



PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2017-2018
9º RELATÓRIO DE MONITORAMENTO
Referência: Dezembro de 2018

UNIDADE DE PLANEJAMENTO

JANEIRO DE 2019

SUMÁRIO

1. VISÃO GERAL DA EXECUÇÃO DO PLANO.....	1
1.1. Gráfico de execução do PDE	2
1.2. Evolução dos Modelos de Referência	3
2. ATUALIZAÇÃO DAS AÇÕES	5
2.1. Ação 1: Criação de Protocolo de fluxo de acesso das especialidades.....	5
2.2. Ação 2: Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo ..	6
2.3. Ação 3: Implantação de Comitê de Ética.....	6
2.4. Ação 4: Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias	6
2.5. Ação 5: Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutiva	7
2.6. Ação 6: Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico	7
2.7. Ação 7: Estabelecimento de um contrato interno de gestão	8
2.8. Ação 8: Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia	9
2.9. Ação 9: Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA	9
2.10. Ação 10: Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário	10
2.11. Ação 11: Adoção de dispositivos matriciais	10
2.12. Ação 12: Implementação do modelo de gestão por processos	11
2.13. Ação 13: Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais.....	11
2.14. Ação 14: Implementação de um programa de gestão da qualidade	12
2.15. Ação 15: Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local	13
2.16. Ação 16: Implementação do programa de economia da saúde	13
2.17. Ação 17: Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF	14
2.18. Ação 18: Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS.....	15
2.19. Ação 19: Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS	16
2.20. Ação 20: Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários)	16
2.21. Ação 21: Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente	17
2.22. Ação 22: Implantação do processo de gestão compartilhada	18
2.23. Ação 23: Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa.....	18
SÍNTESE FINAL DA EXECUÇÃO DO PDE DO HU-UNIVASF	20

1. VISÃO GERAL DA EXECUÇÃO DO PLANO

O Plano Diretor Estratégico (PDE) para o biênio 2017-2018 do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-Univasf) teve um total de 23 ações estratégicas e 129 atividades. Este documento foi construído durante o ano de 2016 em colaboração com o Hospital Sírio Libanês.

Este relatório visa apresentar o grau de conclusão das ações do PDE. A Comissão de Acompanhamento do 1º PDE foi formada por: Carlos Henrique S. Melo; Clécio de L. Lopes, Danielle C. S. L. Machado; Juliana P. Korinfsky; Luiz Otávio N. de Silva; Paulo F. Saad; Ricardo S. de Lima; Ronald J. Mendes; Roberto R. A. de Miranda, Rodrigo Lacerda, Saulo S. Xavier, Thiago M. Amaral e Vanicleide de S. Nunes.

As Tabelas 1 e 2 mostram uma visão resumida da execução do PDE:

