizada apresentação e discussão sobre o gerenciamento de riscos, conforme normativos oficiais e recomendação de instâncias de certificação.

Assim como foi apresentado ao grupo, é importante frisar que de acordo com BRASIL (2017, p.5), a incerteza ou o risco é inerente a praticamente todas as atividades humanas. No mundo corporativo onde as empresas estão expostas a uma miríade de incertezas originadas de fatores econômicos, sociais, legais, tecnológicos e operacionais, a gestão de integridade, riscos e controles internos é crucial para que se alcance os objetivos estratégicos.

Para melhor percepção, o conceito de gerenciamento de riscos corporativos são etapas de trabalho que tem potencial ou não de envolver ameaças ou oportunidades, conforme definição abaixo:

É um processo conduzido em uma organização pelo conselho de administração, diretoria e demais empregados, aplicado no estabelecimento de estratégias, formuladas para identificar em toda a organização eventos em potencial, capazes de afetá-la, e administrar os riscos de modo a mantê-los compatível com o apetite a risco da organização e possibilitar garantia razoável do cumprimento dos seus objetivos. (COSO ERM, 2004)

Levou-se em consideração pelo grupo, alguns princípios para realização do matriciamento e gerenciamento de riscos, como assegurar a comunicação eficaz e *compliance*.

Os objetivos prioritários são:

- ❖ Fortalecer as decisões em resposta aos riscos;
- ❖ Reduzir as surpresas e prejuízos operacionais;

- ❖ Aproveitar oportunidades.

Como consequência às oficinas, foi elaborado a planilha de gerenciamento de riscos, fundamentada nos macroproblemas, nós críticos e atividades definidas anteriormente, considerando duas perspectivas – probabilidade e impactos.

Quadro 28: Macroproblema 1 – Gerenciamento de riscos

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 1: Falta de Institucionalização dos PCDTs para direcionamento da conduta clínica. Nó Crítico: Falta de implementação de PCDTs</p>	<p>1. Institucionalizar os Protocolos Clínicos</p>	<p>Falta de pleno funcionamento do Comitê de PCDTs e Evidências;</p>	<p>Alta</p>	<p>Grande</p>	<p>Risco Crítico</p>	<p>Pessoas e processos</p>	<p>Impacto negativo na formação acadêmica e na qualidade dos processos assistenciais; Aumento de gastos com a internação; Não resolução dos pontos de alerta identificados nos relatórios de gestão e órgãos de controle</p>	<p>Designar colaboradores com carga horária específica para os trabalhos no Comitê; Sensibilizar as chefias imediatas da importância da elaboração e divulgação dos PCDTs</p>	<p>Gerente de Atenção à Saúde</p>

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 2: Insuficiência de POPs administrativos e assistenciais. Nó Crítico: Falta de implementação de POPs administrativos e assistenciais</p>	1. Instituir os POPs administrativos e assistenciais	Falta de elaboração dos POPs prioritários pelas chefias das unidades organizacionais	Alta	Moderado	Risco Alto	Pessoas e processos	<p>Impacto negativo na formação acadêmica e na qualidade dos processos assistenciais e administrativos; Aumento de gastos com a prestação de serviços; não resolução dos pontos de alerta identificados nos relatórios de gestão e órgãos de controle</p>	Estabelecer dispositivos de controle à utilização do modelo estabelecido; Medidas educativas nas unidades funcionais sem adesão	Superintendente e Gerentes
	2. Executar os POPs administrativos e assistenciais instituídos	Falta de recursos financeiros para capacitação	Muito Alta	Moderado	Risco Crítico	Financeiro		Viabilizar recurso específico para capacitação	
<p>Descritor 3: Ausência de interpretação e monitoramento de indicadores. Nó Crítico: Ausência de utilização de instrumentos de controle</p>	1. Definir os indicadores do painel de cada unidade organizacional	Não priorização da utilização dos instrumentos de controle pelos gestores	Possível	Grande	Risco Alto	Pessoas, processos e tecnologia	<p>Falta de informações adequadas para a tomada de decisão; Insuficiência de subsídios técnicos para aportes de recursos financeiros; Dificuldade no estabelecimento de metas e resultados</p>	<p>Realizar eventos de sensibilização dos gestores a respeito do tema; Monitorar adesão dos instrumentos de controle</p>	Superintendente e Gerentes
	2. Pactuar para atualizar e monitorar os indicadores pelas unidades organizacionais								

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 4: Falta de objetivos, atribuições e metas definidas para os diferentes níveis de organização (estratégico, tático e operacional). Nó Crítico: Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno.</p>	1. Qualificar os gestores sobre gestão de riscos, rotinas e controle interno	Não adesão à capacitação pelos gestores	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos	<p>Cultura organizacional fragmentada; Não alinhamento entre os níveis estratégicos e tático-operacionais; Falta de controle interno e gestão de riscos.</p>	Sensibilização dos gestores quanto à importância da capacitação	Superintendente e Gerentes
	2. Definir os objetivos, competências e atribuições das Unidades Organizacionais e equipes	Não elaboração dos documentos normativos das unidades organizacionais	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos		Monitorar elaboração dos documentos normativos das unidades organizacionais	Unidade de Planejamento e Unidade de Apoio Corporativo
	3. Estabelecer as metas institucionais e implementar a Gestão do Resultado	Resistência à mudança de paradigmas estabelecidos sem foco nos resultados estratégicos	Muito Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos		Monitorar o cumprimento de metas; Integrar as diferentes áreas para compor um olhar global sobre o desempenho das ações do HU	Superintendente, Unidade de Monitoramento e Avaliação e Unidade de Planejamento

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU - UFGD. Nó Crítico: Deficiência de medidas disciplinares</p>	1. Divulgar a Norma de Controle Disciplinar da EBSERH aos gestores e colaboradores	Não adesão à capacitação pelos gestores	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos	Desconhecimento dos normativos e fluxos dos processos disciplinares	Sensibilizar gestores quanto a importância do tema; Intervenção do Colegiado Executivo	Superintendente e Gerentes
	2. Monitorar a aplicação das medidas disciplinares	Ausência de pleno funcionamento da Comissão de Apoio e Orientação aos colaboradores que atuam nos Processos de Controle Disciplinar	Alta	Moderado	Risco Alto	Pessoas e processos	Ausência de providências quanto aos processos fora do prazo estabelecido	Sensibilizar os membros da Comissão quanto à necessidade de efetivação das atividades planejadas	Superintendência
<p>Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU - UFGD. Nó Crítico: Falta de fortalecimento da imagem institucional do HU</p>	1. Divulgar as boas práticas do HU	Não identificação das boas práticas no âmbito do HU	Possível	Moderado	Risco Alto	Pessoas e processos	Pouca motivação entre os colaboradores	Difundir entre as chefias o conceito de boas práticas	Superintendente e Gerentes
	2. Participação de colaboradores em atividades externas	Não adesão dos colaboradores ao projeto "HU na comunidade"	Alta	Pequeno	Risco Alto	Pessoas; processos; recursos financeiros	Não efetivação do projeto "HU na comunidade"	Intervenção da Superintendência	Superintendente

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
	3. Experiências emocionais com o serviço	Falta de envolvimento da alta gestão na implementação do projeto "O que importa para você?"	Possível	Moderado	Risco Alto	Pessoas, processos e eventos externos	Não despertar para a cultura do cuidado centrado na vontade do paciente	Viabilidade da metodologia da proposta; Estabelecer projeto piloto; Apresentar o projeto aos parceiros, gestores e colaboradores envolvidos	Superintendente e Gerentes
<p>Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU - UFGD. Nó Crítico: Baixo índice de implementação da Política Nacional de Humanização</p>	1. Identificar e promover as ações de humanização já existentes	Ausência de pleno funcionamento do GTH	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos	<p>Ausência de mapeamento, de visibilidade de iniciativas e de ações de humanização no HU-UFGD</p>	Designar colaborador com carga horária específica para os trabalhos no GTH; Intervenção da Gerência de Atenção à Saúde	Gerente de Atenção à Saúde
	2. Implementar ações de gestão participativa e valorização do colaborador	Falta de priorização dos gestores em executar o programa de acolhimento dos colaboradores e participar ativamente dos espaços de cogestão	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos		Sensibilizar as chefias imediatas sobre a importância da PNH	Superintendente e Gerentes

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
	3. Implantar a política de humanização na assistência ao usuário e familiares.	Resistência à mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas; processos, infraestrutura; recursos financeiros		Empoderamento do GTH; Intervenção do Colegiado Executivo; Disponibilização de recursos financeiros	Superintendente e Gerentes
<p>Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa.</p> <p>Nó Crítico: Ausência de envolvimento dos colaboradores nas atividades de ensino e pesquisa</p>	1. Incentivar a participação dos colaboradores em projetos de extensão e pesquisa	<p>Não motivação dos colaboradores para participação em atividades ensino, pesquisa e extensão</p>	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos	Desarticulação das atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência	Inserção das atividades de ensino, pesquisa e extensão nos processos assistenciais do HU-UFGD	Superintendente e Gerentes
	2. Incentivar os colaboradores a realizarem atividades de ensino e pesquisa no ambiente de trabalho								

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa. Nó Crítico: Desalinhamento entre a Faculdade de Ciências da Saúde com a gestão do HU-UFGD</p>	1. Formalizar parceria entre Faculdade de Ciências da Saúde e setores de ensino e assistência do HU-UFGD	Ausência de pleno funcionamento do Núcleo de Ensino-Assistencial	Alta	Moderado	Risco Alto	Pessoas e processos	Tomada de decisão sem evidências	Promover diferentes estratégias de sensibilização dos gestores quanto à importância das ações de ensino e assistência; Envolver a FCS no planejamento dos projetos da GEP Intervenção da Superintendência para os alinhamentos com a FCS	Gerente de Ensino e Pesquisa; Superintendente
	2 Implantar a Unidade de Telessaúde do HU-UFGD	Não provimento de recursos humanos e tecnológicos	Possível	Moderado	Risco Alto	Pessoas; processos; recursos financeiros		Destinação orçamentária para desenvolvimento das ações de Telessaúde; Lotação de estagiários na Unidade de Telessaúde	Colegiado Executivo
	4. Padronizar linhas de pesquisa do HU-UFGD, articulando atividades de ensino, pesquisa e assistência	Definição de linhas de pesquisa dissociadas do interesse institucional	Alta	Grande	Risco Crítico	Pessoas e processos	Não alinhamento entre as atividades de ensino e pesquisa e os processos assistenciais do HU-UFGD	Predeterminar áreas de interesse do HU para abranger as temáticas das pesquisas realizadas	Gerente de Ensino e Pesquisa

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 7: Necessidade de reestruturação de educação permanente. Nó Crítico: Falta de planejamento</p>	<p>1. Estruturar o processo de Educação Permanente no âmbito do HU-UFGD</p>	<p>Não execução do plano de Educação Permanente, conforme padronização</p>	<p>Alta</p>	<p>Grande</p>	<p>Risco Crítico</p>	<p>Pessoas; processos, recursos financeiros</p>	<p>Baixo envolvimento e pouca adesão de colaboradores com a educação permanente</p>	<p>Envolvimento dos gestores e colaboradores no processo de educação permanente; Propostas de ações de educação permanente pertinentes aos processos de trabalho; Recursos financeiros específicos para capacitação</p>	<p>Superintendente; Gerentes; Divisão de Gestão de Pessoas</p>

Quadro 29: Macroproblema 2 – Gerenciamento de riscos

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 1: Alto número de processos executados em sistemas não institucionalizados. Nó crítico: Ausência de PDTIC e PETI</p>	<p>1 Alinhamento das ações da Tecnologia da Informação com os objetivos estratégicos do HU</p>	<p>Não execução do PETI e PDTIC</p>	<p>Possível</p>	<p>Grande</p>	<p>Risco Alto</p>	<p>Pessoas, sistemas e processos</p>	<p>Dificuldade na obtenção de indicadores; excesso de soluções paliativas; informações descentralizadas em sistemas e mais exposição a riscos nos processos internos</p>	<p>Sensibilização dos gestores quanto à importância de adesão ao PETI e PDTIC; estabelecer dispositivos de controle à execução do PETI e PDTIC</p>	<p>Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação</p>

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
Descritor 2: Suporte ineficiente do AGHU Nó crítico: Falta de cultura de registro de dados	1. Implantação da norma de utilização do AGHU	Não adesão das unidades funcionais às normas do AGHU	Possível	Grande	Risco Alto	Pessoas, sistemas e processos	Não institucionalização do sistema	Estabelecer dispositivos de controle à utilização das normas. Medidas educativas nas unidades funcionais sem adesão.	Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação
	2. Elaborar e aplicar um plano de avaliação do registro de dados no AGHU	Não uniformização nos lançamentos de dados no AGHU	Baixa	Grande	Risco Alto	Pessoas e processos	Registro ineficiente com dados prejudicados	Estabelecer dispositivos de controle à utilização das normas. Medidas educativas nas unidades funcionais sem adesão.	Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação
	3. Capacitação dos usuários do sistema AGHU	Não adesão à capacitação pelos os usuários	Alta	Catastrófico	Risco Crítico	Pessoas e processos	Não utilização do AGHU; Baixa credibilidade dos colaboradores na importância de inserção de dados no AGHU	Sensibilização dos gestores e colaboradores quanto à importância da capacitação.	Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 5: Insuficiência de Recursos Orçamentários. Nó Crítico: Falta de mais incentivos à contratualização.</p>	<p>2. Organizar a oferta de serviços para obtenção de Certificação em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista</p>	<p>Prover recursos humanos e tecnológicos para oferta de serviços em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista</p>	<p>Possível</p>	<p>Pequeno</p>	<p>Risco Moderado</p>	<p>Pessoas; Processos e Recursos Financeiros</p>	<p>Realização de procedimentos não habilitados e aumento de gastos com procedimentos não habilitados</p>	<p>Priorizar as discussões para habilitação de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista nos espaços de governança</p>	<p>Superintendente e Gerentes</p>
<p>Descritor 6: Baixa aderência à política de segurança da informação. Nó crítico: Indefinição de papéis e responsabilidades dos atores em TI (Sede, SGPTI e usuários)</p>	<p>1. Promover a segurança da informação e definir papéis e responsabilidades dos atores em sistemas informatizados</p>	<p>Não adesão das unidades funcionais às normas da POSIC e do AGHU</p>	<p>Possível</p>	<p>Grande</p>	<p>Risco Alto</p>	<p>Pessoas, sistemas, infraestrutura e processos</p>	<p>Não aderência à política de segurança da informação</p>	<p>Garantir o pleno funcionamento do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações; Estabelecer dispositivos de controle à utilização dos sistemas informatizados pelos usuários.</p>	<p>Setor de Gestão de Processo e Tecnologia da Informação</p>

Quadro 30: Macroproblema 3 – Gerenciamento de riscos

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 1: Baixo controle de gestão do leito. Nó Crítico: Falta de comunicação entre as unidades de internação.</p>	1. Unificar o modelo de registro da assistência	Falta de preenchimento fidedigno dos dados	Possível	Grande	Risco Alto	Pessoas e processos	Impacto negativo na qualidade dos processos assistenciais; Baixo faturamento	Treinamento para qualificação das informações; Adequação das informações prestadas; Notificação sobre preenchimentos incorretos	Chefes das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde
	2. Ampliar o fluxo comunicativo e a deliberação horizontal na Atenção à Saúde	Falta de reuniões produtivas das Unidades de Produção	Possível	Grande	Risco Alto	Pessoas e processos	Unidades de Produção inoperantes	Monitoramento e avaliação das Unidades de Produção	Grupo Conductor de Implantação do Modelo da DAS
<p>Descritor 2: Ausência de controle interno de solicitação de exames de apoio diagnóstico. Nó Crítico: Ausência de mapeamento de processos dos exames de apoio diagnóstico</p>	1. Regulamentar a solicitação dos exames internos de apoio Diagnóstico e Terapêutico	Não elaboração dos protocolos clínicos em consonância com fluxo definido para solicitação de exames	Possível	Moderado	Risco Alto	Pessoas e processos	Aumento de gastos; Impacto negativo na formação acadêmica; Sobrecarga de trabalho dos colaboradores dos serviços de diagnóstico com exames internos; Impacto negativo na qualidade dos processos assistenciais	Sensibilizar gestores quanto a importância do tema; Garantir pleno funcionamento do Comitê de Protocolos Clínicos e Evidências	Superintendente e Gerentes

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
	2. Monitorar a realização de exames externos de apoio Diagnóstico e Terapêutico	Lançamento dos dados definidos no sistema	Muito Baixa	Moderado	Risco Pequeno	Sistemas, pessoas e processos	Tomada de decisões sem análise dos indicadores	Definição de fluxo e Publicação de pops	Setor de Apoio Diagnóstico
<p>Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente.</p> <p>Nó Crítico: Ausência de institucionalização das metas de segurança do paciente para os postos de trabalho</p>	1. Fomentar a Cultura de Segurança do Paciente	Não adesão dos gestores e colaboradores às metas de segurança do paciente	Possível	Moderado	Risco Alto	Sistemas, pessoas e processos	Ausência de ações preventivas e corretivas; Aumento dos gastos; Impacto negativo na qualidade dos processos assistenciais	Monitoramento pela equipe de governança da adesão às metas de segurança do paciente	Superintendente e Gerentes
	2. Desenvolver Estratégias para Redução de Infecção Hospitalar	Falta de entendimento, consciência, adesão por parte dos profissionais quanto ao controle de infecção hospitalar	Baixa	Grande	Risco Alto	Pessoas e processos	Ausência de estratégias para medidas preventivas e corretivas; Aumento dos gastos; Impacto negativo na qualidade dos processos assistenciais	Realizar ações de sensibilização dos gestores e profissionais das áreas, acerca da necessidade de redução das taxas de infecção hospitalar (Oficinas, capacitações, campanhas).	Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e Gerência de Atenção à Saúde

Descritores e nós-críticos	Ação	Riscos	Probabilidade	Impacto	Análise dos riscos	Causa	Consequência	Medidas de mitigação	Responsável
<p>Descritor 4: Alto índice de registros da informação assistencial inadequados. Nó Crítico: Falta de mobilização pelos gestores internos com faturamento</p>	<p>1. Institucionalizar o modelo de composição do prontuário, registro e processamento da informação assistencial</p>	<p>Não adesão dos gestores e colaboradores às normas de registro da informação assistencial</p>	<p>Possível</p>	<p>Grande</p>	<p>Risco Alto</p>	<p>Pessoas, sistemas e processos</p>	<p>Perda de receita com internações hospitalares por falta de processamentos não realizados</p>	<p>Sensibilizar gestores quanto a importância do tema; Intervenção do Colegiado Executivo</p>	<p>Superintendente e Gerentes</p>

8. GESTÃO DO PLANO, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO

8.1 Cronograma de Execução

As ações acordadas para realização apresentadas neste Plano Diretor Estratégico 2018-2020, serão monitoradas juntos aos setores e unidades responsáveis pela Unidade de Planejamento. Para acompanhamento do desenvolvimento de atividades, os resultados serão mensurados através dos indicadores pactuados para avaliação de resultados.

