



PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2021 - 2023

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ - CH-UFC

v. 08 – 15/03/2022

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Presidente

Oswaldo de Jesus Ferreira

Diretor Vice-Presidente Executivo

Eduardo Chaves Vieira

Superintendente

Carlos Augusto Alencar Júnior

Gerente Administrativo

Eugenie Desirèe Rabelo Neri Viana

Gerente de Atenção à Saúde

Francisco Edson de Lucena Feitosa – Gerente de Atenção à Saúde 2**Jailton Vieira Silva – Gerente de Atenção à Saúde 1**

Gerente de Ensino e Pesquisa

Renan Magalhães Montenegro Júnior

Este Plano Diretor Estratégico (PDE) foi aprovado conforme Parecer nº 108/2020/SUPRIN/CH-UFC-EBSERH (10871108), previamente analisado em Reunião do Colegiado Executivo do COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (CH-UFC) realizada em 14 de dezembro de 2020 (Doc. SEI nº 10871019), constante no processo SEI 23533.044312/2020-64. O PDE ficará disponível no endereço <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc>.

VERSÕES APROVADAS	PROCESSO SEI
1ª versão – 17/12/2020	Processo 23533.044312/2020-64
2ª versão - 12/02/2021	Processo 23533.044312/2020-64
3ª versão - 26/03/2021	Processo 23533.044312/2020-64
4ª versão – 02/06/2021	Processo 23533.044312/2020-64
5ª versão – 21/06/2021	Processo 23533.044312/2020-64
6ª versão – 09/07/2021	Processo 23533.044312/2020-64
7ª versão – 09/12/2021	Processo 23533.044312/2020-64
8ª versão – 15/03/2022	Processo 23533.044312/2020-64

Colaboraram ativamente na elaboração e na revisão deste documento, os seguintes profissionais, em ordem alfabética:

Abel Brasil Ramos Da Silva	Emeline Moura Lopes	Patricia Aquino de Queiroz
Abimael Torcate De Souza	Erika Gondim Gurgel Ramalho Lima	Paulo Henrique Oliveira Costa
Adriana Sales Silva De Oliveira	Eugenie Desirèe Rabelo Neri Viana	Rafael Carneiro Da Costa
Alexandre Monteiro Pacheco	Eveline Campos Monteiro De Castro	Raimundo Homero de Carvalho Neto
Ana Katia Moura Lopesas	Fernanda Chrystine Do Rego Barros De Almeida Silva	Rainardo Antonio Puster
Andrea Da Nobrega Cirino Nogueira	Francisca Lorena Leoncio Juca	Raquel Autran Coelho Peixoto
Andreia Paula De Oliveira Aguiar	Francisca Meiriane Braga De Morais	Regis Barreto Aguiar Fonteles
Andreina Fontenele Teixeira	Francisca Miranda Lustosa	Renan Magalhães Montenegro Júnior
Antonia Elayne Sampaio De Oliveira	Francisco Edson de Lucena Feitosa	Renata Cordeiro Arruda Uchoa
Pacífico	Francisco Renato Silva Lima	Renata Cristina De Souza Da Ponte Queiroz
Antonio Anderson Albuquerque Venancio	George Chaves Nunes	Rochelle Goncalves De Souza
Antonio Brazil Viana Junior	Georgia Karine Lopes Soares	Romulo Reboucas Lobo
Antonio Everardo Soares Alves	Germano Andrade Marques	Samia Graciele Maia Oliveira Giacomini
Antonio Marcos Sousa Carvalho	Gisele Maria Barroso Barbosa Monte	Samilla Ferreira Dantas
Arnaldo Aires Peixoto Júnior	Helcio Fonteles Tavares Da Silveira	Samuel Pires Ribeiro
Assuero Silva Meira	Hemerson Bruno Da Silva Vasconcelos	Sandra Lucia Alves Siqueira
Beatriz Amorim Beltrão	Ielda Feijo Marinho	Solange Maria De Oliveira Santos
Cairo Campos Duarte	Joelson Vitoriano Dos Santos Lima	Stephan Quadros Nogueira
Carlos Augusto Alencar Júnior	Kelvia De Andrade Rodrigues	Taina Veras de Sandes Freitas
Cinthya Cavalcante De Andrade	Laurimberg Diniz Cavalcante	Tatiana Amancio Campos Crispim
Clarisse Uchoa De Albuquerque	Lina Rodrigues Ferreira	Tereza Cristina Alves Ferreira
Claudecilia De Oliveira Teixeira	Livia De Paulo Pereira	Thisciane Ferreira Pinto Gomes
Claudia Sebastiana Da Silva	Luciana Luz Alves	Vitor Nogueira Araujo
Clecia Reijane Lucas De Oliveira Boecker	Ludmila Wanbergna Nogueira Felix	Willianderson Freire Vieira
Cleisson Silva Dos Santos	Maguida Gomes Da Silva	Zenilda Vieira Bruno
Danielle Campos De Aguiar	Maria Cristina Cordeiro	Zeus Peron Barbosa Do Nascimento
Danielle Karoline Soares De Souza Magalhaes	Maria Liduina Freitas Pinto	
Denise Menezes Brunetta	Maria Lindomar Mendes	
Eduardo Frota Oliveira	Maria Ozilene Rodrigues Batista	
Eliane Maria Da Silva De Paula	Muse Santiago De Oliveira	
Elizabeth Ribeiro Yokobatake Souza	Olga Maria Souza Da Silva	

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	5
1.1	O Plano Diretor Estratégico	5
2	CONTEXTO.....	9
2.1	O CH-UFC inserido no Contexto Local	9
2.2	Histórico da Estratégia do CH-UFC	10
3	ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
3.1	O Plano Diretor Estratégico Anterior.....	12
3.2	Percepções dos Envolvidos.....	36
3.3	Desempenho do Contrato SUS	44
3.4	Avaliação do Selo EBSEH de Qualidade	48
3.5	Contrato de Objetivos	49
3.6	Principais Achados e Recomendações.....	50
3.7	Painel de Contribuição da Rede Ebserh.....	52
4	ESTRATÉGIA DO CH-UFC.....	56
4.1	Declaração de Visão do CH-UFC	56
4.2	Macroproblemas	56
4.3	Painel de Contribuição do CH-UFC	57
5	MONITORAMENTO	59
5.1	Modelo de Gestão do PDE.....	59
5.2	Modelo de Comunicação.....	65
5.3	Calendário.....	70
6	ANEXOS.....	72
6.1	Fichas dos Indicadores Locais	72
6.2	Fichas dos Projetos Locais	81
6.3	Estrutura Analítica dos Projetos	98
6.4	Cronograma	105

1 APRESENTAÇÃO

1.1 O Plano Diretor Estratégico

Em 2011 foi autorizada a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) pela Lei nº 12.550, cuja finalidade, conforme o art. 3º, é a “prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição, a autonomia universitária”.

Atualmente, a Rede Ebserh é composta por 40 Hospitais Universitários Federais (HUFs) com diferentes níveis de maturidade em gestão e perfis assistenciais, porém um objetivo comum: fornecer ensino, pesquisa e assistência de qualidade.

Desde 2011, quando foi criada, a Ebserh vem aprimorando sua estratégia de atuação, frente ao desafio de implementação de sua missão institucional. Em consequência dessa evolução contínua, em 2018, a estratégia organizacional foi revisada, em um movimento amplamente participativo, que contou com representantes de todos os hospitais da Rede e das diretorias, o que possibilitou elevar o nível de maturidade organizacional, a capacidade de atuação em rede, além de possibilitar adequações em relação ao que dispõe a Lei 13.303/2016.

A Estratégia da Ebserh foi desenvolvida conforme as melhores práticas de gestão estratégica e está fortemente baseada no *Balanced Scorecard* (BSC), ou seja, "Indicadores Balanceados de Desempenho". Um dos principais componentes do BSC é o Mapa Estratégico, que descreve a estratégia da empresa através de objetivos relacionados entre si e distribuídos em perspectivas. O objetivo estratégico representa o que deve ser alcançado, portanto, indica o que é crítico para o sucesso da organização. Por sua vez, os indicadores definem como será medido e acompanhado o sucesso do alcance do objetivo.

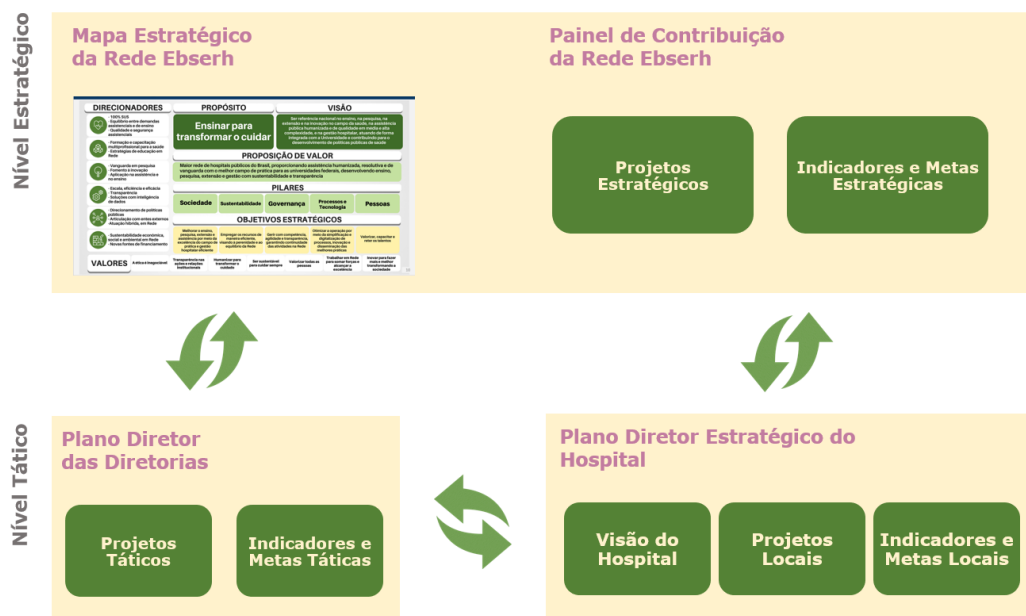
A partir do Mapa Estratégico da Rede Ebserh é possível observar que os objetivos estratégicos da Empresa indicam a direção em que a organização deve seguir como subsídio ao alcance da visão de futuro a partir de cinco perspectivas, que são os pilares da estratégia: sociedade; sustentabilidade; governança; processos e tecnologia; pessoas. Cada pilar é representado por um objetivo estratégico, que deve ser conduzido a partir da aferição do cumprimento das metas de indicadores estratégicos. Desde 2014, os HUFs definem sua estratégia por meio da elaboração de Planos Diretores Estratégicos (PDEs). Esses Planos possibilitaram padronizar a forma de identificar os desafios de gestão e criar estratégias para transpô-los, apresentando-se como um avanço na gestão da estratégia das unidades hospitalares.

Figura 1
Mapa Estratégico da Ebserh



Nesse contexto, o CH-UFC realizou o desdobramento da estratégia, em atendimento à decisão dos administradores da Ebserh, Diretoria Executiva e Conselho de Administração, e segundo o Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh, no âmbito do Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh (Figura 2), sob a condução do Colegiado Executivo e com a participação de mais de 70 pessoas, entre gestores, colaboradores e estudantes.

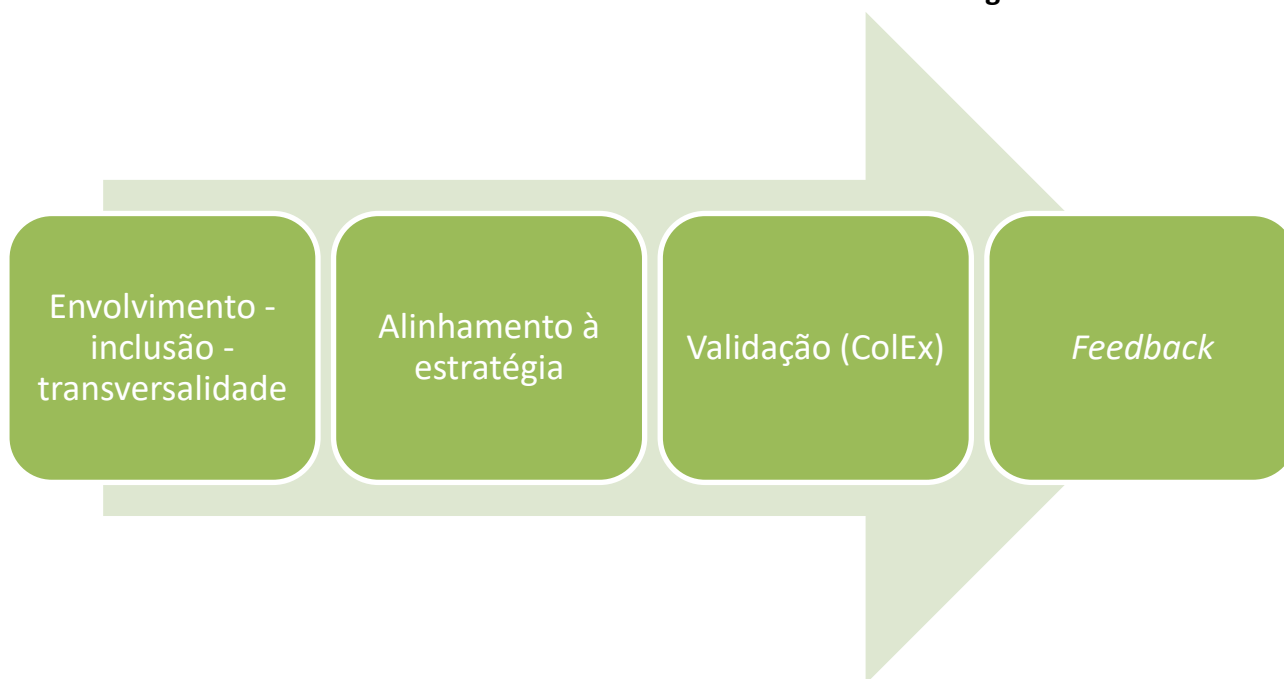
Figura 2
Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh



O processo de elaboração do PDE seguiu as orientações postas no Guia de Desdobramento da Estratégia (conforme processo SEI 23477.008383/2020-15), realizando as devidas adequações ao contexto local. Para definição de ações foi estabelecido o seguinte fluxo de trabalho:

Figura 3

Fluxo de trabalho – desdobramento da estratégia



Quanto ao grupo de trabalho:

Conforme processo SEI 23533.028622/2020-31, que possui a portaria de criação do respectivo grupo, composto por 13 membros, procurou-se trazer as seguintes características:

1. Comprometimento da gestão:
 - a. Através da participação efetiva e ativa do Colegiado Executivo: Carlos Augusto Alencar Júnior (Superintendente), Eugenie Desirée Rabelo Neri Viana (Gerente Administrativa), Renan Magalhaes Montenegro Júnior (Gerente de Ensino e Pesquisa), Francisco Edson de Lucena Feitosa (Gerente de Atenção à Saúde da MEAC) e Arnaldo Aires Peixoto Júnior (Gerente de Atenção à Saúde HUWC);
2. Gerenciamento, estratégia e operação
 - a. Por meio da atribuição, ao Setor de Planejamento, da condução do processo. Equipe: Assuero Silva Meira (Chefe do Setor), Hemerson Bruno da Silva Vasconcelos (Estatístico), Abimael Torcate de Souza (Analista Administrativo), Rochelle Goncalves De Souza (Analista Administrativo);
3. Apoio:
 - a. O campo de apoio foi pensado para envolver áreas estratégicas na prestação de serviços de comunicação, tecnologia e dados. Equipe: Abel Brasil Ramos da Silva (Chefe da Unidade de Monitoramento e Avaliação HUWC), Cleisson Silva dos Santos (Chefe do Setor de Gestão de Processos e de Tecnologia da Informação),

Danielle Campos de Aguiar (Chefe da Unidade de Comunicação Social MEAC), Ludmila Wanbergna Nogueira Felix (Chefe da Unidade de Comunicação Social HUWC).

Quanto ao desenvolvimento das ações

Para condução dos trabalhos referentes a oficinas, comitês e demais tarefas, que exigiram colaboração das diversas equipes do Complexo Hospitalar, usou-se a metodologia abaixo:

Figura 4
Metodologia para condução dos encontros



A comunidade hospitalar mostrou apoio e interesse a todos os chamados do Setor de Planejamento. O envolvimento foi intenso e com contribuições reais para o objetivo de cada encontro. Contudo podemos destacar algumas dificuldades e suas soluções, como exibido na tabela abaixo:

Tabela 1
Dificuldades e Soluções no desdobramento da estratégia

Dificuldades	Soluções
Ações de distanciamento e impedimento de aglomerações, devido à pandemia.	Encontros remotos, usando a ferramentas como o <i>MS Teams</i> .
Choque de agendas das ações estratégicas da Rede.	Facilitação no momento das oficinas. Padronização de material com definição clara e objetiva dos resultados pretendidos.
Prazo para execução das tarefas. Esta dificuldade relaciona-se com o choque de agendas. O tempo destinado para cada	Realização de um trabalho de pesquisa e comunicação, anterior a data do encontro, produzindo um conteúdo preliminar, servindo como ponto de partida para cada momento.

Dificuldades	Soluções
encontro foi reduzido para proporcionar a participação de todos.	

2 CONTEXTO

2.1 O CH-UFC inserido no Contexto Local

O CH-UFC, formado pela Maternidade-Escola Assis Chateaubriand e Hospital Universitário Walter Cantídio, localiza-se no estado do Ceará, que possui 8.963.663 habitantes, conferindo ao território a oitava colocação entre as unidades federativas mais populosas. A capital Fortaleza é a quinta mais populosa do Brasil, com 2.669.342 habitantes. A Região Metropolitana de Fortaleza, por sua vez, é a mais populosa do Norte-Nordeste, com 4.019.213 habitantes.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Fortaleza é considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com valor de 0,754. Este índice é superior à média nacional tanto de forma global quanto em cada uma das componentes renda, longevidade e educação. Já o coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social, era de 0,61, numa escala que vai de 1,00, considerado o pior número, até 0,00, que é o melhor cenário. Em 2010, quase a totalidade dos domicílios na capital cearense contava com água tratada, coleta de lixo e acesso à rede elétrica.

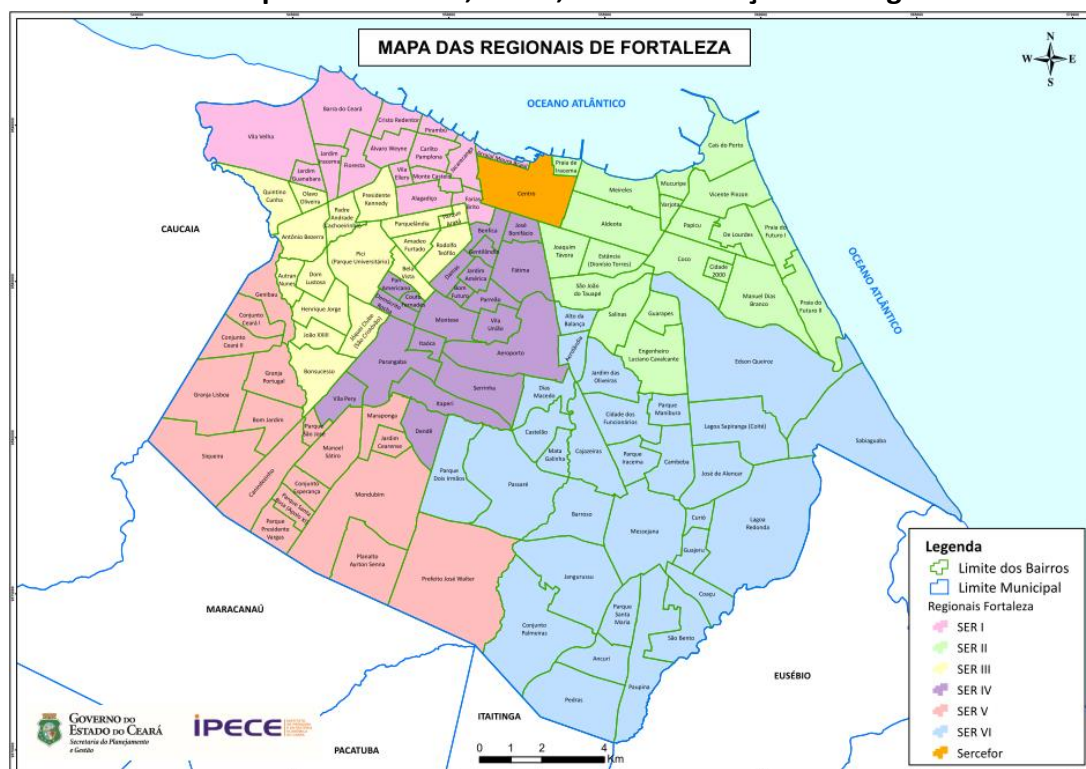
Tabela 2
Indicadores sociais, econômicos e de saúde de Fortaleza.

Indicador (2010)	Brasil	Fortaleza	
Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Geral	0,73	0,75
	Renda	0,74	0,75
	Longevidade	0,82	0,82
	Educação	0,64	0,70
Índice de Gini	0,60	0,61	
% da população abaixo da linha da pobreza	15,20	12,14	
Percentual da renda apropriada pelos 20% mais pobres	2,41	2,83	
Percentual da renda apropriada pelos 20% mais ricos	63,40	66,60	
% da população em domicílios com água encanada	92,72	98,70	
% da população em domicílios com banheiro e água encanada	87,16	95,16	
% da população em domicílios com coleta de lixo	97,02	98,59	
% da população em domicílios com coleta de lixo	97,02	98,59	

Fonte: ATLAS BRASIL, 2013.

Fortaleza conta com 110 unidades de postos de saúde, 06 Unidades de Pronto Atendimento administradas pelo município e 07 administradas pelo estado (FORTALEZA, 2017). A cidade está administrativamente dividida em 06 Macrorregiões. O CH-UFC está localizado no Bairro Rodolfo Teófilo, que compõe o bloco de bairros da Regional III de Fortaleza (Figura 3). Todas as ações desenvolvidas no CH-UFC são norteadas por sua missão, visão e valores, ratificando o seu compromisso com a excelência na formação de profissionais de saúde e com os elevados padrões técnicos na assistência pública à saúde, segurança do paciente e humanização.

Figura 5
Mapa de Fortaleza, Ceará, com distribuição das Regionais.



Fonte: IPECE, 2017.

Neste contexto, o CH-UFC aparece como referência na formação de profissionais da saúde, pois compõe um serviço, dentro da Universidade Federal do Ceará, que entrega resultados de excelência dentro do ensino, pesquisa, gestão e assistência, mantendo sua linha condutora que é ser uma instituição escola.

2.2 Histórico da Estratégia do CH-UFC

O planejamento estratégico é o processo administrativo que proporciona sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida por uma instituição, visando o otimizado grau de interação com os fatores externos – não controláveis – e atuando de forma inovadora e diferenciada. Portanto, este não deve ser considerado apenas como uma afirmação das aspirações do hospital, pois inclui, também, o que deve ser feito para transformar essas aspirações em realidade nos próximos anos.

O CH-UFC não existia formalmente antes da assinatura de contrato com a EBSERH, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand e o Hospital Universitário Walter Cantídio conduziam de forma independente, porém, vinculados a UFC, suas políticas de gestão. O déficit financeiro crescente e a ausência de planejamento levaram ao sucateamento do parque tecnológico e da infraestrutura física, resultando em desativação de leitos, encolhimento dos serviços ambulatoriais das especialidades e de apoio diagnóstico e terapêutico, com impacto direto na qualidade do ensino e pesquisa. A redução na capacidade de prestação de serviços gerou mais distanciamento e isolamento da MEAC e HUWC da rede, pois as tratativas de renegociação da contratualização até um passado recente foram pautadas exclusivamente na análise quantitativa da média histórica da produtividade.

Foram décadas sombrias, sem investimentos financeiros ou sem recursos humanos onde os hospitais sobreviveram graças à força e coragem dos que amam e acreditam nesta Instituição; aqueles que, a despeito de todas as dificuldades, mantiveram-se à frente de seus serviços lutando para não os fechar. Até que, em 2010, a Presidência da República, pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro, instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do artigo 4º da Lei 8.080 abrindo uma perspectiva real de melhorias na assistência. A criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em dezembro de 2011 foi o passo seguinte para requalificação dos serviços, pois proporcionou redimensionamento e contratação de pessoal através de concurso público.

O HUWC assinou contrato de gestão com a EBSERH em 26 de novembro de 2013. O contrato tem por objeto a gestão gratuita, pela EBSERH, do Hospital Universitário, na forma prevista pela Lei 12.550 de 2011 e compreende:

1. oferta à população de assistência médico-hospitalar ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública; e
3. implementação de sistema de gestão único, com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas.

A partir da gestão EBSERH, passou-se a capacitar os gestores dentro das melhores práticas de mercado, ocasião em que, a partir do PROADI-SUS, se contratou o Hospital Sírio Libanês para conduzir uma pós-graduação, cujo objetivo final era dar início à cultura de planejamento estratégico no CH-UFC. Neste momento cada instituição, MEAC e HUWC, desenvolveu um plano diretor estratégico, executado entre os anos de 2016 e 2017.

Com a experiência adquirida, maturidade do grupo gestor e novas capacitações, o PDE vigente tem o diferencial em ter dado ampla e diversificada participação a seus colaboradores no processo de construção: empregados com vínculo EBSERH e servidores da UFC, sejam da área administrativa, assistencial ou médica; terceirizados; residentes; estudantes e até mesmo acompanhantes dos pacientes contribuíram em algum dos momentos do plano, seja participando da consulta pública, ou mesmo participando de oficinas interativas e criativas.

O trabalho de construção do PDE 2021-2023 prevê um alinhamento dos 40 hospitais da rede EBSERH ao mapa estratégico da Sede, o que resultará em uma estratégia única na rede, sendo um grande desafio para gestão dos hospitais. A maturidade em gestão alcançada pelo CH-UFC nestes últimos anos está possibilitando construir um PDE que aborde as grandes áreas estratégicas dos hospitais, cujo resultado, espera-se, seja a possibilidade de ter hospitais sustentáveis.

3 ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior

O Plano Diretor Estratégico (PDE) vigente dos hospitais, que compõe o Complexo Hospitalar da UFC, foi elaborado de acordo com Visão declarada em cada instituição, resultando em dois documentos com diretrizes norteadoras, que deram início a ações corretivas na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).

Nesta etapa de análise situacional, dentro da pandemia da COVID-19, decidiu-se realizar um monitoramento à distância. Cada gestor, responsável por alguma atividade do PDE recebeu uma planilha com os detalhes referentes a ação pela qual era responsável e a situação em que se encontrava. Solicitou-se que fosse atualizada a evolução de cada atividade, anexando as devidas comprovações. Foi questionado, também, sobre a percepção de cada um sobre o desenvolvimento do PDE, onde pode-se obter comentários sobre ações de sucesso e possíveis oportunidades de melhoria.

A partir destas informações, o Setor de Planejamento, desenvolveu uma análise da situação atual, detalhando ações e atividades que foram planejadas, o total de excluídas e o percentual de conclusão. Em seguida cada ação é avaliada, sendo declarada como exitosa, ou passível de melhoria. O gestor fez comentários sobre cada ação, além de recomendações para melhoria futura.

Antes, apresenta-se uma lista de possíveis ações que poderiam ter continuidade dentro de um pilar estratégico da Rede EBSERH:

- Otimização de processos:
 - No PDE vigente, foram priorizadas as seguintes áreas: infraestrutura, suprimentos e licitação. O processo de melhoria ainda está acontecendo em cada uma. Sugere-se implantar um sistema de melhoria de processos como engrenagem institucional, sendo transversal ao ensino, pesquisa, assistência e gestão.
- Integração e automação de processos
 - No PDE vigente, estas ações estavam pontuadas dentro de algumas áreas sem a devida participação da SGPTI. Sugere-se criação de um planejamento adequado durante ao desenvolvimento e aquisição de sistemas, respeitando-se um normativo institucional, que poderia ser desenvolvido.
- Monitoramento da força de trabalho:

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

- No PDE vigente, este tema foi trabalhado em ações pontuais, com foco na GDC e difusão e alinhamento de normas de gestão de pessoas. Sugere-se implantar um plano institucional que possa mapear a força de trabalho, suas competências e promover um programa interno de capacitação, mediante estratégia da instituição.
- Governança corporativa:
 - No PDE vigente, poucas políticas foram trabalhadas. Desenvolveu-se a Política de Segurança da Informação e Comunicação (POSIC). Sugere-se o aprimoramento em outras políticas importantes, como a Lei Geral de Proteção de Dados, Política de Gestão de Riscos Institucionais e Controles Internos, dentre outras.
- Ensino e Pesquisa
 - No PDE vigente, tentou-se integrar a Gerência de Ensino e Pesquisa, onde promoveu-se capacitação para preceptores, desenvolvimento de agenda de trabalho comum. Sugere-se continuidade na implementação de uma agenda comum e alinhamento entre o desenvolvimento de pesquisas e a prestação de assistência a comunidade.

Tabela 3
Visão Geral do PDE – HUWC

Ações Planejadas	Ações Excluídas	Ações Concluídas	Atividades Planejadas	Atividades Excluídas	Atividades Concluídas	% de Realização do PDE
43	00	13	176	15	107	69,38*

*No HUWC 30 atividades são contínuas, ou seja, só estarão completas ao fim do PDE.

Tabela 4
Visão Geral do PDE – MEAC

Ações Planejadas	Ações Excluídas	Ações Concluídas	Atividades Planejadas	Atividades Excluídas	Atividades Concluídas	% de Realização do PDE
54	03	12	203	26	102	60,97**

** Na MEAC 39 atividades são contínuas, ou seja, só estarão completas ao fim do PDE.

Tabela 5
Conclusão de Ações e Iniciativas do PDE anterior – HUWC

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Implantação das modalidades de compras RDC, tomada de preço, concorrência e carta convite e lei 13.303	92,5%	Passível de Melhoria	Com o advento da gestão plena, as modalidades previstas na lei 8.666/93 foram desconsideradas. Além disso, a composição e estruturação da unidade de licitações não foi finalizada.	Processo de compra e contratação lento (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para garantir o funcionamento do HU)	Processo de compra tem melhorado. As etapas do processo seguem rotinas com <i>check list</i> e padronizações que viabilizam uma tramitação mais ágil. Pretende-se melhorar ainda mais a comunicação entre os diversos atores envolvidos, bem como os pontos de controle.
Planejamento das contratações/aquisições de infraestrutura física.	78,6%	Passível de Melhoria	O cronograma do plano de contratações/aquisições da área não foi oficializado e amplamente divulgado.		
Institucionalização dos processos de trabalho do SIF.	87,5%	Passível de Melhoria	Ainda não houve elaboração e publicação de alguns Procedimentos Operacionais Padrão.	Processos de trabalho pouco claros para a comunidade (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para garantir o funcionamento do HU)	Desenvolver um alinhamento mais sustentável com as demandas do planejamento estratégico.
Implementação de um sistema de monitoramento e acompanhamento de manutenções para os clientes internos	100%	Êxito	Ação concluída.		
Institucionalização e divulgação das boas práticas relacionadas à infraestrutura física.	0,0%	Passível de Melhoria	Ação não executada, com exceção da divulgação das melhorias de infraestrutura, que é atividade contínua.		