Tabela 1: Ações até o dia 31/12/2018

Total de ações planejadas	Total de ações concluídas	Total a concluir
23	19	4

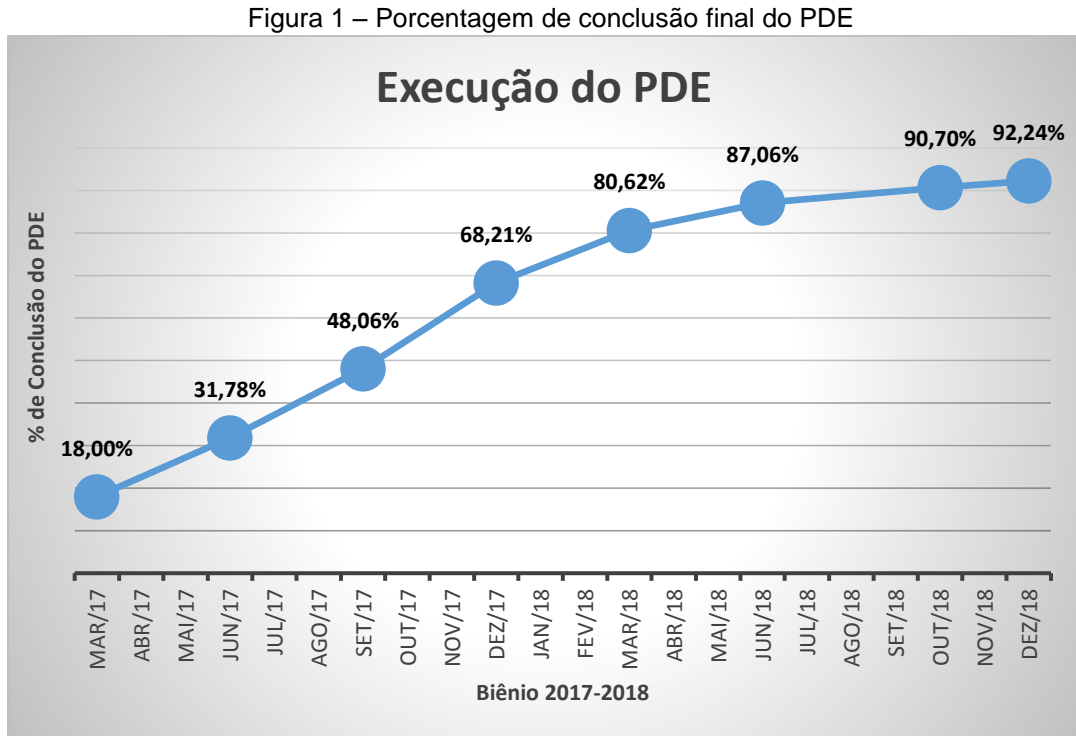
Tabela 2: Atividades até o dia 31/12/2018

Apenas planejadas	Em andamento	100% concluídas	Percentual das atividades integralmente concluídas
3	7	119	92,24%

Das 129 atividades, 3 ficaram como planejadas, 7 delas estão em andamento e 117 foram integralmente concluídas dentro do limite do prazo de execução do PDE. O percentual das atividades integralmente concluídas foi de 92,24%. Contudo, caso sejam consideradas as atividades em andamento, este percentual será de 95,27%.

1.1. Gráfico de execução do PDE

Com base no monitoramento realizado individualmente, a situação consolidada de conclusão do PDE evoluiu de 90,7% em outubro para 92,24% em dezembro conforme mostra a Figura 1. Para este cálculo, levou-se em consideração apenas as atividades integralmente concluídas.



Vale frisar, que o Plano foi dividido por dois tipos de atividades: 'Atividade', quando há uma data de início e fim definidos; e 'Atividade contínua', quando após seu início a atividade não tem uma data de fim definida e permanecerá em andamento até a data de finalização do PDE. O acompanhamento do percentual de ações realizadas utiliza uma escala pré-definida, de 0% a 100%, que utiliza a seguinte metodologia:

Para atividades com o status (planejada e não iniciadas no prazo) o percentual de conclusão foi de 0%. E, para aquelas com status (antecipada e finalizada no período) o percentual de conclusão será de 100%. Para atividades em andamento, o percentual varia entre 0% e 99%, em aumentos gradativos de 1%.

1.2. Evolução dos Modelos de Referência

A atualização do Modelo de Referência teve por objetivo estabelecer um conjunto de boas práticas de gestão que orientaram o desenvolvimento das ações visando à evolução administrativa e assistencial do hospital. Para tanto, os modelos avaliados foram a humanização em saúde, gestão da clínica e gestão hospitalar inicialmente. Em seguida, outros quatro modelos, compras hospitalares, administração econômico-financeira, gestão de obras e engenharia clínica e hotelaria foram também aplicados. Todos os modelos tomam por base as diretrizes estratégicas colocadas anteriormente e não pretendem esgotar as possibilidades em cada um dos temas, mas nortear o planejamento da gestão, de modo a elevar o nível da assistência prestada e a melhoria contínua da qualidade em saúde com vistas à excelência na prestação do atendimento.