A gestão do plano é um dos principais momentos do planejamento. Manter uma comunicação efetiva e eficaz será uma das premissas adotadas pela Unidade para que a coordenação seja exitosa.

Visando a solução de problemas, faz-se necessário a articulação em todas as esferas, seja técnica, operacional e política, de forma a garantir o atingimento do objetivo estabelecido.

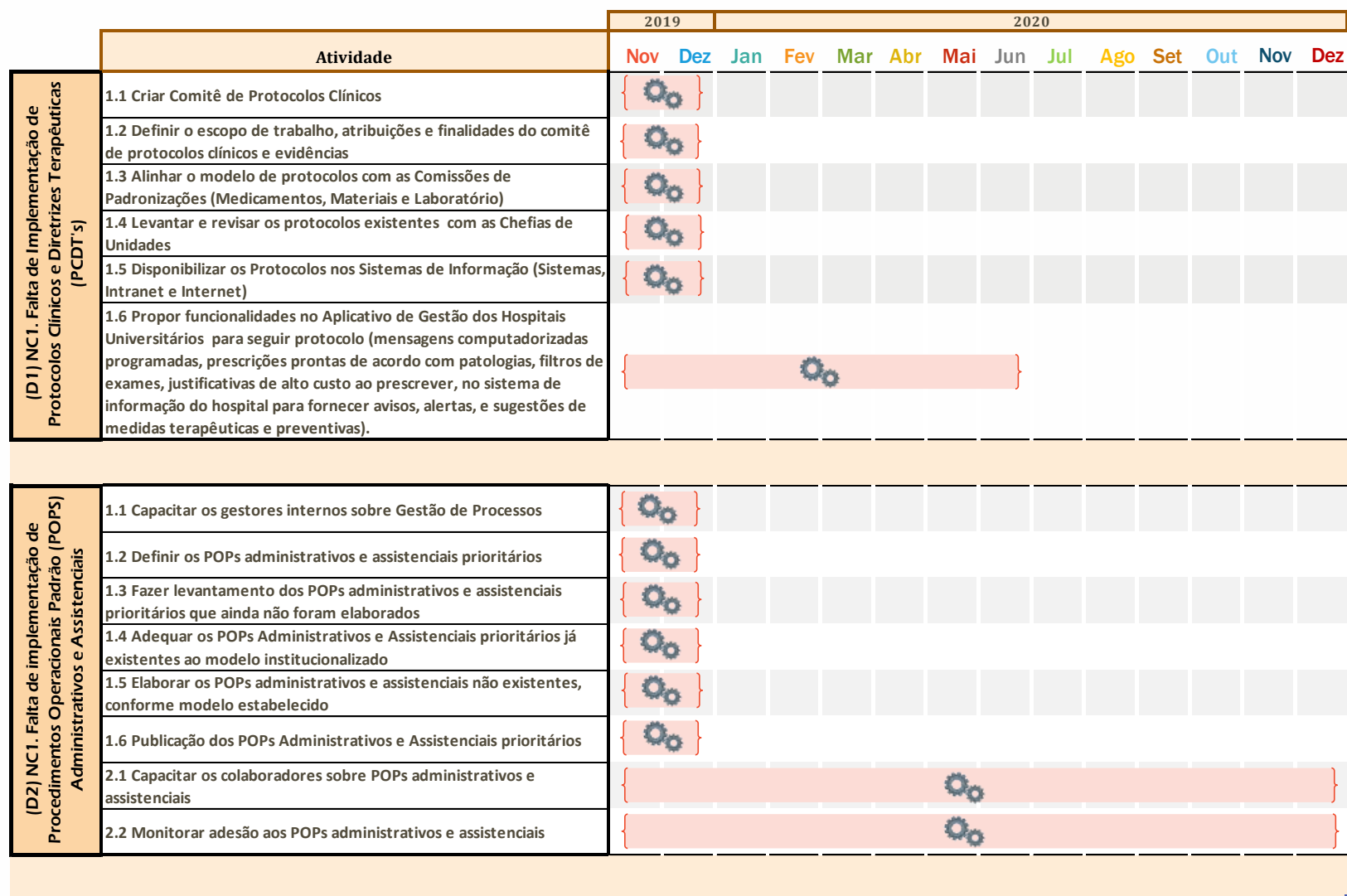
Os planos de ação implementados pelas respectivas unidades organizacionais, serão geridos e monitorados pelas chefias e lideranças de seus respectivos setores, sempre primando pela validação e anuência junto à equipe de governança do HU-UFGD.

Para tais ações de controle, serão realizadas reuniões periódicas para apresentação de resultados, indicadores e informações adicionais relevantes para o andamento do Plano Diretor.

Figura 33: Cronograma de monitoramento de atividades – Macroproblema 1

Cronograma de Ações - MACROPROBLEMA 1

Necessidade de institucionalização e cultura de gestão



Atividade	2019	2020													
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D3) NC1. Ausência de utilização de instrumentos de controle	1.1 Definir e aprovar os indicadores das unidades organizacionais														
	1.2 Publicar as fichas dos indicadores														
	1.3 Estabelecer instrumentos de controle														
	2.1 Definir os responsáveis pela atualização dos instrumentos de controle.														
	2.2 Realizar treinamento de utilização dos instrumentos de controle														
	2.3 Promover divulgação e discussão de indicadores junto às equipes														
	2.4 Capacitar os gestores no tema de indicadores														
	2.5 Elaborar planos de ação para as situações críticas identificadas														
(D4) NC1. Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno	1.1 Elaborar o programa de qualificação e treinamento para os gestores sobre as rotinas internas, considerando as especificidades de cada Gerência e Superintendência														
	1.2 Executar o programa de qualificação e treinamento para os gestores														
	1.3 Capacitar os gestores internos sobre gestão de riscos e controle interno														
	2.1 Elaborar e publicar o regimento interno da Superintendência e Gerências														
	2.2 Elaborar e publicar normas e rotinas das unidades organizacionais, conforme organograma														
	2.3 Divulgar a missão, visão, valores e objetivos estratégicos do Hospital Universitário aos colaboradores e gestores														
	3.1 Discutir e definir as metas institucionais														
	3.2 Divulgação das metas institucionais														
	3.3 Realizar contratualização interna com os gestores														
	3.4 Realizar reuniões periódicas com as equipes com foco na gestão por resultados														
	3.5 Elaborar anualmente relatório de gestão de cada unidade organizacional														

Atividade	2019		2020												
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D5) NC1. Deficiência de medidas disciplinares	1.1. Elaborar os materiais para a divulgação dos direitos, deveres e proibições dos colaboradores, observados os diferentes regimes														
	1.2 Realizar divulgação dos materiais aos colaboradores														
	1.3 Realizar a capacitação dos gestores sobre a Norma de Controle Disciplinar														
	2.1 Constituir Comissão de Apoio e Orientação aos colaboradores que atuam nos Processos de Controle Disciplinar														
	2.2 Realizar a capacitação dos colaboradores designados para atuação em processos disciplinares														
	2.3 Encaminhar à Superintendência relatórios periódicos do andamento dos processos disciplinares														
	2.4 Submeter os relatórios periódicos ao Colegiado Executivo, para apreciação e deliberação														
(D5) NC2. Falta de fortalecimento da imagem institucional do Hospital Universitário	1.1 Normatizar entre as chefias a identificação das boas práticas hospitalares e fazer chegar a informação até a alta gestão														
	1.2 Monitorar internamente as boas práticas hospitalares de cada gerência														
	1.3 Ampliar a divulgação externa das nossas boas práticas														
	2.1 Elaborar o projeto: "HU na Comunidade"														
	2.2 Realizar parcerias com instituições para levar colaboradores até Unidades Básicas de Saúde, escolas, igrejas e comunidades														
	2.3 Realizar, com a parceria dos colaboradores, as atividades previstas no projeto em locais fora do Hospital Universitário														
	3.1 Divulgar os elogios e experiências positivas, respondendo todas as manifestações														
	3.2 Implementar a Campanha "O que importa para você?"														
	3.3 Fortalecer os parceiros solidários ao Hospital Universitário com o programa permanente "Amigo do HU"														

Atividade		2019		2020												
		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D5) NC3. Baixo índice de implementação da Política Nacional de Humanização	1.1 Instituir o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	{														
	1.2 Realizar o levantamento de ações de Humanização existentes no Hospital Universitário	{														
	1.3 Analisar a efetividade das ações levantadas	{														
	1.4 Divulgar e promover manutenção das ações de humanização já existentes	{														
	2.1 Formalizar os espaços de cogestão e gestão participativa	{														
	2.2 Monitorar o funcionamento dos espaços de cogestão e gestão participativa	{														
	2.3 Elaborar e aprovar o Programa de Acolhimento do Colaborador	{														
	2.4 Capacitar os gestores a respeito do Programa de Acolhimento do Colaborador	{														
	3.1 Realizar reuniões setoriais para conhecimento da Política Nacional de Humanização	{														
	3.2 Capacitar os colaboradores responsáveis pelo primeiro contato com o usuário	{														
	3.3 Revisar e publicar a carta de serviços ao cidadão	{														
	3.4 Divulgação dos Estatutos do Idoso, Criança e Adolescente	{														
	3.5 Estabelecer política de visita ampliada	{														
	3.6 Implantar Conselho Consultivo, conforme Regimento Interno do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados	{														
	3.7 Criar ferramentas para orientações institucionais gerais aos usuários	{														
	3.8 Implementar os padrões de identificação física do hospital	{														
(D6) NC1. Ausência de envolvimento dos colaboradores nas atividades de ensino e pesquisa	1.1 Divulgar as normas de progressão funcional aos colaboradores do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados	{														
	1.2 Divulgar as normas de elaboração e cadastramento de projetos de extensão e pesquisa	{														
	2.1 Capacitar os colaboradores sobre Metodologia Científica	{														
	2.2 Capacitar os colaboradores sobre preceptoria médica e multiprofissional	{														
	2.3 Normatizar as atividades de preceptoria	{														
	2.4 Compor e divulgar banco de dados com profissionais e titulações	{														

Atividade	2019		2020											
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1.1 Constituir Núcleo de Ensino-Assistencial														
1.2 Definir as competências de atuação do Núcleo de Ensino-Assistencial														
1.3 Elaborar o plano de ação do Núcleo de Ensino-Assistencial														
1.4 Monitorar o pleno funcionamento do Núcleo de Ensino-Assistencial														
2.1 Elaborar Regimento Interno da Unidade de Telessaúde														
2.2 Mapear os processos prioritários da Unidade														
2.3 Formalizar convênio entre HU-UFGD e Núcleo Estadual de Telessaúde														
2.4 Participar efetivamente da Rede RUTE														
2.5 Desenvolver cursos EAD														
2.6 Desenvolver site para Telessaúde														
3.1 Identificar áreas de pesquisas existentes no HU-UFGD														
3.2 Propor linhas de pesquisa do HU-UFGD e as respectivas áreas de concentração, alinhadas com a UFGD e Rede Ebserh														
3.3 Submeter documento das linhas de pesquisas à análise e aprovação do Colegiado Executivo														
3.4 Elaborar normativas e divulgar as linhas definidas, fluxo para realização de pesquisas e para formação de grupos de pesquisa no HU-UFGD														
4.1 Garantir a realização anual do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão														
4.2 Divulgar os artigos que foram publicados no Congresso														
5.1 Elaborar e implementar POP para recepção e ambientação dos residentes, acadêmicos, internatos e estagiários														
5.2 Definir os responsáveis pelo acolhimento dos residentes, internatos e estagiários em cada cenário de prática														
5.3 Publicar e manter atualizada a lista de preceptores, supervisores, coordenadores de residências e demais atores de orientação pedagógica no âmbito do HU-UFGD														
5.4 Atualizar os projetos pedagógicos das residências do HU, conforme necessidade														
5.5 Realizar evento de acolhimento e ambientação do internato														

(D6) NC2. Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência

	Atividade	2019		2020												
		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D7) NCI. Falta de planejamento estruturado das ações de capacitação	1.1 Instituir o Serviço de Educação Permanente subordinado à Divisão de Gestão de Pessoas															
	1.2 Elaborar e publicar a regulamentação do processo de Educação Permanente															
	1.3 Elaborar e publicar o plano de educação permanente															
	1.4 Capacitar os gestores e representantes dos postos de trabalho a respeito do processo de Educação Permanente															
	1.5 Monitorar as ações de educação permanente realizadas															

Figura 34: Cronograma de monitoramento de atividades – Macroproblema 2

Cronograma de Ações - MACROPROBLEMA 2

Insuficiência de infraestrutura e tecnologia

	Atividade	2019		2020												
		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D1) NCI. Ausência de PDTI e PETI	1.1 Elaborar PDTI e PETI															
	1.2 Aprovar PDTI e PETI															
	1.3 Aprovar calendário de monitoramento PDTI e PETI															

Atividade	2019	2020													
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D2) NC1 . Falta de cultura de registro de dados	1.1 Elaborar normativa para institucionalização do AGHU.														
	1.2 Aprovar normativa de institucionalização do AGHU.														
	1.3 Divulgar normativa em todas as unidades funcionais com ferramentas alternativas além do e-mail institucional														
	2.1 Elaborar e aprovar o plano de avaliação do registro de dados no AGHU														
	2.2 Aplicar o plano de avaliação do registro de dados nos setores que utilizam o AGHU														
	3.1 Elaborar plano de capacitação anual do AGHU														
	3.2 Aprovar e monitorar o plano de capacitação.														
	3.3 Implantar modelo de usuários chave ou facilitadores por unidade funcional.														
	(D3) NC1. Falta de Plano Diretor Físico e Tecnológico	1.1 Recompôr a Comissão de Plano Diretor Físico													
1.2 Definir horizonte de trabalho															
1.3 Elaborar termo de abertura de projeto, definindo objetivo, escopo, atribuições e metodologia de trabalho															
1.4 Validar diretrizes															
2.1 Revisar cadastro de equipamentos de Infraestrutura, TI e Engenharia Clínica															
2.2 Realizar análise de riscos															
3.1 Levantar necessidades de infraestrutura e tecnologia dentro do plano institucional															
3.2 Priorizar necessidades															
3.3 Elaborar cronograma de execução															
3.4 Aprovar e publicar o PDFT															

Atividade	2019	2020													
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D5) NC1 . Falta de mais incentivos à contratualização	1.1 Constituir Comitê para a certificação como Hospital de Ensino														
	1.2 Reunir a documentação solicitada como pré-requisitos da portaria de certificação														
	1.3 Encaminhar documentação e solicitar ao MEC visita de certificação														
	1.4 Manter a documentação atualizada														
	2.1. Dimensionar o Serviço de Atendimento Ambulatorial (Diagnóstico, Segmento e Pós-alta)														
	2.2. Adquirir equipamentos e/ou serviços de Apoio Diagnóstico em Cardiologia (Teste de Esforço, Cintilografia, MAPA)														
	2.3. Efetuar dimensionamento e alocação de Recursos Humanos para oferta de serviços em Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista														
	2.4. Realizar fluxo de suporte de cirurgia cardíaca														
	3.1 Garantir visita aberta da mãe, pai ou responsável legal de RN em UTINeo, UTI Pediátrica e UCI														
	3.2 Garantir informações sobre o manejo do AM as gestantes e puérperas internadas ou que realizam pré-natal no HU-UFGD														
	3.3 Efetuar dimensionamento de Recursos Humanos descrevendo as atribuições e os membros da equipe														
	3.4 Aprimorar a prática do contato pele a pele e o auxílio à amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto														
	3.5 Garantir que a oferta de fórmulas artificiais serão feitas somente por razões médicas aceitáveis (OMS)														
	3.6 Garantir o agendamento da consulta na rede														
	3.7 Criação de ferramentas de monitoramento de aleitamento materno														
	3.8 Promover capacitação sobre as políticas de aleitamento materno														
	3.9 Fortalecer o projeto de doulas comunitárias														
	3.10 Realizar auto-avaliação e passos sequencias à certificação da IHAC														
3.11 Melhorar a ambiência do centro obstétrico e alojamento conjunto do HU-UFGD															
(D6) NC1 . Indefinição de papéis e responsabilidades dos atores em TI (Sede, SGPPI e usuários)	1.1 Divulgar a POSIC(Política da segurança da informação e comunicação) e boas práticas de segurança.														
	1.2 Compor Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações														
	1.3 Elaborar e divulgar as normas internas da POSIC, definindo os papéis e responsabilidade dos atores														
	1.4 Elaborar e aprovar o plano de capacitação e orientação referente à segurança da informação.														
	1.5 Capacitar colaboradores no tema de segurança da informação														