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Elaboração do Plano Diretor de Infraestrutura.	0,0%	Passível de Melhoria	A sede está trabalhando conjuntamente a elaboração de caderno para construção do PDI na rede.	Falta de um plano diretor de infraestrutura (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para garantir o funcionamento do HU)	A maioria das ações para este nó crítico foi excluída. Pois transformou-se em um projeto assumido pela EBSERH.
Viabilização da confecção dos projetos e orçamentos para pequenas ampliações e reformas pela equipe do SIF.	70%	Passível de melhoria (Falta aquisição de software de projeto)	Ação concluída.	Impossibilidade de contratar pessoal para pequenas obras regularmente (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para garantir o funcionamento do HU)	A resolução deste nó crítico segue os procedimentos atuais de contratação e está sendo monitorado para sua conclusão.
Contratação de empresa de projeto e orçamento para pequenas obras.	100%	Êxito	Não contratação de empresa, uma vez que este serviço foi realizado internamente pela equipa de infraestrutura física.		
Contratação de empresa para realização de ampliações e reformas.	3,3%	Passível de Melhoria	Foi contratada 1 empresa para 1 das reformas necessárias		
Contratação de empresas de projeto e orçamento para obras inacabadas.	100% (1 concluída e 2 excluídas)	Passível de Melhoria (a Sesa ficou responsável pela contratação desses projetos, o que justificou a exclusão das demais atividades)	Apenas uma das obras que integram a lista de “inacabada” teve interrupção em seu projeto, face a impossibilidade de execução (analisando viabilidade de utilização do espaço)	Falha no planejamento das obras inacabadas (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para garantir o funcionamento do HU)	Melhor alinhamento da equipe de engenharia com as normas de contratação e definição de prioridades com monitoramento das ações.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Contratação de empresa para execução das obras inacabadas.	100%	Passível de Melhoria	Ainda em processo de contratação.		
Realização de capacitação da equipe de engenharia em Orçamento e Fiscalização de Obras Públicas.	100%	Êxito	Ação concluída.		
Definição de metas de consumo.	27,5%	Passível de Melhoria	É preciso estabelecer as metas e contratualizar internamente com os serviços.	Falta de planejamento nas aquisições (Macroproblema 2: Gestão de suprimentos e aquisições ineficiente)	Melhorar alinhamento entre as equipes administrativas e assistenciais. Capacitar as equipes administrativas e assistenciais envolvidas na cadeia de suprimentos, quanto a conteúdos de logística hospitalar.
Padronização de 100% dos produtos para saúde.	100%	Passível de Melhoria	Ação em duplicidade.		
Implementação do processo de planejamento de aquisições.	66,7%	Passível de Melhoria	Ação cuja vigência vai até dezembro de 2020.		
Aperfeiçoamento da utilização do sistema Master.	87,1%	Êxito A única atividade não comprovada 100% foi a segunda (16b - definir escopo do projeto), no entanto foi elaborada e validada uma solução	Houve melhoria no sistema, mas, apresenta possibilidades de ajustes adicionais.	Sistema master ineficiente (Macroproblema 2: Gestão de suprimentos e aquisições ineficiente)	Inserir SGPTI em todas as demandas para empresa APTOOLS (ação executada desde novembro de 2020), facilitando a comunicação para o aprimoramento da ferramenta.

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Aplicação de ferramenta de melhoria dos processos de aquisição e suprimentos.	60%	Passível de Melhoria	Foi realizado curso LEAN para aplicação nos processos, mas não houve monitoramento dele.	Falta de pessoal na cadeia de suprimentos (Macroproblema 2: Gestão de suprimentos e aquisições ineficiente)	Mapear processos internos, definir atribuições para cada colaborador e avaliar dimensionamento.
Reestruturação do quadro de pessoal.	40%	Passível de Melhoria	Atividade sob alçada da sede.		
Implantação dos processos de aquisição e suprimentos.	62,5%	Passível de Melhoria	Os indicadores de monitoramento serão revistos.	Falta de conhecimento e acompanhamento dos processos de aquisição e suprimentos (Macroproblema 2: Gestão de suprimentos e aquisições ineficiente)	Estabelecer reuniões semanais para discussão e mapeamento de processos.
Elaboração do Catálogo de Produtos com descritivo e condições de recebimento padronizados.	66,7%	Passível de Melhoria	Atividade contínua em andamento.	Falta de padronização na análise dos TRs (Macroproblema 2: Gestão de suprimentos e aquisições ineficiente)	Elaborar projeto interno para condução desta etapa, nomeando colaborador com perfil de liderança para condução das atividades.
Estruturação plano de capacitação interdisciplinar.	77,8%	Êxito (Restam 2 atividades contínuas em andamento, sendo comprovadas)	Não houve comentário.	Falta de um plano de capacitações (Macroproblema 3: Gestão de pessoas insuficiente)	Acompanhar a elaboração do regulamento de atividades de capacitação, que foi iniciado internamente, mas ficou a cargo da Sede.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
MELHORIA da ferramenta GDC.	33,3%	Êxito (Restam 2 atividades contínuas em andamento, sendo comprovadas)	Não houve comentário.	Avaliação de desempenho com necessidades de melhoria (Macroproblema 3: Gestão de pessoas insuficiente)	Em relação à aplicação de sanções, a norma fala de notificação e de abertura de processo de apuração pelo não cumprimento de norma da empresa. Instruir os gestores à correta aplicação da norma.
Implementação da Política de Segurança da Informação e Comunicação local – POSIC.	100%	Êxito	Ação concluída.	Ausência de políticas de segurança da informação e comunicação (POSIC) para o complexo hospitalar (Macroproblema 3: Gestão de pessoas insuficiente)	Aprimorar monitoramento quanto ao cumprimento da política.
Aplicação de Pesquisa de Clima Organizacional no complexo.	85,7%	Passível de melhoria	Aplicar o plano de ação resultante do último ciclo de pesquisa	Hegemonia de categorias em detrimento a outras (Macroproblema 3: Gestão de pessoas insuficiente)	Aplicar nova pesquisa de Clima Organizacional.
Definição dos critérios para distribuição das férias.	75,0%	Êxito (Resta uma atividade continua que já foi comprovada)	Não houve comentário.		Criou-se um Grupo de Trabalho com a participação de representantes das gerências do Complexo e entidades sindicais, e os critérios foram definidos.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Alinhamento das informações referentes às normas de GP dentro da DivGP.	0,0%	Êxito (Ação formada por 2 atividades contínuas comprovadas)	Não houve comentário.	Falta de clareza na aplicabilidade das normas (Macroproblema 3: Gestão de pessoas insuficiente)	Esta ação deve ser um processo de atuação contínua da DivGP. Monitorando as necessidades do público, mensurando os impactos das ações e aplicando as correções devidas.
Conscientização dos gestores e os colaboradores quanto a aplicação das normas já existentes.	75,0%	Passível de Melhoria	Ação contínua em andamento.		
Disseminação das normas já existentes.	50,0%	Passível de Melhoria	Ação contínua em andamento.		
Implantação do Código de Ética específico para o Complexo Hospitalar.	100%	Êxito	O código considerado para toda a rede Ebserh foi elaborado pela sede.	Ausência de um código de ética específico para o Complexo Hospitalar (Macroproblema 3: Gestão de pessoas insuficiente)	Ampliar divulgação do código e monitorar sua aplicação.
Permissão da mobilidade de forma igualitária.	70%	Passível de Melhoria	Projeto de extensão construído em parceria com a UFC: levantamento situacional concluído, mas execução ainda não iniciada.	Segurança e saúde no trabalho ineficiente (Macroproblema 3: Gestão de pessoas insuficiente)	Alinhar e ajustar processos internos entre os colaboradores do USOST.
Ampliação do acesso às informações de segurança do trabalho ao colaborador.	0,0%	Passível de Melhoria	Atividades em andamento com exceção da base de dados para os produtos químicos utilizados no hospital.		

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Aquisição de ferramentas de segurança.	66,7%	Êxito (Restam 2 atividades contínuas sendo comprovadas)	Não houve comentário.		
Execução das ações para implantação do processo de planejamento de aquisição de EMH.	100%	Êxito	Não houve comentário.	Recursos mal aplicados por falha no planejamento (Macroproblema 4: Infraestrutura equipamentos insuficiente)	Essa atividade ser concluída dentro do prazo foi fundamental para que o Hospital tivesse êxito nas aquisições do ano de 2018. Quanto antes as especificações estiverem prontas, maior tempo hábil o Hospital terá para realização dos processos de aquisição dentro do exercício orçamentário. Melhorar alinhamento com algumas áreas assistenciais é essencial para manutenção desta meta.
Elaboração de especificação técnica de peças e acessórios.	100%	Êxito	Definir rotina de acompanhamento das solicitações ao setor de suprimentos (não iniciada)	Falta de material para utilização nos equipamentos (Macroproblema 4:	Os Engenheiros Clínicos começaram a participar nas equipes de planejamento da contratação de todos os

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Acompanhamento do planejamento de aquisições de peças e acessórios.	100%	Êxito	Definir rotina de acompanhamento das solicitações ao setor de suprimentos (não iniciada)	Infraestrutura de equipamentos insuficiente)	processos de aquisição de peças e acessórios padronizados pela CPPS, relacionados aos equipamentos médicos assistenciais do CH-UFC. Esse envolvimento fez com que a Engenharia Clínica tivesse ciência e acompanhasse o andamento dos processos de aquisição abertos pelo Setor de Suprimentos para os itens já padronizados. A opinião é que essa atividade do PDE conseguiu melhorar bastante o acompanhamento dessas solicitações, apesar de ainda estar longe de ser a forma ideal.
Execução do plano de implementação do caderno de processos da engenharia clínica.	100%	Êxito	Ação concluída.	Mapeamento de processos pendente de implantação (Macroproblema 4: Infraestrutura de equipamentos insuficiente)	Executar planejamento para manter atualizado.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Encaminhamento do Plano de Estruturação do Setor de Qualidade à Sede.	100%	Passível de Melhoria	O plano de estruturação foi encaminhado, mas paralelamente a sede elaborou o manual e selo de qualidade, definindo uma área dentro da estrutura organizacional dos hospitais.	Falta de um escritório de qualidade multidisciplinar (Macroproblema 5: Controle insuficiente de processos)	Setor devidamente implantado em ambos os hospitais. Deve-se melhorar o alinhamento entre os dois para execução das ações de qualidade.
Implantação do Setor.	66,7%	Passível de Melhoria	Resta a elaboração do regimento interno do setor		
Estruturação da equipe de auditoria de prontuários.	84%	Passível de Melhoria	O plano de estruturação foi enviado à Sede, mas sua implementação não foi realizada.	Auditoria de prontuários insuficiente (Macroproblema 5: Controle insuficiente de processos)	Estruturar metodologia, baseada na ciência da melhoria, para detectar falhas, realizar o planejamento, executar ações de melhoria, avaliar os resultados e corrigir eventuais inadequações que restem.
Criação do Núcleo de Gestão do AGHU.	100%	Êxito	Ação concluída	Prontuário digital pendente de implantação (Macroproblema 5: Controle insuficiente de processos)	Avaliar do ponto de vista de projetos a execução das ações neste item. A definição de um líder, que monitore e cobre resultados a partir dos prazos estimados, faz-se imprescindível.
Implementação dos módulos que compõe as informações básicas para o prontuário online.	66,7%	Passível de Melhoria	Os módulos estão sendo implantados e treinamentos sendo realizados. Porém esta atividade ainda não foi concluída.		

Tabela 6
Conclusão de Ações e Iniciativas do PDE anterior – MEAC

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Planejamento das contratações/aquisições de infraestrutura física	78,6%	Passível de Melhoria	O cronograma do plano de contratações/aquisições da área não foi oficializado e amplamente divulgado.	Processo de compra e contratação moroso (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para a missão da MEAC)	Processo de compra tem melhorado. As etapas do processo seguem rotinas com <i>check list</i> e padronizações que viabilizam uma tramitação mais ágil. Pretende-se melhorar ainda mais a comunicação entre os diversos atores envolvidos, bem como os pontos de controle.
Institucionalização dos processos de trabalho do SIF	95%	Passível de Melhoria	Ainda não houve elaboração e publicação de alguns Procedimentos Operacionais Padrão.	Falta de mapeamento de processos e divulgação para a comunidade (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para a missão da MEAC)	Desenvolver um alinhamento mais sustentável com as demandas do planejamento estratégico.
Implementação de um sistema de monitoramento e acompanhamento de manutenções para os clientes internos	100%	Êxito	Ação concluída.		

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Institucionalização e divulgação das boas práticas relacionadas à infraestrutura física	0,0%	Passível de Melhoria	Ação não executada, com exceção da divulgação das melhorias de infraestrutura, que é atividade contínua.		
Elaboração do Plano Diretor de Infraestrutura	0,0%	Passível de melhoria	A sede está trabalhando conjuntamente a elaboração de caderno para construção do PDI na rede.	Plano diretor de infraestrutura deficiente e desatualizado (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para a missão da MEAC)	A maioria das ações para este nó crítico foi excluída. Pois transformou-se em um projeto assumido pela EBSERH.
Viabilizar a confecção dos projetos e orçamentos para pequenas ampliações e reformas pela equipe do SIF	70%	Passível de melhoria (Falta aquisição de software de projeto)	Não houve comentário.	Ausência de empresas para realização de ampliações e reformas (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para a missão da MEAC)	A resolução deste nó crítico segue os procedimentos atuais de contratação e está sendo monitorado para sua conclusão.
Contratação de empresa de projeto e orçamento para pequenas obras	100%	Passível de Melhoria	Não contratação de empresa, uma vez que este serviço foi realizado internamente pela equipa de infraestrutura física.		

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Contratação de empresa para realização de ampliações e reformas	0,0%	Passível de Melhoria	Não contratação de empresa, uma vez que este serviço foi realizado internamente pela equipa de infraestrutura física.		
Contratação de empresas de projeto e orçamento para obras inacabadas	Não se aplica (MEAC)	Excluída (na MEAC, pois a contratação dos projetos das obras inacabadas ficou sob responsabilidade da Sesa)	Apenas uma das obras que integram a lista de “inacabada” teve interrupção em seu projeto, face a impossibilidade de execução (analisando viabilidade de utilização do espaço)		
Realização de capacitação da equipe de engenharia em Orçamento e Fiscalização de Obras Públicas	100%	Êxito	Ação concluída	Falha no planejamento das obras inacabadas (Macroproblema 1: Infraestrutura física inadequada para a missão da MEAC)	Melhor alinhamento da equipe de engenharia com as normas de contratação e definição de prioridades com monitoramento das ações.
Implementação das modalidades de contratação: RDC, Tomada de Preços, Concorrência, Carta Convite e lei 13.303	92,5%	Passível de Melhoria	Com o advento da gestão plena, as modalidades previstas na lei 8.666/93 foram desconsideradas. Além disso, a composição e estruturação da unidade de licitações não foi finalizada.		

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Alinhamento das informações referentes às normas de GP dentro da DivGP	0,0%	Êxito (2 atividades contínuas sendo comprovadas)	Não houve comentário.	Falhas na aplicação das normas de GP (Macroproblema 2: Gestão de Pessoas Insuficiente)	Esta ação deve ser um processo de atuação contínua da DivGP. Monitorando as necessidades do público, mensurando os impactos das ações e aplicando as correções devidas.
Conscientização dos gestores e os colaboradores quanto a aplicação das normas já existentes	100%	Passível de Melhoria	As atividades foram concluídas, mas nota-se que a adesão das chefias ao curso promovido pela DivGP poderia ser maior.		
Disseminação das normas já existentes	50%	Passível de Melhoria	Nota-se que poderia existir um plano de divulgação mais eficiente.		

Redimensionamento de Pessoal	100%	Passível de Melhoria	O Serviço de Dimensionamento da Sede informou que o “Novo redimensionamento deve ser autorizado pela presidência, portanto o hospital deve formalizar esta necessidade, mas de antemão informamos que a ampliação do limite de quadro depende de nova autorização da SEST/MP, que pode ocorrer ou não, além de tratar-se de processo de médio a longo prazo para finalização”. A Sede já está conduzindo o processo de revisão do dimensionamento de Pessoal dos HUFs da Rede Ebserh, com metodologia própria, motivo pelo qual não será possível encaminhar o levantamento e a consolidação da necessidade de pessoal da MEAC à Diretoria de Gestão de Pessoas.	Carência de profissionais (Macroproblema 2: Gestão de Pessoas Insuficiente)	Aprimorar políticas de movimentações internas, considerando as prioridades institucionais.
Permissão da mobilidade de forma igualitária	70%	Passível de Melhoria	Projeto de extensão construído em parceria com a UFC: levantamento	Segurança e saúde no trabalho ineficiente (Macroproblema 2:	Alinhar e ajustar processos internos entre os colaboradores do USOST.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
			situacional concluído, mas execução ainda não iniciada.	Gestão de Pessoas Insuficiente)	
Ampliação do acesso às informações de segurança do trabalho ao colaborador	5%	Passível de Melhoria	Atividades em andamento com exceção da base de dados para os produtos químicos utilizados no hospital.		
Aquisição das ferramentas de segurança	50%	Êxito	Atividades contínuas em andamento		
Melhoria da ferramenta GDC	33,3%	Êxito	Atividades contínuas em andamento.	Necessidade de melhorias na aplicação do GDC (Macroproblema 2: Gestão de Pessoas Insuficiente)	Em relação à aplicação de sanções, a norma fala de notificação e de abertura de processo de apuração pelo não cumprimento de norma da empresa. Instruir os gestores à correta aplicação da norma.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Estruturação do plano de capacitação interdisciplinar	66,7%	Êxito	Atividades contínuas em andamento.	Falta de um Plano de capacitações que contemple lacunas relacionadas às competências para cada cargo (Macroproblema 2: Gestão de Pessoas Insuficiente)	No início de 2018, foi iniciada uma discussão entre UDP, GEP e Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas para a elaboração de um regulamento de atividades de capacitação do Complexo Hospitalar da UFC, mas como não havia uma regulamentação definida pela sede, essa atividade não foi continuada. Em novembro de 2019, na semana de gestão de pessoas, promovida pela diretoria de gestão de pessoas, realizada em Brasília, fomos informados que está sendo elaborada uma norma de instrutoria interna e que será repassada para todas as filiais.
Institucionalização do Regimento Interno	43,3%	Passível de melhoria	Os regimentos de gerência/setor e comissões foram elaborados de forma independente e não estão completos ao nível de unidade	Falta de desdobramento do regimento interno (Macroproblema 2: Gestão de Pessoas Insuficiente)	Melhorar ferramentas de divulgação e acompanhamento.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Criação do ponto de ressuprimento	66,7%	Passível de melhoria	falta tornar inativo todos os códigos não utilizados no Master	Processo de controle de estoques Ineficiente (Macroproblema 3: Desabastecimento)	Aprimorar controles internos.
Criação do setor de distribuição de Produtos para Saúde (PS)	100%	Êxito	Ação concluída.		
Estruturação do setor de distribuição de Produtos para Saúde (PS)	75,0%	Passível de Melhoria	A solução para criação de espaço físico segregado e específico para distribuição de produtos para saúde foi a utilização de prateleiras móveis na Unidade de Produtos para Saúde.		
Elaboração do Catálogo com descritivo e condições de recebimento padronizados	66,7%	Passível de Melhoria	Atividade contínua em andamento.		

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Aperfeiçoamento da utilização do sistema Master	91,7%	Êxito? A única atividade não comprovada 100% foi a primeira (27a - definir escopo do projeto), no entanto foi elaborada e validada uma solução	Houve melhoria no sistema, mas ele apresenta possibilidades de ajustes adicionais.	Sistema Informatizado inadequado (Macroproblema 3: Desabastecimento)	Aprimorar o entendimento dos processos internos para ajustar o sistema as necessidades.
Reestruturação do quadro de pessoal [da cadeia de suprimentos]	40%	Passível de Melhoria	Atividade sob alçada da sede.	Falta de pessoal na cadeia de suprimentos (Macroproblema 3: Desabastecimento)	Na ausência de concursos e distribuição/movimentação de pessoas, sugere-se aprimorar a análise do processo interno, tentando usar de ferramentas de TI para enxugar as operações.
Implementação um controle de cadastro e gestão de demanda de material por setor	75,0%	Passível de melhoria	Falta validar a solução apresentada	Falta integração entre assistência e planejamento suprimento (Macroproblema 3: Desabastecimento)	Definir liderança com facilidade de comunicação entre as áreas administrativas e assistenciais para executar este projeto.
Alinhamento da comunicação entre os setores da assistência no planejamento de compras	60,0%	Êxito	Atividade contínua em andamento.		
Realização do Planejamento	25%	Passível de Melhoria	Pendente de registros das reuniões de ponto de melhoria.		

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Aplicação de ferramenta de melhoria dos processos de aquisição e suprimentos	0,0%	Passível de Melhoria	Faltou capacitar e implementar Kanban nas áreas de suprimentos.	Processo de compra e contratação moroso (Macroproblema 3: Desabastecimento)	Pensar em novas metodologias, como o <i>Lean</i> para otimizar a execução do processo.
Implantação dos Indicadores de Produtividade na cadeia de Suprimentos	75%	Passível de Melhoria	Os indicadores estão em revisão em algumas áreas e passíveis de criação em outras.		
Monitoramento da preceptoria	0,0%	Passível de Melhoria	A sistemática de monitoramento foi definida pela sede. Não temos comprovação de que o monitoramento foi iniciado.	Falta de preparo dos preceptores para receber os residentes (Macroproblema 4: Integração ineficiente entre ensino, pesquisa e assistência)	Sugere-se desenvolvimento de um alinhamento interno, após curso de especialização.
Revisão dos fluxos de controle de estágio incluindo os controles de identificação	100%	Êxito	Ação concluída.	Controle ineficaz dos estágios (Macroproblema 4: Integração ineficiente entre ensino, pesquisa e assistência)	Os fluxos de controle dos estágios foram revistos e implementados, inclusive com regulação via Sei. Todavia, no que diz respeito ao controle de identificação /acesso, esbarramos na dificuldade relacionada à aquisição de insumos e de pessoal para efetuar o controle baseado nos crachás nas entradas dos hospitais.
Implantação dos fluxos revisados	0,0%	Passível de Melhoria	Falta a impressão dos crachás para os internos		
Revisão dos fluxos de controle de estágio (RESMED/RESMULTI) incluindo os controles de identificação	100%	Êxito	Ação concluída.		

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Implantação dos fluxos revisados (RESMED/RESMULTI)	41,5%	Passível de Melhoria	Ação em andamento		Sugere-se planejar aquisição de soluções informatizadas/mecânicas para executar esta função.
Criação de agenda entre MEAC e Faculdades para ampliar diálogo	0,0%	Passível de Melhoria	Nota-se que a relação entre o hospital e as faculdades melhorou, no entanto, a última comprovação foi enviada em março/2019.	Ausência de agenda comum entre assistência e ensino (Macroproblema 4: Integração ineficiente entre ensino, pesquisa e assistência)	Adotar agenda de ações comum. Inserindo-se nas discussões junto a GAS de ambos os hospitais.
Melhoramento da integração dos estágios curriculares	33,3% 1 atividade concluída e 2 contínuas sendo comprovadas	Êxito	Não houve comentário.		
Divulgação das ações de pesquisa	0,0%	Passível de Melhoria	Falta de alinhamento claro das ações seriam válidas para o cumprimento deste PDE.	Falta de política de incentivo para os profissionais se envolverem em pesquisa e inovação (Macroproblema 4: Integração ineficiente entre ensino, pesquisa e assistência)	Sugere-se desenvolver planejamento interno para traçar estratégias locais neste sentido.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Elaboração de um calendário de eventos comuns aos dois hospitais	100%	Êxito	Ação concluída.		
Retorno das reuniões entre as GAS, com a presença das UCS	50,0% 1 atividade concluída e outra contínua em andamento, mas que está sendo comprovada	Êxito	Após a nomeação do Dr. Carlos à superintendência, as reuniões exclusivamente GAS-UCS deixaram de existir, mas os 4 setores participam semanalmente das reuniões do colegiado executivo.	Dificuldade de comunicação entre os dois hospitais em ações assistenciais comuns (Macroproblema 5: Dificuldade nos processos de Comunicação Interna)	Soluções efetivadas e em curso.
Aquisição de equipamentos e ferramentas de TI para UCS	88% (Não é 70% porque listar e solicitar os equipamentos também faz parte da ação)	Passível de Melhoria	Cerca de 70% dos equipamentos listados pela UCS foram comprados.	Insuficiência de equipamentos e ferramentas de comunicação (Macroproblema 5: Dificuldade nos processos de Comunicação Interna)	Desenvolver alternativas frente a ausência de verbas para aquisição das ferramentas.
Elaboração do Plano de Comunicação da MEAC, alinhado à visão da instituição	50,0%	Passível de Melhoria	Não temos comprovação de que este documento está sendo elaborado nem publicado. Mas estão publicados fluxos da unidade na intranet.	Falta de um plano de comunicação (Macroproblema 5: Dificuldade nos processos de Comunicação Interna)	Atividade em execução. Sem sugestões de melhoria.

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Resultado (Êxito/Passíveis de melhoria)	Comentários	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Implantação do Plano	35% (Embora não haja o plano, a Danielle entende que o cumprimento dos fluxos desenhados contribui para o avanço da ação)	Passível de Melhoria.	O plano não foi publicado, logo não está sendo implementado.		
Atualização anual do calendário de eventos	100%	Êxito	Ação concluída.		
Contratação do pessoal	66,7%	Passível de Melhoria	Depende da EBSERH sede.	Equipe da UCS subdimensionada (Macroproblema 5: Dificuldade nos processos de Comunicação Interna)	Na ausência de concursos e distribuição/movimentação de pessoas, sugere-se aprimorar a análise do processo interno, tentando usar de ferramentas de TI para enxugar as operações.
Implantação dos subprotocolos	88,9% Resta 1 atividade contínua, que está sendo comprovada	Êxito	Não houve comentário.	Falta do protocolo de comunicação segura da MEAC (Macroproblema 5: Dificuldade nos processos de Comunicação Interna)	Protocolo divulgado internamente. Melhorar alinhamento com as outras áreas envolvidas no processo.

3.2 Percepções dos Envolvidos

- **Reitoria:**

- Ensino

- Pontos positivos: a reitoria considera os hospitais universitários como centros com recursos humanos diversificados e qualificados, prontos a oferecer conhecimento e expertise nas mais diversas áreas.
- Expectativas e oportunidades de melhoria: destacou-se a importância de focar no ensino e pesquisa, para uma assistência médica de excelência. Foi declarado, também, que: *“A BASE do ensino e da pesquisa está no fortalecimento das UNIDADES DE SERVIÇOS, com chefias bem estabelecidas, ordenadas administrativamente, fortalecendo a meritocracia e o academicismo, com atenção nos resultados.”*

- Pesquisa

- Pontos positivos: *“Vejo a pesquisa como a ponta da linha em um hospital, principalmente em um hospital universitário.”*
- Expectativas e oportunidades de melhoria: *“Desenvolver uma pesquisa a partir dos resultados dos seus serviços e de seus pesquisadores e parceiros, com a missão de obter resultados importantes e úteis para a comunidade e visão no desenvolvimento social e da universidade. O setor de pesquisa tem também a missão de agregar as unidades de serviços, fortalecendo o compartilhamento de informações e conhecimentos.”*

- Assistência

- Pontos positivos: o grupo de colaboradores reunidos nos hospitais universitários fazem a diferença tanto na assistência como no ensino, ofertando um serviço de saúde de excelência.
- Expectativas e oportunidades de melhoria: considerando as respostas preenchidas no formulário, a reitoria tem o desejo de um ensino e pesquisa como foco principal, a partir dos quais sejam ofertados serviços assistenciais de excelência e qualidade.

- Gestão

- Pontos positivos: possuir administração própria (ESBERH), com relativa independência.
- Expectativas e oportunidades de melhoria: *“Fortalecer a união com a Academia; 2. Fortalecer as Unidades de Serviços; 3. Fortalecer a Assistência, o Ensino e a Pesquisa; 4. Fortalecer a agregação das unidades de serviços, principalmente, via ensino, e pesquisa.”*

- **Secretária Municipal de Saúde:**

- Ensino

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

- Pontos positivos: *“diversificação do cenário de prática de ensino em serviço possibilitando aos alunos/residentes vivências em nível terciário.”*
- Expectativas e oportunidades de melhoria: *nesta declaração a secretária espera maior integração das ações de educação permanente e melhorar o fortalecimento da parceria.*
- Pesquisa
 - Pontos positivos: *não houve declarações.*
 - Expectativas e oportunidades de melhoria: *“apresentar instrumentos de gestão existentes para que contemplem o alinhamento das pesquisas. Articular residências com as redes de atenção à saúde” e “definir linhas de pesquisa convergentes com as necessidades de saúde do município.”*
- Assistência
 - Pontos positivos: *apoio e integração com a MEAC na atenção à saúde da mulher (mastologia e doenças uroginecológicas) e no pré-natal de alto risco. Quanto ao HUWC, ela descreve o aumento na integração com a rede, destacando as cirurgias ortopédicas e diagnóstico por imagem, área importante para regulação de leitos e otimização do processo de ocupação hospitalar.*
 - Expectativas e oportunidades de melhoria: *“Espera-se uma integração maior com a SMS, para que assim, possamos contar com o HUWC na rede de maior complexidade, como também possamos integrar ofertando serviços (...) com o objetivo de atender mais pacientes e assim, mais pessoas tenham acesso ao complexo hospitalar”.* A secretária relata que há um desejo de maior integração na área de neurocirurgia, o que aumentaria o acesso da população ao serviço.
- Gestão
 - Pontos positivos: *“...gestão consolidada, com práticas de administração atualizadas”.*
 - Expectativas e oportunidades de melhoria: *“compartilhamento de modelos de gestão.”*
- **Diretor da Faculdade de Medicina (FAMED)**
 - Ensino
 - Pontos positivos: *“Oferecimento de uma diversidade de serviços assistenciais que servem de cenários de práticas para os estudantes de medicina e fisioterapia. Equipe de profissionais atuantes no Complexo Hospitalar com alta qualificação técnico-científica.”* O diretor destaca ainda como oportunidades: *“Muitos profissionais e docentes interessados/comprometidos em avançar no desenvolvimento de ações*

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

assistenciais e de ensino; interação com a faculdade de medicina; compromisso da Administração Superior da UFC com a inovação e o empreendedorismo; realização conjunta de projetos de ensino (cursos, treinamentos etc.).”