O diagnóstico de aderência aos sete Modelos de Referência mencionados é resultado da aplicação da lista de contribuições e de ações durante visitas *in loco* pelo chefe da unidade de planejamento com as chefias de cada unidade/setor/divisão/gerência correspondente, que permitiram atualizar cada um dos temas dos Modelos de Referência. Para realização deste diagnóstico, os seguintes trabalhos foram realizados: - Reuniões direcionadas pela Lista de Contribuições; – Sessões exploratórias de discussão com as diversas áreas responsáveis pelos sete temas dos Modelos de Referência, utilizando a Lista de Contribuições como roteiro de discussão. Foram atualizados os itens que estavam como “Não Implantados”, “Parcialmente Implantados”, ou “Não se Aplica” na planilha preenchida em 2016 pelos consultores do Hospital Sírio Libanês.

Ao processar o material (questões) das listas de contribuições dos modelos de referência com as chefias ligadas a cada item, passou-se a entender e desvelar o *modus operandi* trabalhado no HU, além da situação após a implementação do PDE 2017/2018, tendo vistas ao desenvolvimento das práticas e rotinas executadas. Desta forma, ao final das questões, teve-se um panorama da atuação do HU-Univasf naquele contexto e uma sinalização, por exemplo, das áreas menos desenvolvidas, extraídas da análise das respostas informadas. Estas reuniões ofereceram um resultado quantitativo da adesão do HU ao modelo de referência aplicado. A Figura 2

mostra o gráfico correspondente à aderência do HU-Univasf aos sete Modelos de Referência avaliados em 2016, enquanto a Figura 3, em novembro de 2018.

Figura 2: Aderência do HU-Univasf por modelo de referência em 2016.