Figura 35: Cronograma de monitoramento de atividades – Macroproblema 3

Cronograma de Ações - MACROPROBLEMA 3








Gestão da clínica incipiente

		2019		2020												
Atividade		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
(D1) NC1. Falta de comunicação entre as unidades de internação	1.1 Implementar o AGHU em todas as unidades de Internação															
	1.2 Constituir os modelos de evolução e adendo de transferência no AGHU															
	1.3 Elaboração e implementação do POP para transferência entre as unidades de internação															
	2.1 Instituir as Unidades de Produção assistenciais e de apoio técnico															
	2.2 Implantar o Colegiado Ampliado das Unidades de Produção															
	2.3 Estabelecer a visita horizontalizada multiprofissional nas Unidades de Produção Assistenciais															
(D2) NC1. Ausência de mapeamento de processos de solicitação dos exames de apoio diagnóstico	1.1. Promover nivelamento de informações e busca de soluções conjuntas entre chefes de Unidades Assistenciais e Unidades de Imagem e Laboratório															
	1.2. Elaborar normas e rotinas das Unidades de Imagem e Laboratório															
	1.3. Padronizar o rol de exames internos de apoio diagnóstico e terapêutico															
	1.4. Elaborar e implementar os POPs de solicitação de exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico															
	1.5. Definir Protocolos para propedêutica de urgência dos exames de apoio diagnóstico															
	2.1. Analisar o potencial de produtividade de exames de apoio diagnóstico															
	2.2. Definir o rol de indicadores para aferição do absenteísmo dos exames de Apoio Diagnóstico															
	2.3. Monitorar os exames produzidos com os exames faturados															

Atividade	2019	2020												
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
(D3) NC1. Ausência de institucionalização das metas de segurança do paciente para os postos de trabalho	1.1 Expandir a implantação e implementação dos protocolos relacionados às seis metas de segurança do paciente													
	1.2 Fortalecer estratégias para o uso do VigiHosp como ferramenta de notificação de incidentes que envolvam a segurança do paciente													
	1.3 Monitorar, avaliar e divulgar os indicadores de segurança do paciente													
	1.4 Capacitar colaboradores, residentes e demais envolvidos no processo de cuidado do paciente sobre Segurança do Paciente													
	1.5 Implantar o protocolo de Sepsis													
	1.6 Implantar os rounds com alta gestão nas unidades assistenciais													
	2.1 Implementar os Bundles de Controle de IRAS nas UTIs													
	2.2 Implantar o protocolo de tratamento de infecções													
	2.3 Implementar ações de rastreabilidade dos materiais esterilizados no CME													
	2.4 Monitorar, avaliar e divulgar os indicadores de infecção hospitalar													

Atividade	2019		2020											
	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1.1 Viabilizar as etapas de estabelecimento das atividades de aquisição e seus fluxos	{													
1.2 Elaborar minutas padrão de Termo de Referência (TR)	{													
1.3 Instituir o monitoramento do processo de aquisição	{													
2.1 Adquirir os equipamentos e insumos necessários	{													
2.2 Instalar equipamentos	{													
2.3 Disponibilização do módulo informatizado	{													
2.4 Capacitação de recursos humanos na utilização do módulo	{													
2.5 Realização do inventário de medicamentos da Unidade de Dispensação Farmacêutica	{													
3.1 Elaboração e publicação de POP para rastreabilidade dos medicamentos distribuídos	{													
3.2 Capacitação de recursos humanos na execução e implementação do POP	{													
3.3 Definição e implementação dos indicadores de monitoramento e retroalimentação de informações	{													
3.4 Monitoramento da rastreabilidade dos medicamentos	{													
4.1 Definição da metodologia do rastreamento dos itens de de órteses e próteses	{													
4.2 Definição de itens a serem rastreados/monitorados de órteses e próteses	{													
4.3 Elaboração e implementação do POP para rastreabilidade de órteses e próteses	{													
4.4 Definição de indicadores de avaliação e monitoramento do processo de rastreabilidade de órteses e próteses	{													
5.1 Participar da construção de alinhamento do modelo de protocolos	{													
5.1 Alinhar a padronização de produtos para a saúde e insumos de laboratório necessários à protocolos clínicos	{													
5.2 Realizar a padronização de exames laboratoriais	{													

(D3) NCZ. Rastreabilidade incipiente dos insumos

		2019		2020											
Atividade		Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
(D5) NC1. Falta de mobilização pelos gestores internos com faturamento	1.1 Elaborar e instituir normativa sobre documentação e preenchimento obrigatórios dos prontuários	{  }													
	1.2 Capacitar gestores sobre informações necessárias no prontuário para inserção no DATASUS	{  }													
	1.3 Monitorar a aderência às normas referentes ao registro da informação assistencial	{  }													
	1.4 Implementar fluxo de atualização do cadastro do HU-UFGD junto ao CNES	{  }													
	2.1 Planejamento de construção de um espaço físico mobiliado destinado ao arquivo médico	{  }													
	2.2 Dimensionamento de pessoal para arquivo médico e estatística	{  }													
	2.3. Implementar gestão eletrônica de documentos para prontuários	{  }													

CONCLUSÃO

A elaboração e conclusão de um novo Plano Diretor Estratégico, triênio 2018-2020, firma e ratifica o compromisso da gestão do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, com a manutenção cíclica e contínua do planejamento estratégico da instituição. Esse empenho, ressalta a maturidade de governança corporativa de todos os gestores, que aqui representados, se esmeraram para apresentação desta ferramenta.

No PDE 2018-2020 do HU-UFGD, é possível observar todos os pontos de atenção em que o hospital necessitará reunir esforços para superar. Os desafios expostos serão trabalhados democraticamente, impulsionando a gestão colegiada e compartilhada.

Os 3 (três) macroproblemas definidos pelo hospital, se desdobram em 18 (dezoito) descritores e 30 (trinta) nós críticos, que são os principais elementos utilizados para a construção dos Planos de Ação com intuito de mitigar todos os eventos.

Após o resultado final, com a resolução de todos os Nós Críticos, ou minimamente sua maioria, o PDE deverá contribuir para a formação de um hospital competente, solidário e qualificado, que contribua em diversos níveis, a exemplo do fortalecimento dos relacionamentos interpessoal, interdisciplinar e multiprofissional.

A entrega e publicação deste trabalho, consolida o compromisso e o engajamento institucional em prestar um serviço de maior qualidade ao SUS e seus usuários.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Agenor et al. Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados – HU/UFGD/EBSERH. **Dourados, MS.** 2013.

BRASIL. Ministério do planejamento. **Manual de Gestão de Integridade, Riscos e Controles Internos da Gestão.** 2017.

COSO ERM. **Gerenciamento de Riscos Corporativos** - Estrutura Integrada, 2004.

DE SOUZA, RENILSON REHEM. Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002.

EBSERH, Manual Leitos. **Manual de conceitos e nomenclaturas de leitos operacionais.** Manual SPA/CRACH/DAS, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Ministério da Educação, 1ª ed, Brasília-DF, 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Estrutura organizacional dos hospitais sob a gestão da Ebserh: Diretrizes técnicas. Versão 1. Março de 2013. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/222346/866032/EBSERH_Estrutura+Organizacional+dos+HUs+sob+gest%C3%A3o+da+EBSERH.pdf/f31541d2-a849-4ab9-a2b7-9de9e01d1acb

MATO GROSSO DO SUL. **Lei n. 4.914**, de 30 de agosto de 2016. Autoriza a Agência Estadual de Gestão de Empreendimentos (AGESUL) a doar, com encargo, à Fundação Universidade Federal da Grande Dourados, o imóvel que especifica, e dá outras providências. Disponível em http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9239_31_08_2016

MATO GROSSO DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019.** Disponível em https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/MS_PES-2016-2019-Versao-Final.pdf

THIOLLENT, Michel, 1997, **Pesquisa-ação nas organizações.** São Paulo, Atlas.

WHO. Organização Mundial de Saúde. **Indicadores Catalogação.** 2005.

APÊNDICE

Apêndice A – Planos de Ação

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 1: Falta de Institucionalização dos PCDT's para direcionamento da conduta clínica
 Nó crítico: **Falta de Implementação de PCDT's**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Institucionalizar os PCDTs	1.1 Criar Comitê de PCDTs e Evidências	Para que seja realizada a definição dos PCDTs que são prioritários/necessários e revisão dos PCDTs existentes	Superintendência e Gerente de Atenção à Saúde	GEP, COREME e COREMU	Publicação em Boletim de Serviço de Membros de Comitê	Recursos humanos	-	Junho-18	Julho-18	Não há	% de adesão de unidades assistenciais aos PCDTs	Incremento significativo na segurança do paciente e qualidade da assistência; redução de variabilidade da conduta clínica; Otimização dos custos no hospital.
	1.2 Definir o escopo de trabalho, atribuições e finalidades do comitê de protocolos clínicos e evidências	Para que seja delimitado o campo de atuação do Comitê de PCDTs e Evidências	Membros do Comitê	Núcleo de Comissões e Colegiado Executivo	Regimento Interno publicado	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Outubro-18	Atividade 1.1		
	1.3 Alinhar o modelo de protocolos com as Comissões de Padronizações (Medicamentos, Materiais e Laboratório)	Para que haja direcionamento e uniformização da conduta clínica e gestão dos abastecimentos	Comitê de Protocolos, Comissões de Padronizações	Chefes das Divisões da GAS	Fluxo de alinhamento publicado	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Outubro-18	Atividade 1.1		
	1.4 Levantar e revisar os protocolos existentes com as Chefiarias de Unidades	Para que seja feito o levantamento dos Protocolos Clínicos existentes que precisam ser adequados ao modelo institucional	Chefes das Divisões da GAS	GEP, Coordenadores de Residência Médica e Chefes de Unidades Assistenciais	Protocolos Clínicos Revisados e encaminhados para aprovação do Comitê	Recursos humanos e computadores	-	Outubro-18	Outubro-19	Atividade 1.2		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 1: Falta de Institucionalização dos PCDT's para direcionamento da conduta clínica
 Nó crítico: **Falta de Implementação de PCDT's**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.5 Disponibilizar os Protocolos nos Sistemas de Informação (Catálogo de Sistemas, Intranet e Internet)	Para garantia da adesão ao Protocolo e publicidade da padronização das condutas	Coordenador do Comitê de Protocolos e Chefe do SGPTI	Chefes das Divisões da GAS e Unidade de Comunicação	Protocolos Divulgados	Recursos humanos e computadores	-	Outubro-19	Dezembro-19	Atividade 1.4		
	1.6 Propor funcionalidades no AGHU para seguir protocolo (mensagens computadorizadas programadas, prescrições prontas de acordo com patologias, filtros de exames, justificativas de alto custo ao prescrever, no sistema de informação do hospital para fornecer avisos, alertas, e sugestões de medidas terapêuticas e preventivas).	Para direcionamento da conduta clínica	Coordenador do Comitê de Protocolos e Chefe do SGPTI	Chefes das Divisões da GAS, Gerente de Atenção à Saúde	Proposta de implantação de novas funcionalidades encaminhada para o Comitê Gestor do AGHU	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-20	Junho-20	Atividade 1.4		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 2: Insuficiência de pops administrativos e assistenciais
 Nó crítico: **Falta de implementação de POPS Administrativos e Assistenciais**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Instituir os POPS administrativos e assistenciais prioritários	1.1 Capacitar os gestores internos sobre Gestão de Processos	Para ter a exata noção de quais fluxos são prioritários e como as rotinas deverão ser definidas.	Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas e Chefe da SGPTI	Presidente da Comissão de Educação Permanente, CGU, TCU, Comissão de Controle Interno (CCI) e UFGD	90% dos gestores internos capacitados	Recursos humanos, computadores e recursos financeiros	Baixo	Fevereiro-18	Junho-18	Não há		
	1.2 Definir os POPS administrativos e assistenciais prioritários	Para estabelecer prioridades em função do grande número de processos dentro do HU-UFGD	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Todos os colaboradores	POPs Administrativos e Assistenciais prioritários definidos	Recursos humanos e computadores	-	Junho-18	Setembro-18	Atividade 1.1		
	1.3 Fazer levantamento dos POPS administrativos e assistenciais prioritários que ainda não foram elaborados	Para que seja feito o levantamento dos POPS que precisam ser instituídos	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Todos os colaboradores	Levantamento concluído por unidade organizacional	Recursos humanos e computadores	-	Setembro-18	Dezembro-18	Atividade 1.2	% de adesão de unidades organizacionais aos POPS	POPs administrativos e assistenciais implementados
	1.4 Adequar os POPS Administrativos e Assistenciais prioritários já existentes ao modelo institucionalizado	Para que todos os POPS estejam padronizados, conforme modelo estabelecido	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Todos os colaboradores	% de POPS já existentes adequados ao modelo estabelecido	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Junho-19	Atividade 1.3		
	1.5 Elaborar os POPS administrativos e assistenciais não existentes,	Para que sejam elaborados todos os POPS prioritários do HU	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Todos os colaboradores	POPs prioritários elaborados	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Junho-19	Atividade 1.3		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 2: Insuficiência de pops administrativos e assistenciais
 Nó crítico: **Falta de implementação de POPS Administrativos e Assistenciais**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Executar os POPS Administrativos e Assistenciais instituídos	conforme modelo estabelecido											
	1.6 Publicação dos POPS Administrativos e Assistenciais prioritários	Para que sejam publicados todos os POPS prioritários do HU	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Unidade de Apoio Corporativo, Unidade de Comunicação e SGPTI	POPs prioritários publicados	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Agosto-19	Atividade 1.3		
	2.1 Capacitar os colaboradores sobre POPS administrativos e assistenciais	Para que todos os colaboradores tenham ciência da padronização do HU e para garantir a adesão ao POP	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Comissão de Educação Permanente e Divisão de Gestão de Pessoas	% de capacitação realizada em POPS	Recursos humanos e computadores	Médio	Agosto-19	Dezembro-20	Atividade 1.6		
	2.2 Monitorar adesão aos POPS administrativos e assistenciais	Para garantir o adequado cumprimento dos processos	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Comissão de Controle Interno	Número de unidades organizacionais que utilizam POPS	Recursos humanos e computadores	-	Agosto-19	Dezembro-20	Atividade 1.5, atividade 1.6 e atividade 2.1		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 3: Ausência de interpretação e monitoramento de indicadores
 Nó crítico: **Ausência de utilização de instrumentos de controle**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Definir os indicadores do painel de cada unidade organizacional	1.1 Definir e aprovar os indicadores das unidades organizacionais	Para definir as informações mais relevantes para a gestão	Superintendente e Gerentes	Unidade de Monitoramento e Avaliação; SGPTI; Unidades de Produção da GAS	% de painéis definidos e aprovados em relação ao total de Unidades organizacionais	Recursos humanos e computadores	-	Março-18	Março-19	Não há	% de indicadores monitorados;	Fortalecer a cultura de gestão por meio da análise crítica de resultados
	1.2 Publicar as fichas dos indicadores	Para promover a uniformidade e regularidade da produção, bem como validar o processo de definição e aprovação dos indicadores	Superintendente e Gerentes	Unidade de Monitoramento e Avaliação	% de fichas publicadas em relação ao total de indicadores definidos e aprovados	Recursos humanos e computador	-	Março-18	Março-19	Atividade 1.1		
	1.3 Estabelecer instrumentos de controle	Para institucionalizar e padronizar a coleta de dados	Unidade de Monitoramento e Avaliação e SGPTI	Chefias imediatas das unidades organizacionais	% de indicadores atualizados em relação ao total de indicadores definidos e aprovados	Recursos humanos, computador e sistema informatizado	Baixo	Março-18	Março-20	Atividade 1.2		
	2.1 Definir os responsáveis pela atualização dos instrumentos de controle.	Para garantir o preenchimento do painel de cada unidade funcional	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Superintendente e Gerentes	% de responsáveis definidos em relação ao total de painéis definidos	Recursos humanos	-	Março-18	Março-20	Atividade 1.3		
	2.2 Realizar treinamento de utilização dos instrumentos de controle	Para garantir que as atividades sejam desenvolvidas em conformidade com o modelo de gestão	Divisão de Gestão de Pessoas e SGPTI	Chefias imediatas das unidades organizacionais e Unidade de Monitoramento e Avaliação	% de colaboradores treinados em relação ao total de responsáveis pela atualização dos	Recursos humanos e computadores	-	Março-18	Março-20	Atividade 2.1		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 3: Ausência de interpretação e monitoramento de indicadores

Nó crítico: Ausência de utilização de instrumentos de controle

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Pactuar para atualizar e monitorar os indicadores pelas unidades organizacionais					instrumentos de controle							
	2.3 Promover divulgação e discussão de indicadores junto às equipes	Para fomentar o desenvolvimento da cultura de gestão por meio da utilização dos indicadores definidos	Unidades de produção e Chefias imediatas das unidades organizacionais	Superintendente, Gerentes e Unidade de Comunicação	Painéis divulgados e registro de reuniões	Recursos humanos	-	Maio-18	Dezembro-20	Atividade 1.1 e atividade 1.3		
	2.4 Capacitar os gestores no tema de indicadores	Para sensibilizar os gestores a respeito da importância de discussão e tomada de decisão a partir dos resultados	Divisão de Gestão de Pessoas	Unidade de Monitoramento e Avaliação e Unidade de Planejamento	% de gestores capacitados em relação ao total de gestores	Recursos humanos e recursos financeiros	Baixo	Julho-19	Dezembro-19	Atividade 2.2 e atividade 2.3		
	2.5 Elaborar planos de ação para as situações críticas identificadas	Para aplicação prática da análise de desempenho da instituição	Colegiado Executivo	Superintendência, Gerentes, Chefias imediatas das unidades organizacionais e Unidade de Planejamento	% de planos de ação elaborados e executados em relação ao total de problemas evidenciados	Recursos humanos e computador	-	Janeiro-20	Dezembro-20	Atividade 2.3		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 4: Falta de objetivos, atribuições e metas definidas para os diferentes níveis da organização (estratégico, tático e operacional)