- **Expectativas e oportunidades de melhoria:** *“Ampliação dos serviços; tanto de recursos humanos como de espaço físico; que é no geral bastante limitado e impeditivo do crescimento das atividades assistenciais. Estabelecimento de mecanismos institucionais que incentivem e promovam a efetiva inserção dos docentes no Complexo Hospitalar. Disponibilização de infraestrutura para aulas práticas (ex.: salas para pequenos grupos) e ensino (central de eventos). Fortalecimento e equipamento da GEP nas novas tecnologias de ensino-aprendizagem”.*

○ Pesquisa

- **Pontos positivos:** *“Disponibilidade de uma unidade bem estruturada para realização de pesquisas. Equipe de profissionais atuantes no Complexo Hospitalar com alta qualificação técnico-científica”. O diretor destaca ainda como oportunidades: “Muitos docentes da Famed envolvidos com pesquisas relevantes. Compromisso da Direção da Famed em aprofundar as parcerias com o Complexo Hospitalar. Compromisso da Administração Superior da UFC com a inovação científico-tecnológica e o empreendedorismo”.*
- **Expectativas e oportunidades de melhoria:** *“Expansão da unidade de pesquisa; que já se faz necessária. Estabelecimento de parcerias entre a GEP e os programas de pós-graduação”.*

○ Assistência

- **Pontos positivos:** *“Oferecimento de uma diversidade de serviços assistenciais de importância para a sociedade. Equipe de profissionais atuantes no Complexo Hospitalar com alta qualificação técnico-científica”. O diretor destaca ainda como oportunidades: “Muitos profissionais e docentes interessados/comprometidos em avançar no desenvolvimento de ações assistenciais e de ensino. Interação com a faculdade de medicina. Compromisso da Administração Superior da UFC com a inovação e o empreendedorismo”.*
- **Expectativas e oportunidades de melhoria:** *“Oferecimento de serviço de emergência clínica. Articulação das enfermarias de clínica e cirurgia com o serviço de emergência”.*

○ Gestão

- **Pontos positivos:** *“Diálogo, credibilidade e interação da equipe. Equipe de profissionais atuantes no Complexo Hospitalar com alta qualificação técnico-científica”. O diretor destaca ainda como oportunidades:*

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

“Compromisso da Administração Superior da UFC com a inovação e o empreendedorismo. Interação com a Famed”.

- Expectativas e oportunidades de melhoria: *“Desenvolvimento de ações que aumentem o sentimento de pertencimento à instituição; ações que favoreçam o Desenvolvimento de uma ambiência agradável ao trabalho; ações que favoreçam o Desenvolvimento de uma ambiência favorável ao ensino e à aprendizagem; ações para realização de uma reforma ampla da estrutura física do Complexo Hospitalar; e, no caso do HUWC; até mesmo por um novo hospital”.*
- **Diretora da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem (FFOE)**
 - Ensino
 - Pontos positivos: A diretora da faculdade destaca a capacitação dos colaboradores dentro do Complexo Hospitalar (CH), com total compreensão da função escola. Relata a proximidade com a atual gestão e abertura para interação e colaboração com os diversos equipamentos dos cursos da faculdade, além do compartilhamento das diversas tecnologias, a exemplo do espaço de simulação realística, pelos alunos dos cursos.
 - Expectativas e oportunidades de melhoria: neste aspecto, a diretora coloca a estrutura física como um ponto a ser melhorado; além do desejo em inserir mais os estudantes e professores do curso nas ações de ensino e pesquisa, promovendo a aproximação com as unidades de pesquisa clínica, integração entre estudantes e residências, além das diversas estruturas do ensino e pesquisa. Deseja ainda: *“Estreitar laços com os professores da FFOE para a concepção de atividades como treinamento e cursos; Promoção do ensino integrado com o serviço; Disponibilização de espaço para aulas, reuniões, discussões de casos; Acesso aos registros dos pacientes: prontuário e livro de registro. Acesso aos exames laboratoriais para os estudantes da graduação de Farmácia (caso não seja possível para os discentes pelo menos para os docentes do curso de Farmácia); A assistência de enfermagem nos ambulatórios do Complexo Hospitalar poderia ser aprimorada para servir como campo de ensino, porque hoje esse serviço é mais limitado ao preenchimento de protocolos para os médicos liberarem medicamentos de alto custo; Acesso de estudantes e docentes da odontologia às UTIs para cumprir a Lei Municipal n° 10.901 que torna obrigatória a presença de profissionais dentistas nas UTIs de hospitais públicos e conveniados de Fortaleza; Realização de workshops, seminários, semanas científicas com temas de interesse de saúde em geral como por exemplo segurança do paciente que posso estimular a integralidade do processo ensino-aprendizagem”.*
 - Pesquisa

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

- Pontos positivos: *“Pacientes com patologias diversas; Centro de pesquisas acessível; Comitês de ética com participação de docentes”*.
- Expectativas e oportunidades de melhoria: *“Participação mais efetiva dos docentes da FFOE na Unidade de Pesquisa Clínica do HUWC, na Residência Multiprofissional (envolvendo todos os cursos da FFOE e aumentando também a integração dos alunos de graduação com a residência multiprofissional e pós-graduação stricto sensu nas aulas e atividades pra estímulo também à pesquisa) bem como no NATS-HUs-UFC”. A diretora anseia ainda: “Desenvolvimento de pesquisas com a participação dos diversos cursos; Criação de revista eletrônica para publicações do complexo; Maior divulgação das pesquisas existentes; Promoção de semana científica integrada para todos os cursos”*.
- Assistência
 - Pontos positivos: *“A assistência do Complexo Hospitalar é ampla e atende aos múltiplos fatores exigidos para a formação do enfermeiro e farmacêutico; Acesso dos estudantes e professores da FFOE aos ambulatórios; Participação na visita técnica multiprofissional na UTI”*.
 - Expectativas e oportunidades de melhoria: *“Oferta constante de capacitação para os profissionais; Estímulo da integração entre docência e assistência”*.
- Gestão
 - Pontos positivos: *“O complexo promoveu aproximação com a FFOE, o que é interessante na condução coletiva dos processos; Processos licitatórios com compartilhamento de informações para permitir mais “caronas” nos processos onde o Complexo Hospitalar, por ter uma maior demanda, tem melhores preços”*.
 - Expectativas e oportunidades de melhoria: *“Estreitar as relações de gestão para verificar a possibilidade de compras compartilhadas. Reuniões periódicas dos gestores envolvendo assuntos de indicadores acadêmicos e não apenas de gestão. Aumentar a interação do complexo hospitalar com o LACT da FFOE”. A diretora pontua ainda: “Acompanhamento e transparência dos indicadores de saúde, estatística dos atendimentos e procedimentos mensais; Acesso ao AGHU; Comissão permanente dos docentes dos cursos (1 representante de cada departamento da FFOE) para auxiliar em questões que digam respeito aos estágios, assistência, pesquisa e gestão e fortalecer ainda mais o vínculo”*.
- **Residentes**

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

- Os dados referentes a opinião dos residentes foram extraídos da Pesquisa de Satisfação dos Residentes – PSR 2019, disponível em <<https://sistemas.huwc.ufc.br/fapis/psrebserh>> . Acessado em 13/08/2020.

- HUWC:**

- Total de participantes:147**

Tipo de Residência	Nº de Residentes	%
Médica	72	48,98%
Multiprofissional	72	48,98%
Uniprofissional	3	2,04%

- Avaliação Geral:**

- Consideram as demandas adequadas à especialidade: 69%
 - Satisfeitos com HUWC como campo de prática: 71%
 - Indicariam aos colegas sem (ou com poucas) ressalvas: 63%
 - Nota média: 7,1

- Avaliação da Infraestrutura:**

- Nota global de infraestrutura: 6,12 (0 – 10)
 - Pontos de maior insatisfação: Espaço físico destinado ao descanso do residente; espaço físico destinado à discussão dos casos clínicos e espaço físico utilizado para prescrição clínica.

- Avaliação do serviço ofertado:**

- Nota global do serviço ofertado: 5,96 (0 – 10)
 - Pontos de maior insatisfação: organização dos serviços para realização das atividades de ensino; integração entre os profissionais de saúde nas atividades de ensino; e organização dos fluxos e processos de trabalho na instituição, bem como, a qualidade da alimentação ofertada.

- Avaliação da formação profissional:**

- Nota global da avaliação profissional: 6,46 (0 – 10)
 - Pontos de maior insatisfação: tempo destinado as atividades teóricas do programa de residência; apoio da comissão (COREME e/ou COREMU) no desenvolvimento das atividades de residência; e estímulo para o desenvolvimento das minhas atividades de formação.

○ **MEAC:**

- Total de participantes:48

Tipo de Residência	Nº de Residentes	%
Médica	19	39,58%
Multiprofissional	21	43,75%
Uniprofissional	8	16,67%

- Avaliação Geral:

- Consideram as demandas adequadas à especialidade: 92%
- Satisfeitos com a MEAC como campo de prática: 83%
- Indicariam aos colegas sem (ou com poucas) ressalvas: 77%
- Nota média: 7,9

- Avaliação da Infraestrutura:

- Nota global de infraestrutura: 6,92 (0 – 10)
 - Pontos de maior insatisfação: Espaço físico destinado ao descanso do residente; biblioteca física (infraestrutura e variedade de material didático); e biblioteca virtual (qualidade do suporte virtual e UpToDate).

- Avaliação do serviço ofertado:

- Nota global do serviço ofertado: 6,78 (0 – 10)
- Pontos de maior insatisfação: integração entre os profissionais de saúde nas atividades de ensino; organização dos serviços para realização das atividades de ensino; e organização dos serviços para realização das atividades de ensino.

- Avaliação da formação profissional:

- Nota global da avaliação profissional: 6,55 (0 – 10)
- Pontos de maior insatisfação: apoio da comissão (COREME e/ou COREMU) no desenvolvimento das atividades de residência; tempo destinado as atividades teóricas do programa de residência; e estímulo para o desenvolvimento das minhas atividades de formação.

- **Pesquisadores**

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

- Quais os pontos positivos e oportunidades de melhoria sobre a atuação do Complexo Hospitalar da UFC (Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC e Maternidade-Escola Assis Chateaubriand - MEAC) como campo de pesquisa?
 - Os pesquisadores citaram como pontos positivos:
 - Diversidade de especialidades;
 - Infraestrutura e equipe de apoio na Unidade de Pesquisa Clínica (UPC), que fornece suporte para pesquisa e capacitação para pesquisadores;
 - Oportunidades de melhoria:
 - Possibilidade de ser também um centro formador de pesquisadores; e
 - Atuar como campo de prática de alunos da graduação das áreas com interface na pesquisa e que atualmente não são contempladas nos cursos de graduação.
 - Ampliação da equipe de suporte da UPC;
 - Incentivo ao médico assistente com tempo para dedicação à pesquisa (especialmente em áreas que ainda são pouco contempladas);
 - Suporte para realização de pesquisas acadêmicas com possibilidade de se estabelecer um fluxo de apoio diagnóstico com exames complementares, uma vez que muitas delas não tem financiamento de agência de fomento;
 - Incentivar também os residentes do complexo a terem contato com a pesquisa durante a sua formação;
 - Melhor cadastramento de pacientes;
 - Prontuário eletrônico;
 - Investimento financeiro e estímulo aos colaboradores;
 - Passar a ter PJ própria para reger os contratos;
- Considerações finais (caso julgue necessário, deixe um comentário final para os gestores e colaboradores do Complexo Hospitalar da UFC).
 - Que o Complexo Hospitalar não perca a sua essência de centro de ensino e de pesquisa. A assistência em um hospital universitário é fundamental, mas não pode estar acima de nenhum dos outros dois. Esse é o nosso diferencial e torço para que continue assim.

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

- O campo de pesquisa clínica no HUWC deveria ser mais estimulado. Formar grupo de pesquisadores seria uma boa estratégia.

- **Usuários do serviço**
 - Os dados referentes a opinião dos residentes foram extraídos da Pesquisa de Satisfação dos Usuários , disponível em <
 [- Total de participantes: 352
 - Indicação do hospital: 98,6%
 - Nível de confiança \(0 – 10\): 9,2
 - Itens com maior insatisfação:
 - Sinalização no Hospital \(Recepção\);
 - Conforto no local da recepção: cadeiras bebedouro banheiro;
 - Local de espera.](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoizjg3MGFkYjltZTgzMC00ZjhlLWI3MTQ0tNzA1YTg3ODZkNzEwliwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWFmZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNW M4NDVINSJ9> . Acessado em 13/08/2020.
○ HUWC:<ul style=)

- **MEAC:**
 - Total de participantes: 355
 - Indicação do hospital: 99,2%
 - Nível de confiança (0 – 10): 9,5
 - Itens com maior insatisfação:
 - Acessibilidade – Facilidade de locomoção (consultório ou enfermaria);
 - Local de espera;

3.3 Desempenho do Contrato SUS

Figura 6.
Produção Físico-Orçamentário – Desempenho por Tipo de Programação.

FAPIS		DASHBOARD			
Unidade de Monitoramento e Avaliação - UMA Produção Físico-Orçamentário		Grupo Todos	Sub-grupo Todos	Mês/Ano Todos	Ano, Mês/Ano 2019
Hospital HUWC MEAC		Forma de organização Todos	Procedimentos Todos	UP Todos	
Ambulatorial Hospitalar		Desempenho por tipo de programação			
Desempenho Geral		Média Complexidade - MAC	Alta Complexidade - MAC	FAEC	
Faturamento		Faturamento	Faturamento	Faturamento	
Contrato	R\$63.980.910,47	Contrato	R\$24.974.112,12	Contrato	R\$25.090.062,02
Realizado	R\$69.174.202,22	Realizado	R\$31.876.052,80	Realizado	R\$21.077.765,53
Repasso	R\$61.073.273,27	Repasso	R\$24.974.112,12	Repasso	R\$20.903.223,15
Diferença Valor: Realizado - meta R\$5.193.291,7		Diferença Valor: Realizado - meta R\$6.901.940,7		Diferença Valor: Realizado - meta -R\$4.012.296,5	
Desempenho: Realizado / meta 108,1%		Desempenho: Realizado / meta 127,6%		Desempenho: Realizado / meta 84,0%	
Diferença Valor: Repasse - realizado -R\$8.100.928,9		Dif. Valor: Repasse - realizado -R\$6.901.940,7		Dif. Valor: Repasse - realizado -R\$174.542,4	
Desempenho: Repasse / realizado 88,3%		Desempenho: Repasse / realizado 78,3%		Desempenho: Repasse / realizado 99,2%	

Fonte: FAPIS. Acessado em 24/08/2020, através da intranet da instituição. <https://sistemas.huwc.ufc.br/fapis/contratualizacao>

A figura 6 mostra o desempenho físico orçamentário do Complexo Hospitalar da UFC no ano de 2019. O histórico para construção deste painel reflete algumas das oportunidades de melhoria na tratativa com a Secretaria Municipal de Saúde: (a) melhor comunicação entre os atores envolvidos; (b) alinhamento interno para utilização de indicadores e apresentação de resultados, que representem o desempenho do complexo, individualizando as particularidades de cada hospital; (c) aprimoramento das ferramentas de tecnologia da informação para otimização no trabalho com dados.

Outro ponto referente ao desempenho do contrato está no percentual perdido quando se compara o valor produzido (realizado), pelo valor efetivamente repassado. Em todas as categorias há uma perda de recursos. A otimização na organização do serviço, considerando o diálogo com o ente municipal, deverá ser uma prioridade no planejamento estratégico da instituição.

Contudo, deve-se ressaltar o amadurecimento das equipes de regulação no desenvolvimento de processos mais robustos na avaliação e monitoramento dos indicadores.

As equipes responsáveis por este processo fizeram considerações sobre o desempenho dos resultados:

Perspectiva do HUWC:

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) vive um novo tempo. Tempo este em que indicadores de desempenho foram elaborados e passaram a ser monitorizados. E estes são de extrema relevância para nortear as ações da alta gestão do HUWC. Afinal como já dizia William Edward Deming “Não se gerencia o que não se mede, não se mede o que não se define, não se define o que não se entende e não há sucesso no que não se gerencia.” A introdução de indicadores

no dia a dia do HUWC trouxe um novo olhar sobre o “se fazer saúde pública.” Olhar este profissionalizado que identificou inúmeras oportunidades de melhoria.

Há uma máxima que declara: saúde não tem preço. Isso é bem verdade. Mas há custos e a cada dia mais elevados, há que se ressaltar. E é exatamente vislumbrando o gerenciamento desses custos a fim de equilibrar receita versus despesas que o HUWC tem desenvolvido estratégias para monitorizar sua produção hospitalar, a fim de otimizar diuturnamente os seus recursos financeiros. E para tal tem instituído Unidades de Produção (UPs). Estas têm como foco quantificar todos os procedimentos médico-hospitalares produzidos pelos serviços que compõem essa UP e monitorizar se as metas estabelecidas em contrato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estão sendo atingidas ou não ou se há inclusive uma superprodução. Superprodução esta que significa produzir além do que fora contratualizado com a SMS e que implica em perda financeira.

Para o fortalecimento das Unidades de Produção, que são vitais para o fortalecimento de um novo olhar sobre “o fazer saúde pública”, algumas ações estão sendo implementadas, a saber:

- Construção dos Contratos Internos de Gestão (CIG) para melhor envolvimento e pactuação com os serviços que realizam os procedimentos visando o cumprimento de metas e a sustentabilidade assistencial-orçamentário;
- Avaliação interna nas UPs para melhor gerenciamento das metas e realização de procedimentos que visem oportunidade de receitas, principalmente os procedimentos de Alta Complexidade e FAEC;
- Estudo de viabilidade para a definição de metas nível de forma-de-organização apenas, permitindo com isso a realização de qualquer procedimento, desde que obedecido o limite estipulado em contrato. Dessa forma evita-se que tenhamos procedimentos sem orçamento.

Há um caminho a ser percorrido a que se ressaltar. Mas a alta gestão do HUWC está comprometida em tornar esse caminhar factível. Não há dúvidas de que o fortalecimento de uma gestão a partir de indicadores traz ganhos imensuráveis a todos, sobretudo dentro de uma instituição pública. Os desafios estão postos: otimizar os recursos financeiros, reduzir gastos desnecessários e continuar a ofertar à população serviços em saúde efetivos e de altíssima qualidade. Através de ações organizadas, focadas em melhorias contínuas o sucesso organizacional será alcançado.

Perspectiva da MEAC

O Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS) da MEAC tem adotado diversas práticas de monitoramento e negociação do contrato SUS com o Gestor Municipal de Saúde e com a comunidade hospitalar.

São diversos desafios a serem solucionados junto a equipe da Secretaria Municipal de Saúde, dentre os quais o principal é a renegociação, com impacto financeiro, do Contrato SUS que será finalizado em novembro de 2021.

Por um lado, a Secretaria de Saúde nos coloca que não há recurso financeiro novo a ser contratualizado com a maternidade, de um outro, há uma produção excedente de procedimentos pela instituição, com um desempenho contratual superior a 120 % no mês.

Não sabemos ao certo como serão as próximas negociações, haja visto o período político e a possível mudança de gestor. Internamente estamos adotando algumas medidas para formalização dessas dificuldades que estamos enfrentando com a SMS, com o objetivo de nos respaldarmos nas discussões no próximo ano.

Mensalmente monitoramos com toda equipe de gestores do hospital, toda produção realizada em cada serviço. Todos são municiados com documentos para análise e orientados no que identificamos como fragilidades e necessidade de correção.

Vamos iniciar um período de avaliação e planejamento do SRAS para 2021, dentre as demandas a serem planejadas há um elenco de ações que tratam exclusivamente da contratualização.

Dentre as ações propostas para 2021 seguem:

- Fortalecimento do monitoramento no cumprimento das metas contratualizadas junto as unidades de produção, com foco na sustentabilidade por UP;
- Fortalecer o trabalho da auditoria concorrente com foco na melhoria do registro, cobrança e quebra de procedimentos por internação (AIH subsequentes);
- Monitoramento da produção hospitalar e ambulatorial com os novos sistemas de regulação e cobrança do Estado e Município (Fastmedic);
- Análise mensal junto as equipes da UP e dos serviços da MEAC que apresentam indicadores de produção contratualizados;
- Realização do IV Fórum de Contratualização Hospitalar da MEAC;
- Ampliar a transparência dos serviços contratualizados com o gestor do SUS para os usuários do serviço;
- Planejamento das novas metas quantitativas e qualitativas a serem negociadas com o gestor do SUS por conta do firmamento do novo contrato com a MEAC;
- Análise trimestral da contratualização junto a CIAC MEAC e a CAC externa.

Obs.: Anualmente (no início de dezembro) fazemos uma avaliação e o planejamento de todas as áreas do SRAS.

3.4 Avaliação do Selo EBSEH de Qualidade

Tabela 7

Principais Resultados do Selo EBSEH de Qualidade, referentes aos requisitos totais aplicáveis ao hospital – HUWC

Processos	Total de itens	Total de itens cumpridos	% de cumprimentos
Ensino	108	90	83
Assistenciais	280	249	89
Gerenciais	245	216	88
Apoio	246	188	76
Total	879	743	84

Tabela 8

Principais Resultados do Selo EBSEH de Qualidade, referentes ao cumprimento dos requisitos essenciais aplicáveis ao hospital – HUWC

Processos	Total de itens	Total de itens cumpridos	% de cumprimentos
Ensino	42	34	81
Assistenciais	141	132	94
Gerenciais	164	151	92
Apoio	142	115	81
Total	489	438	88

Tabela 9

Principais Resultados do Selo EBSEH de Qualidade, referentes aos requisitos totais aplicáveis ao hospital – MEAC

Processo	Total de itens	Total de itens cumpridos	% de cumprimento
Ensino	108	82	75,9
Assistencial	323	267	82,7
Gerencial	245	192	78,4
Apoio	246	166	67,5
Total	922	707	76,7

Tabela 10

Principais Resultados do Selo EBSERH de Qualidade, referentes ao cumprimento dos requisitos essenciais aplicáveis ao hospital – MEAC

Processo	Total de itens	Total de itens cumpridos	% de cumprimento
Ensino	42	38	90,5
Assistencial	155	142	91,6
Gerencial	164	142	86,6
Apoio	142	108	76
Total	503	430	85,5

Principais ganhos:

1. Evolução na padronização de processos;
2. Maturidade na avaliação e monitoramento de riscos assistenciais;

Principais oportunidades de melhoria do Selo EBSERH de Qualidade:

1. Fragilidades na infraestrutura da instituição;
2. Lacunas quanto aos processos e protocolos exigidos;
3. Lacunas quanto ao método de documentação e registro da informação.
4. Ausência de software de controle de documentos.

3.5 Contrato de Objetivos

No final de 2019 foi apresentado o relatório panorâmico para a nova Governança do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – UFC, a situação orçamentária das Unidades Hospitalares.

Uma das ações apresentadas, direcionava para um redesenho da gestão financeira, com aplicação de uma nova metodologia de trabalho que concretizava de forma prática, o monitoramento dos recursos para o exercício de 2020. Esse monitoramento levou em consideração todos os recursos descentralizados para o CH-UFC e a execução pelas áreas demandantes.

Nesse sentido, foi realizado um conjunto de reuniões com as áreas demandantes de recursos, para apresentação do cenário orçamentário e valores aprovados para cada área. Outro objetivo, foi informar a redução R\$ 19 milhões na receita para 2020 e implementação do teto orçamentário por área.

Em paralelo, a Ebserh Sede, implantou o Plano de Aplicação de recursos para os Hospitais da Rede Ebserh, no intuito de identificar a execução e controle do orçamento disponibilizado afim de efetivar o planejamento em Rede, ação que convergia para o projeto do CH-UFC.

Nesse sentido, foi encaminhado para o CH-UFC Ofício-Circular - SEI nº 1/2019/SPG/CGR/DVPE-EBSERH, processo 23477.011638/2019-93, apresentando o modelo de pactuação junto aos Hospitais que permitia a previsibilidade, a sustentabilidade econômico-financeira, a transparência, o monitoramento e o controle das receitas e despesas de cada Unidade. Essa pactuação resultaria em celebração do contrato de objetivos assinado pela Superintendência do CH-UFC.

No modelo inicial proposto pela Ebserh-Sede, previu a apresentação de 05 (cinco) Planos de Aplicação: Plano de Custeio (Custeio); Plano de Infraestrutura Física e Tecnológica (Custeio e Investimento); Plano de Capacitação (Custeio); Plano de Tecnologia da Informação (Custeio e Investimento); e Plano de Passagens e Diárias (Custeio).

No primeiro momento, o recurso total previsto para o CH-UFC em 2020 era de R\$ 105,5 milhão, sendo R\$ 97,8 de custeio e R\$ 7,9 de capital, sendo alterado na 2ª revisão para R\$ 109,2 milhão com aumento de R\$ 3,5 milhão após revisão dos valores.

A metodologia desenvolvida pela DAF/GAD na execução dos recursos orçamentários apresentou consistência em sua implementação e execução, alcançando uma regularização nos valores empenhados pelas áreas técnicas do CH de 66,92% em agosto de 2020, conforme previsto.

A meta da DAF/GAD é finalizar o exercício com equilíbrio das receitas e despesas do CH-UFC.

Em paralelo a esse movimento de busca do equilíbrio está sendo desenvolvido trabalho com cinco grandes áreas (hotelaria, infra, produtos para saúde, farmácia e engenharia clínica) além da TI para apresentação de proposta de redução de valores dos contratos continuados de cada área. A ideia é reduzir aproximadamente R\$ 2,5 milhão.

3.6 Principais Achados e Recomendações

Os resultados apresentados nesta seção foram extraídos a partir de relatórios de auditoria e por meio da Nota Técnica 093/2020 - PPP - CHU-UFC (7391074), processo SEI 23533.021187/2020-14.

O presente relatório de auditoria traz os seguintes resultados:

- Arquivamento de 42 (quarenta e dois) apontamentos classificados no Módulo SIG-Auditoria com a situação “Arquivado”.
- Evolução no período de dezembro de 2019 a junho de 2020, identificou-se:
 - Aumento 94 %, no número de “Não Atendidos” e aumento de 45 novas recomendações no período analisado;
 - Manteve-se inalterado o (%) dos “Parcialmente Atendidos” e;
 - Aumento expressivo e positivo de 91% de apontamentos “Atendidos”, em comparação ao período de dezembro de 2019, ou seja, foram adotadas providências para 42 (quarenta e duas) constatações dentro do período selecionado.
 - 10 recomendações consideradas “Estruturantes” baixadas;

- Nenhuma recomendação considerada “Financeira” baixada no período.
- Todas as 42 recomendações baixadas eram de acompanhamento periódico;
- Identificou-se que 92% (noventa e dois por cento) das recomendações pendentes de implantação ou parcialmente concluídas no Complexo são de responsabilidade estão distribuídas entre a Superintendência e a Gerência Administrativa.:
- Identificou-se que a média de dias das recomendações com situação “Não Atendidas”, encontrava-se em 510 dias inferior aos 669 dias da análise com data em 31/12/2019, mas ainda superior há 1 ano.

Boas práticas observadas:

Observou-se que a Alta Administração inseriu no Plano Diretor Estratégico (PDE), as recomendações da Auditoria Interna e dos Órgãos de Externos de Controle, com alto grau de criticidade.

A análise do Setor de Governança e Estratégia do CH-UFC, frente aos resultados do referido relatório, destaca os principais macroprocessos envolvidos nos apontamentos de auditoria:

- Acumulação de Cargos;
- Avaliação da Maturidade – AMAG;
- Coleta de Resíduos – CGU;
- Equipamentos;
- Farmácias e Almoxarifados;
- Folha de Pagamento;
- Manutenção de Equipamentos;
- Medicamentos;
- TED;
- USOST;
- Faturamento Hospitalar;
- Aquisição de Medicamentos;

Dentro destes macroprocessos, considerando os achados nos relatórios de auditoria, tem-se as principais oportunidades de melhorias, listadas pelo Setor de Planejamento:

- Melhoria dos controles internos da instituição;
- Padronização e institucionalização de processos alinhados com a legislação vigente;
- Adotar medidas de gestão de riscos corporativos em todos os níveis institucionais;
- Alinhar e melhorar processos referentes as aquisições de insumos, controle de estoque e distribuição interna;

- Aprimorar sistemas informatizados para atender demandas dos serviços, permitindo seu funcionamento pleno;
- Avaliar e consolidar políticas institucionais que não foram instituídas ainda.

3.7 Painel de Contribuição da Rede Ebserh

A análise dos indicadores presentes no painel de contribuição da Rede EBSEH nos traz os resultados:

Tabela 11

Resultados do Complexo Hospitalar da UFC frente ao Painel de Contribuição da Rede EBSEH.