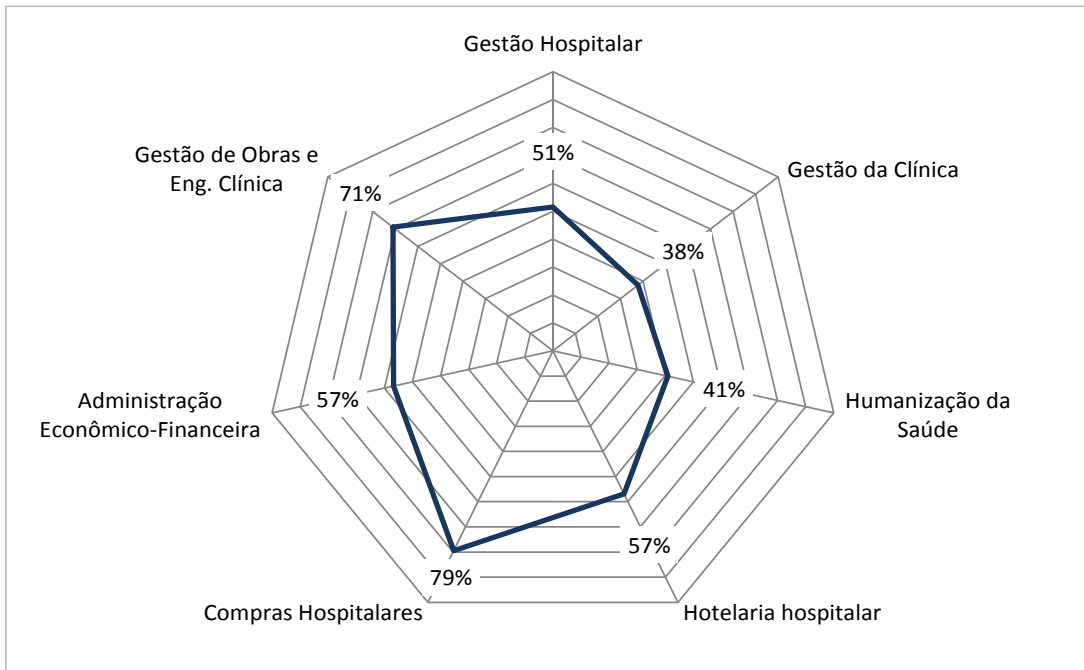
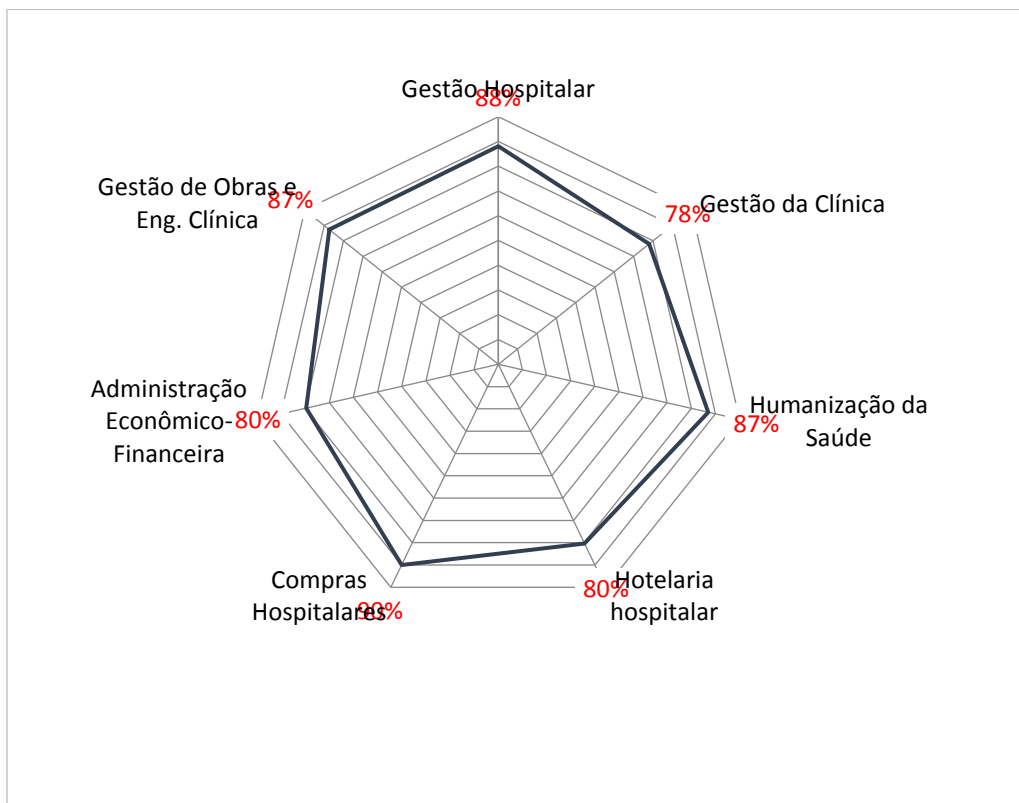


Figura 3: Aderência do HU-Univasf por modelo de referência em 2018.



De acordo com as figuras acima, pode-se concluir que a aderência global às boas práticas do HU-Univasf, em 2018, é alta, com a média de 84%. O hospital destaca-se positivamente na aderência às boas práticas em relação ao Modelo de Referência com as seguintes pontuações:

- Compras Hospitalares (90%)
- Gestão Hospitalar (88%)
- Gestão de Obras e Engenharia Clínica (87%)
- Humanização (87%)
- Hotelaria Hospitalar (80%)
- Administração Econômico-Financeira (80%)
- Gestão da Clínica (78%)

Estes Modelos encontram-se acima da aderência global, com a exceção de gestão da clínica, que foi trabalhada durante a construção da Matriz SWOT para o 2º PDE do biênio de 2019-2020. Conclui-se assim, que a execução do 1º PDE surtiu efeitos positivos nas sete áreas do modelo de referência, impactando diretamente na qualidade dos serviços prestados pelo HU-Univasf.