Nó crítico: Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Qualificar os gestores sobre gestão de riscos, rotinas e controle interno	1.1 Elaborar o programa de qualificação e treinamento para os gestores sobre as rotinas internas, considerando as especificidades de cada Gerência e Superintendência	Para planejar a melhoria de processos internos do HU-UFGD e integração das diferentes áreas	Divisão de Gestão de Pessoas e Colegiado Executivo	Chefias imediatas das unidades organizacionais e Comissão de Educação Permanente	Programa de qualificação e treinamento publicado	Recursos humanos e computadores	-	Março-18	Junho-18	Não há	Objetivos, atribuições e metas definidas para as unidades organizacionais	Desenvolver gestão de resultados no HU-UFGD
	1.2 Executar o programa de qualificação e treinamento para os gestores	Para implantar e melhorar processos internos do HU-UFGD	Superintendente, Gerentes e chefias de Divisão e setores	Chefias imediatas das unidades organizacionais e Comissão de Educação Permanente	Programa executado	Recursos humanos e computadores	-	Junho-18	Dezembro-18	Atividade 1.1		
	1.3 Capacitar os gestores internos sobre gestão de riscos e controle interno	Para sensibilizar os gestores internos a respeito de gestão de riscos e controle interno	Unidade de Planejamento e Divisão de Gestão de Pessoas	Chefias imediatas das unidades organizacionais e Comissão de Controle Interno	90% dos gestores internos capacitados	Recursos humanos e computadores	Baixo	Março-18	Dezembro-18	Não há		
	2.1 Elaborar e publicar o regimento interno da Superintendência e Gerências	Para definir os objetivos e competências da Unidades Organizacionais	Unidade de Planejamento e Colegiado Executivo	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Regimentos publicados	Recursos humanos e computadores	-	Março-18	Dezembro-18	Não há		
	2.2 Elaborar e publicar normas e rotinas das unidades organizacionais,	Para definir as atribuições dos colaboradores da equipe	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Colaboradores, Unidade de Planejamento e Comissão de Controle Interno	% Normas e rotinas publicadas em relação às unidades	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Dezembro-19	Atividade 2.1		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 4: Falta de objetivos, atribuições e metas definidas para os diferentes níveis da organização (estratégico, tático e operacional)

Nó crítico: Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Definir os objetivos, competências e atribuições das unidades organizacionais e equipes	conforme organograma				organizacionais existentes							
	2.3 Divulgar a missão, visão, valores e objetivos estratégicos do HU aos colaboradores e gestores	Para que os colaboradores entendam a razão de existir do HU	Superintendência e Unidade de Planejamento	Chefias imediatas das unidades organizacionais, Unidade de Comunicação e Comissão de Controle Interno	% de ações de divulgação realizadas em relação às ações de divulgação planejadas	Recursos humanos, computadores e materiais gráficos	Baixo	Março-18	Dezembro-18	Não há		
	3.1 Discutir e definir as metas institucionais	Para definir a estratégia da organização	Colegiado Executivo	Chefias imediatas das unidades organizacionais e Unidade de Planejamento	Metas institucionais formalizadas	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Junho-19	Atividade 2.3		
	3.2 Divulgação das metas institucionais	Para que todos tenham conhecimento de quais resultados a organização quer alcançar	Colegiado Executivo	Comissão de Controle Interno, Unidade de Comunicação e Unidade de Planejamento	% de ações de divulgação realizadas em relação às ações de divulgação planejadas	Recursos humanos, computadores e materiais gráficos	Baixo	Julho-19	Dezembro-19	Atividade 3.1		
	3.3 Realizar contratualização interna com os gestores	Para formalizar a pactuação das metas com os gestores	Colegiado Executivo	Unidade de Planejamento e Unidade de Monitoramento e Avaliação	% de unidades organizacionais com contratos internos implementados	Recursos humanos e computadores	-	Julho-19	Dezembro-19	Atividade 3.1		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 4: Falta de objetivos, atribuições e metas definidas para os diferentes níveis da organização (estratégico, tático e operacional)

Nó crítico: Ausência de cultura organizacional baseada em metas, resultados, gestão de riscos e controle interno

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
3. Estabelecer as metas institucionais e implementar a Gestão por Resultados	3.4 Realizar reuniões periódicas com as equipes com foco na gestão por resultados	Para priorizar os resultados em todas as ações, com o objetivo de otimizar o desempenho do HU-UFGD	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Colaboradores	% de reuniões periódicas realizadas em relação às reuniões periódicas planejadas	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-20	Dezembro-20	Atividade 3.3		
	3.5 Elaborar anualmente relatório de gestão de cada unidade organizacional	Para que todos tenham conhecimento dos resultados das unidades	Chefias imediatas das unidades organizacionais	Colaboradores e Unidade de Planejamento	Relatórios produzidos e encaminhados ao superior hierárquico	Recursos humanos e computadores	-	Novembro-20	Dezembro-20	Atividade 3.3		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD

Nó crítico: Deficiência de medidas disciplinares

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1. Elaborar os materiais para a divulgação dos direitos, deveres e proibições dos colaboradores, observados os diferentes regimes	Para que todos os colaboradores tenham conhecimento dos normativos	Divisão de Gestão de Pessoas	Unidade de Comunicação, Unidade de Apoio Corporativo e Setor Jurídico	% de materiais elaborados em relação aos planejados	Computador, recursos humanos e materiais gráficos	-	Março-18	Junho-18	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD

Nó crítico: Deficiência de medidas disciplinares

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Divulgar a Norma de Controle Disciplinar da EBSERH aos gestores e colaboradores	1.2 Realizar divulgação dos materiais aos colaboradores	Para que todos os colaboradores tenham conhecimento dos normativos	Divisão de Gestão de Pessoas	Chefias imediatas das unidades organizacionais, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética de Enfermagem, Unidade de Comunicação e Unidade Apoio Corporativo	% de ações de divulgação realizadas em relação às ações de divulgação planejadas	Computador, recursos humanos, materiais gráficos e meios de comunicação institucional	Baixo	Julho-18	Dezembro-18	Atividade 1.1		Aumento do comprometimento das chefias e colaboradores
	1.3 Realizar a capacitação dos gestores sobre a Norma de Controle Disciplinar	Para que todos os gestores tenham conhecimento da aplicação da norma	Divisão de Gestão de Pessoas	Colegiado Executivo, Comissão de Ética Médica e Comissão de Ética de Enfermagem	100% de gestores capacitados	Computador e recursos humanos	-	Março-18	Junho-18	Não há	% de processos finalizados dentro do prazo estabelecido	
	2.1 Constituir Comissão de Apoio e Orientação aos colaboradores que atuam nos Processos de Controle Disciplinar	Para que haja um grupo de apoio aos colaboradores designados para atuação em processos disciplinares	Superintendência	Gerentes	Portaria de constituição de comissão publicada	Computador e recursos humanos	-	Março-18	Abril-18	Não há		
	2.2 Realizar a capacitação dos colaboradores designados para atuação em processos disciplinares	Para que os colaboradores tenham ciência dos normativos e fluxos dos processos disciplinares	Comissão de Apoio e Orientação aos colaboradores que atuam nos Processos de Controle Disciplinar	Divisão de Gestão de Pessoas e Unidade de Apoio Corporativo	% colaboradores designados para atuação em processos disciplinares	Computador e recursos humanos	-	Abril-18	Dezembro-20	Atividade 2.1		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD

Nó crítico: Deficiência de medidas disciplinares

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Monitorar a aplicação das medidas disciplinares	2.3 Encaminhar à Superintendência relatórios periódicos do andamento dos processos disciplinares	Para que a autoridade competente monitore os processos disciplinares	Comissão de Apoio e Orientação aos colaboradores que atuam nos Processos de Controle Disciplinar	Divisão de Gestão de Pessoas e Unidade de Apoio Corporativo	Relatórios periódicos enviados à Superintendência	Computador e recursos humanos	-	Abril-18	Dezembro-20	Atividade 2.1		
	2.4 Submeter os relatórios periódicos ao Colegiado Executivo, para apreciação e deliberação	Para que sejam adotadas as providências cabíveis nos casos de processos em atraso	Superintendência	Unidade de Apoio Corporativo e Comissão de Apoio e Orientação aos colaboradores que atuam nos Processos de Controle Disciplinar	% de relatórios com <i>feedback</i> do Colegiado Executivo em relação ao total de relatórios enviados	Computador e recursos humanos	-	Abril-18	Dezembro-20	Atividade 2.3		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD

Nó crítico: Falta de fortalecimento da imagem institucional do HU

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1 Normatizar entre as chefias a identificação das boas práticas hospitalares e fazer chegar a	Para que as chefias tenham conhecimento dos conceitos e importância de	Gerência Administrativa	Divisão de Gestão de Pessoas	% de gestores treinados em relação ao total de gestores	Computador e recursos humanos	-	Março-18	Abril-18	Não há	% de mídia positiva do	Fortalecer a imagem

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD

Nó crítico: Falta de fortalecimento da imagem institucional do HU

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Divulgar as boas práticas do HU	informação até a alta gestão	divulgar as boas práticas									Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados	institucional por meio da divulgação de ações implementadas
	1.2 Monitorar internamente as boas práticas hospitalares de cada gerência	Para que a gestão tenha pleno conhecimento das práticas realizadas no hospital	Superintendência e Gerentes	Unidade de Comunicação, Divisão de Gestão de Pessoas e chefias	Número de boas práticas identificadas	Computador e recursos humanos	-	Maio-18	Dezembro-20	Atividade 1.1		
	1.3 Ampliar a divulgação externa das nossas boas práticas	Para demonstrar as potencialidades do hospital de forma a fortalecer a imagem externa perante a sociedade	Unidade de Comunicação	Superintendência, Gerentes e Ouvidoria	% de matérias, divulgando boas práticas, em relação ao número total de matérias externas	Computador e recursos humanos	-	Maio-18	Dezembro-20	Atividade 1.1		
	2.1 Elaborar o projeto: "HU na Comunidade"	Para expor as atividades realizadas no HU e propagar a boa fama do serviço	Unidade Multiprofissional	Gerentes e Superintendência	Projeto aprovado no COEX	Computador e recursos humanos	-	Julho-18	Dezembro-18	Não há		
	2.2 Realizar parcerias com instituições para levar colaboradores até escolas, igrejas e comunidades	Para criar um cronograma e canal de comunicação permanente	Superintendência e Gerentes	Unidade de Comunicação, AVHU e Unidade Multiprofissional	Número de parcerias formalizadas	Computador e recursos humanos	-	Janeiro-19	Dezembro-20	Atividade 2.1		
2. Promover a participação de colaboradores em atividades externas	2.3 Realizar, com a parceria dos colaboradores, as atividades previstas no	Para melhorar a satisfação do colaborador, firmar parcerias, propagar os serviços	Superintendência e Gerentes	Unidade de Comunicação, AVHU, Unidade Multiprofissional e Divisão de	Número de ações externas envolvendo colaboradores do HU-UFGD	Recursos humanos, transporte e suporte técnico necessário	Baixo	Janeiro-19	Dezembro-20	Atividade 2.2		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD

Nó crítico: Falta de fortalecimento da imagem institucional do HU

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
3. Proporcionar experiências emocionais com o serviço	projeto em locais fora do HU	prestados pelo hospital e cumprir seu papel formador		Gestão de Pessoas								
	3.1 Divulgar os elogios e experiências positivas, respondendo todas as manifestações	Para que essas experiências causem fidelidade e propagação da qualidade do serviço	Ouvidoria e Unidade de Comunicação	Chefias das unidades organizacionais	% de manifestações respondidas em relação às manifestações registradas	Computador e recursos humanos	-	Março-18	Dezembro-20	Não há		
	3.2 Implementar a Campanha "O que importa para você?"	Para que os colaboradores e usuários repensem suas experiências com o serviço	Setor de Segurança do Paciente e Vigilância em Saúde	Unidade de Comunicação, Chefias das unidades assistenciais e Grupo de Humanização	Número de ações registradas relacionadas ao projeto "O que importa para você?"	Computador, recursos humanos e materiais gráficos	Baixo	Março-18	Dezembro-20	Não há		
	3.3 Fortalecer os parceiros solidários ao HU com o programa permanente "Amigo do HU"	Para demonstrar reconhecimento àqueles que de alguma forma auxiliaram o hospital	Superintendência	AVHU e Unidade de Comunicação	Número de certificados expedidos	Computador e materiais gráficos	Baixo	Março-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD
 Nó crítico: Baixo índice de implementação da Política Nacional de Humanização

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Identificar e promover as ações de humanização já existentes	1.1 Instituir o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH)	Para criar espaço coletivo de discussão e planejamento das ações de humanização	Superintendência	Gerentes	GTH instituído	Recursos humanos e computador	-	Abril-18	Mai-18	Não há	GTH implantado, com plano de ação e de avaliação de resultados	Assegurar direitos dos usuários, implementar ações no âmbito da promoção da saúde e propiciar participação dos colaboradores no processo e gestão do trabalho
	1.2 Realizar o levantamento de ações de Humanização existentes no HU	Para que a gestão tenha conhecimento amplo das ações desenvolvidas no hospital	GTH	Unidade Multiprofissional	Levantamento das ações realizado e relatório remetido ao Colegiado Executivo	Recursos humanos e computador	-	Mai-18	Agosto-18	Atividade 1.1		
	1.3 Analisar a efetividade das ações levantadas	Para diagnóstico situacional	Colegiado Executivo	GTH, Unidade Multiprofissional e Unidade de Planejamento	Registro da análise do relatório	Recursos humanos e computador	-	Agosto-18	Outubro-18	Atividade 1.2		
	1.4 Divulgar e promover manutenção das ações de humanização já existentes	Para fortalecer a Política Nacional de Humanização (PNH) no hospital	GTH	Colegiado Executivo, Unidade de Comunicação e Chefias das unidades organizacionais	% de ações de humanização mantidas no HU em relação ao número de ações levantadas	Recursos humanos, computador, materiais gráficos e materiais diversos utilizados nas ações	Médio	Outubro-18	Dezembro-20	Atividade 1.3		
	2.1 Formalizar os espaços de cogestão e gestão participativa	Para que os colaboradores sejam inseridos nos processos de análise e decisão	Colegiado Executivo	Chefias das unidades organizacionais	% de diretrizes de funcionamento dos espaços publicadas em relação a quantidade de espaços existentes	Recursos humanos e computador	-	Fevereiro-19	Dezembro-19	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD
 Nó crítico: Baixo índice de implementação da Política Nacional de Humanização

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Implementar ações de gestão participativa e valorização do colaborador	2.2 Monitorar o funcionamento dos espaços de cogestão e gestão participativa	Para assegurar o pleno funcionamentos dos espaços	GTH	Chefias das unidades organizacionais	Registros de reuniões periódicas entre gestores e colaboradores	Recursos humanos e computador	-	Fevereiro-20	Dezembro-20	Atividade 2.1		
	2.3 Elaborar e aprovar o Programa de Acolhimento do Colaborador	Para estabelecer as diretrizes a serem seguidas no acolhimento dos colaboradores tanto na entrada quanto nos casos de remoções	Divisão de Gestão de Pessoas	Chefias das unidades organizacionais	Programa publicado	Recursos humanos e computador	-	Abril-18	Agosto-18	Não há		
	2.4 Capacitar os gestores a respeito do Programa de Acolhimento do Colaborador	Para que tenham conhecimento e executem o programa	Divisão de Gestão de Pessoas	Chefias das unidades organizacionais	% de gestores capacitados em relação ao total de gestores	Recursos humanos e computador	-	Setembro-18	Dezembro-18	Atividade 2.3		
	3.1 Realizar reuniões setoriais para conhecimento da PNH	Para pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar	GTH	Chefias das unidades organizacionais	% de reuniões realizadas em relação ao número de reuniões planejadas	Recursos humanos e computador	-	Outubro-18	Setembro-19	Não há		
	3.2 Capacitar os colaboradores responsáveis pelo primeiro	Para criar e implementar estratégias que humanizem o processo de	GTH	Divisão de Gestão de Pessoas, Comissão de Educação Permanente,	% colaboradores responsáveis pelo primeiro contato com o usuário	Recursos humanos e computador	Baixo	Julho-19	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD
 Nó crítico: **Baixo índice de implementação da Política Nacional de Humanização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
3. Implantar a política de humanização na assistência aos usuários e familiares	contato com o usuário	acolhimento do usuário e familiares		Unidade de Apoio Operacional e Setor de Hotelaria Hospitalar								
	3.3 Revisar e publicar a carta de serviços ao cidadão	Para manter atualizadas as informações sobre os mais diversos serviços prestados pelo HU-UFGD à comunidade em geral	Ouvidoria	Chefias das unidades organizacionais e Unidade de Comunicação	Carta de serviços ao cidadão atualizada	Recursos humanos, computador e produção gráfica	Baixo	Abril-18	Junho-19	Não há		
	3.4 Divulgação dos Estatutos do Idoso, Criança e Adolescente	Para assegurar as informações dos direitos dos usuários	Ouvidoria	GTH, Unidade Multiprofissional e Unidade de Comunicação	% de ações de divulgação realizadas em relação às ações de divulgação planejadas	Recursos humanos, computador e produção gráfica	Baixo	Abril-18	Junho-19	Não há		
	3.5 Estabelecer política de visita ampliada	Para atender a proposta da PNH e melhorar o envolvimento da família no cuidado	Gerente de Atenção à Saúde	Chefias das unidades organizacionais e GTH	% de unidades de internação com implantação de visita ampliada em relação ao total de unidades de internação	Recursos humanos	-	Janeiro-19	Dezembro-19	Atividade 1.1		
	3.6 Implantar Conselho Consultivo, conforme Regimento Interno do HU-UFGD	Para fomentar a gestão participativa, garantindo participação social	Superintendência	Unidade de Apoio Corporativo, Colegiado Executivo e Reitoria da UFGD	% de reuniões ordinárias realizadas em relação ao número de reuniões planejadas	Computador e recursos humanos	-	Janeiro-19	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 5: Baixo envolvimento dos colaboradores com o HU-UFGD
 Nó crítico: **Baixo índice de implementação da Política Nacional de Humanização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	3.7 Criar ferramentas para orientações institucionais gerais aos usuários	Para aprimorar o fluxo de comunicação com os usuários	GTH	Divisão Médica, Divisão de Enfermagem, Unidade de Comunicação e chefias das unidades organizacionais	Número de ferramentas criadas	Computador, recursos humanos e produção gráfica	Médio	Janeiro-19	Dezembro-20	Não há		
	3.8 Implementar os padrões de identificação física do hospital	Para facilitar a locomoção dos usuários na área interna do hospital	DLIH	Colegiado Executivo e GTH	% do projeto de identificação executado em relação ao planejado	Recursos humanos, financeiros e tecnológico	Médio	Janeiro-19	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa
 Nó crítico: **Ausência de envolvimento dos colaboradores nas atividades de ensino e pesquisa**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Incentivar a participação dos colaboradores em projetos de extensão e pesquisa	1.1 Divulgar as normas de progressão funcional aos colaboradores do HU-UFGD	Para incentivar os colaboradores a participarem das atividades de ensino e pesquisa	Superintendência e Divisão de Gestão de Pessoas	Gerência de Ensino e Pesquisa	Normas de progressão funcional divulgadas	Recursos humanos e computador	-	Julho-18	Outubro-18	Não há		
	1.2 Divulgar as normas de elaboração e cadastramento de projetos de	Para incentivar e auxiliar o colaborador na participação nos projetos de	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica	FCS e PROEX	Número de projetos de extensão e pesquisa aprovados em edital específico	Recursos humanos e computador	-	Julho-18	Dezembro-18	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa

Nó crítico: Ausência de envolvimento dos colaboradores nas atividades de ensino e pesquisa

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Incentivar os colaboradores a realizarem atividades de ensino e pesquisa no ambiente de trabalho	extensão e pesquisa	extensão e pesquisa									Número de colaboradores do HU-UFGD envolvidos em atividades de ensino, pesquisa e extensão	Aumento do envolvimento dos gestores e colaboradores na articulação ensino, pesquisa, extensão e assistência
	2.1 Capacitar os colaboradores sobre Metodologia Científica	Para incentivá-los na participação em projetos de pesquisa	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica	FCS e Divisão de Gestão de Pessoas	Número de colaboradores capacitados	Recursos humanos e computador	-	Março-19	Dezembro-19	Não há		
	2.2 Capacitar os colaboradores sobre preceptoria médica e multiprofissional	Para aumentar o envolvimento destes colaboradores com as atividades de ensino e pesquisa	Gerente de Ensino e Pesquisa	Superintendência, FCS, EaD UFGD, EaD Ebsersh e Divisão de Gestão de Pessoas	Nº de preceptores capacitados/ nº total de preceptores	Recursos Humanos, computadores, diárias e passagens	Médio	Fevereiro-19	Junho-19	Não há		
	2.3 Normatizar as atividades de preceptoria	Para incentivar os colaboradores, disponibilizando uma parte específica da carga horária assistencial para as atividades de preceptoria	Gerente de Ensino e Pesquisa	Colegiado Executivo, Divisão de Gestão de Pessoas e Chefes das Unidades Organizacionais	Normas de preceptoria publicadas	Recursos humanos e computador	-	Julho-19	Dezembro-19	Atividade 2.2		
	2.4 Compor e divulgar banco de dados com profissionais e titulações	Para identificar os profissionais de acordo com sua titulação para as atividades de preceptoria	Gerente de Ensino e Pesquisa	Divisão de Gestão de Pessoas	Banco de dados constituído	Recursos Humanos e computadores	-	Julho-19	Dezembro-19	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa

Nó crítico: Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Formalizar parceria entre Faculdade de Ciências da Saúde e setores de ensino e assistência do HU-UFGD	1.1 Constituir Núcleo de Ensino-Assistencial	Para promover a integração e tomada de decisão entre HU-UFGD e FCS no que tange à assistência, ensino e pesquisa	Gerente de Ensino e Pesquisa	Gerência de Atenção à Saúde, FCS, Chefias das Unidades Organizacionais e Colegiado Executivo	Núcleo de ensino-assistencial constituído	Recursos humanos e computadores	-	Setembro-18	Outubro-18	Não há		
	1.2 Definir as competências de atuação do Núcleo de Ensino-Assistencial	Para que haja pleno entendimento das atribuições do Núcleo de ensino-assistencial	Núcleo de Ensino-Assistencial	Núcleo de Comissões, Faculdade de Ciências da Saúde e Colegiado Executivo	Regimento publicado	Recursos humanos e computadores	-	Outubro-18	Janeiro-19	Atividade 1.1		
	1.3 Elaborar o plano de ação do Núcleo de Ensino-Assistencial	Para organizar as ações do Núcleo	Núcleo de Ensino-Assistencial	Núcleo de Comissões, Faculdade de Ciências da Saúde e Colegiado Executivo	Plano de ação publicado	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Março-19	Atividade 1.2		
	1.4 Monitorar o pleno funcionamento do Núcleo de Ensino-Assistencial	Para garantir que o Núcleo de ensino-assistencial seja um instrumento de gestão estratégica	Gerente de Ensino e Pesquisa	Membros do Núcleo de Ensino-Assistencial, Núcleo de Comissões, Faculdade de Ciências da Saúde e Colegiado Executivo	% de execução do plano de ação do Núcleo de Ensino-Assistencial	Recursos humanos e computadores	-	Março-19	Dezembro-20	Atividade 1.3	Número de projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos entre FCS e HU-UFGD; Número de colaboradores que realizam	Integração da pesquisa, ensino, assistência e

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa

Nó crítico: Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Consolidar a implantação da Unidade de Telessaúde do HU-UFGD	2.1 Elaborar Regimento Interno da Unidade de Telessaúde	Para regulamentar o funcionamento da Unidade	Chefe da Unidade de Telessaúde	Unidades de Telessaúde da Rede Ebserh, GEP e Colegiado Executivo	Regimento publicado	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Agosto-18	Não há	pós-graduação na FCS; Número de alunos da FCS inseridos em campo de estágio no HU-UFGD	extensão no HU-UFGD
	2.2 Mapear os processos prioritários da Unidade	Para organização Interna dos processos	Chefe da Unidade de Telessaúde	GEP	Número de POPs Publicados	Recursos humanos e computadores	-	Agosto-18	Janeiro-19	Não há		
	2.3 Formalizar convênio entre HU-UFGD e Núcleo Estadual de Telessaúde	Para estabelecer parcerias de trabalho	Chefe da Unidade de Telessaúde	SGPTI, GEP e Superintendência	Convênio formalizado	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Dezembro-18	Não há		
	2.4 Participar efetivamente da Rede RUTE	Para formalizar a participação nos SIG's	Chefe da Unidade de Telessaúde	GEP, FCS, Residências e Ligas Acadêmicas	% de participação de SIGs como ouvinte e proponente	Recursos humanos, computadores e recursos tecnológicos para videoconferência	Baixo	Julho-18	Dezembro-20	Não há		
	2.5 Desenvolver cursos EaD	Para ampliar a oferta de cursos para área do ensino e capacitação de colaboradores	Chefe da Unidade de Telessaúde	GEP, EaD UFGD, FCS, Comissão de Educação permanente, Divisão de Gestão de Pessoas	% de cursos realizados em relação aos planejados	Recursos humanos e recursos tecnológicos	Baixo	Julho-18	Dezembro-20	Não há		
	2.6 Desenvolver site para Telessaúde	Para divulgação das ações de Telessaúde	Chefe da Unidade de Telessaúde	GEP e SGPTI	Site em funcionamento	Recursos humanos e recursos tecnológicos	Médio	Julho-18	Julho-19	Não há		
3. Padronizar linhas de pesquisa do HU-UFGD, articulando atividades de ensino	3.1 Identificar áreas de pesquisas existentes no HU-UFGD	Para realizar diagnóstico das linhas de	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica	FCS e GEP	Áreas de pesquisas identificadas	Recursos Humanos e computadores	-	Março-18	Dezembro-18	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa

Nó crítico: Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
e pesquisa com os processos assistenciais		pesquisa do HU-UFGD										
	3.2 Propor linhas de pesquisa do HU-UFGD e as respectivas áreas de concentração, alinhadas com a UFGD e Rede Ebserh	Para que as linhas de pesquisa no HU-UFGD sejam padronizadas	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica	FCS e GEP	Documento com as linhas de pesquisa definidas enviado ao Colegiado Executivo	Recursos Humanos e computadores	-	Agosto-18	Dezembro-18	Atividade 4.1		
	3.3 Submeter documento das linhas de pesquisas à análise e aprovação do Colegiado Executivo	Para institucionalizar as linhas de pesquisa definidas	Gerente de Ensino e Pesquisa	Unidade de Apoio Corporativo e Colegiado Executivo	Portaria com as linhas de pesquisa definidas publicadas	Recursos Humanos e computadores	-	Janeiro-19	Março-19	Atividade 4.2		
	3.4 Elaborar normativas e divulgar as linhas definidas, fluxo para realização de pesquisas e para formação de grupos de pesquisa no HU-UFGD	Para que todos tenham conhecimento do processo de produção de pesquisa no HU-UFGD	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica	FCS, GEP e CAPE	Fluxos definidos e divulgados	Recursos Humanos, computadores e materiais gráficos	Baixo	Março-18	Dezembro-18	Atividade 4.3		
4. Aumentar o compartilhamento de experiências de ensino, pesquisa e assistência	4.1 Garantir a realização anual do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão	Para divulgar a produção acadêmica do HU-UFGD	Gerência de Ensino e Pesquisa	Divisão de Eventos da UFGD, PROEX, FCS, PROPP, Unidade de Comunicação e GAD	Congresso realizado anualmente	Recursos Humanos, computadores, diárias e passagens, materiais impressos e coffee break	Médio	Março-18	Dezembro-20	Não há		
	4.2 Divulgar os artigos que foram publicados no Congresso	Para divulgar a produção acadêmica do HU-UFGD e	Gerência de Ensino e Pesquisa	Editora da UFGD e FCS	Revistas anualmente publicadas	Recursos Humanos, computadores e	Médio	Março-18	Dezembro-20	Atividade 2.2		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa

Nó crítico: Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
5. Organizar o acolhimento e ambientação dos residentes, internatos e estagiários		resultados advindos do Congresso				materiais gráficos						
	5.1 Elaborar e implementar POP para recepção e ambientação dos residentes, acadêmicos, internatos e estagiários	Para humanizar o processo de entrada e permanência dos residentes, acadêmicos, internatos e estagiários	Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica	Divisão de Gestão de Pessoas, GEP e FCS	POP publicado	Recursos Humanos e computadores	-	Agosto-19	Dezembro-19	Não há		
	5.2 Definir os responsáveis pelo acolhimento dos residentes, internatos e estagiários em cada cenário de prática	Para que haja pontos focais em todos os cenários de prática como suporte aos residentes, acadêmicos, internatos e estagiários	Gerência de Ensino e Pesquisa	GAS, Divisão de Gestão de Pessoas e FCS	Lista de pontos focais divulgada	Recursos Humanos e computadores	-	Agosto-19	Agosto-20	Não há		
	5.3 Publicar e manter atualizada a lista de preceptores ativos, supervisores, coordenadores de residências e demais atores de orientação pedagógica no âmbito do HU-UFGD	Para que a comunidade interna tenha ciências dos atores envolvidos nos processos de ensino	Gerência de Ensino e Pesquisa	Divisão de Gestão de Pessoas, SGPTI e FCS	Lista publicada e atualizada	Recursos Humanos e computadores	-	Agosto-19	Agosto-20	Não há		
	5.4 Atualizar os projetos pedagógicos das residências do HU, conforme necessidade	Para manter atualizada as diretrizes de ensino, com definição de	COREME e COREMU	GEP, GAS e FCS	Nº de projetos pedagógicos atualizados	Recursos humanos e computadores	-	Outubro-19	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 6: Insuficiência de práticas de ensino e pesquisa

Nó crítico: Falta de integração do ensino, pesquisa e assistência

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
		objetivos e metas										
	5.5 Realizar evento de acolhimento e ambientação do internato	Para fortalecer o ensino e assistência na melhoria das práticas	Setor de Gestão do Ensino	Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa, SGPTI e FCS	Registro de realização do evento	Recursos humanos e computadores	-	Outubro-19	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão

Descritor 7: Necessidade de reestruturação da educação permanente

Nó crítico: Falta de planejamento estruturado das ações de capacitação

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1 Instituir o Serviço de Educação Permanente subordinado à Divisão de Gestão de Pessoas	Para centralizar as ações de educação permanente na instituição	Colegiado Executivo	Divisão de Gestão de Pessoas	Serviço de Educação Permanente instituído	Recursos Humanos e computadores	-	Julho-18	Setembro-18	Não há		
1. Estruturar o processo de Educação	1.2 Elaborar e publicar a regulamentação do processo de Educação Permanente	Para institucionalização do processo de Educação Permanente	Divisão de Gestão de Pessoas	Serviço de Educação Permanente, Gerência de Ensino e Pesquisa e Colegiado Executivo	Regulamentação publicada	Recursos Humanos e computadores	-	Outubro-18	Dezembro-18	Atividade 1.1	Série histórica de colaboradores que participaram de atividades de educação permanente em relação ao número total	Ações de educação permanente padronizadas e monitoradas

Macroproblema 1: Necessidade de institucionalização e cultura de gestão
 Descritor 7: Necessidade de reestruturação da educação permanente
 Nó crítico: **Falta de planejamento estruturado das ações de capacitação**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
Permanente no âmbito do HU-UFGD	1.3 Elaborar e publicar o plano de educação permanente	Para planejar as ações de educação permanente	Divisão de Gestão de Pessoas	Serviço de Educação Permanente, Gerência de Ensino e Pesquisa e Colegiado Executivo	Plano de educação permanente aprovado	Recursos Humanos e computadores	-	Outubro-18	Dezembro-18	Atividade 1.1	de colaboradores	
	1.4 Capacitar os gestores e representantes dos postos de trabalho a respeito do processo de Educação Permanente	Para divulgação dos procedimentos a serem adotados pelos gestores na realização e registro das ações de educação permanente	Divisão de Gestão de Pessoas	Chefias das unidades organizacionais	% de capacitados em relação ao número de colaboradores que formam público-alvo	Espaço físico, computador, recursos humanos, data show e microfone	Baixo	Fevereiro-19	Março-19	Atividade 1.2		
	1.5 Monitorar as ações de educação permanente realizadas	Para garantir a efetiva implantação da educação permanente como ferramenta operacional e estratégica no hospital	Divisão de Gestão de Pessoas	Serviço de Educação Permanente e chefias das unidades organizacionais	% de execução do plano de educação permanente	Recursos Humanos e computadores	-	Janeiro-19	Dezembro-19	Atividade 1.3		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia

Descritor 1: Alto número de processos executados em sistemas não institucionalizados

Nó crítico: Ausência de Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação (PDTIC) e Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação (PETI)

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Alinhar as ações da Tecnologia da Informação com os objetivos estratégicos do Hospital Universitário	1.1 Elaborar Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação e Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação	Alinhar as necessidades da instituição, melhorar o planejamento, focado nas estratégias de negócio, gestão de risco, segurança da informação, continuidade de negócios e gestão orientada a processos	Chefe do SGPTI e Comitê Gestor de Tecnologia da Informação	Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa e Gerência Administrativa	Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação e Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação concluídos	Recursos humanos e Computador	-	Fevereiro-18	Junho-18	Não há	Redução do número de processos executados em sistemas não institucionalizados	Transparência nas atividades executadas pelo Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação e utilização de soluções institucionalizadas.
	1.2 Aprovar Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação e Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação	Submeter PDTIC e PETI ao comitê gestor de TI, para aprovação, críticas e sugestões.	Chefe do SGPTI e Comitê Gestor de Tecnologia da Informação	Comitê Gestor de Tecnologia da Informação e Colegiado Executivo	Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação e Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação aprovados	Recursos humanos e Computador	-	Junho-18	Julho-18	Atividade 1.1		
	1.3 Aprovar calendário de monitoramento Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação e Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação	Para acompanhar o desenvolvimento das ações e determinar pontos de controle	Presidente do Comitê Gestor de Tecnologia da Informação	Membros do Comitê Gestor de Tecnologia da Informação e Colegiado Executivo	Relatório de monitoramento, conforme datas estabelecidas no calendário	Recursos humanos e Computador	-	Julho-18	Agosto-18	Atividade 1.2		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia

Descritor 2: Suporte ineficiente do AGHU

Nó crítico: Falta de cultura de registro de dados

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Implantação da norma de utilização do AGHU	1.1 Elaborar normativa para institucionalização do AGHU	Para promover o AGHU como ferramenta de trabalho padrão	Chefe SGPTI e Núcleo Gestor do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (NG-AGHU)	SGPTI e Superintendência	Normativa elaborada	Recursos humanos e computador	-	Fevereiro-18	Março-18	Não há		
	1.2 Aprovar normativa de institucionalização do AGHU	Para aprovação da alta gestão do HU	Chefe SGPTI	Superintendência e Conselho Executivo	Normativa aprovada	Recursos humanos e computador	-	Março-18	Abril-18	Atividade 1.1		
	1.3 Divulgar normativa em todas as unidades funcionais com ferramentas alternativas além do e-mail institucional	Para efetuar divulgação nas unidades funcionais	Chefe SGPTI	Unidade de comunicação	Normativa divulgada	Recursos humanos, computador e impressoras.	Baixo	Abril-18	Maió-18	Atividade 1.2		
2. Elaborar e aplicar um plano de avaliação do registro de dados no AGHU	2.1 Elaborar e aprovar o plano de avaliação do registro de dados no AGHU	Para identificar as não conformidades dos lançamentos dos dados	Chefe SGPTI e NG-AGHU	Superintendência, Colegiado Executivo, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e Unidade de Monitoramento e Avaliação	Plano elaborado e aprovado	Recursos humanos e computador	-	Maió-18	Junho-18	Atividade 1.2	% não conformidade resolvida via AGHU	Melhorar a qualidade dos dados registrados
	2.2 Aplicar o plano de avaliação do registro de dados nos setores que utilizam o AGHU	Para uniformizar as práticas de lançamentos dos dados	Chefe SGPTI	Unidades Organizacionais	% Unidade organizacionais avaliadas	Recursos humanos e computador	-	Junho-18	Junho-19	Atividade 2.1		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia

Descritor 2: Suporte ineficiente do AGHU

Nó crítico: Falta de cultura de registro de dados

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
3. Capacitação dos usuários do sistema AGHU	3.1 Elaborar plano de capacitação anual do AGHU	Para consolidar a utilização do Sistema AGHU	Chefe SGPTI e NG-AGHU	Divisão de Gestão de Pessoas	Plano de capacitação elaborado	Recursos humanos e computador	-	Abril-18	Maio-18	Não há		
	3.2 Aprovar e monitorar o plano de capacitação	Para institucionalização do plano e treinamento dos usuários do sistema	Chefe SGPTI	Superintendência e Colegiado Executivo	Plano de capacitação aprovado e % unidades organizacionais capacitadas anualmente	Recursos humanos e computador	-	Maio-18	Dezembro-20	Atividade 3.1		
	3.3 Implantar modelo de usuários chave ou facilitadores por unidade organizacional	Para auxílio aos usuários em dúvidas ou problemas simples	Chefe SGPTI	Unidades organizacionais e NG-AGHU	% de Modelo implantado	Recursos humanos e computador	-	Junho-18	Dezembro-18	Atividade 3.2		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia

Descritor 3: Alto índice de defasagem do parque tecnológico e de infraestrutura

Nó crítico: Falta de Plano Diretor Físico e Tecnológico

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1 Recompôr a Comissão de Plano Diretor Físico	Para incluir o escopo tecnológico e representações técnicas	Superintendente do HU-UFGD	Divisão de Logística e Infraestrutura Física Hospitalar, Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia	Publicação da recomposição da Comissão em Boletim de Serviços	Recursos humanos e computador	-	Maio-18	Junho-18	Não há		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 3: Alto índice de defasagem do parque tecnológico e de infraestrutura
 Nó crítico: **Falta de Plano Diretor Físico e Tecnológico**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Definir os conceitos e premissas	1.2 Definir horizonte de trabalho	Para delimitar abrangência temporal do plano diretor físico e tecnológico	Comissão de Plano Diretor Físico e Tecnológico (CPDFT)	Clínica, SGPTI, NCH e UAC Equipe de Governança	Horizonte de trabalho definido em ata de reunião da CPDFT	Recursos humanos e computador	-	Junho-18	Julho-18	Atividade 1.1	Plano Diretor Físico e Tecnológico elaborado	Início da execução do Plano Diretor Físico e Tecnológico em 2020
	1.3 Elaborar termo de abertura de projeto, definindo objetivo, escopo, atribuições e metodologia de trabalho	Para nortear o projeto e definir responsabilidades bem como organizar a forma de execução do trabalho da Comissão	CPDFT	Equipe de Governança; Divisão de Logística e Infraestrutura Física Hospitalar, Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia Clínica e Setor de Gestão e Processos e Tecnologia da Informação	Termo de abertura enviado para aprovação do Colegiado Executivo	Recursos humanos e computador	-	Julho-18	Agosto-18	Atividade 1.2		
	1.4 Validar diretrizes	Para compatibilizar os trabalhos realizados com os objetivos estratégicos da instituição e garantir que o detalhamento seja executado somente de	Colegiado Executivo do HU-UFGD	Ebserh-Sede, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia Clínica e Setor de Gestão e Processos e	Plano Diretor Conceitual e premissas validadas	Recursos humanos e computador	-	Setembro-18	Novembro-18	Atividade 1.3		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 3: Alto índice de defasagem do parque tecnológico e de infraestrutura
 Nó crítico: Falta de Plano Diretor Físico e Tecnológico

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Realizar levantamento e diagnóstico de infraestrutura física e tecnológica		acordo com o que foi validado		Tecnologia da Informação								
	2.1 Revisar cadastro de equipamentos de Infraestrutura, TI e Engenharia Clínica	Para obter informações atualizadas referentes ao parque tecnológico	CPDFT	Ebserh-Sede, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia Clínica, Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação e Unidade de Patrimônio	100% de cadastros de equipamentos de Infraestrutura, TI e Engenharia Clínica revisados	Recursos humanos e computador	-	Novembro-18	Dezembro-18	Atividade 1.1		
	2.2 Realizar análise de riscos	Para realizar o diagnóstico crítico situacional qualitativo e objetivo para realização de classificação de risco, a fim de minimizar impactos	CPDFT	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia Clínica, Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação	Lista de aderência preenchida	Recursos humanos e computador	-	Dezembro-18	Janeiro-19	Atividades 2.1		
	3.1 Levantar necessidades de infraestrutura e tecnologia dentro	Para listar as demandas da instituição	CPDFT	Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia Clínica e Setor	Portfólio de projetos elaborado	Recursos humanos e computador	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Atividade 2.2		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 3: Alto índice de defasagem do parque tecnológico e de infraestrutura
 Nó crítico: **Falta de Plano Diretor Físico e Tecnológico**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
3. Realizar prognóstico de infraestrutura e tecnologia	do plano institucional			de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação								
	3.2 Priorizar necessidades	Para organizar as atividades a serem realizadas por ordem de prioridade	CPDFT	Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia Clínica e Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação	Necessidades validadas	Recursos humanos e computador	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Atividade 3.1		
	3.3 Elaborar cronograma de execução	Para listar todas as atividades que serão executadas e como serão executadas dentro da priorização determinada, com definição de prazos de cumprimento das atividades	CPDFT	Setor de Infraestrutura Física, Setor de Engenharia Clínica e Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação	Cronograma de execução elaborado	Recursos humanos e computador	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Atividade 3.1 e atividade 3.2		
	3.4 Aprovar e publicar o PDFT	Para institucionalizar o PDFT	Colegiado Executivo	Unidade de Comunicação e UAC	PDFT publicado	Recursos humanos e computador	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Atividade 3.1 atividade 3.2 atividade 3.3		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 4: Desempenho insatisfatório da manutenção de estrutura física e tecnológica
 Nó crítico: **Baixo índice de resolutividade interna de manutenção**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Contratar empresa terceirizada para manutenção	1.1 Levantar diagnóstico atual do parque tecnológico	Para identificar a quantidade, complexidade, idade e status operacional dos equipamentos	Chefe do Setor de Engenharia Clínica, chefe do Setor de Infraestrutura Física e chefe do SGPTI	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, Unidade de Patrimônio e colaboradores da área assistencial do HU-UFGD	Quantidade de equipamentos diagnosticados/ quantidade total de equipamentos do parque	Recursos humanos, computador e banco de dados do patrimônio	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Não há		Resolutividade interna no mínimo em 80%
	1.2 Elaborar Termo de Referência	- Para determinar requisitos mínimos de recursos humanos, qualificação técnica e de materiais; - Para descrever serviços a serem realizados e a forma de monitoramento (indicadores)	Chefe do Setor de Engenharia Clínica, chefe do Setor de Infraestrutura Física e chefe do SGPTI	Parceiros técnicos	Termo de Referência finalizado	Recursos humanos, computador e referências técnicas	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Não há	Instituição de equipe qualificada para atendimento satisfatório das necessidades de manutenções - índice de resolutividade interna médio/mensal	
	1.3 Validar os itens técnicos da cotação	Para verificar se a cotação está de acordo com as especificações técnicas do termo de referência	Chefe do Setor de Engenharia Clínica, chefe do Setor de Infraestrutura Física e chefe do SGPTI	Unidade compras	Cotação validada	Recursos humanos, computador e referências técnicas	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Atividade 1.2		
	1.4 Verificar se as documentações	Para que a empresa possua	Chefe do Setor de Engenharia	Setor de Contabilidade	Documentações aprovadas	Recursos humanos,	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Atividade 1.2		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 4: Desempenho insatisfatório da manutenção de estrutura física e tecnológica
 Nó crítico: **Baixo índice de resolutividade interna de manutenção**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Fiscalizar do contrato de manutenção	enviadas pela empresa atendem aos itens do edital	os requisitos mínimos definidos no termo de referência	Clínica, chefe do Setor de Infraestrutura Física, chefe do SGPTI e chefe do Setor de Administração	e Unidade de licitações		computador e referências técnicas						
	2.1 Monitoramento dos indicadores definidos no TR (termo de referência)	Para verificar a qualidade do serviço prestado	Comissão de Fiscalização dos contratos	Chefe do Setor de Engenharia Clínica, chefe do Setor de Infraestrutura Física, Unidade de Contratos e chefe do SGPTI	100% dos indicadores do TR monitorados	Recursos humanos, computador e referências técnicas	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Atividade 1.2		
	2.2 Avaliar a qualidade do modelo de contratação adotado (postos de trabalho ou acordo de nível de serviço)	Para verificar se o modelo adotado é indicado para o aumento do índice de resolutividade de manutenção interna do HU-UFGD	Chefe do Setor de Engenharia Clínica, chefe do Setor de Infraestrutura Física e chefe do SGPTI	Setor de Administração	Relatório Analítico para tomada de decisão de modelo de contratação	Recursos humanos, computador e referências técnicas	Baixo	Outubro-19	Dezembro-20	Não há		
	3.1 Definição da metodologia de rastreamento	Para estruturar o modo que será feito a rastreabilidade e forma de execução do trabalho	Setor de Suprimentos e Setor de Engenharia Clínica	DLIH	Metodologia definida	Recursos humanos e computador	Baixo	Dezembro-17	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 4: Desempenho insatisfatório da manutenção de estrutura física e tecnológica
 Nó crítico: **Baixo índice de resolutividade interna de manutenção**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
3. Elaborar sistema de organização e rastreabilidade dos acessórios dos equipamentos eletromédicos	3.2 Definição de itens a serem rastreados/monitorados	Para priorizar os itens que realmente causam impacto nos serviços assistenciais	Chefe do Setor de Engenharia Clínica	Setor de Suprimentos e Divisão de Enfermagem	Itens definidos por meio de priorização	Recursos humanos e computador	Baixo	Março-17	Dezembro-20	Atividade 3.1		
	3.3 Elaboração do POP	Para institucionalizar as medidas detalhadas para o cumprimento da tarefa	Setor de Suprimentos e Setor de Engenharia Clínica	DLIH	POP elaborado	Recursos humanos e computador	Baixo	Mai-17	Dezembro-20	Atividade 3.1 e atividade 3.2		
	3.4 Validação/ aprovação do POP	Para compatibilizar os trabalhos realizados com os objetivos estratégicos da instituição	GAD	Colegiado Executivo	POP validado	Recursos humanos e computador	Baixo	Junho-17	Dezembro-20	Atividade 3.3		
	3.5 Publicação do POP no Boletim de Serviços	Para tornar público o POP	GAD	Unidade de Apoio Corporativo e Unidade de Comunicação	POP publicado	Recursos humanos e computador	Baixo	Julho-17	Dezembro-20	Atividade 3.4		
	3.6 Capacitação de recursos humanos na execução do POP - suprimentos e assistência	Para garantir que a tarefa será executada da forma correta	Setor de Suprimentos e Setor de Engenharia Clínica	Comissão de Educação Permanente	Nº de colaboradores capacitados/nº de colaboradores envolvidos	Recursos humanos e computador	Baixo	Agosto-17	Dezembro-20	Atividade 3.4 e atividade 3.5		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 5: Insuficiência de Recursos Orçamentários
 Nó crítico: **Falta de mais incentivos à contratualização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Certificar o HU-UFGD como Hospital de Ensino	1.1 Constituir Comitê para a certificação como Hospital de Ensino	Analisar o processo da certificação como hospital de ensino do HU-UFGD	Gerência de Ensino e Pesquisa	Núcleo de Comissões, Gerência de Atenção à Saúde, Gerência Administrativa e Unidade de Planejamento	Comitê constituído	Recursos humanos e computadores	-	Maio-18	Maio-18	Não há	Nº de processos de habilitação iniciados durante a vigência do PDE	- Aperfeiçoamento das políticas em saúde; - Distribuição adequada de recursos financeiros e de custeio;
	1.2 Reunir a documentação solicitada como pré-requisitos da portaria de certificação	Para centralizar todas as documentações necessárias para a certificação do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados como Hospital de Ensino	Comitê para a certificação em Hospital de Ensino	Gerência de Atenção à Saúde, Gerência de Ensino e Pesquisa, Gerência Administrativa e Núcleo de Comissões Hospitalares	Documentação exigida completa	Recursos humanos, computador e impressão	-	Junho-18	Novembro-18	Atividade 1.1		
	1.3 Encaminhar documentação e solicitar ao Ministério da Educação e Cultura visita de certificação	Para certificação do HU-UFGD em Hospital de Ensino	Superintendência	Comitê para a certificação em Hospital de Ensino e Gerência de Ensino e Pesquisa	Documentação enviada e visita solicitada	Recursos humanos, computador e impressão	-	Novembro-18	Dezembro-18	Atividade 1.2		
	1.4 Manter a documentação atualizada	Para manutenção da certificação ou no aguardo da visita do Ministério da	Comitê para a certificação em Hospital de Ensino	Núcleo de Comissões e Gerência de Ensino e Pesquisa	Documentação atualizada	Recursos humanos, computador e impressão	-	Dezembro-18	Dezembro-20	Atividade 1.3		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 5: Insuficiência de Recursos Orçamentários
 Nó crítico: **Falta de mais incentivos à contratualização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Planejar a oferta de serviços de hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista e realizar o estudo de viabilidade técnica para obtenção de Certificação		Educação e Cultura										
	2.1. Avaliar o dimensionamento necessário para o Serviço de Atendimento Ambulatorial (Diagnóstico, Segmento e Pós-alta)	Para possibilitar diagnóstico e seguimento de pacientes cardiológicos	Chefe da Unidade Cardiovascular	Chefe das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde, Gerente de Atenção à Saúde, Unidade de Planejamento e Unidade de Regulação Assistencial	Grade de Ambulatório Implementada de acordo com Portaria de habilitação	Recursos humanos e computador	-	Julho-18	Setembro-18	Não há		
	2.2. Considerar os equipamentos e/ou serviços indispensáveis de Apoio Diagnóstico em Cardiologia (Teste de Esforço, Cintilografia, Mapa), para programar o processo de aquisição	Para possibilitar diagnóstico de patologias cardíacas	Chefe da Unidade Cardiovascular	Chefe das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde, Gerente de Atenção à Saúde, Setor de Administração, Unidade de Diagnóstico por Imagem, Setor de Engenharia Clínica, Setor de Apoio Diagnóstico e Unidade de Planejamento	100% de equipamentos e/ou serviços adquiridos que garantam oferta de serviços de acordo com Portaria de Habilitação	Recursos humanos e equipamentos	Médio	Julho-18	Dezembro-19	Não há		
	2.3. Realizar a previsão de Recursos Humanos devidos para oferta de serviços em	Para atendimento ao paciente cardiopata	Gerente de Atenção à Saúde	Chefe da Unidade Cardiovascular, Divisão de Gestão de Pessoas, Divisão de Enfermagem e	Documento de dimensionamento confeccionado e encaminhado à Diretoria de Gestão de Pessoas	Recursos humanos e equipamentos	-	Julho-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 5: Insuficiência de Recursos Orçamentários
 Nó crítico: **Falta de mais incentivos à contratualização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)	
3. Adequar as práticas de aleitamento materno para obtenção do título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista			Unidade de Planejamento									
	2.4. Estudar o fluxo de suporte para cirurgia cardíaca	Para garantir suporte de cirurgia cardíaca para intercorrências na hemodinâmica	Superintendência e Gerente de Atenção à Saúde	Colegiado Executivo e Unidade de Planejamento	Fluxo pactuado	Recursos humanos e equipamentos	-	Julho-18	Dezembro-20	Atividade 1.3			
	3.1 Garantir visita aberta da mãe, pai ou responsável legal do Recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade de Cuidados Intermediários	Para garantir a participação da mãe ou pai nos cuidados ao recém-nascido grave ou potencialmente grave	Chefias das Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidado Intermediário e Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Superintendência, Gerência de Atenção à Saúde, Divisões da Gerência de Atenção à Saúde e Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno	Normativa de visita aberta na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e na Unidade de Cuidados Intermediários publicada		Recursos humanos	-	Fevereiro-18	Dezembro-20	Não há		
	3.2 Garantir informações sobre o manejo do aleitamento materno às gestantes e puérperas internadas ou que realizam pré-natal no HU-UFGD	Para promover o aleitamento materno adequado	Divisão de Enfermagem, Ambulatórios, Coordenação da Residência de Ginecologia e Obstetrícia, Setor Atenção à Saúde da Mulher, Pediatria do Alojamento	Gerência Ensino e Pesquisa, Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno e Banco de Leite	% de pacientes que receberam informações sobre manejo do aleitamento materno		Recursos humanos, computador e materiais gráficos	Baixo	Mai-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 5: Insuficiência de Recursos Orçamentários
 Nó crítico: **Falta de mais incentivos à contratualização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
			Conjunto e Comissão de Revisão de Prontuários									
	3.3 Efetuar dimensionamento de Recursos Humanos descrevendo as atribuições e os membros da equipe	Para melhorar os fluxos de incentivo ao aleitamento materno no Hospital Universitário	Colegiado Executivo e chefias imediatas	Chefes das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde	Documento de dimensionamento confeccionado pelas chefias dos setores	Recursos humanos	-	Janeiro-19	Dezembro -20	Não há		
	3.4 Aprimorar a prática do contato pele a pele e o auxílio à amamentação nos primeiros 30 minutos após o parto	Para facilitar o início e manutenção da amamentação	Equipe multiprofissional de assistência no Centro Obstétrico	Divisão de Enfermagem, Setor de Atenção à Saúde da Mulher, Coordenadores de Residência da Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria	% de recém-nascidos que tiveram contato pele a pele	Recursos humanos		Julho-18	Dezembro-20	Não há		
	3.5 Garantir que a oferta de fórmulas artificiais será feita somente por razões médicas aceitáveis (OMS)	Para adequação das práticas de aleitamento materno no HU-UFGD e melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido	Residência de Pediatria e equipes de médicos pediatras	Unidade de Nutrição Clínica, Setor de Atenção à Saúde da Mulher, Coordenadores de Residência da Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria e Divisões da Gerência de Atenção à Saúde	Acompanhamento do quantitativo de fórmulas dispensadas	Recursos humanos e materiais	Baixo	Julho-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 5: Insuficiência de Recursos Orçamentários
 Nó crítico: **Falta de mais incentivos à contratualização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
4. Monitorar as habilitações solicitadas pelo	3.6 Garantir o agendamento da consulta na rede	Para garantir o agendamento de consulta após a alta (de preferência de 2 a 4 dias após o parto)	Setor de Atenção à Saúde da Mulher e Divisão de Enfermagem	Unidade de Regulação Assistencial e Secretaria Municipal de Saúde	% de agendamento nas Unidades Básicas de Saúde	Recursos humanos e computador	-	Fevereiro-18	Dezembro-20	Não há		
	3.7 Criação de ferramentas de monitoramento de aleitamento materno	Para analisar a efetividade das ações de promoção ao aleitamento materno e fomentar futuras intervenções	Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno, Unidade de Monitoramento e Avaliação e SGPTI	Gestores da Linha Materno Infantil	Dados de prevalência de aleitamento materno na alta hospitalar	Recursos humanos e computador	-	Março-18	Dezembro-20	Não há		
	3.8 Promover capacitação sobre as políticas de aleitamento materno	Capacitar todos os colaboradores e discentes da linha de atenção materno-infantil (equipe clínica e não clínica (terceirizados)	Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno, Comissão de Educação Permanente, Divisão de Gestão de Pessoas e Gerência de Ensino e Pesquisa	Secretaria Estadual de Saúde, Divisão de Enfermagem, Divisão de Gestão do Cuidado, Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Superintendência	% colaboradores da linha materno-infantil capacitados/número total de colaboradores da linha	Recursos humanos, computador e materiais gráficos	Médio	Julho-18	Dezembro-20	Não há		
	3.9 Estruturar e consolidar o projeto de doulas comunitárias	Para atendimento mais humanizado à parturiente	Associação dos Voluntários	Setor de Atenção à Saúde da Mulher, Divisão de Enfermagem e Gerência de Ensino Pesquisa	Número de doulas comunitárias cadastradas	Recursos humanos	-	Fevereiro-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia
 Descritor 5: Insuficiência de Recursos Orçamentários
 Nó crítico: **Falta de mais incentivos à contratualização**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados	3.10 Realizar auto avaliação e passos sequencias à certificação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Para obtenção da habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança	Comissão de Incentivo e Apoio ao Aleitamento Materno e chefias da linha materno infantil	Secretaria Estadual de Saúde e gestores internos	Auto avaliação realizada	Recursos humanos	-	Outubro-19	Dezembro-20	Não há		
	3.11 Melhorar a ambiência do centro obstétrico e alojamento conjunto do HU-UFGD	Garantir privacidade e qualidade de assistência adequada às parturientes	Setor de Infraestrutura Física e Setor de Atenção à Saúde da Mulher	Gerência Administrativa, Gerência de Atenção à Saúde e Superintendência	Projeto executivo realizado	Recursos humanos, materiais e de infraestrutura	Alto	Dezembro-19	Dezembro-20	Não há		
	4.1 Planejar a oferta de serviços em Nefrologia e realizar o estudo de viabilidade técnica para obtenção de habilitação em Diálise Peritoneal e Hemodiálise	Para melhor sustentabilidade e orçamentária relacionada ao custo assistencial	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e Gerência de Atenção à Saúde	Superintendência, Unidade de Planejamento e unidades assistenciais	Projeto de Implantação elaborado	Recursos humanos e computador	-	Novembro-19	Dezembro-20	Não há		
	4.2 Realizar acompanhamento do processo de habilitação em Centro de Referência em Terapia Nutricional do serviço da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional	Para melhor sustentabilidade e orçamentária relacionada ao custo assistencial	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e Gerência de Atenção à Saúde	Superintendência, Unidade de Planejamento e unidades assistenciais	Registro de abertura do processo de habilitação	Recursos humanos e computador	-	Novembro-19	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia

Descritor 6: Baixa aderência à política de segurança da informação

Nó crítico: Indefinição de papéis e responsabilidades dos atores em Tecnologia da Informação (Sede, Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação e Usuários)

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Promover a segurança da informação e definir papéis e responsabilidades dos atores em sistemas informatizados	1.1 Divulgar a Política de Segurança da Informação e Comunicações (POSIC) e boas práticas de segurança	Disseminar a cultura de segurança da informação e comunicação	Chefe do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação	Unidade de Comunicação e Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação	Política de Segurança da Informação e Comunicações divulgada	Recursos humanos e computador	-	Junho-18	Julho-18	Não há	80% de termo de responsabilidade, conforme normativas publicadas, assinado pelos usuários	Adoção de práticas que contribuam para segurança da informação nas rotinas diárias
	1.2 Compôr Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	Normatizar a Política de Segurança da Informação e Comunicações no âmbito local	Superintendência	Unidade de Apoio Corporativo	Portaria de composição do Subcomitê publicada	Recursos humanos e computador	-	Março-18	Março-18	Não há		
	1.3 Elaborar e divulgar as normas internas da Política de Segurança da Informação e Comunicações, definindo os papéis e responsabilidade dos atores	Identificação de responsáveis para delegação de atividades concernentes à sistemas informatizados. Divulgar responsabilidades de papéis de atores	Coordenador do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	Chefias imediatas e membros do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	Normativa publicada	Recursos humanos e computador	-	Abril-18	Dezembro-18	Atividade 1.2		
	1.4 Elaborar e aprovar o plano de capacitação e orientação referente à segurança da informação	Para promoção da segurança da informação	Coordenador do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	Divisão de Gestão de Pessoas e membros do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	Plano de capacitação aprovado	Recursos humanos e computador	-	Janeiro-19	Março-19	Atividade 1.3		

Macroproblema 2: Insuficiência de infraestrutura e tecnologia

Descritor 6: Baixa aderência à política de segurança da informação

Nó crítico: **Indefinição de papéis e responsabilidades dos atores em Tecnologia da Informação (Sede, Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação e Usuários)**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.5 Capacitar colaboradores no tema de segurança da informação	Para que seja possível promover o tema na cultura de gestão	Coordenador do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	Unidade de Comunicação, Comissão de Educação Permanente, chefias imediatas e membros do Subcomitê Gestor de Segurança da Informação e Comunicações	Número de colaboradores capacitados/número total de colaboradores	Recursos humanos e computador	Baixo	Março-19	Dezembro-19	Atividade 1.4		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente

Descritor 1: Baixo controle de gestão do leito

Nó crítico: **Falta de comunicação entre as unidades de internação**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1 Implementar o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) em todas as unidades de Internação	Para melhoria das informações durante a internação e garantia dos registros de modo padronizado	Chefe do SGPTI e Chefes das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde	Superintendência e Gerência de Atenção à Saúde	AGHU em funcionamento nas unidades de internação	Recursos humanos e computadores	-	Agosto-18	Dezembro-18	Não há		
	1.2 Constituir os modelos de evolução e adendo de	Para garantir a continuidade do plano terapêutico durante a internação	Chefes das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde	Superintendência, Gerência de Atenção à Saúde, Chefe do SGPTI e Chefes das	Adendo de transferência e evolução prontos para uso no AGHU	Recursos humanos e computadores	-	Agosto-18	Dezembro-18	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente

Descritor 1: Baixo controle de gestão do leito

Nó crítico: Falta de comunicação entre as unidades de internação

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Unificar o modelo de registro de informações na assistência	transferência no AGHU			unidades assistenciais								
	1.3 Elaboração e implementação do Procedimento Operacional Padrão para transferência entre as unidades de internação	Para definir e normatizar o processo de transferência entre as unidades de internação	Chefes das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde e Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Superintendência, Gerência de Atenção à Saúde e Núcleo Interno de Regulação	100% dos colaboradores envolvidos no processo capacitados para execução do Procedimento Operacional Padrão	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Julho-19	Atividade 1.2	Melhoria dos indicadores de gestão do leito	Promover a interação entre as unidades assistenciais e apoio técnico
	2.1 Instituir as Unidades de Produção assistenciais e de apoio técnico	Para fomentar a gestão participativa	Gerente de Atenção à Saúde	Grupo Condutor para Implantação do Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar e Chefes das Unidades Assistenciais	100% das Unidades de Produção Assistenciais e de Apoio Técnico implementadas	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Dezembro-18	Não há		
2.2 Implantar o Colegiado Ampliado das Unidades de Produção	Promover o envolvimento de todos os profissionais que integram o serviço, tornando-os protagonistas e garantindo maior comunicação horizontal dentro do ambiente de trabalho	Gerente de Atenção à Saúde	Grupo Condutor para Implantação do Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar e Chefes das Unidades Assistenciais	Nº de reuniões realizadas em relação ao número de reuniões planejadas em calendário anual	Recursos humanos e computadores	-	Outubro-18	Junho-19	Atividade 2.1			
2. Ampliar o fluxo comunicativo e a deliberação horizontal na Atenção à Saúde												

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente

Descritor 1: Baixo controle de gestão do leito

Nó crítico: **Falta de comunicação entre as unidades de internação**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	2.3 Estabelecer a visita horizontalizada multiprofissional nas Unidades de Produção Assistenciais	Para promover a comunicação entre a equipe multiprofissional e melhorar a gestão do cuidado	Chefes de Unidades organizacionais assistenciais e Coordenadores das Unidades de Produção Assistenciais	Gerência de Atenção à Saúde, Chefes das Divisões da Gerência de Atenção à Saúde, Unidade de Processamento da Informação Assistencial e Núcleo Interno de Regulação	100% das Unidades de Produção Assistenciais com rotina de visita multiprofissional implantada	Recursos humanos e tecnológicos	Baixo	Janeiro-19	Dezembro-19	Atividade 2.1		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente

Descritor 2: Sistematização incipiente de exames de apoio diagnóstico

Nó crítico: **Ausência de mapeamento de processos de solicitação dos exames de apoio diagnóstico**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1. Promover nivelamento de informações e busca de soluções conjuntas entre chefes de Unidades Assistenciais e Unidades de Imagem e Laboratório	Para mapear as barreiras no processo de solicitação de exames	Setor de Apoio Diagnóstico	Gerência de Atenção à Saúde, Divisão Médica, Divisão de Gestão do Cuidado e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Ata de reunião com pactuação entre chefes de Unidades Assistenciais e Unidades de Imagem e Laboratório	Recursos humanos e computadores	-	Agosto-18	Outubro-18	Não há	Mapeamento de processos realizado e integrado aos protocolos clínicos existentes	Garantir mais segurança ao paciente e segurança da informação; Melhorar a gestão de custos; Otimizar as atividades dos colaboradores
	1.2. Elaborar normas e rotinas das Unidades de	Para definição de atribuições dos profissionais e as	Setor de Apoio Diagnóstico	Divisão de Pessoas, Unidade de	Documento de normas e	Recursos humanos e computadores	-	Agosto-18	Dezembro-18	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 2: Sistematização incipiente de exames de apoio diagnóstico
 Nó crítico: Ausência de mapeamento de processos de solicitação dos exames de apoio diagnóstico

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Regulamentar a solicitação dos exames internos de apoio Diagnóstico e Terapêutico	Imagem e Laboratório	rotinas técnicas das Unidades		Produção do Laboratório, Chefe da Unidade de Diagnóstico por Imagem e Unidade de Laboratório de Análises Clínicas	rotinas publicado							
	1.3. Padronizar o rol de exames internos de apoio diagnóstico e terapêutico	Para definir exames internos ofertados para as Unidades de Internação	Setor de Apoio Diagnóstico	Gerência de Atenção à Saúde, Divisão Médica, Divisão de Gestão do Cuidado e Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Lista padronizada de oferta de exames	Computadores e Recursos humanos	-	Julho-18	Dezembro-18	Não há		
	1.4. Elaborar e implementar os POP's de solicitação de exames de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Para regulamentar o processo de solicitação	Unidade de Laboratório e Unidade de Diagnóstico por Imagem	Setor de Apoio Diagnóstico e Gerência de Atenção à Saúde	100% dos colaboradores envolvidos no processo capacitados para execução dos Procedimentos Operacionais Padrão	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Julho-19	Atividade 1.3		
	1.5. Definir Protocolos para propedêutica de urgência dos exames de apoio diagnóstico	Para normatizar as rotinas de exames de urgência	Setor de Apoio Diagnóstico	Gerência de Atenção à Saúde, Divisão Médica, Divisão de Gestão do Cuidado e Divisão de	Protocolos Clínicos de Urgência dos exames de apoio diagnóstico publicados	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Julho-20	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 2: Sistematização incipiente de exames de apoio diagnóstico
 Nó crítico: Ausência de mapeamento de processos de solicitação dos exames de apoio diagnóstico

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Monitorar a realização de exames externos de apoio Diagnóstico e Terapêutico				Apoio Diagnóstico e Terapêutico e chefias das unidades assistenciais								
	2.1. Analisar o potencial de produtividade de exames de apoio diagnóstico	Para dimensionar a oferta de exames de apoio diagnóstico	Setor de Apoio Diagnóstico, Unidade de Diagnóstico por Imagem e Unidade de Laboratório	Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Relatório do potencial de exames	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Agosto-18	Não há		
	2.2. Definir o rol de indicadores para aferição do absenteísmo dos exames de Apoio Diagnóstico	Para configuração de indicadores de absenteísmo e instrução de oferta externa de exames de apoio diagnóstico	Setor de Apoio Diagnóstico, Unidade de Diagnóstico por Imagem e Unidade de Laboratório	Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Unidade de Monitoramento e Avaliação	Painel de bordo instituído	Recursos humanos e computadores	-	Agosto-18	Dezembro-18	Não há		
	2.3. Monitorar os exames produzidos com os exames faturados	Alinhamento da estatística de produção com a estatística de faturamento	Setor de Apoio Diagnóstico, Unidade de Diagnóstico por Imagem e Unidade de Laboratório	Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e Unidade de Processamento de Informação Assistencial	% exames faturados em relação aos realizados de Apoio Diagnóstico Produzido	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Junho-19	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente

Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente

Nó crítico: Ausência de institucionalização das metas de segurança do paciente para os postos de trabalho

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Fomentar a Cultura de Segurança do Paciente	1.1 Expandir a implantação e implementação dos protocolos relacionados às seis metas de segurança do paciente	Para atribuir qualidade na assistência oferecida, com foco na segurança do paciente; Reduzir a ocorrência de eventos adversos e custos hospitalares; Atender as legislações vigentes.	Núcleo de Segurança do Paciente	GAS, GEP, GAD, SGPTI, Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, chefias e equipes das unidades assistenciais e administrativas e Comissão de Educação Permanente	Nº de protocolos implantados /Número de implantações sugeridas;	Recursos humanos, insumos, materiais gráficos, computadores e recursos de infraestrutura	Médio	Julho-18	Dezembro-20	Não há	Nº de Eventos adversos relacionados as metas de segurança do paciente	Elevar em 50% a Cultura de Segurança
	1.2 Fortalecer estratégias para o uso do VigiHosp como ferramenta de notificação de incidentes que envolvam a segurança do paciente	Para conhecer, monitorar e promover planos de intervenção relacionados aos indicadores de segurança do paciente	Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais	GAS, GEP, GAD, Chefias e equipes das unidades assistenciais e administrativas, Comissão de Educação Permanente, SGPTI e Unidade de Comunicação	Aumento de notificações de incidentes no VigiHosp, com base na série histórica	Recursos Humanos, computadores e materiais gráficos	-	Julho-18	Dezembro-20	Não há		
	1.3 Monitorar, avaliar e divulgar os indicadores de segurança do paciente	Para promover ações de intervenção para os resultados críticos e sensibilizar os profissionais para o	Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e Unidades Assistenciais	Divisão Médica, Divisão de Enfermagem, Unidade Multiprofissional, Chefias e equipes das unidades assistenciais e administrativas, GEP,	Divulgação periódica do relatório de implantação de metas de segurança do paciente	Recursos Humanos, computadores e materiais gráficos	Baixo	Julho-18	Dezembro-20	Atividade 1.1		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: Ausência de institucionalização das metas de segurança do paciente para os postos de trabalho

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
		cumprimento dos protocolos de segurança do paciente		Comissão de Educação Permanente, GAD, SGPTI, Unidade de Monitoramento e Avaliação e Unidade de Comunicação								
	1.4 Capacitar colaboradores, residentes e demais envolvidos no processo de cuidado ao paciente sobre Segurança do Paciente	Para inserir todos os envolvidos no processo do cuidado seguro	Núcleo de Segurança do Paciente;	GAS, GEP, GAD, SGPTI, Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, chefias e equipes das unidades assistenciais e administrativas, Núcleo de Educação Permanente e Divisão de Gestão de Pessoas	Número de pessoas capacitadas/ número total do público-alvo	Recursos humanos, computadores e materiais gráficos	Médio	Setembro-18	Dezembro-20	Não há		
	1.5 Implantar o protocolo de Sepsis	Para reconhecer o paciente com suspeita de sepsis em tempo hábil	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	GAS, GEP, GAD, SGPTI, Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, chefias e equipes das unidades assistenciais e administrativas, Núcleo de Educação Permanente, Comitê de Protocolos Clínicos e Divisão de Gestão de Pessoas	Nº de capacitações do Protocolo de Sepsis realizadas em relação ao número de capacitações planejadas	Recursos humanos e computadores	Baixo	Setembro-18	Dezembro-20	Não há		
	1.6 Implantar os rounds com alta gestão nas	Para engajamento das lideranças	Gerente de Atenção à Saúde	Núcleo de Segurança do Paciente, Serviço de Controle de	Cronograma anual cumprido	Recursos humanos	-	Julho-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: Ausência de institucionalização das metas de segurança do paciente para os postos de trabalho