Indicadores do Painel	Contribuição MEAC	Contribuição HUWC	Parâmetros	Desafios
Número de hospitais com a taxa de ocupação hospitalar ideal	2019: 88,7%	2019: 73,4%	Maternidades: 75 a 85% Demais: 80 a 85%	Na MEAC, o grande desafio é melhorar a rotatividade de leitos na UTI neonatal.
Número de hospitais com o Tempo Médio de Permanência Hospitalar ideal	2019: 5,7	2019: 8,1	Entre 3 e 5 dias	Otimizar o processo de regulação de leitos e implantação e cumprimento dos protocolos de segurança do paciente.
Número de hospitais submetidos à avaliação interna do Programa e Selo Ebserh de Qualidade	2019: realizado	Realizado	Realizado	Não se aplica.
Número de hospitais submetidos à avaliação externa do Programa e Selo	2020: não realizado	2020: não realizado	Realizado.	Cumprir os requisitos essenciais listados no Manual do Selo EBSERH de

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Indicadores do Painel	Contribuição MEAC	Contribuição HUWC	Parâmetros	Desafios
Ebserh de Qualidade				Qualidade. Principalmente aqueles dependentes da melhoria de infraestrutura.
Percentual de atratividade dos programas de residência da Rede Ebserh	Resmulti 2019: 12,3		10,5	Não se aplica.
Taxa de ocupação dos programas de residência da Rede Ebserh	Resmulti 2019: 98,4% Resmed 2019: 87,2%		80%	Não se aplica.
Número de hospitais operando em situação de equilíbrio orçamentário	2019 – Fluxo de caixa = R\$ 5.789.809,44	2019 – Fluxo de caixa = - R\$ 5.450.344,31	Fluxo de caixa positivo	Rever contratos; Rever padronização de itens; Reduzir volume de itens em estoque; Reduzir perdas por vencimento; Revisar protocolos clínicos; Desenvolver cultura de uso racional de insumos; Incrementar a produção de

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Indicadores do Painel	Contribuição MEAC	Contribuição HUWC	Parâmetros	Desafios
				procedimentos FAEC; Renegociar contratualização com a prefeitura.
	2019 – Fluxo de caixa CH/UFC: R\$ 783.286,40			
Número de hospitais com custeio suportado em 90% pela receita SUS	71,2%		90%	Desafios semelhantes ao item acima.
Taxa de representatividade de compras centralizadas	-	-	-	-
Taxa de incorporação das categorias de compras pela Central de Compras	-	-	-	-
Percentual de HUFs com a força de trabalho monitorada	Não realizado	Não realizado	50% dos hospitais	Organizar os dados em uma base segura; Revisar os normativos internos sobre o tema; Divulgação das normas; Verificar no mínimo 2x ao ano a alocação da força de trabalho,

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

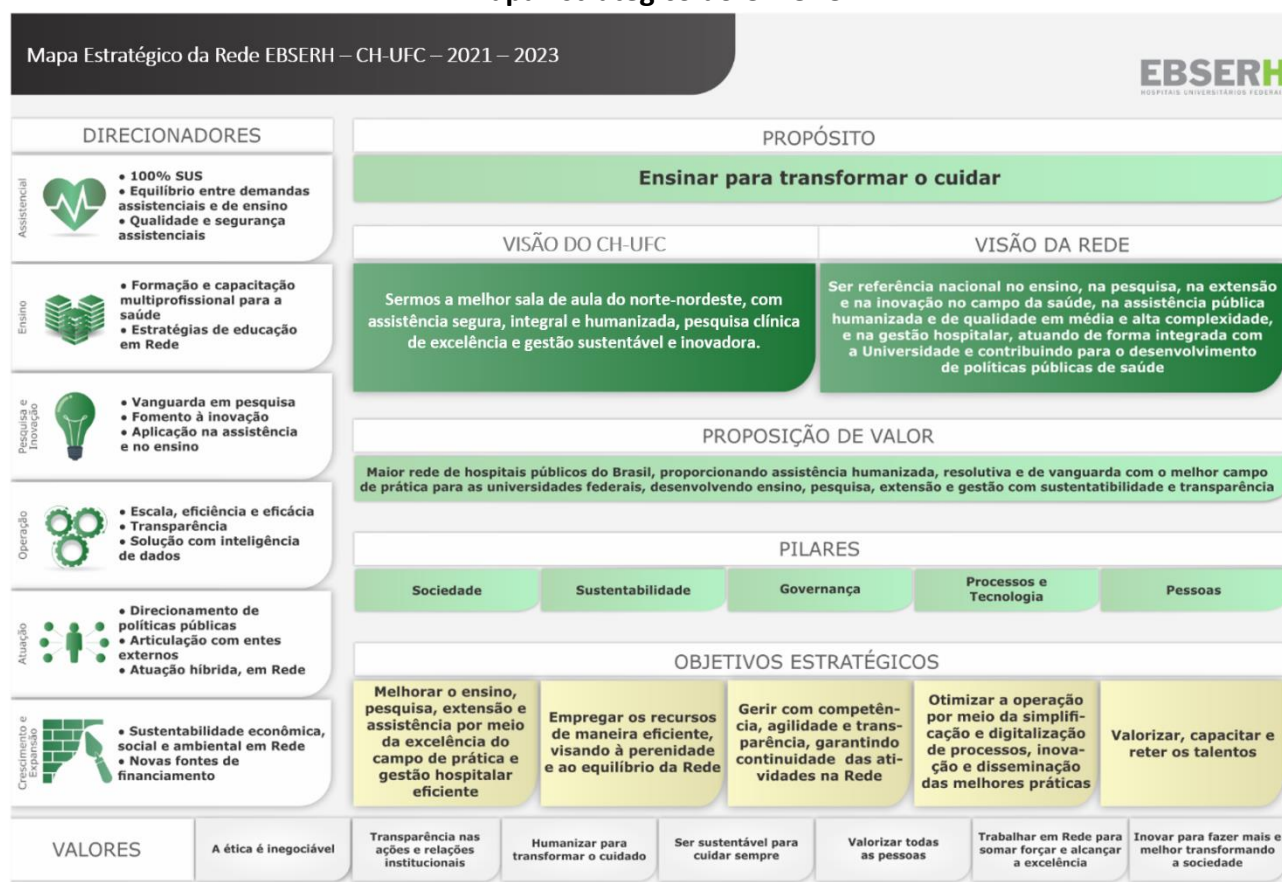
Indicadores do Painel	Contribuição MEAC	Contribuição HUWC	Parâmetros	Desafios
				confrontando com a informação na base de dados.
Número de hospitais em gestão plena	Realizado	Realizado	Atendimento aos 14 itens para gestão plena	Não se aplica.
Número de hospitais com prontuário eletrônico do paciente implantado	Sim (Controle informatizado dos itens: identificação do paciente anamnese e exame físico prescrição médica/enfermagem evolução médica/enfermagem exames laboratoriais e sumário de alta).		Prontuário implantado	Redução do uso de informações impressas em papel para uso na assistência; Disponibilização de equipamentos de TIC para todos os profissionais da assistência, que necessitem das informações do prontuário, nos ambientes que atuam; Digitalização dos documentos físicos existentes, associação aos prontuários natodigitais e disponibilização plena.
Número de estudos e manuais de infraestrutura física e tecnológica elaborados	2020: 1 (25%)		2019: - 2020: 4	Não se aplica

4 ESTRATÉGIA DO CH-UFC

4.1 Declaração de Visão do CH-UFC

Sermos a melhor sala de aula do norte-nordeste, com assistência segura, integral e humanizada, pesquisa clínica de excelência e gestão sustentável e inovadora.

Figura 7
Mapa Estratégico do CH-UFC



Nesta etapa, com a participação dos gestores de todas as gerências, conseguiu-se reunir as mais diversas opiniões e experiências, permitindo a produção de insumos que, após analisados pelo Colegiado Executivo, foi traduzido na Declaração de Visão do CH-UFC, referenciando o Mapa Estratégico da **Figura 7**.

4.2 Macroproblemas

Com a definição da visão do CH-UFC, completando o Mapa Estratégico, deu-se início à busca por macroproblemas que afetem o alcance dos objetivos estratégicos. Para cada macroproblema, relacionado a um dos pilares da Rede Ebserh, definiu-se uma causa-raiz e uma proposta de solução (**Tabela 12**).

Tabela 12
Propostas de solução a partir de macroproblemas definidos em cada pilar estratégico

	Descrição do Macroproblema	Causa Raiz do Macroproblema	Proposta de Solução
Ensino	Experiência restrita do estudante dentro do serviço ofertado	Ausência de um plano integrado para o ensino.	Definir um plano integrado para construir a melhor experiência de ensino no N/NE.
Pesquisa	Redução no número de pesquisas a cada ano.	Ausência de um plano investimento em pessoal e mapeamento de processos.	Plano de investimento em pessoal e mapeamento de processos.
Assistência	Tempo de permanência acima dos parâmetros nacionais	Lacunas quanto ao plano terapêutico do paciente.	Implantação de modelo de gestão da alta
Sustentabilidade	Descontrole entre receitas e despesas.	Receita SUS incompatível com a produção assistencial.	Projeto de revisão da contratualização com foco na sustentabilidade.
Governança	Baixa maturidade do ambiente de governança.	Ausência de uma Política de Governança Corporativa amplamente divulgada e estabelecida.	Implementação de um programa para formação de uma estrutura sólida de governança.
Processos e	Pouca automação na gestão hospitalar	Ausência de uma estrutura madura na padronização e mapeamento de processos.	Desenvolvimento de uma estrutura para padronizar e mapear processos.
Pessoas	Processos de gestão de pessoas pouco alinhados à estratégia institucional.	Ausência de política de gestão de pessoas alinhada, comunicada e implantada.	Implementação de projeto para consolidar uma política de gestão de pessoas.

4.3 Painel de Contribuição do CH-UFC

Tabela 13

Painel de Contribuição do COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Painel de Contribuição CH-UFC 2021 - 2023

Pilar	Objetivo Estratégico	Indicador Local	Metas			Área responsável	Projeto Local			
			2021	2022	2023					
Sociedade	Assistência	Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente	1a	Tempo médio de permanência nas unidades piloto.	6,6	6,5	6,4	GAS	1.01	Implantação de modelo de gestão da alta.
	Ensino		1b	Evolução do projeto piloto de avaliação por competências das residências.	30%	65%	100%	GEP	1.02	Concepção do processo piloto de avaliação por competências dos programas de residência.
	Pesquisa		1c	Nº de novas pesquisas clínicas.	15	16	17	GEP	1.03	Implantação de um processo de captação de pesquisas clínicas.
Sustentabilidade	Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede	2a	% de Repasse Financeiro em relação à Produção SUS	89%	90%	91%	GAS	2.01	Revisão e manutenção da contratualização SUS com foco no equilíbrio físico-financeiro da produção hospitalar.	
Governança	Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede	3a	Maturidade no Ambiente de Governança – MMAG.	-	10% > MMAG 2021	20% > MMAG 2021	Super.	3.01	Elevação do nível de maturidade do ambiente de governança.	
Processos e Tecnologia	Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas	4a	% de cadernos publicados em relação aos necessários.	-	10% > valor de 2021	20% > valor de 2021	Super.	4.01	Implementação e operacionalização de Escritório de Processos.	
Pessoas	Valorizar, capacitar e reter os talentos	5a	Índice de satisfação geral do colaborador.	-	7,4	7,5	GAD	5.01	Definição de um processo de gestão de pessoas.	

5 MONITORAMENTO

5.1 Modelo de Gestão do PDE

O PDE do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará seguiu o modelo proposto no Guia de Desdobramento da Estratégia, lançado pela Ebserh Sede. A **Figura 8** indica as etapas da metodologia proposta pela Ebserh Sede, que sofreu adaptações devido a situação de pandemia e a realidade local, levando-se em consideração cultura e maturidade institucional.

Figura 8
Etapas da Metodologia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais



Quanto aos atores envolvidos no processo de governança e seus papéis, O Gerente de Projetos, nomeado pelo Colegiado Executivo, além das atribuições listadas na **Figura 10**, é incumbido de:

1. Atuar de forma matricial (**Figura 9**) dentro da organização, garantindo a entrega dos resultados esperados no projeto;
2. Possuir poderes limitados ao cronograma do projeto, ou a entrega do produto, serviço ou resultado;
3. Responder hierarquicamente ao Colegiado Executivo, devendo-se dirigir sempre ao Gestor do Portfólio (Chefe do Setor de Planejamento) para alinhamentos diversos;

Contudo, espera-se que o Gerente de Projeto atue:

1. Gerenciando conflitos;
2. Evitando confrontos;
3. Negociando soluções;
4. Entendendo os diferentes níveis de maturidade dentro da instituição;
5. Mantendo a comunicação constante com o Gerente do Portfólio.

Além disso, os outros participantes tiveram suas atribuições definidas conforme deliberação em Colegiado Executivo (**Figura 10**).

Quanto ao modelo de governança usado em cada uma das etapas listadas na **Figura 8**, tem-se:

1. Os processos de Análise situacional e Painel de Contribuição utilizaram-se do Guia de Desdobramento da Estratégia - Fase 1 e 2 (9412288), anexado ao Processo SEI 23477.008383/2020-15, adaptando-se as oficinas e formulários à realidade local, porém, utilizando-se do mesmo princípio metodológico;
2. O processo de Monitoramento e Controle seguirá o processo descrito na **Figura 13**;
3. O processo de comunicação seguirá o que está descrito na **Figura 14**;
4. O processo de Reflexão e Replanejamento seguirá a base metodológica da Análise Situacional, devendo ser validada até 3 meses antes do segundo semestre de 2023.

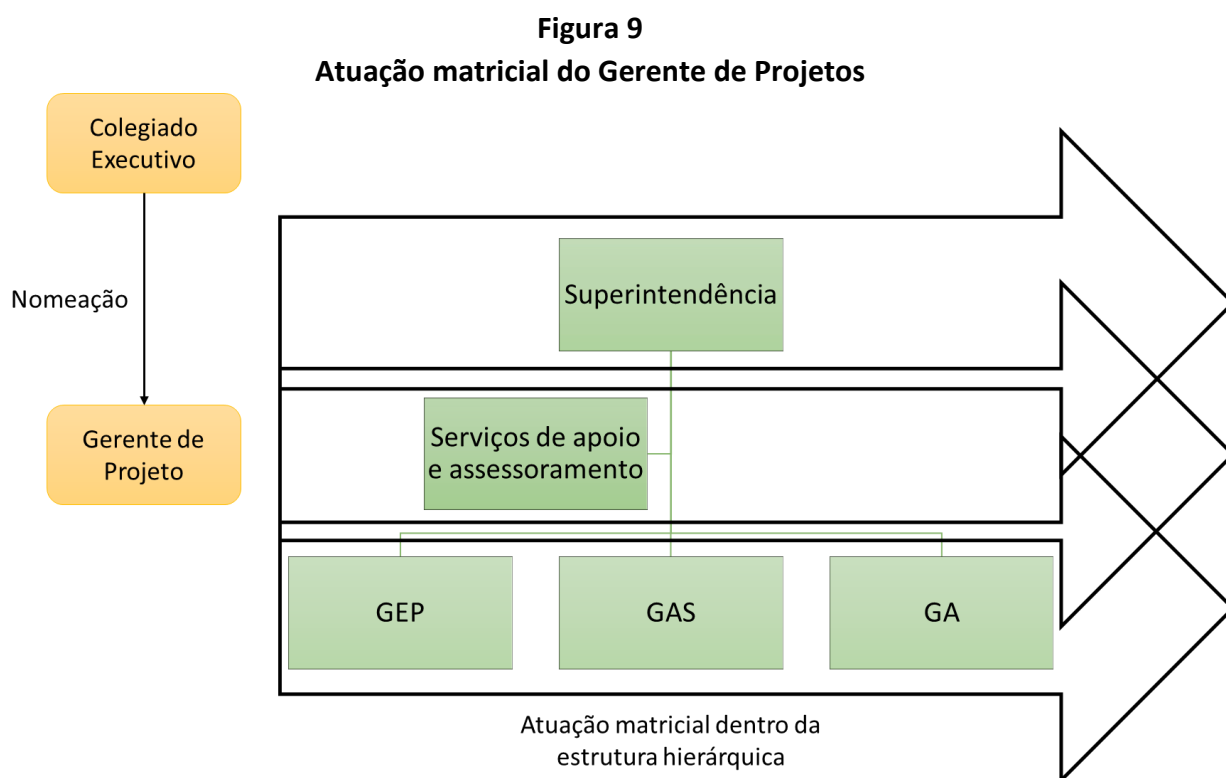
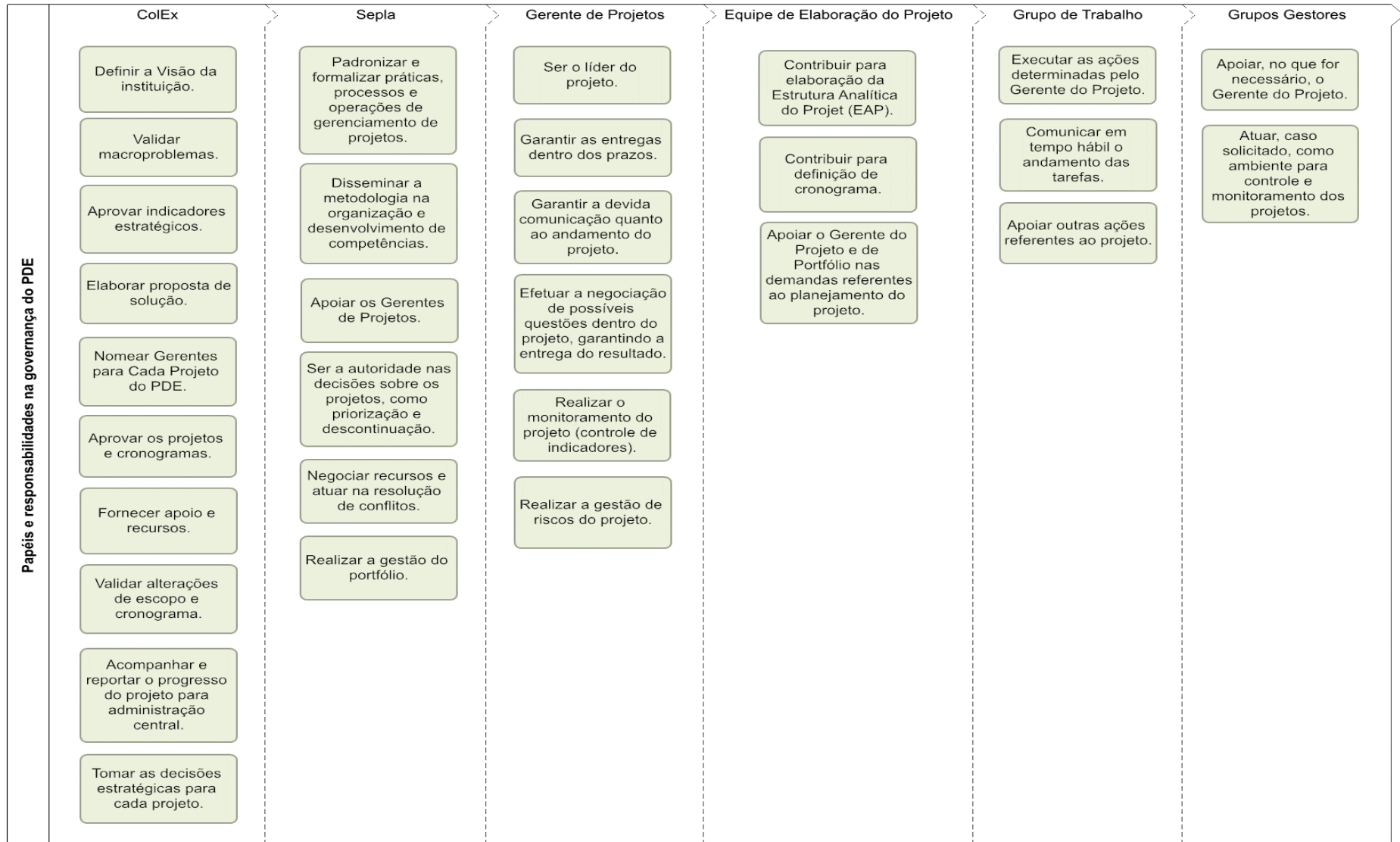


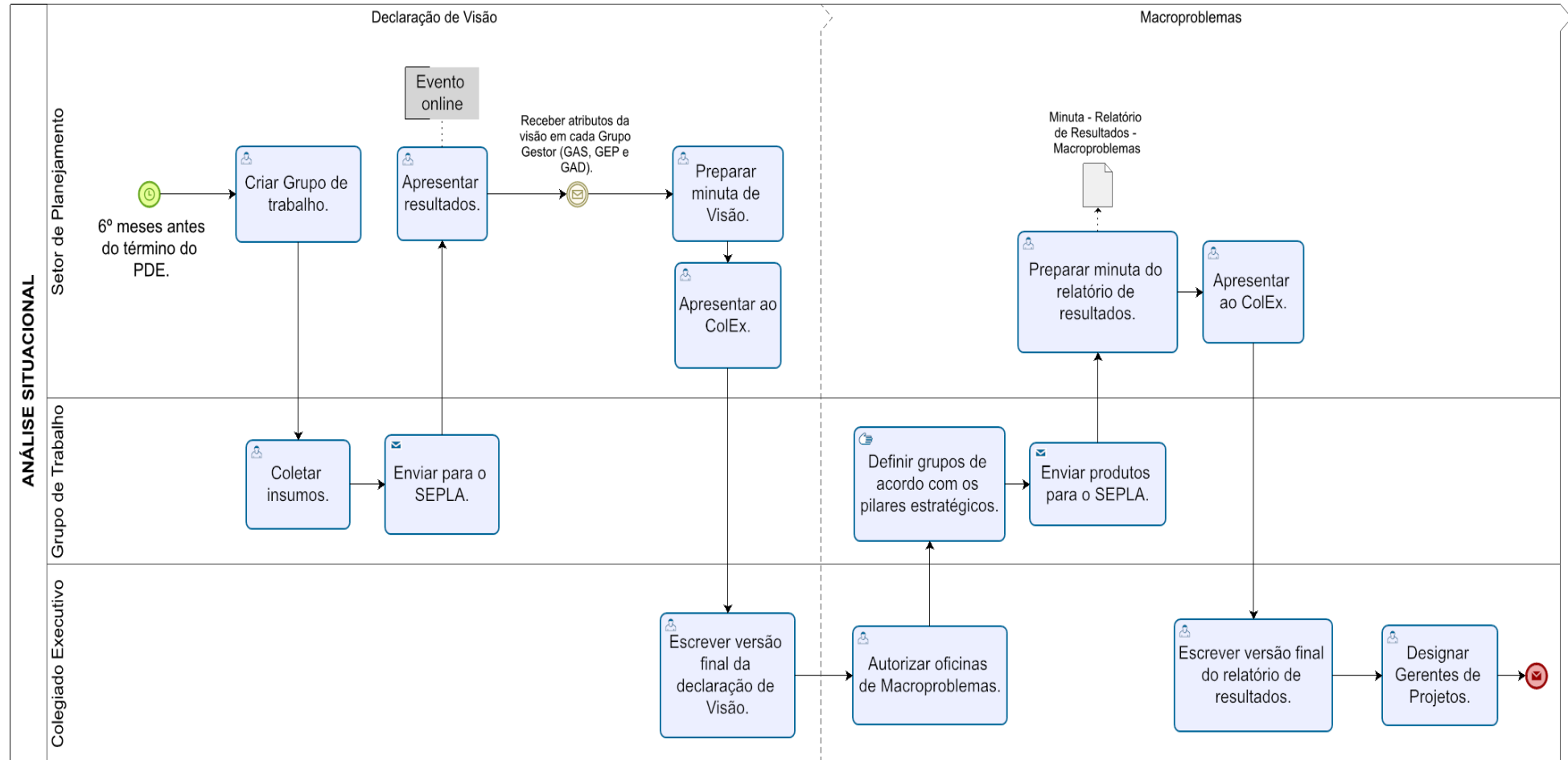
Figura 10

Papéis e responsabilidades dentro do processo de governança de projetos



Análise Situacional

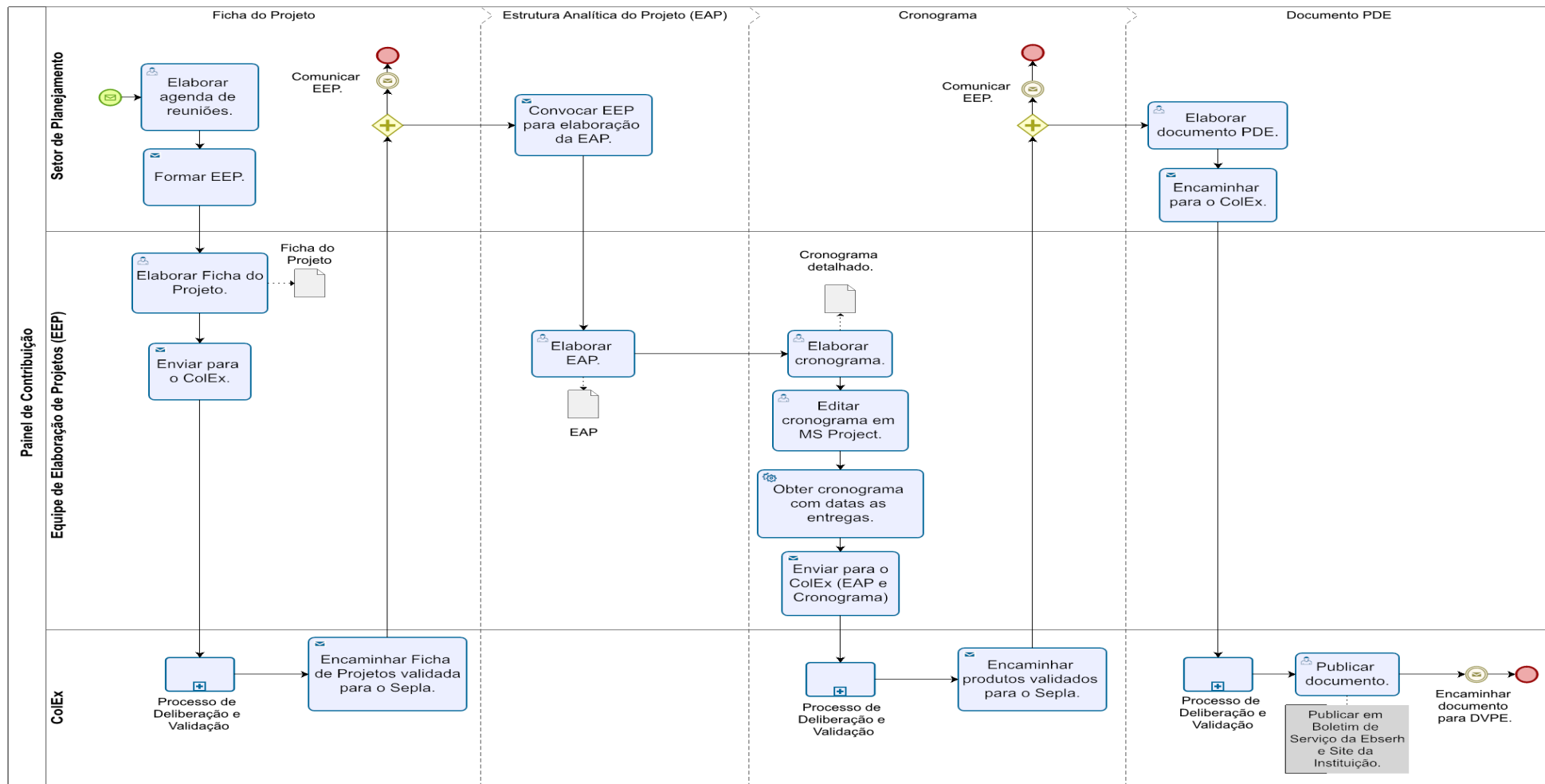
Figura 11
Modelo de Gestão do Processo na Análise Situacional