2. ATUALIZAÇÃO DAS AÇÕES

A atualização das ações apresenta as principais informações coletadas sobre as ações e atividades até o dia 31 de dezembro de 2018. As ações e seus respectivos percentuais de conclusão foram:

2.1. Ação 1: Criação de Protocolo de fluxo de acesso das especialidades

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
1	Criação de Protocolo de fluxo de acesso das especialidades.	01/10/2016	01/06/2017	Atividade	100% Concluída
1.1	Mapear os fluxos existentes.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%

1.2	Validar os fluxos de acesso no colegiado de atenção à saúde.	01/11/2016	01/01/2017	Atividade	100%
1.3	Estabelecer Oficinas de trabalho para implantar os fluxos de acesso ao HU.	01/02/2017	01/04/2017	Atividade	100%
1.4	Monitorar a implantação do acesso qualificado ao HU.	01/04/2017	01/06/2017	Atividade	100%

2.2. Ação 2: Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo

		Cronograma Real			
ID	Ações/Atividades	Data Início	Data Fim	Tipo	Set/17
2	Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo.	25/07/2016	31/07/2017	Atividade	100% Concluída
2.1	Projetar.	25/07/2016	25/08/2016	Atividade	100%
2.2	Validar o Projeto elaborado.	01/11/2016	15/11/2016	Atividade	100%
2.3	Executar o Projeto.	01/03/2017	31/07/2017	Atividade	100%

2.3. Ação 3: Implantação de Comitê de Ética

		Cronograma Real			
ID	Ações/Atividades	Data Início	Data Fim	Tipo	Set/17
3	Implantação de Comitê de Ética.	01/02/2017	28/04/2017	Atividade	100% Concluída
3.1	Seguir Norma específica do CRM.	01/02/2017	28/04/2017	Atividade	100%

2.4. Ação 4: Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias

		Cronograma Real			
ID	Ações/Atividades	Data Início	Data Fim	Tipo	Set/17
4	Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias.	01/02/2017	22/04/2017	Atividade	100% Concluída

4.1	Definir equipe responsável para secretariar as Comissões.	01/02/2017	08/02/2017	Atividade	100%
4.2	Definir objetivos, participantes e frequência de reuniões das comissões, seguindo normas específicas.	08/02/2017	08/03/2017	Atividade	100%
4.3	Implementar indicadores para cada Comissão definida.	08/03/2017	22/03/2017	Atividade	100%
4.4	Definir a rotina de monitoramento da operacionalização das Comissões Obrigatórias juntamente com a Gestão da Qualidade, apresentando os resultados ao colegiado.	22/03/2017	22/04/2017	Atividade	100%

2.5. Ação 5: Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutiva

		Cronograma Real			
ID	Ações/Atividades	Data Início	Data Fim	Tipo	Set/17
5	Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutiva.	01/03/2017	31/07/2017	Atividade	100% Concluída
5.1	Dimensionar e implementar a equipe de retaguarda.	01/03/2017	15/03/2017	Atividade	100%
5.2	Definir área de Atuação.	15/03/2017	29/03/2017	Atividade	100%
5.3	Construir, validar e implantar protocolos e fluxos multiprofissionais, incluindo a capacitação da equipe.	29/03/2017	31/05/2017	Atividade	100%
5.4	Alinhar os processos de trabalho da equipe horizontal multiprofissional conforme sistema de classificação de risco.	29/03/2017	31/05/2017	Atividade	100%
5.5	Monitorar a atuação da equipe para implementação das ações.	31/05/2017	31/07/2017	Atividade	100%

2.6. Ação 6: Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico

		Cronograma Real			
ID	Ações/Atividades	Data Início	Data Fim	Tipo	Set/17
6	Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico.	01/10/2016	31/07/2017	Atividade	100% Concluída
6.1	Registrar as informações referente as cirurgias no Bloco Cirúrgico (BC) no AGHU.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%