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Desenvolver Estratégias para Redução de Infecção Hospitalar	unidades assistenciais	nas metas de segurança		Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Unidades assistenciais, Superintendência, Gerências, Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente								
	2.1 Implementar os <i>Bundles</i> de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde na Unidade de Terapia Intensiva Adulto	Para adesão às recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no controle de infecções	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	GAS, Divisões da GAS, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, NSP, UTI Adulto, Comissão de Educação Permanente, Unidade de Cirurgia/Recuperação Pós-anestésica, CME e SGPTI	Redução de 50% da taxa de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde nas Unidades de Terapia Intensiva, com base na série histórica	Recursos Humanos, formulários e computadores	-	Julho-18	Dezembro-20	Não há		
	2.2 Implantar o protocolo de Profilaxia Cirúrgica e tratamento de infecções	Para adesão às recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para controle de infecções e redução da resistência microbiana	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, GAS, Divisões da GAS, Comissão de Educação Permanente, Setor de Farmácia, SGPTI e Comitê de Protocolos Clínicos	Nº de capacitações do Protocolo de tratamento de infecções realizadas em relação ao número de capacitações planejadas	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente

Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente

Nó crítico: Ausência de institucionalização das metas de segurança do paciente para os postos de trabalho

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	2.3 Implementar ações de rastreabilidade dos materiais esterilizados na Central de Material Esterilizado	Para adesão às recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para controle de infecções	Chefe da Unidade de Cirurgia/Recuperação Pós-anestésica e Central de Material Esterilizado	SGPTI, Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	95% dos materiais rastreados	Recursos Humanos, insumos e etiquetas	-	Outubro-18	Dezembro-20	Não há		
	2.4 Monitorar, avaliar e divulgar os indicadores de infecção hospitalar	Para promover ações de intervenção nos resultados críticos e sensibilizar os profissionais para o cumprimento das metas de infecção hospitalar	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, GAS, Divisões da GAS, Comissão de Educação Permanente, Setor de Farmácia e SGPTI	Divulgação periódica do relatório de infecção hospitalar	Recursos humanos e computadores	-	Julho-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente

Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente

Nó crítico: Rastreabilidade incipiente dos insumos

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1 Viabilizar as etapas de estabelecimento das	Para mapear os atores envolvidos e suas respectivas	Chefe da Divisão Administrativa Financeira, Chefe do Setor de	Chefe do Setor de Suprimentos, Chefe da Unidade de Almoarifado e	Processo mapeado	Recursos Humanos e computadores	-	Janeiro-18	Abril-18	Não há	1. Relação de consumo versus custo entre	1. Confiabilidade de no rastreio de

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: **Rastreabilidade incipiente dos insumos**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Reestruturação do processo de compras e licitações dos insumos	atividades de aquisição e seus fluxos	responsabilidades	Administração, Chefe da Unidade de compras e Chefe da Unidade de Licitações	Produtos para a saúde, Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar, Chefe da Unidade de Abastecimento Farmacêutico, Chefe do Setor de Apoio Diagnóstico, Chefe da Unidade de Laboratório e Análises Clínicas e Anatomia Patológica e Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar							unidades clínico-assistenciais ; 2. Mapeamento dos processos de consumíveis ; 3. Quantidade de POP's elaborados referente a controle de insumos;	problemas relacionados à medicamentos (PRMs) e produtos para a saúde; 2. Controle efetivo do estoque físico de medicamentos, órteses e próteses; 3. Otimização dos centros de custos assistenciais ;
	1.2 Elaborar minutas padrão de TR	Para sistematizar a composição do TR e parametrizá-lo	Chefe do Setor de Suprimentos, Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar, Chefe da Unidade de Abastecimento Farmacêutico, Chefe do Setor de Apoio Diagnóstico, Chefe da Unidade de Laboratório e Análises Clínicas e Anatomia Patológica e Unidade de Diagnóstico por Imagem	Chefe da Divisão Administrativa Financeira, Chefe do Setor de Administração, Chefe da Unidade de compras, Chefe da Unidade de Licitações, Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar e Setor Jurídico	Minutas de TR padronizadas e publicadas	Recursos Humanos e computadores	-	Maio-18	Dezembro-18	Não há	4. % de padronização de produtos para a saúde e insumos do laboratório de análises clínicas e anatomia patológica;	4. Melhoria no acesso a informações no tocante à suprimentos / consumíveis ;
	1.3 Instituir o monitoramento	Para garantir o cumprimento do fluxo	Chefe da Divisão Administrativa Financeira, Chefe do	Chefe do SGPTI, Setor de Suprimentos e Setor	Painel de monitoramento instituído e em	Recursos Humanos,	Baixo	Maio-18	Definir com Leandro	Atividade 1.1		5. Melhoria na qualidade dos

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: **Rastreabilidade incipiente dos insumos**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Implantação do módulo farmácia do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários na Unidade de Dispensação Farmacêutica	do processo de aquisição	estabelecido e mapeado	Setor de Administração, Chefe da Unidade de compras e Chefe da Unidade de Licitações	de Farmácia Hospitalar	pleno funcionamento	computadores e sistemas						processos assistenciais ;
	2.1 Adquirir os equipamentos e insumos necessários	Para iniciar o processo de implantação	Chefe do SGPTI	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar, Chefe do Setor de Administração e Chefe da Unidade de Compras	Equipamentos e insumos necessários 100% adquiridos	Recursos Humanos, computadores e recursos financeiros	Alto	Agosto-17	Dezembro -17	Não há		
	2.2 Instalar equipamentos	Pré-requisito para disponibilização do módulo pela Ebserh-Sede	Chefe do SGPTI	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar, Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica, Chefe do Setor de Infraestrutura Física e Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar	Equipamentos 100% instalados	Recursos humanos e infraestrutura física necessária	Baixo	Janeiro-18	Maió-18	Atividade 2.1		
	2.3 Disponibilização do módulo informatizado	Para instalação, adequação, teste e documentação do software	Chefe do SGPTI	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar, Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica, Chefe do Setor de Infraestrutura Física, Diretoria de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação	Módulo pronto e disponível para utilização	Recursos humanos, sistemas e computadores	Baixo	Junho-18	Junho-19	Atividade 2.2		
	2.4 Capacitação de recursos	Para dar maior segurança no	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar,	Rede Ebserh	100% da equipe da Unidade de	Recursos humanos e	Baixo	Junho-19	Dezembro -20	Atividade 2.3		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: **Rastreabilidade incipiente dos insumos**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	humanos na utilização do módulo	manuseio do software e minimizar potenciais dificuldades na aplicação, tanto para a equipe médica, quanto para os profissionais farmacêuticos	Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica, Chefe do SGPTI		Dispensação Farmacêutica capacitada	recursos financeiros (passagens e diárias)						
	2.5 Realização do inventário de medicamentos da Unidade de Dispensação Farmacêutica	O inventário representa o volume econômico destinado à rotatividade da prestação de serviços e a identificação de seu valor absoluto auxilia a melhoria nos processos de gestão	Setor de Farmácia Hospitalar e Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica	Chefe da Divisão Administrativa Financeira, Chefe do Setor de Contabilidade, Chefe da Unidade de Contabilidade de Custos e Chefe do Setor de Suprimentos	Medicamentos inventariados	Recursos humanos e computadores	-	Junho-19	Dezembro -20	Atividade 2.4		
	3.1 Elaboração e publicação de Procedimento Operacional Padrão para rastreabilidade dos medicamentos distribuídos	Para ordenar o fluxo de trabalho e também mapear os processos envolvidos	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar e Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica	Colegiado Executivo	Procedimento Operacional Padrão publicado	Recursos humanos e computadores	-	Junho-19	Dezembro -20	Atividade 2.5		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: **Rastreabilidade incipiente dos insumos**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
3. Implementação do Procedimento Operacional Padrão para rastreabilidade dos medicamentos	3.2 Capacitação de recursos humanos na execução e implementação do POP	Assegurar a execução adequada do processo	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar e Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica	Comissão de Educação Permanente e Divisão de Gestão de Pessoas	100% dos colaboradores da Unidade de Dispensação Farmacêutica capacitados para execução do POP	Recursos humanos e computadores	-	Junho-19	Dezembro -20	Atividade 3.1		
	3.3 Definição e implementação dos indicadores de monitoramento e retroalimentação de informações	Identificar os parâmetros a serem monitorados, bem como as ações a serem executadas caso ocorram falhas na execução do processo	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar e Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica	Chefe da Divisão Administrativa Financeira e Unidade de Abastecimento Farmacêutico	Indicadores instituídos e monitorados	Recursos humanos e computadores	-	Junho-19	Dezembro -20	Atividade 3.1		
	3.4 Monitoramento da rastreabilidade dos medicamentos	Monitorar a execução do processo de rastreabilidade	Chefe da Unidade de Dispensação Farmacêutica	Chefe do Setor de Farmácia Hospitalar	100% dos medicamentos rastreados	Recursos humanos, sistemas e computadores	-	Junho-19	Dezembro -20	Atividade 3.1		
	4.1 Definição da metodologia do rastreamento dos itens de órteses e próteses	Identificar os parâmetros a serem monitorados	Chefe do Setor de Suprimentos e Chefe da Unidade de Almoxarifado e Produtos para a Saúde	Chefe da Divisão Administrativa Financeira, Chefe da Unidade de Centro Cirúrgico/ Recuperação Pós-anestésica e Responsável pelo Serviço de Hemodinâmica	Metodologia e indicadores definidos	Recursos humanos e computadores	-	Junho-18	Dezembro -18	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: **Rastreabilidade incipiente dos insumos**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
4. Monitoramento da rastreabilidade dos itens de órteses e próteses	4.2 Definição de itens a serem rastreados/monitorados de órteses e próteses	Para identificação dos itens que serão prioritários no rastreamento	Chefe do Setor de Suprimentos e Chefe da Unidade de Almojarifado e Produtos para a Saúde	Chefe da Unidade de Cirurgia/Recuperação Pós-anestésica, Central de Material Esterilizado e Responsável pelo Serviço de Hemodinâmica	Itens prioritários definidos	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Dezembro-20	Atividade 3.1		
	4.3 Elaboração e implementação do POP para rastreabilidade de órteses e próteses	Para ordenar o fluxo de trabalho e também mapear os processos envolvidos e assegurar a execução adequada do processo	Chefe do Setor de Suprimentos, Chefe da Unidade de Almojarifado e Produtos para a Saúde, Chefe da Unidade de Cirurgia/Recuperação Pós-anestésica, Central de Material Esterilizado e Responsável pelo Serviço de Hemodinâmica	Colegiado Executivo e Comissão de Educação Permanente	100% dos colaboradores envolvidos no processo capacitados para execução do POP	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Dezembro-20	Atividade 3.2		
	4.4 Definição de indicadores de avaliação e monitoramento do processo de rastreabilidade de órteses e próteses	Identificar os parâmetros a serem monitorados, as ações a serem executadas caso ocorram falhas na execução do processo e monitorar a execução do	Chefe do Setor de Suprimentos, Chefe da Unidade de Almojarifado e Produtos para a Saúde, Chefe da Unidade de Cirurgia/Recuperação Pós-Anestésica, Central de Material Esterilizado e Responsável pelo	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar e Divisão de Apoio Diagnóstico Terapêutico	Painel de indicadores estabelecido e monitorado periodicamente	Recursos humanos e computadores	-	Janeiro-19	Dezembro-20	Atividade 3.1 e atividade 3.6		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: **Rastreabilidade incipiente dos insumos**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
5. Padronização dos produtos para a saúde e materiais do Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica		processo de rastreabilidade	Serviço de Hemodinâmica									
	5.1 Participar da construção de alinhamento do modelo de protocolos	Para analisar os materiais utilizados nos protocolos buscando posterior alinhamento	Chefe do Setor de Suprimentos e membro do Setor de Suprimentos no Comitê de Protocolos	Comitê de Protocolos	Participação efetiva de membro do Setor de Suprimentos no Comitê de Protocolos	Recursos humanos e computadores	-	Mai-18	Dezembro -20	Não há		
	5.2 Alinhar a padronização de produtos para a saúde e insumos de laboratório necessários à protocolos clínicos	Para direcionar o uso racional e nortear as solicitações tanto laboratoriais, quanto de produtos/dispositivos médicos consumíveis	Chefe do Setor de Suprimentos	Chefes que compõem a Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e das unidades que compõem a Divisão de Gestão do Cuidado, Chefe do Setor de Suprimentos e Presidente da Comissão de Padronização de Materiais	Elenco de produtos para a saúde e insumos de laboratório padronizados e publicados no Boletim de Serviços	Recursos Humanos e computadores	Baixo	Setembro-17	Dezembro -20	Não há		
5.3 Realizar a padronização de exames laboratoriais	Para nortear a prática clínica, frente ao apoio diagnóstico disponível na instituição	Chefe do Setor de Suprimentos e Chefe da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia Patológica	Chefe do Setor de Apoio Diagnóstico, Comissão de Padronização de Materiais e Chefe da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Relação de exames médicos realizados/contratados pelo Laboratório de Análises Clínicas e Anatomia	Recursos Humanos e computadores	Baixo	Novembro-17	Dezembro -20	Atividade 5.1			

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 3: Baixa adesão e implantação das políticas de segurança do paciente
 Nó crítico: **Rastreabilidade incipiente dos insumos**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
					Patológica publicados no Boletim de Serviços							

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 4: Alto índice de registros da informação assistencial inadequados
 Nó crítico: **Falta de mobilização pelos gestores internos com faturamento**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
	1.1 Elaborar e instituir normativa sobre documentação e preenchimentos obrigatórios do prontuário	Para que os prontuários sejam compostos em conformidade com a normativa do Conselho Federal de Medicina n.1.638/2002 e Manual do Sistema de Informações Hospitalares	Unidade de Processamento da Informação Assistencial	Superintendência, Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa	Normativa publicada	Computadores e recursos humanos	-	Julho-18	Dezembro-18	Não há		
	1.2 Capacitar gestores sobre informações necessárias no prontuário para	Para que o prontuário em formato papel seja elaborado em	Unidade de Processamento da Informação Assistencial e Divisão de	GEP, GAS, SGPTI e Comissão de Educação Permanente	100% dos gestores das unidades assistenciais capacitados	Computadores e recursos humanos	-	Janeiro-19	Setembro-19	Atividade 1.1		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 4: Alto índice de registros da informação assistencial inadequados
 Nó crítico: Falta de mobilização pelos gestores internos com faturamento

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
1. Institucionalizar o modelo de composição do prontuário, registro e processamento da informação assistencial	inserção no DATASUS	conformidade com as normativas	Gestão de Pessoas								1. % de inadequações registradas 2. % de ocorrência de registro na ouvidoria sobre localização de prontuário	1. Fortalecer a cogestão nas unidades assistenciais 2. Assegurar a qualidade dos registros de informação assistencial
	1.3 Monitorar a aderência às normas referentes ao registro da informação assistencial	Para fomentar boas práticas de registro nas unidades assistenciais	Comissão de Revisão de Prontuários	Unidade de Processamento da Informação Assistencial, GAS e Chefiadas das Divisões da GAS	Relatório da amostra avaliada por clínica	Computadores e recursos humanos	-	Setembro-19	Setembro-20	Atividade 1.2		
	1.4 Implementar fluxo de atualização do cadastro do HU-UFGD junto ao CNES	Evitar que dados cadastrais junto ao CNES impacte negativamente na produção. Atender manual do CNES e portaria 1646/2015	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde e Divisão Médica	Divisão de Gestão de Pessoas, Unidade de Patrimônio, Setor de Engenharia Clínica, Unidade de Apoio Corporativo, Secretaria da Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa	% de glosa por motivo de cadastro no CNES em relação ao total de glosas por mês	Computadores e recursos humanos	-	Setembro-18	Abril-18	Não há		
	2.1 Planejamento de construção de um espaço físico mobiliado destinado ao arquivo médico	Para unificar prontuários e manter guarda de acordo com a normativa do Conselho Federal de Medicina nº 1638/2002. Liberar espaço atualmente utilizado pelo arquivo	Gerência de Atenção à Saúde, Gerência Administrativa, Gerência de Ensino e Pesquisa e Superintendência	Chefiadas de unidades, setores e divisão da Gerência de Atenção à Saúde, Gerência Administrativa e Gerência de Ensino e Pesquisa	Projeto executivo elaborado, incluído no Plano Diretor Físico	Computadores e recursos humanos	-	Janeiro-18	Dezembro-20	Não há		

Macroproblema 3: Gestão da clínica incipiente
 Descritor 4: Alto índice de registros da informação assistencial inadequados
 Nó crítico: **Falta de mobilização pelos gestores internos com faturamento**

Ação	Atividades	Porquê	Responsáveis (Todas as áreas)	Parceiros	Indicadores de Monitoramento	Recursos Necessários	Custo (Caso envolva recursos financeiros)	Data de início	Data prevista para término	Dependências entre atividades	Indicadores de Resultado (assistenciais, financeiros, outros)	Meta (Resultado Esperado)
2. Estruturar o Serviço de Arquivo médico e estatística	2.2 Dimensionamento de pessoal para arquivo médico e estatística	Organizar arquivo unificando os prontuários, controlar movimentação, fornecer estatística e atender o ensino e pesquisa	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde	Gerência de Atenção à Saúde e Gerência Administrativa	Dimensionamento realizado e encaminhado à Diretoria de Gestão de Pessoas	Recurso humano	Alto	Novembro-20	Dezembro-20	Atividade 1.3		
	2.3. Implementar gestão eletrônica de documentos para prontuários	Para melhorar o controle na guarda e movimentação de prontuários, aumentando a segurança do arquivo	SGPTI	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, chefias da Gerência de Atenção à Saúde e Gerência de Ensino e Pesquisa	Sistema implantado e em funcionamento	Recursos humanos	Baixo	Janeiro-18	Dezembro-20	Não há		