Painel de Contribuição

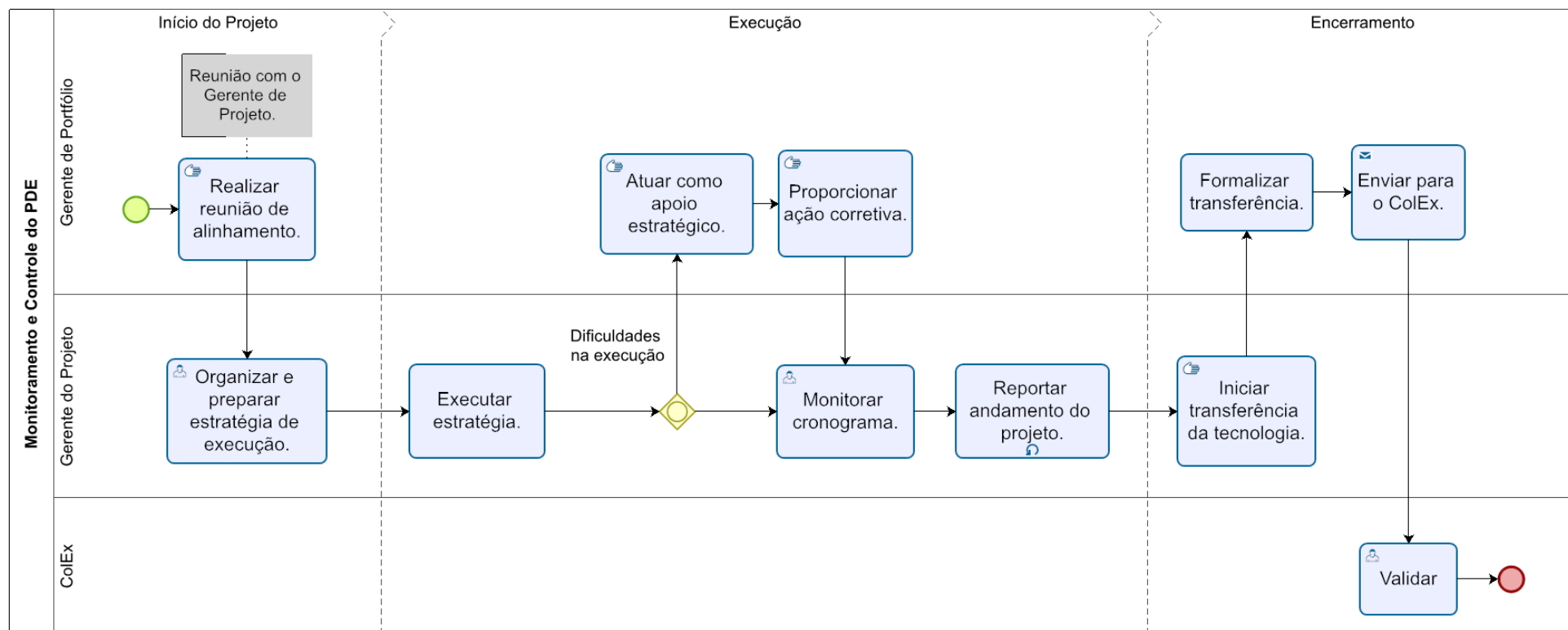
Figura 12

Modelo de Gestão do Painel de Contribuição



Monitoramento e Controle

Figura 13
Modelo de Gestão para o Monitoramento e Controle do PDE



5.2 Modelo de Comunicação

Figura 14
Processo de comunicação do PDE 2021-2023

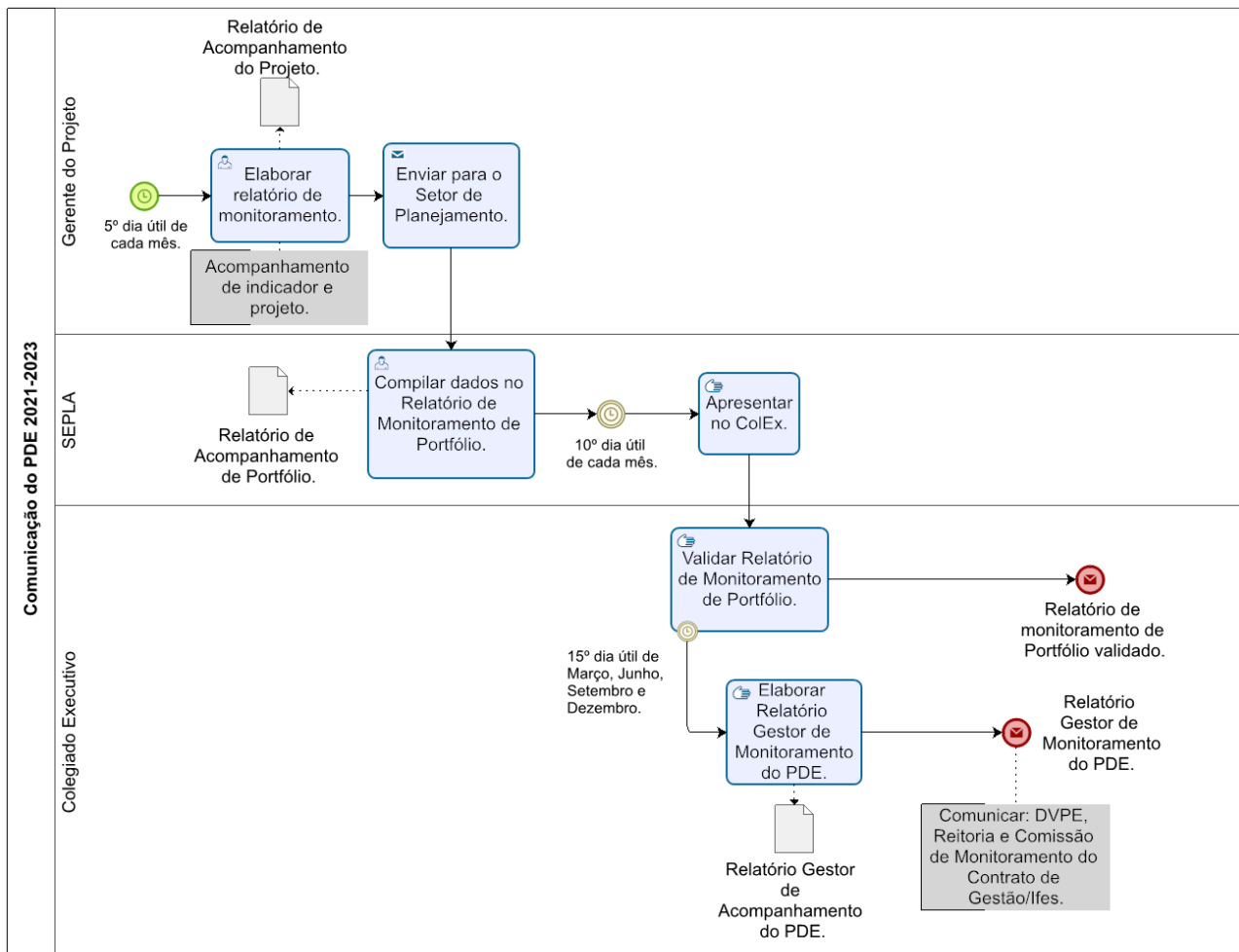
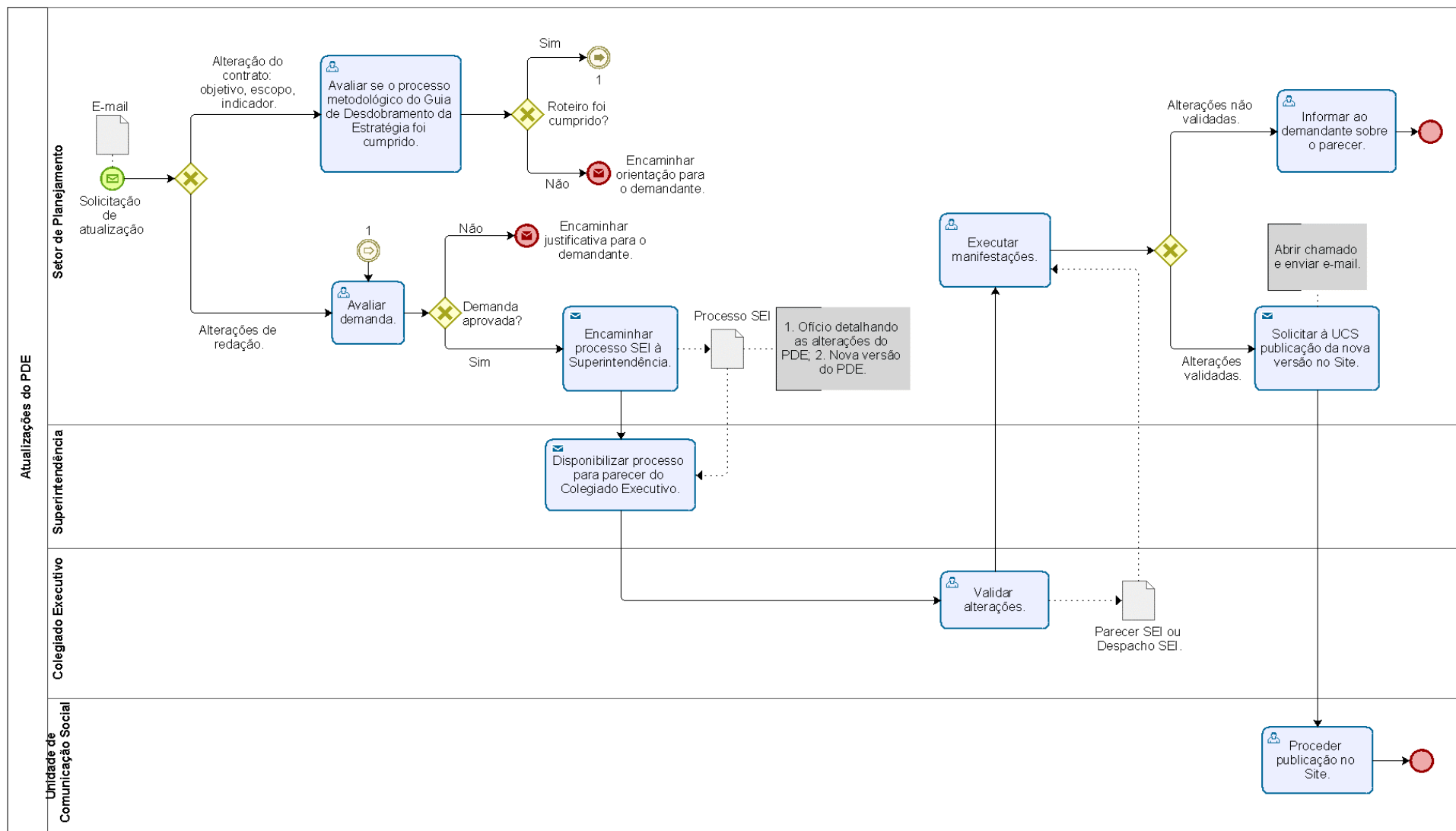


Figura 15
Processo de Alteração do PDE 2021-2023



Os modelos de documentos produzidos no processo de comunicação do PDE serão devidamente formatados dentro das regras descritas abaixo:

1. Todos os relatórios:
 - a. Formato: eletrônico;
 - i. Tipo de arquivo: Excel;
 - ii. Ficarão disponíveis no “Share Point” e/ou dentro de equipe na plataforma “Teams”;
 - b. As comprovações referentes às entregas dos projetos deverão ser armazenadas em canal “Teams”.
2. Relatório de Acompanhamento do Projeto:
 - a. Estrutura:
 - i. Identificação do projeto, do gerente e a data de acompanhamento;
 - ii. Indicar o percentual de conclusão das tarefas;
 - iii. Indicar adequações nas tarefas (caso ocorra inclusão ou exclusão);
 - As alterações de escopo e tempo exigem alinhamento com o Gerente do Portfólio e Validação com o Colegiado Executivo.
 - iv. Indicar dificuldades e soluções implementadas;
 - v. Informar resultado do indicador;
3. Relatório de Acompanhamento de Portfólio:
 - a. Estrutura:
 - i. Identificação dos projetos, gerentes e a data de acompanhamento;
 - ii. Indicar a situação de cada projeto: “não iniciado”, “atrasado”, “no prazo” e “concluído”;
 - iii. Indicar as principais dificuldades e soluções implementadas;
 - iv. Informar resultado dos indicadores.
4. Relatório Gestor de Acompanhamento:
 - a. Estrutura:
 - i. Identificação do CH-UFC;
 - ii. Informar número de projetos em execução;
 - iii. Informar percentual de projetos sendo executados dentro do cronograma;
 - iv. Informar percentual de projetos atrasados;
 - v. Informar principais dificuldades e soluções para cumprimento dos prazos;
 - vi. Informar resultado dos indicadores estratégicos.

Os modelos acima descritos serão implementados até janeiro de 2021, fase de iniciação para todos os projetos, e validados em reunião do Colegiado Executivo.

Tabela 14
Lista de Itens de Comunicação da Gestão Estratégica no Hospital

Objeto da Mensagem	Origem	Destino	Canal e Forma	Periodic.
Relatório de Acompanhamento de Projeto	Gerente do Projeto no hospital	Setor de Planejamento	Documento em meio digital	Mensal
Relatório de Acompanhamento de Portfólio (indicadores, metas e projetos locais) (Figura 16).	Chefe do Setor de Planejamento	Colegiado Executivo	Documento em meio digital Apresentação em colegiado executivo	Mensal
Relatório Gestor de Acompanhamento do do PDE (indicadores, metas e projetos locais)	Colegiado Executivo	- DVPE - Reitoria - Comissão de monitoramento do contrato de gestão/Ifes	Documento em meio digital	Trimestral
Publicação/Revisões/Atualizações no PDE	Colegiado Executivo	- DVPE - Reitoria - Comissão de monitoramento do contrato de gestão/Ifes - Site do HUF - Unidade de Comunicação Social		Sempre que deliberado pelo Colegiado Executivo

Figura 16

Relatório de Acompanhamento de Portfólio



RELATÓRIO XX/20XX

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DE PORTFÓLIO

IDENTIFICAÇÃO

Gerente de Portfólio	
Responsável pela Elaboração do Relatório	
Cargo	
Data	

OBJETIVO

Monitorar e informar ao Colegiado Executivo o andamento dos projetos listados no Plano Diretor Estratégico.

ANÁLISE

Projeto	Situação	Percentual de conclusão	Análise
CH-UFC PDE101 Proposição de um modelo para alta hospitalar			Problema identificado: Causa-raiz: Ação:
CH-UFC PDE102 Concepção do processo piloto de avaliação por competências dos			Problema identificado: Causa-raiz: Ação:



programas de residência			
CH-UFC PDE103 Implantação de um processo de captação de pesquisas clínicas	No prazo	10%	Problema identificado: Causa-raiz: Ação:
CH-UFC PDE201 Revisão e manutenção da contratualização SUS com foco no equilíbrio físico-financeiro da produção hospitalar	Atrasado	6%	Problema identificado: Causa-raiz: Ação:
CH-UFC PDE301 Elevação do nível de maturidade do ambiente de governança	No prazo	8%	Problema identificado: Causa-raiz: Ação:
CH-UFC PDE401 Implementação e operacionalização de Escritório de Processos	Atrasado	7%	Problema identificado: Causa-raiz: Ação:
CH-UFC PDE501 Definição de um processo de gestão de pessoas	Atrasado	5%	Problema identificado: Causa-raiz: Ação:



CONCLUSÃO

[INDICAR QUANTOS PROJETOS ESTÃO ATRASADOS, NO PRAZO E/OU DESATUALIZADOS]
[RESUMIR AÇÕES ENCAMINHADAS, JUSTIFICATIVAS DOS GERENTES COM PROJETOS ATRASADOS]

5.3 Calendário

Segue calendário, conforme **Figura 14**, para execução das atividades de planejamento do ano de 2021:

1. 2021:
 - a. Janeiro: iniciação do projeto. Não ocorre monitoramento.
 - i. 18-22: Alinhamento estratégico – iniciação dos projetos.
 - b. Fevereiro
 - i. Dia 5: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 12: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - c. Março
 - i. Dia 5: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 12: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - iii. Dia 19: Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE;
 - d. Abril
 - i. Dia 7: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 14: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - e. Maio
 - i. Dia 7: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 14: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - f. Junho
 - i. Dia 7: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 14: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - iii. Dia 21: Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE;
 - g. Julho
 - i. Dia 7: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 14: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - h. Agosto
 - i. Dia 6: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 13: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - i. Setembro
 - i. Dia 8: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 15: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - iii. Dia 22: Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE;

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

- j. Outubro
 - i. Dia 8: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 15: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
- k. Novembro
 - i. Dia 8: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 16: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
- l. Dezembro
 - i. Dia 7: Relatório de Acompanhamento de Projeto;
 - ii. Dia 14: Relatório de Acompanhamento do Portfólio;
 - iii. Dia 21: Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE;
 - iv. Dia 22: Planejamento para o ano de 2022.

Calendário de monitoramento para o ano de 2022:

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
07 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 14 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio	07 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 14 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio	09 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 16 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio 23 - Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE	07 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 14 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio
Maio	Junho	Julho	Agosto
06 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 13 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio	07 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 14 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio 21 - Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE	07 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 14 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio	05 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 12 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
08 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 15 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio 22 - Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE	07 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 17 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio	08 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 16 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio	07 - Relatório de Acompanhamento de Projeto 14 - Relatório de Acompanhamento do Portfólio 21 - Relatório Gestor de Acompanhamento do PDE 22 – Planejamento para o ano de 2023.

6 ANEXOS

6.1 Fichas dos Indicadores Locais

Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Nome e Sigla do HUF	<i>Complexo Hospitalar da UFC (CH-UFC)</i>
Objetivo Estratégico*	<i>Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente</i>
Número do indicador*	<i>1a</i>
Nome do indicador*	<i>Média de permanência Geral</i>
Descrição e Justificativa*	<i>O tempo médio de permanência avalia o tempo que um paciente permanece internado no hospital. Está relacionado a boas práticas clínicas. Está relacionado à gestão eficiente do leito.</i>
Fórmula*	$\frac{\sum \text{pacientes-dia}}{\sum \text{saídas no período}}$
Termos	<i>Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. O número de pacientes-dia corresponde ao volume de pacientes que estão pernoitando no hospital a cada dia. O número de pacientes-dia será a somatória de pacientes-dia de cada dia no período. O dia da saída só será computado se a saída do paciente ocorrer no mesmo dia da Internação. Desconsiderar informações referentes a leitos de Hospital Dia. Saídas: Soma do número de saídas hospitalares (seja por motivo de alta, óbito, desistência, evasão ou transferência externa) registradas no período.</i>
Metodologia de coleta e compilação	<i>Movimentos de internação coletados do AGHU e Leitos-dia informados pelo Núcleo Interno de Regulação. Cálculo do paciente-dia e da taxa de ocupação em R-Script desenvolvido pelos estatísticos dos respectivos hospitais.</i>
Fonte*	<i>AGHU HUWC e AGHU MEAC</i>
Unidade de Medida*	<i>Dias (com uma casa decimal)</i>
Responsável*	<i>Setor de Governança e Estratégia; Setor de Contratualização e Regulação</i>
Validação	<i>Gerências de Atenção à Saúde</i>
Periodicidade da coleta*	<i>Mensal</i>
Periodicidade da análise	<i>Mensal</i>
Metas*	<i>Reduzir o tempo médio de permanência das internações em 0,2 dias (4h48 minutos)</i>
Meta 2021	<i>6,6</i>
Meta 2022	<i>6,5</i>
Meta 2023	<i>6,4</i>

Parâmetros*	Histórico: 6,5 em 2018 / 6,6 em 2019 Segundo o painel de contribuição da EBSERH-Sede, a média desejável está entre 3 e 5 dias
Limitações e vieses	Entre os fatores que elevam a média de permanência estão a idade do paciente e a disponibilidade dos resultados de exames. A alimentação do sistema deve estar fidedigna para que os dados de pacientes-dia e leitos-dia reflitam de forma precisa a ocupação do leito hospitalar.
Referências	<p>EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Metas e Projetos Estratégicos. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/metas-e-projetos-estrategicos. Acesso em: 6 nov. 2020.</p> <p>EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Hospital Universitário Walter Cantídio: Contratualização. Fortaleza, 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/contratualizacao. Acesso em: 6 nov. 2020.</p> <p>EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Maternidade-Escola Assis Chateaubriand: Contratualização. Fortaleza, 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/contratualizacao. Acesso em: 6 nov. 2020.</p> <p>AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). Taxa de Ocupação Operacional Geral. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjQ5ZK-7ZHtAhVmKlKlGHbtbC08QFjABegQIBRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ans.gov.br%2Fimages%2Fstories%2Fprestadores%2FE-EFI-05.pdf&usg=AOvVaw2J7hcYSV4aCDvijpv6a1T3. Acesso em: 20 nov. 2020.</p>

*Preenchimento prioritário

Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Nome e Sigla do HUF	<i>Complexo Hospitalar da UFC (CH-UFC)</i>
Objetivo Estratégico*	<i>Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente</i>
Número do indicador*	<i>1b</i>
Nome do indicador*	<i>Evolução do projeto piloto de avaliação por competências para residências.</i>
Descrição e Justificativa*	<i>Mede o nível de execução global do projeto de avaliação por competências dentro dos programas de residência participantes</i>
Fórmula*	$\frac{\sum \text{itens cumpridos do checklist de entregas do projeto em cada residência}}{(\text{n}^\circ \text{ de programas de residências participantes} * \text{n}^\circ \text{ de itens do checklist})}$

Termos	<i>Checklist conforme a ficha de projeto</i> <i>- Orientadores de ensino formalizados</i> <i>- Matrizes de competência elaboradas</i> <i>- Critérios e ferramentas de avaliação definidas</i> <i>- Aprovação da GEP/COREME/COREMU</i>
Metodologia de coleta e compilação	<i>A definição do número de residências participantes se dará no primeiro trimestre de 2021, com o aval da Gerência de Ensino e Pesquisa.</i> <i>A evolução dos projetos de cada residência deverá ser informada pelo líder do projeto, enquanto que o Setor de Governança e Estratégia ficará responsável por registrar e atualizar o indicador em planilha específica.</i>
Fonte*	<i>Líder do projeto</i>
Unidade de Medida*	<i>Percentual</i>
Responsável*	<i>Setor de Governança e Estratégia</i>
Validação	<i>Gerência de Ensino e Pesquisa</i>
Periodicidade da coleta*	<i>Trimestral</i>
Periodicidade da análise	<i>Trimestral</i>
Metas*	Implantar a avaliação por competências em 100% dos programas participantes do projeto
Meta 2021	30%
Meta 2022	65%
Meta 2023	100%
Parâmetros*	(sem referências anteriores)
Limitações e vieses	Este é um indicador de processo. Há uma certa dificuldade em auferir os resultados do projeto ainda na vigência deste PDE.
Referências	AFONSO, A. AVALIAÇÃO EDUCACIONAL: regulação e emancipação. São Paulo: Editora Cortez, 2000. VIANNA, H. M. Fundamentos de um programa de avaliação educacional. Estudos em Avaliação Educacional, n. 28. p. 23-28. 2003. HAGER, P ET AL. General issuel about assessment of competence asses. Eval High, Educ, v.19, n.1, p.3-15, 1994

*Preenchimento prioritário

Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Nome e Sigla do HUF	<i>Complexo Hospitalar da UFC (CH-UFC)</i>
----------------------------	--

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Objetivo Estratégico*	<i>Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente.</i>
Número do indicador*	1c
Nome do indicador*	<i>Nº de novas pesquisas clínicas</i>
Descrição e Justificativa*	<i>Em consonância com a visão do CH-UFC para 2021-2023, que almeja uma pesquisa clínica de excelência</i>
Fórmula*	<i>Nº de pesquisas clínicas iniciadas no período avaliado</i>
Termos	<p><i>Pesquisa clínica, ensaio clínico ou estudo clínico é um processo de investigação científica em seres humanos para desenvolvimento de novos fármacos ou tratamentos possíveis. Esses estudos são necessários para confirmar o mecanismo de ação de medicamentos, os possíveis benefícios e seus eventos adversos, além de possibilitar a oferta de tratamentos ainda não disponíveis na prática clínica.</i></p> <p><i>Todo estudo clínico passa obrigatoriamente pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, que, junto com a equipe envolvida no estudo, assegura que os direitos e o bem-estar dos pacientes estejam protegidos.</i></p>
Metodologia de coleta e compilação	<i>O cadastro de novas pesquisas clínicas é realizado junto à Unidade de Pesquisa Clínica, que atribui a cada uma o ano de início.</i>
Fonte*	<i>Unidade de Gestão da Pesquisa</i>
Unidade de Medida*	<i>Número inteiro</i>
Responsável*	<i>Unidade de Gestão da Pesquisa</i>
Validação	<i>Gerência de Ensino e Pesquisa</i>
Periodicidade da coleta*	<i>Semestral</i>
Periodicidade da análise	<i>Semestral</i>
Metas*	Reverter a queda no número de pesquisas clínicas registrada na UPC, aumentando 1 pesquisa por ano
Meta 2021	15
Meta 2022	16
Meta 2023	17
Parâmetros*	19 pesquisas em 2017; 17 em 2018; 15 em 2019
Limitações e vieses	Infraestrutura física e de pessoal especializado insuficiente para captação de novas pesquisas. Desistência dos patrocinadores, falta de aprovação dos medicamentos pela Anvisa.
Referências	INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). O que é pesquisa clínica? Brasília, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/conteudo/pesquisa-clinica-0 . Acesso em: 09 nov. 2020.

*Preenchimento prioritário

Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Nome e Sigla do HUF	<i>Complexo Hospitalar da UFC (CH-UFC)</i>
Objetivo Estratégico*	<i>Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede</i>
Número do indicador*	2
Nome do indicador*	<i>% de Repasse Financeiro em relação à Produção SUS</i>
Descrição e Justificativa*	<i>Estima o grau de distância entre a produção ambulatorial/hospitalar e o teto financeiro do contrato SUS (que orienta o repasse financeiro)</i>
Fórmula*	<i>[Repasse Financeiro/(Valor produzido ambulatorial + Valor aprovado hospitalar)]*100</i>
Termos	<i>No hospitalar se usa o valor aprovado para evitar duplicidade nos valores, uma vez que os procedimentos rejeitados podem ser reapresentados em meses seguintes. No ambulatorial os procedimentos são faturados uma única vez.</i>
Metodologia de coleta e compilação	<i>O repasse financeiro é disponibilizado pelo Setor de Orçamento e Finanças. Os dados de faturamento ambulatorial e hospitalar são coletados do DATASUS. Compilação em script R.</i>
Fonte*	<i>Contrato SUS, SIH-SUS, SIA-SUS, Setor de Orçamento e Finanças.</i>
Unidade de Medida*	<i>Percentual</i>
Responsável*	<i>Setor de Gestão Orçamentária e Financeira; Setor de Contratualização Regulação</i>
Validação	<i>Gerências de Atenção à Saúde e Gerência Administrativa.</i>
Periodicidade da coleta*	<i>Mensal</i>
Periodicidade da análise	<i>Mensal</i>
Metas*	Aproximar a produção do valor repassado em 2,6% (em relação a 2019)
Meta 2021	89,0%
Meta 2022	90,0%
Meta 2023	91,0%
Parâmetros*	Valores anuais 2018: 88,9% 2019: 88,4% 2020 até outubro: 97,4%
Limitações e vieses	<ul style="list-style-type: none"> - Os dados de produção e repasse são fornecidos com defasagem de tempo (DATASUS com 2 meses e repasse com aproximadamente 3 meses). - Há uma parcela da produção que não é contabilizada pelo DATASUS. - Desconsiderada a produção hospitalar rejeitada com glosa 100%.

Referências	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Hospital Universitário Walter Cantídio: Contratualização. Fortaleza, 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/contratualizacao . Acesso em: 6 nov. 2020.
	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Maternidade-Escola Assis Chateaubriand: Contratualização. Fortaleza, 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/contratualizacao . Acesso em: 6 nov. 2020.

*Preenchimento prioritário

Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Nome e Sigla do HUF	<i>Complexo Hospitalar da UFC (CH-UFC)</i>
Objetivo Estratégico*	<i>Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede</i>
Número do indicador*	<i>3a</i>
Nome do indicador*	<i>Maturidade no Ambiente de Governança - MMAG</i>
Descrição e Justificativa*	<i>Mede o grau de desenvolvimento no Ambiente de Governança de uma organização.</i>
Fórmula*	$\frac{[(1 \times \text{Qtd de respostas 1}) + (2 \times \text{Qtd de respostas 2}) + (3 \times \text{Qtd de respostas 4}) + (4 \times \text{Qtd de respostas 5})]}{[\text{Qtd de respostas 1} + \text{Qtd de respostas 2} + \text{Qtd de respostas 4} + \text{Qtd de respostas 5}]}$
Termos	<i>A avaliação da Governança se dará nas dimensões de e Compliance, Riscos, Alinhamento Estratégico e Gerenciamento das informações. Com relação ao método aplicado em 2015, serão removidas as dimensões de Processos e Pessoas, por estarem sendo trabalhados em outros projetos deste mesmo PDE</i>
Metodologia de coleta e compilação	<i>Entrevistas semiestruturadas com os principais gestores do CH-UFC e aplicação de formulário estruturado com amostra de colaboradores. Cálculo do índice MMAG conforme método aplicado pela Auditoria Interna em 2015.</i>
Fonte*	<i>Pesquisa interna</i>
Unidade de Medida*	<i>Número decimal (com 1 casa decimal), no intervalo de 1 a 4</i>
Responsável*	<i>Setor de Governança e Estratégia</i>
Validação	<i>Superintendência</i>
Periodicidade da coleta*	<i>Anual</i>
Periodicidade da análise	<i>Anual</i>
Metas*	<i>Elevar o nível de maturidade do ambiente de governança em 20%</i>

Meta 2021	(não se aplica)
Meta 2022	10% acima do resultado de 2021
Meta 2023	20% acima do resultado de 2021
Parâmetros*	MMAG 2015 em torno de 2,73 (mediana das 6 categorias avaliadas) Níveis de maturidade Insuficiente - Entre 1 e 1,99 Informal - Entre 2 e 2,99 Estruturado - Entre 3 e 3,99 Referência - Igual à 4
Limitações e vieses	O índice MMAG se baseia na opinião dos gestores e colaboradores, sem que haja necessidade de comprovação das respostas dadas (que seria num momento posterior, com o AMAG).
Referências	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Avaliação da maturidade do ambiente de governança: relatório de auditoria interna nº 008/2017 - HUWC-MEAC-AUGE/EBSERH/MEC. Fortaleza, 2017. 84p. L N, Gil Pinto. Avaliação e desenvolvimento da governança em hospitais federais: o caso EBSERH . Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, 2019.

*Preenchimento prioritário

Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Nome e Sigla do HUF	<i>Complexo Hospitalar da UFC (CH-UFC)</i>
Objetivo Estratégico*	<i>Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas</i>
Número do indicador*	<i>4a</i>
Nome do indicador*	<i>% de cadernos publicados em relação aos necessários</i>
Descrição e Justificativa*	<i>Em consonância com a visão do CH-UFC para 2021-2023, que almeja uma gestão sustentável e inovadora</i>
Fórmula*	<i>(Quantidade de Cadernos Publicados / Quantidade de Cadernos Identificados como necessários) *100</i>
Termos	<i>Um caderno de processos contém o detalhamento de um determinado conjunto de atividades, por meio da descrição das práticas de execução, bem como indicadores para mensuração do desempenho dos processos.</i>

Metodologia de coleta e compilação	<i>A definição de cadernos necessários será validada junto ao colegiado executivo durante o 1º trimestre de 2021. Enquanto a evolução da elaboração destes será informada pelo líder do projeto</i>
Fonte*	<i>Colegiado Executivo (Cadernos necessários) e Líder do Projeto (Cadernos criados)</i>
Unidade de Medida*	<i>Percentual</i>
Responsável*	<i>Setor de Governança e Estratégia</i>
Validação	<i>Superintendência</i>
Periodicidade da coleta*	<i>Trimestral</i>
Periodicidade da análise	<i>Trimestral</i>
Metas*	Publicar 100% dos cadernos de processos identificados como necessários
Meta 2021	-
Meta 2022	10% o número de 2021
Meta 2023	20% do número de 2021
Parâmetros*	(sem referências anteriores)
Limitações e vieses	Depende de investimentos em estrutura física, pessoal e mapeamento de processos
Referências	EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Hospital Universitário da UFJF: Caderno de Processos. Juiz de Fora, 2020. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufjf/caderno-de-processos . Acesso em: 10 dez. 2020.

*Preenchimento prioritário

Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Nome e Sigla do HUF	<i>Complexo Hospitalar da UFC (CH-UFC)</i>
Objetivo Estratégico*	<i>Valorizar, capacitar e reter os talentos</i>
Número do indicador*	<i>5a</i>
Nome do indicador*	<i>Clima organizacional</i>
Descrição e Justificativa*	<i>Avaliação da satisfação considerando o ambiente/condições de trabalho</i>
Fórmula*	<i>Média da nota geral atribuída pelos colaboradores na pesquisa de clima organizacional</i>
Termos	

Metodologia de coleta e compilação	<i>Pesquisa de Clima Organizacional</i>
Fonte*	<i>Pesquisa de Clima Organizacional</i>
Unidade de Medida*	<i>Número decimal, de 0 a 10 (com uma casa decimal)</i>
Responsável*	<i>Unidade de Desenvolvimento de Pessoal</i>
Validação	<i>Gerência Administrativa</i>
Periodicidade da coleta*	<i>Anual</i>
Periodicidade da análise	<i>Anual</i>
Metas*	7,85
Meta 2021	7,45
Meta 2022	7,65
Meta 2023	7,85
Parâmetros*	Pesquisa realizada em 2018: 7,25
Limitações e vieses	Nem todos os fatores de impacto na satisfação do colaborador podem ser trabalhados pela gestão local
Referências	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO (HUWC). Saiu o resultado da Pesquisa de Satisfação no Trabalho! Fortaleza, 2019. Disponível em: http://intranet.huwc.ufc.br/?p=5419 . Acesso em: 09 nov. 2020. MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND (MEAC). Resultado da Pesquisa de Satisfação no Trabalho. Fortaleza, 2019. Disponível em: http://intranet.meac.ufc.br/?p=6318 . Acesso em: 09 nov. 2020.