6.2	Implementar um plano diretor físico direcionado ao centro cirúrgico (que inclua o levantamento e a reposição dos materiais /equipamentos cirúrgicos que estão em falta).	01/10/2016	30/12/2016	Atividade	100%
6.3	Operacionalizar e Institucionalizar o novo fluxo de agendamento cirúrgico, incluindo a utilização do mapa cirúrgico por meio do módulo do AGHU.	09/01/2017	08/03/2017	Atividade	100%
6.4	Reestruturar o ambulatório da ortopedia.	01/02/2017	01/03/2017	Atividade	100%
6.5	Consolidar a política de gestão de OPME.	01/10/2016	31/01/2017	Atividade	100%
6.6	Capacitar os envolvidos com relação ao novo fluxo de agendamento cirúrgico.	09/01/2017	08/03/2017	Atividade	100%
6.7	Definir rotina de monitoramento e avaliação os processos do Centro Cirúrgico.	08/03/2017	08/04/2017	Atividade	100%

2.7. Ação 7: Estabelecimento de um contrato interno de gestão

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
7	Estabelecimento de um contrato interno de gestão.	01/07/2017	31/03/2018	Atividade contínua	100% Concluída
7.1	Realizar um diagnóstico situacional (demanda, perfil epidemiológico e capacidade instalada).	01/07/2017	01/09/2017	Atividade contínua	100%
7.2	Efetuar pactuações com as áreas administrativas e assistenciais para estabelecimento de metas e resultados a serem alcançados.	01/09/2017	01/12/2017	Atividade contínua	100%
7.3	Monitorar os resultados e definir ações com base nas análises (CICLO PDCA).	01/12/2017	01/02/2018	Atividade contínua	100%
7.4	Divulgar internamente e externamente os resultados alcançados, retroalimentando o Instrumento Formal de Contratualização (IFC).	01/02/2018	31/03/2018	Atividade contínua	100%

2.8. Ação 8: Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
8	Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia.	01/07/2017	01/03/2018	Atividade	100% Concluída
8.1	Elaborar projeto de residência.	01/07/2017	01/08/2017	Atividade	100%
8.2	Submeter projeto ao COREME.	01/08/2017	01/09/2017	Atividade	100%
8.3	Implementar residência ortopédica.	01/09/2017	01/03/2018	Atividade	100%

2.9. Ação 9: Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
9	Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA.	01/02/2017	01/03/2018	Atividade	91,25% Concluída
9.1	Formar um GT para mapear a Rede e definir todas as Linhas de Cuidado com base nas condições de saúde.	01/02/2017	01/04/2017	Atividade	100%
9.2	Definir as Linhas de Cuidado prioritárias que o Hospital irá atuar.	01/04/2017	01/05/2017	Atividade	100%
9.3	Desenhar e pactuar com gestores de outros pontos de atenção, os fluxos de acesso Rede<=>HU.	01/07/2017	01/11/2017	Atividade	100%
9.4	Estabelecer protocolos Clínico Assistenciais para as Linhas de Cuidado.	01/09/2017	01/11/2017	Atividade	90%
9.5	Criar um colegiado para monitoramento das Linhas de Cuidado estabelecidas e definir calendário das reuniões.	01/09/2017	01/11/2017	Atividade	100%
9.6	Realizar oficinas de divulgação em classificação de risco, protocolos, fluxos assistenciais e linhas de cuidado com todos os segmentos envolvidos.	01/11/2017	01/01/2018	Atividade	70%
9.7	Realizar oficinas de capacitação em classificação de risco, protocolos, fluxos assistenciais e linhas de cuidado e com todos os segmentos envolvidos.	01/11/2017	01/01/2018	Atividade	70%
9.8	Criar os indicadores específicos para cada linha de cuidado e definir rotina de monitoramento.	01/01/2018	01/03/2018	Atividade	100%