*Preenchimento prioritário

6.2 Fichas dos Projetos Locais

Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Redução da média de permanência hospitalar.

1.01

Objetivo do projeto

Propor um modelo de gerenciamento da alta hospitalar a partir de um modelo piloto desenvolvido em duas unidades assistenciais, com base em revisão da literatura, ações de benchmarking e estabelecimentos de parâmetros institucionais, a serem aplicados e testados pela metodologia da ciência da melhoria, até dezembro de 2022.

Informações do projeto

■Área Responsável: GAS 1 e 2

■Gerente do Projeto: Emeline Moura Lopes e Fernanda Paiva Pereira Honorio (Gerente Substituta)

■Chefia imediata: Carlos Augusto Alencar Junior e Maria Airtes Vieira Vitoriano

■Áreas envolvidas: GAS 1 e 2

■Início: 04/01/2021

■Fim: 15/12/2022

Escopo

- 1. Estrutura e Diretrizes: Inicialmente com a criação de um Grupo de trabalho, foi realizado levantamento bibliográfico acerca da temática, montando uma base de conhecimento. Após o embasamento na literatura, foi buscado-se ação de benchmarking.*
- 2. Definição de um processo modelo: seguiu-se na segunda etapa com programação das ações nas unidades piloto. Para estabelecimento do processo modelo, optou-se pela definição de requisitos, que será seguida pela modelagem no processo nas unidades definidas.*
- 3. Diagnóstico inicial: será realizado o diagnóstico inicial das unidades por meio de coleta de dados, que contará com o desenho do processo implementado atualmente. Tais informações comporão relatório, a partir do qual serão levantadas principais implementações.*

Indicadores

Tempo de médio de permanência nas unidades piloto.

<p>4. <i>Implementação de melhorias: serão testadas as ações definidas na fase anterior em ciclos de melhoria, pela estratégia da ciência da melhoria. Estão previstos aplicação de três ciclos PDSA.</i></p> <p>5. <i>Encerramento: Na etapa de encerramento serão consolidados e apresentados os resultados e feita transição do resultado, culminando na implementação da modelo definido.</i></p>	Custo estimado			
	R\$ 0,00			
	Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau
	<i>Não implementação das ações pactuadas devido à baixa maturidade da equipe em gestão de projetos, atrasando o cronograma previsto.</i>	2	2	4
	<i>Atraso da implementação da mudança devido à resistência da equipe assistencial, dificultando adoção das propostas de mudança.</i>	2	2	4
<i>Falta de apoio dos gestores das unidades piloto devido à falta de tempo e sensibilização quanto ao tema, gerando atraso na implementação das melhorias.</i>	1	3	3	
<i>Dificuldade de aplicação dos ciclos PDSA devido lacuna de conhecimento sobre ciência da melhoria, gerando incompletude de informações.</i>	2	1	2	
Cronograma de marcos				
Macroatividade	Entregável	Data		
<i>Estrutura e diretrizes.</i>	<i>Relatório de benchmarking e definição de unidades piloto.</i>	<i>ago/21</i>		
<i>Definição de um processo modelo.</i>	<i>Desenho de um modelo padrão para o planejamento da alta.</i>	<i>fev/22</i>		
<i>Diagnóstico inicial.</i>	<i>Desenho do cenário atual de cada unidade assistencial de internação.</i>	<i>abr/22</i>		
<i>Implementação de melhorias.</i>	<i>Modelo final do processo de gestão da alta hospitalar.</i>	<i>out/22</i>		
<i>Encerramento.</i>	<i>Processo validado.</i>	<i>dez/22</i>		

Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Concepção do processo piloto de avaliação por competências dos programas de residência.

1.02

Objetivo do projeto	Informações do projeto
<p><i>Conceber um processo piloto de avaliação por competências nos programas de Residência Médica (Clínica Médica e Ginecologia e Obstetrícia), Uni profissional (Enfermagem Obstétrica e Cirurgia e Traumatologia buco maxilo facial) e Multiprofissional (Diabetes, Oncohematologia, Transplante, Terapia intensiva, Saúde mental e Saúde da mulher e da criança), através de uma capacitação pedagógica que irá desenvolver os futuros orientadores de ensino e, ao mesmo tempo, elaborar as matrizes de competências e processo de avaliação.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Área Responsável: Gerência de Ensino e Pesquisa. ■ Gerente do Projeto: Andrea Da Nobrega Cirino Nogueira (Gerente do Projeto) e Raimundo Homero de Carvalho Neto (Gerente Substituto) ■ Chefia imediata: Rômulo Rebouças Lôbo ■ Áreas envolvidas: GEP, GAS, UDP, SETISD, GAD ■ Início: 04/01/2021 ■ Fim: 01/03/2023
Escopo	Indicadores
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Institucionalização do coordenador de ensino: nesta fase a equipe de gestão do projeto irá promover discussões colegiadas para definir diretrizes para função de coordenador de ensino, alinhando os resultados com o Colegiado Executivo (ColEx); após a validação do ColEx serão selecionados os coordenadores para compor a turma que fará a capacitação pedagógica;</i> 2. <i>Capacitação pedagógica: nesta fase a equipe planejará uma formação para os coordenadores, que terá como objetivo capacitá-los e ao mesmo tempo revisitar os projetos pedagógicos dos programas de residências, momento em que serão rediscutidas as competências e definidas ferramentas de avaliação. A formação será teórico-prática, possibilitando que os coordenadores tenham as habilidades necessárias para elaboração de competências e ferramentas avaliativas.</i> 3. <i>Institucionalização do processo avaliativo: após a finalização da fase anterior, será iniciada a formalização dos critérios de avaliação para os programas que participaram do piloto; a validação será feita por meio de reuniões na COREMU, COREME e GEP</i> 	<p><i>Número de programas de residência participantes do projeto</i></p> <p><i>Evolução do projeto piloto de avaliação por competências das residências.</i></p>

4. *Encerramento: nesta fase será produzido um relatório de resultados do projeto que organizará toda a documentação elaborada. Este documento conterá instruções quanto aos instrumentos validados para o sistema de avaliação por competências.*

Custo estimado

R\$ 0,00

Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau
<i>A percepção dos gestores quanto ao quantitativo de profissionais qualificado para assistência e ensino pode dificultar a cessão de tempo para dedicação as atividades de um coordenador de ensino.</i>	3	3	9
<i>O tempo de alguns profissionais, dedicados às atividades assistenciais pode resultar em desistência do participante no curso de formação.</i>	2	2	4
<i>A diversidade normativa entre os programas de residências médicas, multi e uni profissional pode dificultar algumas padronizações no processo avaliativo.</i>	2	1	2

Cronograma de marcos

Macroatividade	Entregável	Data
<i>Institucionalização do coordenador de ensino.</i>	<i>Diretrizes validadas; Lista dos coordenadores de ensino.</i>	<i>out/21</i>
<i>Capacitação pedagógica.</i>	<i>Matrizes de competências dos programas piloto; Processos avaliativos descritos.</i>	<i>set/22</i>
<i>Institucionalização do processo avaliativo.</i>	<i>Forma avaliativa com os critérios de aptidão definidos.</i>	<i>jan/23</i>
<i>Encerramento</i>	<i>Relatório de resultados do projeto e documentação; Instrumentos para avaliação por competências</i>	<i>fev/23</i>

Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Implantação de um processo de captação de pesquisas clínicas.

1.03

Objetivo do projeto	Informações do projeto
<p><i>Implantar um processo de captação de pesquisas clínicas até dezembro de 2022, através de um diagnóstico inicial, coletando-se dados do serviço e elaborando um relatório, que deve servir de base para construção de um novo processo, que resultará em um modelo teórico para ampliar e profissionalizar a captação de mais pesquisas patrocinadas a cada ano.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■Área Responsável: GEP ■Gerente do Projeto: Tainá Veras de Sandes e Antônio Brazil Viana Junior (Gerente Substituto) ■Chefia imediata: Renan Magalhães Montenegro Júnior ■Áreas envolvidas: SEGOV, UCS, GAS 1 e 2, GAD. ■Início: 04/01/2021 ■Fim: 30/12/2022
Escopo	Indicadores
<p><i>1. Diagnóstico inicial: nesta etapa a equipe do projeto realizará a coleta de dados referentes ao desempenho atual da captação de pesquisas patrocinadas, possibilitando o desenho processo vigente. Os dados serão analisados para produção de um relatório.</i></p> <p><i>2. Construção de um novo processo: nesta etapa, a partir do conhecimento adquirido na fase anterior, a equipe irá buscar uma instituição de referência para uma visita de benchmarking e conhecer outros modelos de captação. Após a visita, será trabalhado um plano de ação para implementação de melhorias e ganhos rápidos.</i></p> <p><i>3. Modelo teórico: nesta etapa após os testes e melhorias implementadas um novo processo piloto será desenhado e proposto para gestão do CH-UFC;</i></p> <p><i>4. Encerramento: nesta fase será produzido um relatório de resultados do projeto que organizará toda a documentação elaborada. Este documento conterá instruções quanto aos instrumentos validados para captação de pesquisas patrocinadas.</i></p>	<p><i>Nº de novas pesquisas clínicas</i></p> <p><i>Entregas realizadas no prazo</i></p>
	<p>Custo estimado</p>

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

R\$ 0,00				
Principais riscos		Prob.	Imp.	Grau
Devido à formação profissional da maioria dos gestores e colaboradores do CH-UFC, a disciplina de gestão de processos não fez parte da grade curricular, podendo comprometer o mapeamento do processo, atrasando, ou impossibilitando a entrega do caderno de processos.		3	3	9
As competências, habilidades e atitudes para gerir a captação de pesquisas patrocinadas abrange um universo multidisciplinar, aumentando as chances de não encontrar os profissionais capacitados, impedindo a implementação de um escritório de captação de pesquisas patrocinadas.		2	2	4
Cronograma de marcos				
Macroatividade	Entregável	Data		
Diagnóstico inicial	Relatório de diagnóstico. Diagrama do processo atual.	Jul/2021		
Construção de um novo processo	Relatório de benchmarking	Jan/2022		
	Plano de ação	Abr/2022		
Modelo teórico	Caderno de processos	Jun/2022		
Encerramento	Relatório de encerramento	Ago/2022		

Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Revisão da contratualização SUS com foco no equilíbrio físico-financeiro da produção hospitalar.

2.01

Objetivo do projeto	Informações do projeto
<i>Implementar, até março de 2023, uma nova contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde, bem como, com a implementação de um processo de controle e monitoramento das metas pactuadas, garantindo que o desempenho que o teto financeiro pactuado seja respeitado.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■Área Responsável: Setor Contratualização e Regulação ■Gerente do Projeto: Cristiane Ribeiro Dos Santos Farias e Andreia Paula De Oliveira Aguiar (Gerente Substituta) ■Chefia imediata: Carlos Augusto Alencar Júnior ■Áreas envolvidas: GAS 1 e 2, GAD, SEGOV, GEP ■Início: 04/01/2021 ■Fim: 17/03/2023
Escopo	Indicadores
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Revisão do Contrato: a revisão do contrato será feita através da regularização documental, que deve resultar em plano de ação para suprir as pendências identificadas na revisão proposta. Nesta fase também será atualizado o CNES, inserindo-se dados dos profissionais não cadastrados e a revisão do rol de procedimentos. Após esta etapa será aberta a comunicação para negociação da proposta com a Secretaria Municipal de Saúde, objetivando tornar efetiva a pactuação.</i> 2. <i>Controle e Monitoramento: para tornar efetiva as metas pactuadas na contratualização, otimizando o recebimento de recursos financeiros, a equipe fará ampla</i> 	<p><i>Desempenho contratual qualitativo</i></p> <p><i>Desempenho contratual quantitativo</i></p> <p><i>% do custeio suportado pela receita SUS</i></p>

divulgação da contratualização por meio de um fórum para CH-UFC. Após este fórum, um contrato interno de gestão será elaborado e entregue aos gestores das unidades assistenciais, servindo como compromisso administrativo ao cumprimento de metas pactuadas. Por fim, um painel de monitoramento com indicadores referentes ao contrato será instituído e servirá para o acompanhamento das metas.

3. Encerramento: os dados do projeto serão consolidados e o método de condução será enviado ao ColEx para validação.

Custo estimado

R\$ 0,00

Principais riscos

A mudança na sistemática no atendimento e liberação de atendimentos, devido as novas regras de controle e monitoramento do contrato, pode inviabilizar o atingimento de metas em algumas unidades.

As mudanças no cenário político, devido à proximidade com o ano eleitoral podem comprometer a negociação para nova contratualização.

Prob.	Imp.	Grau
2	2	4
1	3	3

Cronograma de marcos

Macroatividade	Entregável	Data
Revisão do contrato	Nova pactuação	nov/21
Controle e monitoramento	Processo de controle e monitoramento instituído	jan/23
Encerramento	Transferência do serviço	fev/23

Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Elevação do nível de maturidade do ambiente de governança.

3.01

Objetivo do projeto	Informações do projeto			
<p><i>Elevar o nível de maturidade do ambiente de governança de informal para categoria estruturado até 06 de abril de 2023, através da realização de um diagnóstico inicial, com a aplicação do questionário MMAG, que apontará as lacunas dentro dos ambientes de governança, permitindo a estruturação de plano de ação para instituição de melhorias que proporcionarão ao CH-UFC agir conforme as boas práticas de governança.</i></p>	<p>■Área Responsável: Setor de Governança e Estratégia</p>			
	<p>■Gerente do Projeto: Werônica Pontes Gurgel e Assuero Silva Meira (Gerente Substituto)</p>			
	<p>■Chefia imediata: Assuero Silva Meira</p>			
	<p>■Áreas envolvidas: GAD, SUP, AUD, COLEGIADO EXECUTIVO (COLEX)</p>			
	<p>■Início: 04/01/2021</p>			
	<p>■Fim: 06/04/2023</p>			
Escopo	Indicadores			
<p>1. <i>Diagnóstico inicial: aplicação do questionário MMAG através de formulário “MS Forms”, conforme modelo descrito na dissertação de mestrado: Avaliação e desenvolvimento da governança em hospitais federais: o caso EBSERH, elaborado por Loja Neto-2019. Após essa aplicação, os dados serão analisados e apresentados em um painel BI e um relatório do nível de maturidade será encaminhado ao COLEX.</i></p>	<p><i>Índice de maturidade institucional medido pela ferramenta MMAG</i></p>			
<p>2. <i>Implantação de melhorias: considerando o relatório de nível de maturidade produzido na fase anterior, um plano de ação será elaborado para conduzir as ações de melhorias necessárias. Tendo em vista o resultado MMAG de 2015, sabe-se da necessidade de implementações</i></p>	<p>Custo estimado</p>			
	<p>R\$ 0,00-</p>			
	<p>Principais riscos</p>			
	<p><i>Devido a sobreposição de agendas poderá acontecer a não adesão das áreas piloto ao projeto o que pode levar ao atraso na validação da metodologia.</i></p>	<p>Prob.</p> <p>3</p>	<p>Imp.</p> <p>3</p>	<p>Grau</p> <p>9</p>

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

<p>dentro da dimensão de Gestão de Riscos, sendo assim, pretende-se implantar a política de gestão de riscos, comissão de gestão de riscos e controles internos, manual metodológico da gestão de riscos, formulário de gestão de riscos (Red Cap), painel BI de monitoramento e mapa de riscos, controles internos em um pelo menos um processo piloto e a elaboração de um plano de capacitação em gestão de riscos. Em relação aos outros ambientes de governança (Gestão da Informação / Alinhamento Estratégico / Compliance) será realizado um alinhamento com Gerência Administrativa (GAD) para o estabelecimento de ações para as assertivas do questionário do MMAG que fiquem abaixo do nível 3 (três), classificado como informal.</p> <p>3. <i>Diagnóstico final:</i> nesta fase o formulário MMAG será aplicado seguindo a mesma metodologia do diagnóstico inicial, gerando um novo índice que permitirá análise da efetividade das melhorias implantadas. Um relatório de resultado será entregue ao Colegiado Executivo.</p> <p>4. <i>Encerramento:</i> nesta fase será produzido um relatório de resultados do projeto que organizará toda a documentação elaborada. Este documento conterá instruções quanto aos instrumentos validados para gestão de riscos, compliance, gestão da informação e alinhamento estratégico, permitindo a aplicação nas rotinas dos serviços.</p>	<p>Devido ao temor da sobrecarga de trabalho poderá ocorrer resistência dos gestores às mudanças o que pode dificultar a implementação das ferramentas na maioria dos serviços do CH-UFC.</p>	2	3	6
	<p>Devido à falta de uma cultura de governança poderá ocorrer a aplicação inadequada dos novos métodos retornando resultados não fidedignos para gestão.</p>	2	2	4
	<p>Devido à insipiência no conhecimento acerca de gestão de projetos poderá ocorrer mudanças nos requisitos do projeto após etapa de planejamento gerando retrabalho e atrasos.</p>	1	2	2

Cronograma de marcos

Macroatividade	Entregável	Data
Realização de um Diagnóstico inicial	Painel BI com os resultados da pesquisa; Relatório do nível de maturidade.	abr/21
Implantação de melhorias	Política de Gestão de Riscos e Controles Internos	abr/21
	Manual Metodológico de Gestão de Riscos.	dez/21
	Formulário de Gestão de Riscos para coleta de dados durante o mapeamento de riscos.	dez/21
	Painel BI para monitoramento;	dez/21

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

	<i>Mapa de Riscos Estratégicos.</i>	
	<i>Portaria de Instituição da Comissão de Gestão de Riscos e Controles Internos.</i>	<i>dez/21</i>
	<i>Controles internos implantados em pelo menos um processo piloto.</i>	<i>jul/22</i>
	<i>Plano de Capacitação em gestão de riscos e controles internos.</i>	<i>ago/22</i>
	<i>Plano de Ação piloto para as assertivas referentes ao compliance, gestão da informação e alinhamento estratégico.</i>	<i>jan/22</i>
<i>Diagnóstico final</i>	<i>Relatório de maturidade após novo diagnóstico para validação de resultados das melhorias implantadas</i>	<i>dez/22</i>
<i>Encerramento</i>	<i>Relatório de resultados do projeto e documentação; Instrumentos validados para gestão de riscos, compliance, gestão da informação e alinhamento estratégico.</i>	<i>mar/23</i>

Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Implementação e operacionalização de Escritório de Processos

4.01

Objetivo do projeto	Informações do projeto											
<p><i>Conceber e instituir, até março de 2023, Escritório de Processos (EPROC) no CH-UFC/Ebserh, para institucionalizar um modelo de gestão por processos com base na cadeia de valor da Rede Ebserh, através da capacitação das áreas de negócio, que forem priorizadas, para construir e implantarem cadernos de processos padronizados, feitos a partir arcabouço conceitual e sistematizado definido pelo EPROC.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Área Responsável: SEGOV ■ Gerente do Projeto: Assuero Silva Meira e Emeline Moura Lopes (Gerente Substituta) ■ Chefia imediata: Carlos Augusto Alencar Júnior ■ Áreas envolvidas: GAS 1, GAS 2, GAD, GEP, Superintendência ■ Início: 04/01/2021 ■ Fim: 22/03/2023 											
Escopo	Indicadores											
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Estruturação: realização de benchmarking na Rede Ebserh, com o objetivo de discutir e elaborar os documentos constitutivos do escritório (portaria de constituição, regimento interno e minuta do ciclo BPM); após esse alinhamento estratégico ocorrerá a formalização do EPROC no CH-UFC, por meio de portaria padronizada e assinada pelo Colegiado Executivo;</i> 2. <i>Aplicação: nesta etapa será planejada e realizada uma capacitação para os membros do EPROC, com o objetivo de formar facilitadores para promoção da metodologia no CH-UFC; a partir desta formação serão priorizados os processos para devida normatização e implementação;</i> 3. <i>Monitoramento: definição da sistemática de monitoramento, que deve contemplar a criação de uma ferramenta para</i> 	<p><i>Quantidade de Cadernos Criados / Quantidade de Cadernos Identificados como Necessários</i></p> <hr/> <p>Custo estimado</p> <p>R\$ 0,00</p> <table border="1" data-bbox="1093 1157 2083 1380"> <thead> <tr> <th data-bbox="1093 1157 1758 1204">Principais riscos</th> <th data-bbox="1765 1157 1892 1204">Prob.</th> <th data-bbox="1899 1157 1993 1204">Imp.</th> <th data-bbox="2000 1157 2083 1204">Grau</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1093 1209 1758 1380"><i>A lacuna de conhecimento na disciplina de processos, vinculada à formação de profissional dos gestores, pode dificultar o envolvimento das áreas que serão responsáveis por atividades do projeto, atrasando, ou impossibilitando as entregas programadas.</i></td> <td data-bbox="1765 1209 1892 1380" style="text-align: center;">3</td> <td data-bbox="1899 1209 1993 1380" style="text-align: center;">3</td> <td data-bbox="2000 1209 2083 1380" style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>				Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau	<i>A lacuna de conhecimento na disciplina de processos, vinculada à formação de profissional dos gestores, pode dificultar o envolvimento das áreas que serão responsáveis por atividades do projeto, atrasando, ou impossibilitando as entregas programadas.</i>	3	3	9
Principais riscos	Prob.	Imp.	Grau									
<i>A lacuna de conhecimento na disciplina de processos, vinculada à formação de profissional dos gestores, pode dificultar o envolvimento das áreas que serão responsáveis por atividades do projeto, atrasando, ou impossibilitando as entregas programadas.</i>	3	3	9									

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

acompanhamento de indicadores e reporte de resultados para o Colegiado Executivo; 4. Encerramento: nesta fase será produzido um relatório de resultados do projeto que organizará toda a documentação elaborada. Este documento conterá instruções quanto aos instrumentos validados para gestão por processos.	A redução orçamentária vinculada às inúmeras necessidades de abastecimento do hospital, pode gerar indisponibilidade de recursos financeiros para investimento na execução do projeto, inviabilizando a contratação de softwares e capacitações que possam apoiar o desenvolvimento das ações, dificultando a rápida escalabilidade das ações.	2	2	4
	A alta demanda pelo serviço de consultoria ao mapeamento de processos, pode sobrecarregar a equipe do SEGOV, dado o baixo número de colaboradores e impossibilitar uma efetiva comunicação entre as equipes envolvidas no projeto.	2	2	4
	A pouca experiência prática na disciplina de gestão por processos pode levar a equívocos na execução da metodologia, dificultando a implementação entre as áreas do hospital, que devem gerar uma desconfiança quanto à efetividade da metodologia.	1	3	3

Cronograma de marcos

Macroatividade	Entregável	Data
1. Estruturação	Minuta da Portaria de criação do EPROC Minuta do Regimento Interno do EPROC Ciclo BPM Portaria de instituição do EPROC-CH/UFC Regimento Interno do EPROC-CH/UFC	out/21
2. Aplicação	Planejamento de 1 ano para o EPROC Capacitação dos membros do EPROC Publicação dos cadernos dos processos priorizados	ago/22

3. Monitoramento	Mapa da Cadeia de Valor do CH-UFC/Ebserh Sistemática de Monitoramento instituída Ferramental de Acompanhamento Operacional	<i>dez/22</i>
4. Encerramento	Relatório de resultados do projeto e documentação; Instrumentos validados para gestão por processos.	<i>mar/23</i>

Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital

Implantação de uma diretriz de gestão de pessoas

5.01

Objetivo do projeto	Informações do projeto
<p><i>Implantar uma diretriz de gestão de pessoas no CH-UFC. A redação do documento será feita após benchmarking, pesquisas na literatura e diagnóstico local. A minuta do texto será revisada pelo Colegiado Executivo e alinhada com a UFC. Após a sua validação e aprovação, a equipe do projeto elaborará uma estratégia de comunicação para criar engajamento e promover de forma mais efetiva o conhecimento. Estas entregas acontecerão até dezembro de 2022.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ■Área Responsável: GAD ■Gerente do Projeto: Williarderson Freire Vieira e Cairo Campos Duarte (gerente substituto) ■Chefia imediata: Georgia Karine Lopes Soares ■Áreas envolvidas: Superintendência, GAD, GAS e GEP. ■Início: 04/01/2021 ■Fim: 30/12/2022
Escopo	Indicadores
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Análise situacional: esta etapa será desenvolvida a partir de pesquisa na literatura e/ou ações de benchmarking para formar uma base conceitual sobre o assunto, em seguida, a equipe fará um diagnóstico local para definição de um plano de melhoria.</i> 2. <i>Diretriz: esta etapa será desenvolvida a partir da elaboração de uma minuta através de discussões colegiadas entre os serviços da DivGP, com posterior alinhamento com a UFC e validação com o Colegiado Executivo, seguindo para publicação em instrumentos internos;</i> 3. <i>Comunicação da diretriz: a equipe definirá, através de um projeto piloto em um dos serviços da DivGP, uma estratégia de comunicação, que será apresentada ao Colegiado Executivo e implementada para posterior coleta de impressões e resultados. Os dados servirão para adequações necessárias e ampliação do escopo do produto.</i> 	<p><i>Nº de campanhas de comunicação divulgadas</i></p>

4. *Encerramento: nesta fase será produzido um relatório de resultados do projeto que organizará toda a documentação elaborada. Este documento conterá instruções quanto aos instrumentos validados para execução dos normativos e plano de comunicação da diretriz elaborada.*

Índice de satisfação geral com a Divisão de Gestão de Pessoas

Custo estimado

R\$ 0,00

Principais riscos

Devido aos interesses diversos dos colaboradores quanto à gestão de pessoas, focados em aumento salarial e progressão de carreira, o impacto do conteúdo pode ser baixo não aumentando o índice de satisfação geral com a área de gestão de pessoas, comprometendo o indicador geral.

Devido às limitações de pessoal para gestão de conteúdo nas diversas plataformas a validação da estratégia de comunicação pode ser indeferida, impactando no alcance do conteúdo entre os colaboradores e gestores.

Devido à alta demanda da Unidade de Gestão da Qualidade, a publicação da diretriz pode atrasar, causando impacto na comunicação oficial do documento.

Prob.	Imp.	Grau
3	3	9
2	3	6
1	3	3

Cronograma de marcos

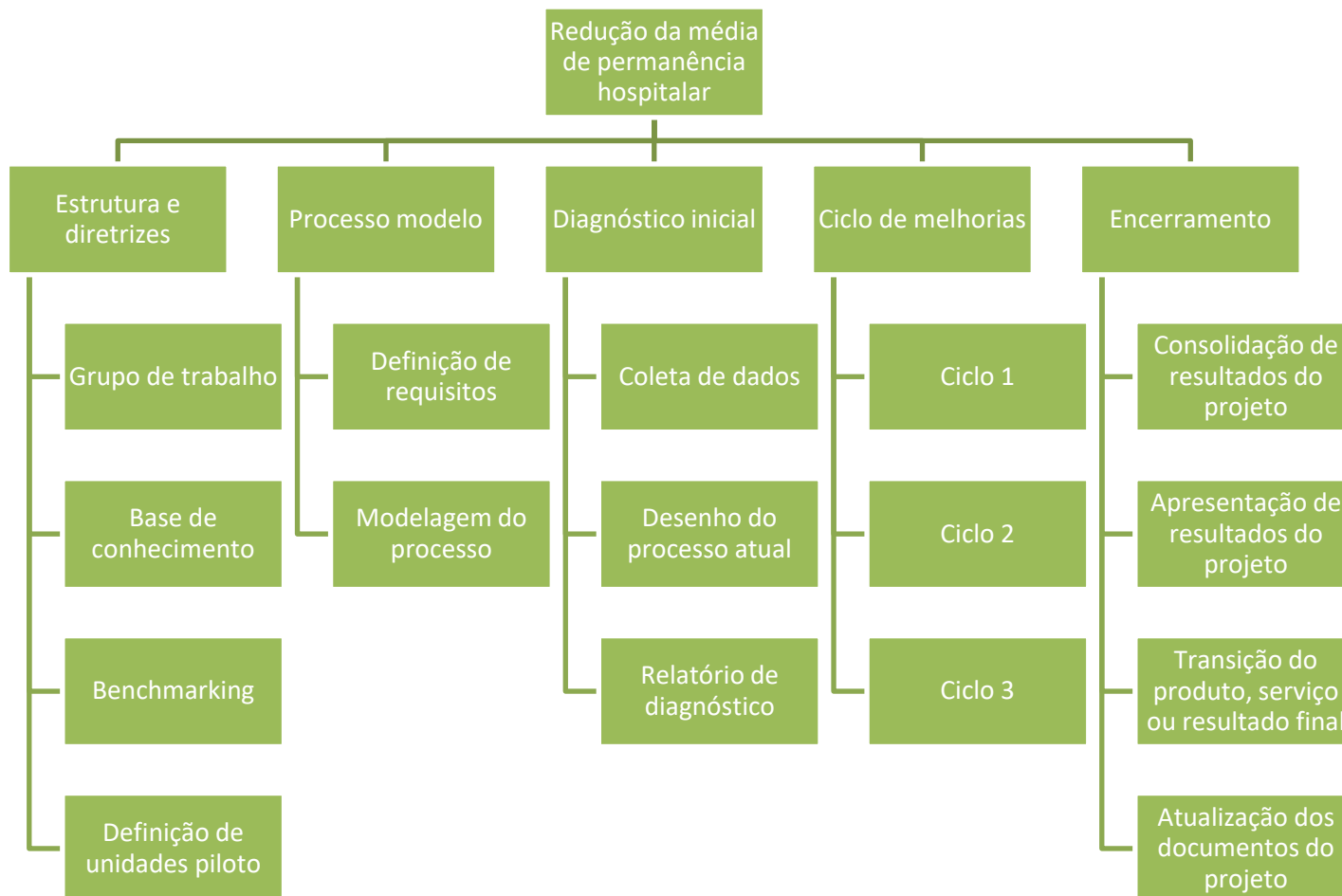
Macroatividade	Entregável	Data
<i>Análise Situacional.</i>	<i>Relatório de diagnóstico.</i>	<i>jul/21</i>

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

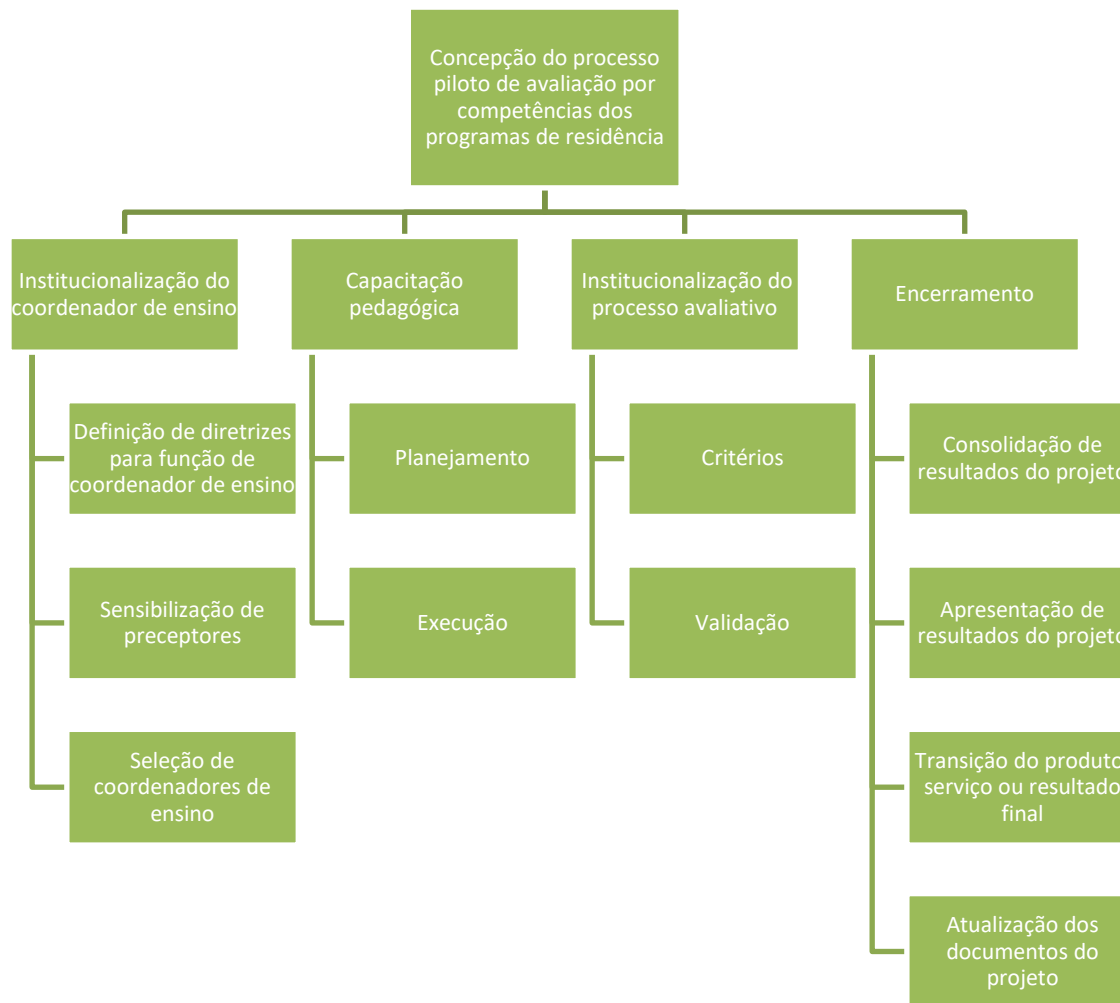
<i>Diretriz</i>	<i>Diretriz divulgada</i>	<i>mar/22</i>
<i>Comunicação da diretriz</i>	<i>Estratégia para divulgação; Conteúdo produzido e divulgado</i>	<i>ago/22</i>
<i>Encerramento</i>	<i>Relatório de resultados do projeto e documentação</i>	<i>dez/22</i>

6.3 Estrutura Analítica dos Projetos

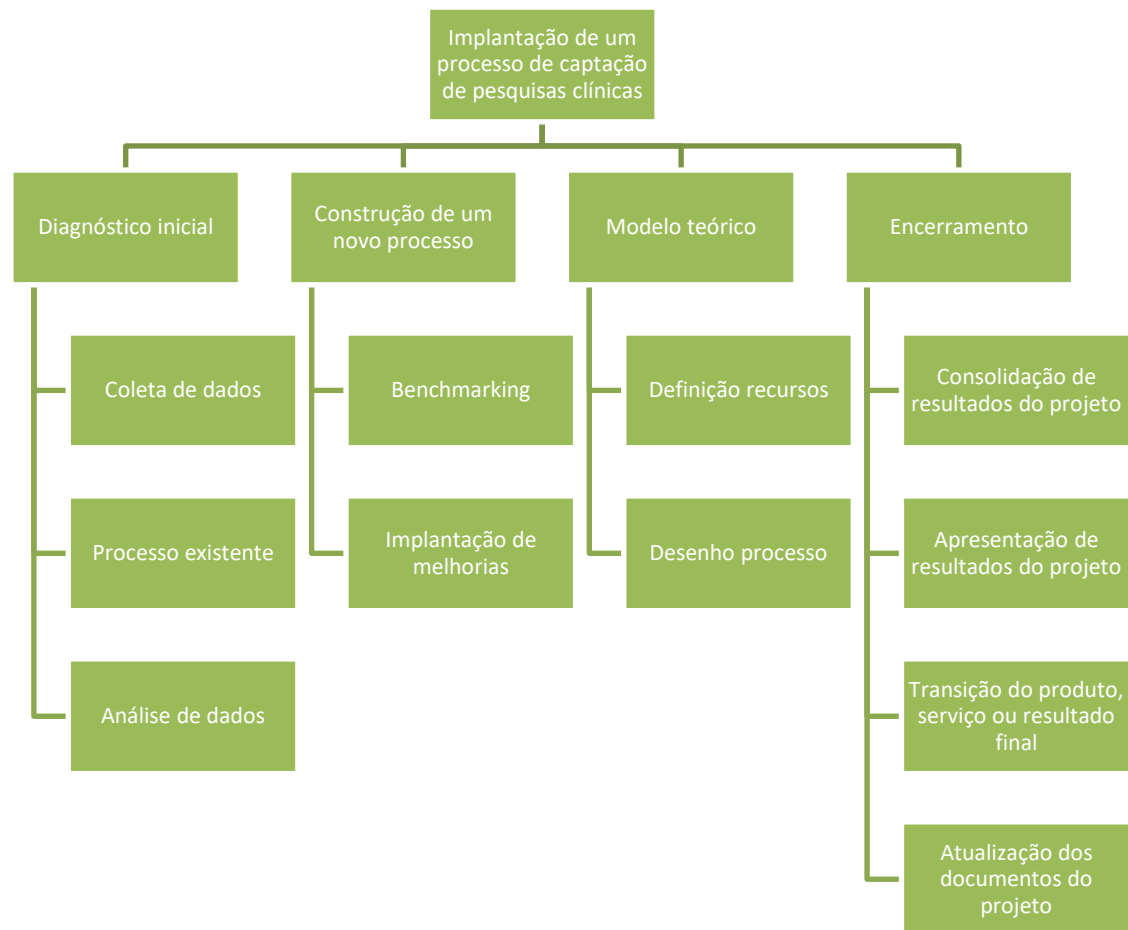
Assistência



Ensino



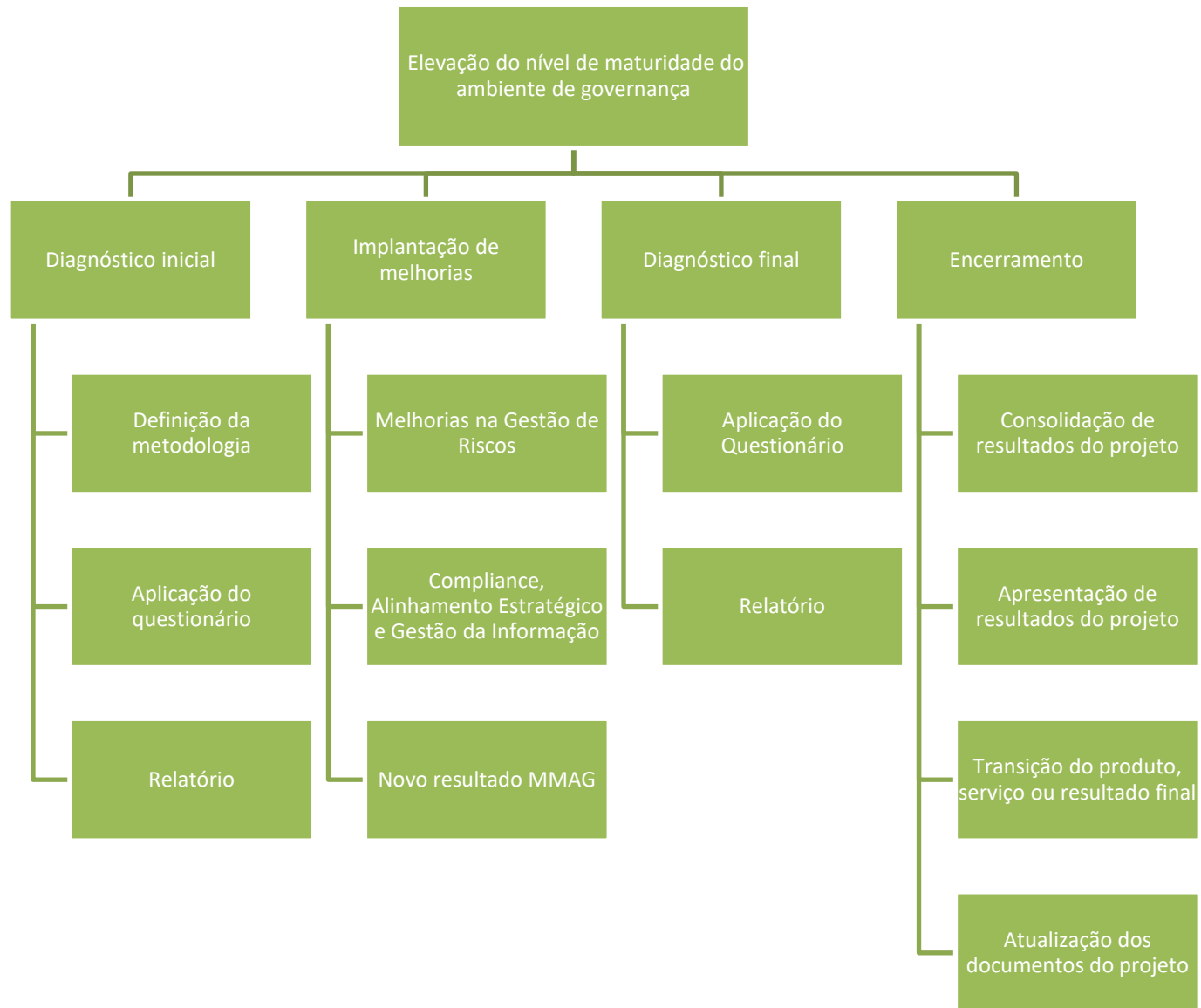
Pesquisa



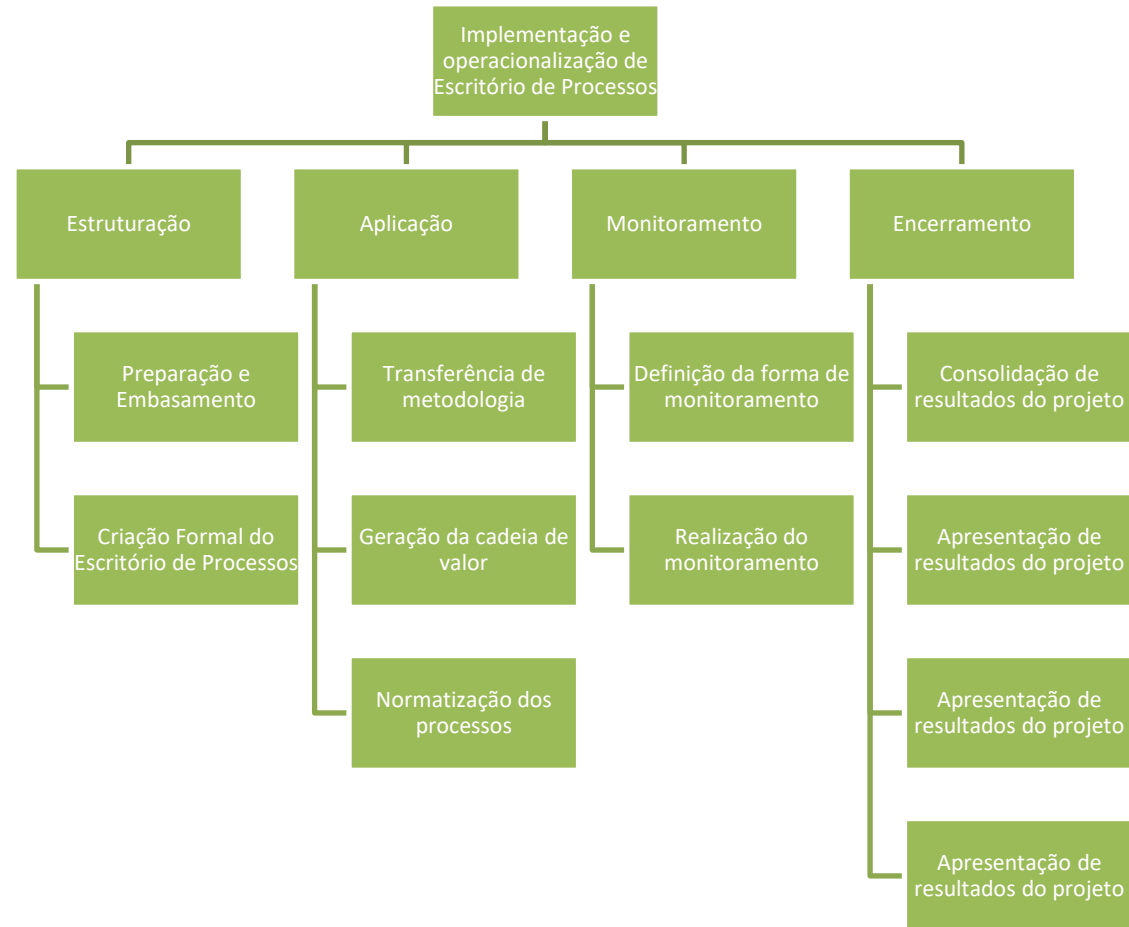
Sustentabilidade



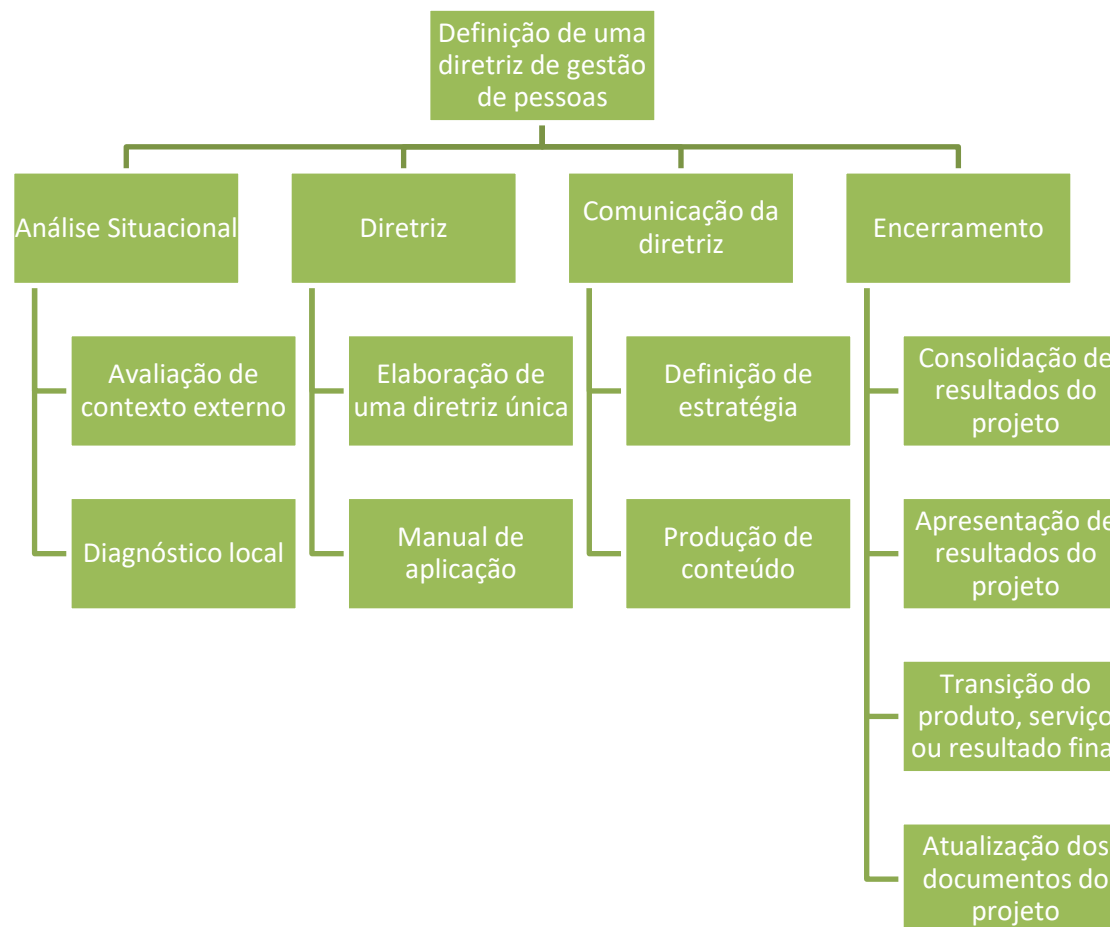
Governança



Processos e TI



Pessoas



6.4 Cronograma

Assistência

<https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/pwa/project%20detail%20pages/schedule.aspx?projuid=2a232c0b-612e-eb11-ace7-7085c2f506da&ret=0>

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
CH-UFC PDE101 Redução da média de permanência hospitalar	387 dias	Seg 04/01/21	Seg 11/07/22
Gestão do projeto	387 dias	Seg 04/01/21	Seg 11/07/22
Início do Projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Planejamento do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Desenvolver a documentação do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Acompanhamento do Projeto	63 dias	Sex 12/02/21	Sex 14/05/21
Realizar ponto de controle	8 dias	Seg 22/02/21	Qua 03/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qua 17/03/21	Qua 17/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Ter 30/03/21	Ter 30/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Sex 16/04/21	Sex 16/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/02/21	Sex 12/02/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/03/21	Sex 12/03/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 16/04/21	Sex 16/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	4 dias	Ter 11/05/21	Sex 14/05/21
Término do Projeto	0 dias	Seg 11/07/22	Seg 11/07/22
Fase 1: Estrutura e diretrizes	135 dias	Seg 01/02/21	Qua 11/08/21
Grupo de trabalho	6 dias	Seg 01/02/21	Seg 08/02/21
Seleção de colaboradores	4 dias	Seg 01/02/21	Qui 04/02/21
Definir competências	3 dias	Seg 01/02/21	Qua 03/02/21
Formalizar convite	1 dia	Qui 04/02/21	Qui 04/02/21
Diretrizes do GT	2 dias	Sex 05/02/21	Seg 08/02/21
Definir duração do GT e objetivos	2 dias	Sex 05/02/21	Seg 08/02/21
Definir escopo de atuação	2 dias	Sex 05/02/21	Seg 08/02/21
Base de conhecimento	49 dias	Ter 09/02/21	Ter 20/04/21
Revisão da literatura	25 dias	Ter 09/02/21	Qua 17/03/21
Definir descritores de busca	1 dia	Ter 09/02/21	Ter 09/02/21
Definir os critérios de busca e seleção	5 dias	Ter 09/02/21	Qua 17/02/21
Selecionar documentos	20 dias	Qui 18/02/21	Qua 17/03/21
Relatório de resultados	24 dias	Qui 18/03/21	Ter 20/04/21
Analisar o conteúdo da pesquisa	14 dias	Qui 18/03/21	Ter 06/04/21
Elaborar quadro resumo	14 dias	Qui 18/03/21	Ter 06/04/21
Definir diretrizes do plano de alta	10 dias	Qua 07/04/21	Ter 20/04/21
Benchmarking	59 dias	Qui 22/04/21	Ter 13/07/21
Roteiro de visita	41 dias	Qui 22/04/21	Qui 17/06/21
Definir checklist da visita	41 dias	Qui 22/04/21	Qui 17/06/21
Identificação de instituições de referência	26 dias	Qui 29/04/21	Qui 03/06/21
Consultar à Rede EBSEH	5 dias	Qui 29/04/21	Qua 05/05/21
Consultar no município/estado	5 dias	Qui 06/05/21	Qua 12/05/21
Selecionar empresas	16 dias	Qui 13/05/21	Qui 03/06/21
Visita técnica	28 dias	Sex 04/06/21	Ter 13/07/21
Enviar proposta de visita	5 dias	Sex 04/06/21	Qui 10/06/21
Executar visita	12 dias	Seg 28/06/21	Ter 13/07/21
Elaborar relatório	1 dia	Qua 30/06/21	Qua 30/06/21
Definição de unidades piloto	30 dias	Qui 01/07/21	Qua 11/08/21

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Definir critérios de seleção	10 dias	Qui 01/07/21	Qua 14/07/21
Avaliar unidades assistenciais	16 dias	Qui 15/07/21	Qui 05/08/21
Selecionar	4 dias	Sex 06/08/21	Qua 11/08/21
Fase 2: Processo modelo	25 dias	Qui 12/08/21	Qui 16/09/21
Definição de requisitos	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Definir indicadores e parâmetros de comparação.	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Definir objetivo	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Definir clientes	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Definir recursos	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Definir entradas	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Definir saídas	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Definir limites	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Modelagem do processo	5 dias	Sex 10/09/21	Qui 16/09/21
Modelar no Bizagi	5 dias	Sex 10/09/21	Qui 16/09/21
Fase 3: Diagnóstico inicial	105 dias	Sex 17/09/21	Qua 16/02/22
Coleta de dados	55 dias	Sex 17/09/21	Qua 08/12/21
Elaborar checklist	5 dias	Sex 17/09/21	Qui 23/09/21
Realizar pesquisa de campo	50 dias	Sex 24/09/21	Qua 08/12/21
Desenho do processo atual	10 dias	Qui 09/12/21	Qua 22/12/21
Modelar no Bizagi	10 dias	Qui 09/12/21	Qua 22/12/21
Relatório de diagnóstico	40 dias	Qui 23/12/21	Qua 16/02/22
Realizar comparação entre os modelos	10 dias	Qui 23/12/21	Qua 05/01/22
Definir oportunidades de melhoria	10 dias	Qui 06/01/22	Qua 19/01/22
Elaborar plano de ação 5W2H	10 dias	Qui 20/01/22	Qua 02/02/22
Elaborar painel de indicadores	10 dias	Qui 03/02/22	Qua 16/02/22
Fase 4: Ciclo de melhorias	75 dias	Qui 17/02/22	Qui 02/06/22
Ciclo 1	25 dias	Qui 17/02/22	Qua 23/03/22
Definir Objetivo 1	2 dias	Qui 17/02/22	Sex 18/02/22
Executar as ações planejadas	10 dias	Seg 21/02/22	Sex 04/03/22
Realizar monitoramento	5 dias	Seg 07/03/22	Sex 11/03/22
Realizar avaliação	5 dias	Seg 14/03/22	Sex 18/03/22
Planejar novo teste	3 dias	Seg 21/03/22	Qua 23/03/22
Ciclo 2	25 dias	Qui 24/03/22	Qui 28/04/22
Definir Objetivo 2	2 dias	Qui 24/03/22	Sex 25/03/22
Executar as ações planejadas	10 dias	Seg 28/03/22	Sex 08/04/22
Realizar monitoramento	5 dias	Seg 11/04/22	Sex 15/04/22
Realizar avaliação	5 dias	Seg 18/04/22	Seg 25/04/22
Planejar novo teste	3 dias	Ter 26/04/22	Qui 28/04/22
Ciclo 3	25 dias	Sex 29/04/22	Qui 02/06/22
Definir Objetivo 3	2 dias	Sex 29/04/22	Seg 02/05/22
Executar as ações planejadas	10 dias	Ter 03/05/22	Seg 16/05/22
Realizar monitoramento	5 dias	Ter 17/05/22	Seg 23/05/22
Realizar avaliação	5 dias	Ter 24/05/22	Seg 30/05/22
Elaborar relatório de resultados	3 dias	Ter 31/05/22	Qui 02/06/22
Encerramento	17 dias	Sex 03/06/22	Seg 27/06/22
Consolidação de resultados do projeto	10 dias	Sex 03/06/22	Qui 16/06/22
Validar em oficina	10 dias	Sex 03/06/22	Qui 16/06/22
Apresentação de resultados do projeto	1 dia	Sex 17/06/22	Sex 17/06/22
Validar em reunião do ColEx	1 dia	Sex 17/06/22	Sex 17/06/22

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Transição do produto, serviço ou resultado final	1 dia	Seg 20/06/22	Seg 20/06/22
Realizar entrega do produto final	1 dia	Seg 20/06/22	Seg 20/06/22
Atualização dos documentos do projeto	5 dias	Ter 21/06/22	Seg 27/06/22
Escrever relatório de encerramento	5 dias	Ter 21/06/22	Seg 27/06/22

Ensino

<https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/pwa/Project%20Detail%20Pages/Schedule.aspx?ProjUid=61d1947e-612e-eb11-ace7-7085c2f506da&ret=0>

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
CH-UFC PDE102 Concepção do processo piloto de avaliação por competências dos programas de residência	560 dias	Seg 04/01/21	Qui 16/03/23
Gestão do projeto	560 dias	Seg 04/01/21	Qui 16/03/23
Início do Projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Planejamento do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Desenvolver a documentação do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Acompanhamento do Projeto	72 dias	Seg 01/02/21	Sex 14/05/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Seg 01/02/21	Seg 01/02/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Ter 02/03/21	Ter 02/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qua 14/04/21	Qua 14/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Ter 04/05/21	Ter 04/05/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/02/21	Sex 12/02/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/03/21	Sex 12/03/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 16/04/21	Sex 16/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	4 dias	Ter 11/05/21	Sex 14/05/21
Término do Projeto	0 dias	Qui 16/03/23	Qui 16/03/23
Fase 1: Institucionalização do coordenador de ensino	180 dias	Seg 01/02/21	Sex 15/10/21
Definição de diretrizes para função de coordenador de ensino	95 dias	Seg 01/02/21	Qua 16/06/21
Definir diretrizes para a função de coordenador de ensino	90 dias	Seg 01/02/21	Qua 09/06/21
Alinhar com o ColEx	5 dias	Qui 10/06/21	Qua 16/06/21
Sensibilização de preceptores	60 dias	Qui 17/06/21	Qui 09/09/21
Organizar ação de sensibilização	40 dias	Qui 17/06/21	Qua 11/08/21
Promover ação de sensibilização	20 dias	Qui 12/08/21	Qui 09/09/21
Seleção de orientadores de ensino	25 dias	Sex 10/09/21	Sex 15/10/21
Selecionar orientadores de ensino	20 dias	Sex 10/09/21	Qui 07/10/21
Formalizar orientadores de ensino	5 dias	Sex 08/10/21	Sex 15/10/21
Fase 2: Capacitação pedagógica	228 dias	Seg 18/10/21	Ter 06/09/22
Planejamento	18 dias	Seg 18/10/21	Sex 12/11/21
Definir objetivo	3 dias	Seg 18/10/21	Qua 20/10/21
Definir escopo	5 dias	Qui 21/10/21	Qua 27/10/21
Definir cronograma	10 dias	Sex 29/10/21	Sex 12/11/21
Execução	210 dias	Ter 16/11/21	Ter 06/09/22
Realizar visita dos projetos pedagógicos dos programas de residência	60 dias	Ter 16/11/21	Seg 07/02/22
Definir matriz de competências	90 dias	Ter 08/02/22	Ter 14/06/22
Definir ferramentas de avaliação	60 dias	Qua 15/06/22	Ter 06/09/22
Fase 3: Institucionalização do processo avaliativo	110 dias	Qui 08/09/22	Ter 14/02/23
Critérios	100 dias	Qui 08/09/22	Ter 31/01/23
Definir forma avaliativa	60 dias	Qui 08/09/22	Ter 06/12/22

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Definir critérios de aptidão	40 dias	Qua 07/12/22	Ter 31/01/23
Validação	10 dias	Qua 01/02/23	Ter 14/02/23
Submeter à aprovação da GEP/COREME/COREMU	10 dias	Qua 01/02/23	Ter 14/02/23
Encerramento	12 dias	Qua 15/02/23	Qui 02/03/23
Consolidação de resultados do projeto	5 dias	Qua 15/02/23	Ter 21/02/23
Validar em oficina	5 dias	Qua 15/02/23	Ter 21/02/23
Apresentação de resultados do projeto	1 dia	Qua 22/02/23	Qua 22/02/23
Validar em reunião do ColEx	1 dia	Qua 22/02/23	Qua 22/02/23
Transição do produto, serviço ou resultado final	1 dia	Qui 23/02/23	Qui 23/02/23
Realizar entrega do produto final	1 dia	Qui 23/02/23	Qui 23/02/23
Atulização dos documentos do projeto	5 dias	Sex 24/02/23	Qui 02/03/23
Preparar documentação	5 dias	Sex 24/02/23	Qui 02/03/23

Pesquisa

<https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/pwa/project%20detail%20pages/schedule.aspx?projuid=bdbc4490-612e-eb11-ace7-7085c2f506da&ret=0>

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
CH-UFC PDE103 Implantação de um processo de captação de pesquisas clínicas	421 dias	Seg 04/01/21	Sex 26/08/22
Gestão do projeto	421 dias	Seg 04/01/21	Sex 26/08/22
Início do Projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Planejamento do projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Desenvolver a documentação do projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Acompanhamento do Projeto	51 dias	Sex 12/02/21	Qua 28/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Sex 12/02/21	Sex 12/02/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qua 10/03/21	Qua 10/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qui 01/04/21	Qui 01/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Seg 26/04/21	Seg 26/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/02/21	Sex 12/02/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/03/21	Sex 12/03/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Seg 05/04/21	Seg 05/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Qua 28/04/21	Qua 28/04/21
Término do Projeto	0 dias	Sex 26/08/22	Sex 26/08/22
Fase 1: Diagnóstico inicial	130 dias	Seg 01/02/21	Qua 04/08/21
Coleta de dados	70 dias	Seg 01/02/21	Qua 12/05/21
Definir ferramenta de "input"	20 dias	Seg 01/02/21	Ter 02/03/21
Formatar ferramenta	40 dias	Qua 03/03/21	Qua 28/04/21
Inserir dados	10 dias	Qui 29/04/21	Qua 12/05/21
Processo existente	40 dias	Qui 13/05/21	Qua 07/07/21

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
Desenhar processo	40 dias	Qui 13/05/21	Qua 07/07/21
Análise de dados	20 dias	Qui 08/07/21	Qua 04/08/21
Elaborar relatório	20 dias	Qui 08/07/21	Qua 04/08/21
Fase 2: Construção de um novo processo	165 dias	Qui 05/08/21	Qua 30/03/22
Benchmarking	105 dias	Qui 05/08/21	Qua 05/01/22
Selecionar instituição	40 dias	Qui 05/08/21	Qui 30/09/21
Fazer requisição da visita	10 dias	Sex 01/10/21	Sex 15/10/21
Realizar visita	50 dias	Seg 18/10/21	Qua 29/12/21
Elaborar relatório	5 dias	Qui 30/12/21	Qua 05/01/22
Implantação de melhorias	60 dias	Qui 06/01/22	Qua 30/03/22
Desenvolver plano de ação	60 dias	Qui 06/01/22	Qua 30/03/22
Fase 3: Modelo teórico	50 dias	Qui 31/03/22	Qui 09/06/22
Definição de recursos	40 dias	Qui 31/03/22	Qui 26/05/22
Definir objetivo	40 dias	Qui 31/03/22	Qui 26/05/22
Definir entradas	40 dias	Qui 31/03/22	Qui 26/05/22
Definir saídas	40 dias	Qui 31/03/22	Qui 26/05/22
Definir limites	40 dias	Qui 31/03/22	Qui 26/05/22
Definir recursos	40 dias	Qui 31/03/22	Qui 26/05/22
Desenho do processo	10 dias	Sex 27/05/22	Qui 09/06/22
Modelar no Bizagi	10 dias	Sex 27/05/22	Qui 09/06/22
Encerramento	46 dias	Sex 10/06/22	Sex 12/08/22
Consolidação de resultados do projeto	10 dias	Sex 10/06/22	Qui 23/06/22
Elaborar relatório	10 dias	Sex 10/06/22	Qui 23/06/22
Apresentação de resultados do projeto	6 dias	Sex 24/06/22	Sex 01/07/22
Apresentar em reunião da GEP	1 dia	Sex 24/06/22	Sex 24/06/22
Apresentar em reunião do ColEx	5 dias	Seg 27/06/22	Sex 01/07/22
Transição do produto, serviço ou resultado final	10 dias	Seg 04/07/22	Sex 15/07/22
Validar serviço	10 dias	Seg 04/07/22	Sex 15/07/22
Atulização dos documentos do projeto	20 dias	Seg 18/07/22	Sex 12/08/22
Preparar documentação	20 dias	Seg 18/07/22	Sex 12/08/22

Sustentabilidade

<https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/pwa/Project%20Detail%20Pages/Schedule.aspx?ProjUid=958ff1a0-612e-eb11-ace7-7085c2f506da&ret=0>

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
CH-UFC PDE201 Revisão e manutenção da contratualização SUS com foco no equilíbrio físico-financeiro da produção hospitalar	563 dias	Seg 04/01/21	Sex 17/03/23
Gestão do projeto	563 dias	Seg 04/01/21	Sex 17/03/23
Início do Projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Planejamento do projeto	20 dias	Seg 25/01/21	Sex 19/02/21
Desenvolver a documentação do projeto	20 dias	Seg 25/01/21	Sex 19/02/21
Acompanhamento do Projeto	50 dias	Qui 18/02/21	Qui 29/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qui 18/02/21	Qui 18/02/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Sex 12/03/21	Sex 12/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Seg 05/04/21	Seg 05/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qua 28/04/21	Qua 28/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 19/02/21	Sex 19/02/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Seg 15/03/21	Seg 15/03/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Ter 06/04/21	Ter 06/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Qui 29/04/21	Qui 29/04/21
Término do Projeto	0 dias	Sex 17/03/23	Sex 17/03/23
Fase 1: Revisão do contrato	228 dias	Seg 04/01/21	Qui 25/11/21
Regularização documental	100 dias	Seg 04/01/21	Seg 24/05/21
Conhecimento dos requisitos	5 dias	Seg 04/01/21	Sex 08/01/21
Pesquisar os requisitos necessários	5 dias	Seg 04/01/21	Sex 08/01/21
Identificar lacunas	5 dias	Seg 04/01/21	Sex 08/01/21
Ações de melhoria	100 dias	Seg 04/01/21	Seg 24/05/21
Elaborar plano de ação	10 dias	Seg 04/01/21	Sex 15/01/21
Executar plano	90 dias	Seg 18/01/21	Seg 24/05/21
Diagnóstico situacional	60 dias	Ter 25/05/21	Seg 16/08/21
Atualização do CNES	5 dias	Ter 25/05/21	Seg 31/05/21
Inserir dados	5 dias	Ter 25/05/21	Seg 31/05/21
Revisão do Rol de procedimentos	55 dias	Ter 01/06/21	Seg 16/08/21
Reunir áreas fins	40 dias	Ter 01/06/21	Seg 26/07/21
Pactuar com áreas fins	40 dias	Ter 01/06/21	Seg 26/07/21
Validar com GAS	5 dias	Ter 27/07/21	Seg 02/08/21
Validar com ColEx	5 dias	Ter 03/08/21	Seg 09/08/21
Validar com o gestor SUS	5 dias	Ter 10/08/21	Seg 16/08/21
Negociação da proposta	60 dias	Ter 17/08/21	Sex 12/11/21

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
Redação da nova proposta	20 dias	Ter 17/08/21	Ter 14/09/21
Elaborar documento	10 dias	Ter 17/08/21	Seg 30/08/21
Enviar para SEJUR	5 dias	Ter 31/08/21	Seg 06/09/21
Validar com a Sede	5 dias	Qua 08/09/21	Ter 14/09/21
Negociação com a SMS	40 dias	Qua 15/09/21	Sex 12/11/21
Abrir comunicação	40 dias	Qua 15/09/21	Sex 12/11/21
Pactuação	8 dias	Ter 16/11/21	Qui 25/11/21
Tornar efetiva a pactuação	8 dias	Ter 16/11/21	Qui 25/11/21
Fase 2: Controle e Monitoramento	300 dias	Sex 26/11/21	Sex 27/01/23
Divulgação da nova contratualização	40 dias	Sex 26/11/21	Qui 20/01/22
Planejamento de um Fórum	20 dias	Sex 26/11/21	Qui 23/12/21
Organizar fórum	20 dias	Sex 26/11/21	Qui 23/12/21
Realização do fórum	20 dias	Sex 24/12/21	Qui 20/01/22
Executar fórum	20 dias	Sex 24/12/21	Qui 20/01/22
Atualização dos contratos internos de gestão	100 dias	Sex 21/01/22	Sex 10/06/22
Reunião com as Unidades de Produção	80 dias	Sex 21/01/22	Sex 13/05/22
Divulgar diretrizes	40 dias	Sex 21/01/22	Qui 17/03/22
Elaborar planos de ação	40 dias	Sex 18/03/22	Sex 13/05/22
Assinatura do novo contrato	20 dias	Seg 16/05/22	Sex 10/06/22
Elaborar novo contrato	10 dias	Seg 16/05/22	Sex 27/05/22
Assinar contrato	10 dias	Seg 30/05/22	Sex 10/06/22
Definição das regras de controle e monitoramento	160 dias	Seg 13/06/22	Sex 27/01/23
Método de controle e monitoramento	120 dias	Seg 13/06/22	Sex 02/12/22
Definir método	40 dias	Seg 13/06/22	Sex 05/08/22
Aplicar método	80 dias	Seg 08/08/22	Sex 02/12/22
Atualização do painel de controle e monitoramento	40 dias	Seg 05/12/22	Sex 27/01/23
Definir parâmetros	10 dias	Seg 05/12/22	Sex 16/12/22
Aplicar melhorias	10 dias	Seg 19/12/22	Sex 30/12/22
Validar painel	10 dias	Seg 02/01/23	Sex 13/01/23
Publicar painel	10 dias	Seg 16/01/23	Sex 27/01/23
Encerramento	25 dias	Seg 30/01/23	Sex 03/03/23
Consolidação de resultados do projeto	5 dias	Seg 30/01/23	Sex 03/02/23
Elaborar relatório	5 dias	Seg 30/01/23	Sex 03/02/23

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
Apresentação de resultados do projeto	5 dias	Seg 06/02/23	Sex 10/02/23
Apresentar em reunião do CoLEx	5 dias	Seg 06/02/23	Sex 10/02/23
Transição do produto, serviço ou resultado final	5 dias	Seg 13/02/23	Sex 17/02/23
Validar serviço	5 dias	Seg 13/02/23	Sex 17/02/23
Atualização dos documentos do projeto	10 dias	Seg 20/02/23	Sex 03/03/23
Preparar documentação	10 dias	Seg 20/02/23	Sex 03/03/23

Governança

<https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/pwa/Project%20Detail%20Pages/Schedule.aspx?ProjUid=c3fbcfb4-612e-eb11-ace7-7085c2f506da&ret=0>

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
CH-UFC PDE301 Elevação do nível de maturidade do ambiente de governança	577 dias	Seg 04/01/21	Qui 06/04/23
Gestão do projeto	577 dias	Seg 04/01/21	Qui 06/04/23
Início do Projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Planejamento do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Desenvolver a documentação do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Acompanhamento do Projeto	50 dias	Qui 18/02/21	Qui 29/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qui 18/02/21	Qui 18/02/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Sex 12/03/21	Sex 12/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Seg 05/04/21	Seg 05/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qua 28/04/21	Qua 28/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 19/02/21	Sex 19/02/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Seg 15/03/21	Seg 15/03/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Ter 06/04/21	Ter 06/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Qui 29/04/21	Qui 29/04/21
Término do Projeto	0 dias	Qui 06/04/23	Qui 06/04/23
Fase 1: Diagnóstico inicial	58 dias	Seg 25/01/21	Qua 14/04/21
Definição da metodologia	27 dias	Seg 25/01/21	Ter 02/03/21
Formatação do questionário em plataforma on-line	10 dias	Seg 25/01/21	Sex 05/02/21
Padronizar questionário	5 dias	Seg 25/01/21	Sex 29/01/21
Estabelecer script para análise de dados	5 dias	Seg 01/02/21	Sex 05/02/21
Recrutamento de avaliadores	5 dias	Seg 08/02/21	Sex 12/02/21
Incluir dos membros Grupo de Trabalho de Governança	5 dias	Seg 08/02/21	Sex 12/02/21
Capacitação de avaliadores	12 dias	Seg 15/02/21	Ter 02/03/21
Organização de oficina	7 dias	Seg 15/02/21	Ter 23/02/21
Escrever programação	5 dias	Seg 15/02/21	Sex 19/02/21
Reservar salas	1 dia	Seg 22/02/21	Seg 22/02/21
Desenvolver cronograma	5 dias	Seg 15/02/21	Sex 19/02/21
Enviar convites	2 dias	Seg 22/02/21	Ter 23/02/21
Realização da oficina	5 dias	Qua 24/02/21	Ter 02/03/21
Realizar capacitação	5 dias	Qua 24/02/21	Ter 02/03/21
Aplicação do Questionário	25 dias	Qua 03/03/21	Ter 06/04/21
Visitação as unidades	20 dias	Qua 03/03/21	Ter 30/03/21

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
Definir agenda de visitas	5 dias	Qua 03/03/21	Ter 09/03/21
Comunicar chefias	5 dias	Qua 03/03/21	Ter 09/03/21
Realizar visitas	15 dias	Qua 10/03/21	Ter 30/03/21
Compilação dos dados	5 dias	Qua 31/03/21	Ter 06/04/21
Encaminhar resultado	2 dias	Qua 31/03/21	Qui 01/04/21
Verificar pendências	1 dia	Sex 02/04/21	Sex 02/04/21
Corrigir pendências	2 dias	Seg 05/04/21	Ter 06/04/21
Relatório	6 dias	Qua 07/04/21	Qua 14/04/21
Análise de dados	2 dias	Qua 07/04/21	Qui 08/04/21
Preparar análise estatística dos dados	2 dias	Qua 07/04/21	Qui 08/04/21
Resultados	2 dias	Sex 09/04/21	Seg 12/04/21
Preparar tabelas e gráficos	2 dias	Sex 09/04/21	Seg 12/04/21
Discussão e Conclusão	2 dias	Ter 13/04/21	Qua 14/04/21
Realizar análise crítica dos resultados	2 dias	Ter 13/04/21	Qua 14/04/21
Fase 2: Implantação de melhorias	420 dias	Qui 15/04/21	Sex 09/12/22
Melhorias na Gestão de Riscos	105 dias	Qui 15/04/21	Sex 10/09/21
Capacitação	5 dias	Qui 15/04/21	Qui 22/04/21
Capacitar equipe responsável pela implementação de melhorias	5 dias	Qui 15/04/21	Qui 22/04/21
Implementação de melhorias na GESTÃO DE RISCOS	75 dias	Sex 23/04/21	Qui 05/08/21
Estabelecer prioridades a partir do diagnóstico inicial	5 dias	Sex 23/04/21	Qui 29/04/21
Realizar ações a partir de 3 ciclos PDSA	60 dias	Sex 30/04/21	Qui 22/07/21
Elaborar relatório de resultados	10 dias	Sex 23/07/21	Qui 05/08/21
Novo resultado MMAG - GESTÃO DE RISCOS	25 dias	Sex 06/08/21	Sex 10/09/21
Aplicar questionário para dimensão GESTÃO DE RISCOS	20 dias	Sex 06/08/21	Qui 02/09/21
Aplicar dados no modelo B.I.	5 dias	Sex 03/09/21	Sex 10/09/21
Melhorias no Compliance	105 dias	Seg 13/09/21	Qui 10/02/22
Capacitação	5 dias	Seg 13/09/21	Sex 17/09/21
Capacitar equipe responsável pela implementação de melhorias	5 dias	Seg 13/09/21	Sex 17/09/21
Implementação de melhorias no COMPLIANCE	75 dias	Seg 20/09/21	Qui 06/01/22
Estabelecer prioridades a partir do diagnóstico inicial	5 dias	Seg 20/09/21	Sex 24/09/21
Definir ações a partir de um ciclo PDSA	60 dias	Seg 27/09/21	Qui 23/12/21
Elaborar relatório de resultados	10 dias	Sex 24/12/21	Qui 06/01/22
Novo resultado MMAG - COMPLIANCE	25 dias	Sex 07/01/22	Qui 10/02/22
Aplicar questionário para dimensão COMPLIANCE	20 dias	Sex 07/01/22	Qui 03/02/22
Aplicar dados no modelo B.I.	5 dias	Sex 04/02/22	Qui 10/02/22
Melhorias no Alinhamento estratégico	105 dias	Sex 11/02/22	Sex 08/07/22
Capacitação	5 dias	Sex 11/02/22	Qui 17/02/22
Capacitar equipe responsável pela implementação de melhorias	5 dias	Sex 11/02/22	Qui 17/02/22
Implementação de melhorias no ALINHAMENTO ESTRATÉGICO	75 dias	Sex 18/02/22	Sex 03/06/22
Estabelecer prioridades a partir do diagnóstico inicial	5 dias	Sex 18/02/22	Qui 24/02/22
Definir ações a partir de um ciclo PDSA	60 dias	Sex 25/02/22	Sex 20/05/22
Elaborar relatório de resultados	10 dias	Seg 23/05/22	Sex 03/06/22
Novo resultado MMAG - ALINHAMENTO ESTRATÉGICO	25 dias	Seg 06/06/22	Sex 08/07/22
Aplicar questionário para dimensão ALINHAMENTO ESTRATÉGICO	20 dias	Seg 06/06/22	Sex 01/07/22

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
Aplicar dados no modelo B.I.	5 dias	Seg 04/07/22	Sex 08/07/22
Melhorias no Gerenciamento das informações	105 dias	Seg 11/07/22	Sex 09/12/22
Capacitação	5 dias	Seg 11/07/22	Sex 15/07/22
Capacitar equipe responsável pela implementação de melhorias	5 dias	Seg 11/07/22	Sex 15/07/22
Implementação de melhorias no GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES	75 dias	Seg 18/07/22	Qui 03/11/22
Estabelecer prioridades a partir do diagnóstico inicial	5 dias	Seg 18/07/22	Sex 22/07/22
Definir ações a partir de um ciclo PDSA	60 dias	Seg 25/07/22	Ter 18/10/22
Elaborar relatório de resultados	10 dias	Qua 19/10/22	Qui 03/11/22
Novo resultado MMAG - GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES	25 dias	Sex 04/11/22	Sex 09/12/22
Aplicar questionário para dimensão GERENCIAMENTO DAS INFORMAÇÕES	20 dias	Sex 04/11/22	Sex 02/12/22
Aplicar dados no modelo B.I.	5 dias	Seg 05/12/22	Sex 09/12/22
Fase 3: Diagnóstico final	44 dias	Seg 12/12/22	Qui 09/02/23
Aplicação do Questionário	30 dias	Seg 12/12/22	Sex 20/01/23
Visitação as unidades	25 dias	Seg 12/12/22	Sex 13/01/23
Definir agenda de visitas	5 dias	Seg 12/12/22	Sex 16/12/22
Comunicar chefias	5 dias	Seg 19/12/22	Sex 23/12/22
Realizar visitas	15 dias	Seg 26/12/22	Sex 13/01/23
Compilação dos dados	5 dias	Seg 16/01/23	Sex 20/01/23
Encaminhar resultado	2 dias	Seg 16/01/23	Ter 17/01/23
Verificar pendências	1 dia	Qua 18/01/23	Qua 18/01/23
Corrigir pendências	2 dias	Qui 19/01/23	Sex 20/01/23
Relatório	14 dias	Seg 23/01/23	Qui 09/02/23
Análise de dados	2 dias	Seg 23/01/23	Ter 24/01/23
Preparar análise estatística dos dados	2 dias	Seg 23/01/23	Ter 24/01/23
Resultados	2 dias	Qua 25/01/23	Qui 26/01/23
Preparar tabelas e gráficos	2 dias	Qua 25/01/23	Qui 26/01/23
Discussão e Conclusão	10 dias	Sex 27/01/23	Qui 09/02/23
Realizar análise crítica dos resultados	10 dias	Sex 27/01/23	Qui 09/02/23
Encerramento	30 dias	Sex 10/02/23	Qui 23/03/23
Consolidação de resultados do projeto	5 dias	Sex 10/02/23	Qui 16/02/23
Elaborar relatório	5 dias	Sex 10/02/23	Qui 16/02/23
Apresentação de resultados do projeto	5 dias	Sex 17/02/23	Qui 23/02/23
Apresentar em reunião do CoLex	5 dias	Sex 17/02/23	Qui 23/02/23
Transição do produto, serviço ou resultado final	10 dias	Sex 24/02/23	Qui 09/03/23
Validar produto	10 dias	Sex 24/02/23	Qui 09/03/23
Atulização dos documentos do projeto	10 dias	Sex 10/03/23	Qui 23/03/23
Preparar documentação	10 dias	Sex 10/03/23	Qui 23/03/23

Processos e TI –

<https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/pwa/Project%20Detail%20Pages/Schedule.aspx?ProjUid=5b24fbd0-612e-eb11-ace7-7085c2f506da&ret=0>

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
----------------	---------	--------	---------

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

CH-UFC PDE401 Implementação e operacionalização de Escritório de Processos	487 dias	Seg 04/01/21	Seg 05/12/22
Gestão do projeto	487 dias	Seg 04/01/21	Seg 05/12/22
Início do Projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Planejamento do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Desenvolver a documentação do projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Acompanhamento do Projeto	90 dias	Sex 05/02/21	Ter 15/06/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Sex 05/02/21	Sex 05/02/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Ter 16/03/21	Ter 16/03/21
Realizar ponto de controle	13 dias	Seg 22/03/21	Qua 07/04/21
Realizar ponto de controle	43 dias	Qui 15/04/21	Ter 15/06/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/02/21	Sex 12/02/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/03/21	Sex 12/03/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 16/04/21	Sex 16/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Ter 11/05/21	Ter 11/05/21
Término do Projeto	0 dias	Seg 05/12/22	Seg 05/12/22
Fase 1: Estruturação	171 dias	Sex 05/02/21	Qui 07/10/21
Preparação e Embasamento	21 dias	Sex 05/02/21	Ter 09/03/21
Benchmarking e capacitação de transferência tecnológica - com a equipe do HUIJB	1 dia	Sex 05/02/21	Sex 05/02/21
Estudar metodologia de processos Ebserh	2 dias	Seg 08/03/21	Ter 09/03/21
Criação Formal do Escritório de Processos	149 dias	Qui 11/03/21	Qui 07/10/21
Validar metodologia Ebserh	20 dias	Qui 11/03/21	Qua 07/04/21
Criar do Grupo de Trabalho	10 dias	Qui 25/03/21	Qua 07/04/21
Elaborar minuta de Portaria	21 dias	Qui 08/04/21	Sex 07/05/21
Elaborar minuta de Regimento	27 dias	Seg 10/05/21	Ter 15/06/21
Elaborar MGOP	41 dias	Qua 16/06/21	Qua 11/08/21
Validar MGOP com a Governança Executiva do CH-UFC/Ebserh	10 dias	Qui 12/08/21	Qua 25/08/21
Definir estratégia para início da transformação institucional priorizada pela Governança	20 dias	Qui 26/08/21	Qui 23/09/21
Formalizar Escritório de Processos	10 dias	Sex 24/09/21	Qui 07/10/21
Fase 2: Aplicação	170 dias	Sex 24/09/21	Qui 26/05/22
Transferência de metodologia	130 dias	Sex 24/09/21	Qua 30/03/22
Definir turmas para capacitação dos executores/replicadores das áreas	20 dias	Sex 24/09/21	Sex 22/10/21
Criar e implementar a estratégia de capacitação	30 dias	Seg 25/10/21	Qua 08/12/21
Executar capacitação da metodologia para as turmas	80 dias	Qui 09/12/21	Qua 30/03/22
Geração da cadeia de valor	40 dias	Qui 31/03/22	Qui 26/05/22
Identificar e priorizar processos em cada área	10 dias	Qui 31/03/22	Qua 13/04/22
Validar metodologicamente os processos priorizados	10 dias	Qui 14/04/22	Qui 28/04/22
Validar os processos baseado no planejamento estratégico para o CH-UFC/Ebserh	20 dias	Sex 29/04/22	Qui 26/05/22
Normatização dos processos	20 dias	Qui 31/03/22	Qui 28/04/22
Montar equipe de suporte a apoio aos construtores de processos e cadernos	10 dias	Qui 31/03/22	Qua 13/04/22
Acompanhar a normatização dos processos priorizados, feito pelas áreas	20 dias	Qui 31/03/22	Qui 28/04/22
Fase 3: Monitoramento	90 dias	Sex 27/05/22	Sex 30/09/22
Definição da forma de monitoramento	50 dias	Sex 27/05/22	Qui 04/08/22
Criar ferramenta de verificação de processos normatizados	10 dias	Sex 27/05/22	Qui 09/06/22

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Criar visualização da cadeia de valor	10 dias	Sex 27/05/22	Qui 09/06/22
Definir formas de coleta dos números de processos para a Gestão	10 dias	Sex 10/06/22	Qui 23/06/22
Definir indicadores	10 dias	Sex 24/06/22	Qui 07/07/22
Criar painel Bi para monitoramento dos processos	10 dias	Sex 08/07/22	Qui 21/07/22
Analisar e validar as ferramentas com a equipe do HUJB	10 dias	Sex 22/07/22	Qui 04/08/22
Realização do monitoramento	40 dias	Sex 05/08/22	Sex 30/09/22
Definir sistemática de acompanhamento dia a dia dos processos normatizados	20 dias	Sex 05/08/22	Qui 01/09/22
Verificar processos normatizados e com gestão em dia	20 dias	Sex 05/08/22	Qui 01/09/22
Gerar e analisar indicadores com o Bi	20 dias	Sex 02/09/22	Sex 30/09/22
Encerramento	32 dias	Seg 03/10/22	Seg 21/11/22
Consolidação de resultados do projeto	10 dias	Seg 03/10/22	Seg 17/10/22
Elaborar relatório de encerramento	10 dias	Seg 03/10/22	Seg 17/10/22
Apresentação de resultados do projeto	1 dia	Ter 18/10/22	Ter 18/10/22
Apresentar ao ColEx	1 dia	Ter 18/10/22	Ter 18/10/22
Transição do produto, serviço ou resultado final	1 dia	Qua 19/10/22	Qua 19/10/22
Instituir responsável	1 dia	Qua 19/10/22	Qua 19/10/22
Atualização dos documentos do projeto	20 dias	Qui 20/10/22	Seg 21/11/22
Atualizar documentos	20 dias	Qui 20/10/22	Seg 21/11/22

Pessoas

<https://ebserhnet.sharepoint.com/sites/pwa/Project%20Detail%20Pages/Painel%20do%20Projeto.aspx?ProjUId=6c6e40fa-612e-eb11-ace7-7085c2f506da&ret=0>

Nome da Tarefa	Duração	Início	Término
CH-UFC PDE501 Definição de um processo de gestão de pessoas	492 dias	Seg 04/01/21	Seg 12/12/22
Gestão do projeto	492 dias	Seg 04/01/21	Seg 12/12/22
Início do Projeto	20 dias	Seg 04/01/21	Sex 29/01/21
Planejamento do projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Desenvolver a documentação do projeto	15 dias	Seg 04/01/21	Sex 22/01/21
Acompanhamento do Projeto	71 dias	Qui 28/01/21	Ter 11/05/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qui 28/01/21	Qui 28/01/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Seg 15/03/21	Seg 15/03/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Ter 13/04/21	Ter 13/04/21
Realizar ponto de controle	1 dia	Qui 06/05/21	Qui 06/05/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/02/21	Sex 12/02/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 12/03/21	Sex 12/03/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Sex 16/04/21	Sex 16/04/21
Desenvolver reporte para alta gestão	1 dia	Ter 11/05/21	Ter 11/05/21
Término do Projeto	0 dias	Seg 12/12/22	Seg 12/12/22
Fase 1: Análise Situacional	145 dias	Seg 25/01/21	Qua 18/08/21
Avaliação de contexto externo	65 dias	Seg 25/01/21	Qua 28/04/21
Pesquisar literatura	20 dias	Seg 25/01/21	Ter 23/02/21
Realizar benchmarking	40 dias	Qua 24/02/21	Ter 20/04/21
Elaborar relatório	5 dias	Qui 22/04/21	Qua 28/04/21

COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – CH-UFC

Diagnóstico local	80 dias	Qui 29/04/21	Qua 18/08/21
Identificação de oportunidades de melhoria	60 dias	Qui 29/04/21	Qua 21/07/21
Estabelecer metodologia	20 dias	Qui 29/04/21	Qua 26/05/21
Coletar dados	40 dias	Qui 27/05/21	Qua 21/07/21
Relatório Situacional	20 dias	Qui 22/07/21	Qua 18/08/21
Definir plano de melhoria	20 dias	Qui 22/07/21	Qua 18/08/21
Fase 2: Política	279 dias	Seg 15/03/21	Sex 15/04/22
Elaboração de norma única	189 dias	Seg 15/03/21	Sex 10/12/21
Elaborar minuta	1 dia	Seg 15/03/21	Seg 15/03/21
Realizar consulta pública interna (DivGP)	18 dias	Qui 01/07/21	Seg 26/07/21
Realizar adequações no tópico ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS	80 dias	Qua 11/08/21	Ter 07/12/21
Realizar adequações no tópico DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS	80 dias	Ter 27/07/21	Seg 22/11/21
Realizar adequações no tópico SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR	80 dias	Ter 27/07/21	Seg 22/11/21
Validar no CoEx	2 dias	Qua 08/12/21	Qui 09/12/21
Publicar norma	1 dia	Sex 10/12/21	Sex 10/12/21
Manual de aplicação	90 dias	Seg 13/12/21	Sex 15/04/22
Definição da estrutura	60 dias	Seg 13/12/21	Sex 04/03/22
Definir estratégia de elaboração	30 dias	Seg 13/12/21	Sex 21/01/22
Definir estratégia de divulgação	30 dias	Seg 24/01/22	Sex 04/03/22
Edição e publicação	30 dias	Seg 07/03/22	Sex 15/04/22
Produzir material	20 dias	Seg 07/03/22	Sex 01/04/22
Publicar	10 dias	Seg 04/04/22	Sex 15/04/22
Fase 3: Comunicação da norma	120 dias	Seg 18/04/22	Ter 04/10/22
Definição de estratégia	40 dias	Seg 18/04/22	Seg 13/06/22
Realizar oficina de definição da estratégia	40 dias	Seg 18/04/22	Seg 13/06/22
Produção de conteúdo	80 dias	Ter 14/06/22	Ter 04/10/22
Produzir conteúdo	60 dias	Ter 14/06/22	Seg 05/09/22
Realizar plano de comunicação	20 dias	Ter 06/09/22	Ter 04/10/22
Encerramento	35 dias	Qua 05/10/22	Seg 28/11/22
Consolidação de resultados do projeto	10 dias	Qua 05/10/22	Qua 19/10/22
Elaborar relatório	10 dias	Qua 05/10/22	Qua 19/10/22
Apresentação de resultados do projeto	5 dias	Qui 20/10/22	Qua 26/10/22
Apresentar em reunião do CoEx	5 dias	Qui 20/10/22	Qua 26/10/22
Transição do produto, serviço ou resultado final	10 dias	Qui 27/10/22	Sex 11/11/22
Validar produto	10 dias	Qui 27/10/22	Sex 11/11/22
Atulização dos documentos do projeto	10 dias	Seg 14/11/22	Seg 28/11/22
Preparar documentação	10 dias	Seg 14/11/22	Seg 28/11/22