2.10. Ação 10: Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
10	Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário.	01/03/2018	01/12/2018	Atividade	100% Concluída
10.1	Definir as diretrizes para implementação e acompanhamento dos planos terapêuticos e os focos atribuídos a cada membro da equipe multiprofissional.	01/03/2018	01/05/2018	Atividade	100%
10.2	Estabelecer equipes assistenciais interdisciplinares horizontais para cada setor.	01/04/2018	01/05/2018	Atividade	100%
10.3	Definir a periodicidade das visitas multiprofissionais.	01/04/2018	01/05/2018	Atividade	100%
10.4	Estabelecer o Planejamento de Cuidado Individual com metas a serem cumpridas, incluindo a participação da família na discussão do plano terapêutico.	01/05/2018	01/11/2018	Atividade	100%
10.5	Definir a rotina de monitoramento e avaliação da institucionalização do PTS.	01/11/2018	01/12/2018	Atividade	100%

2.11. Ação 11: Adoção de dispositivos matriciais

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
11	Adoção de dispositivos matriciais.	01/09/2017	01/03/2018	Atividade	100% Concluída
11.1	Definir os responsáveis pelos processos matriciais.	01/09/2017	01/10/2017	Atividade	100%
11.2	Instituir as equipes matriciais de referência para cada área assistencial e sua abrangência.	01/10/2017	01/01/2018	Atividade	100%
11.3	Definir calendário das reuniões para apoio das equipes matriciais as equipes de referência.	01/10/2017	01/01/2018	Atividade	100%
11.4	Sensibilizar os profissionais para mudança da cultura organizacional.	01/01/2018	01/03/2018	Atividade	100%

2.12. Ação 12: Implementação do modelo de gestão por processos

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
12	Implementação do modelo de gestão por processos.	01/03/2017	01/08/2018	Atividade	100% Concluída
12.1	Identificar os processos existentes nas áreas assistenciais (áreas fim) e áreas meio (engenharia clínica, hotelaria, etc.).	01/03/2017	01/04/2017	Atividade contínua	100%
12.2	Analisar os processos mapeados e instituir os novos processos necessários nas áreas assistenciais (áreas fim) e áreas meio (engenharia clínica, hotelaria, etc.).	01/04/2017	01/10/2017	Atividade contínua	100%
12.3	Avaliar a implantação do Planejamento Estratégico da Farmácia (que inclui: dispensação, distribuição, organização estrutural e procedimentos).	01/03/2017	01/04/2017	Atividade	100%
12.4	Revisão dos contratos de Hotelaria (Higienização, Lavanderia e SND), com inserção dos Acordos de Níveis de Serviço.	01/10/2016	01/06/2017	Atividade contínua	100%
12.5	Aplicação da classificação da curva ABC para posterior aplicação da curva XYZ.	01/03/2017	01/06/2017	Atividade	100%
12.6	Elaboração e implantação do Plano Diretor Físico do Hospital (físico e tecnológico).	01/10/2016	01/04/2017	Atividade	100%
12.7	Definir o modelo de gestão que contemple a gestão por processos.	01/10/2017	31/12/2017	Atividade	100%
12.8	Implantar e capacitar as equipes envolvidas em cada processo.	31/12/2017	01/07/2018	Atividade contínua	100%
12.9	Definir a rotina de monitoramento do desempenho dos processos.	01/07/2018	01/08/2018	Atividade	100%

2.13. Ação 13: Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
13	Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais.	01/11/2016	01/08/2017	Atividade	94% Concluída

13.1	Identificar as áreas clínico-assistenciais que não possuem protocolos.	01/11/2016	31/12/2016	Atividade	100%
13.2	Formalizar comissão fixa e interdisciplinar para confeccionar e validar todos os protocolos.	01/02/2017	01/08/2017	Atividade	100%
13.3	Realizar oficinas para implantar e capacitar as equipes nos protocolos clínico-assistenciais.	01/08/2017	31/12/2017	Atividade	70%
13.4	Definir indicadores de avaliação e metas a serem alcançadas.	01/02/2017	01/08/2017	Atividade	100%
13.5	Criar o modelo de avaliação por meio de auditorias clínicas.	01/02/2017	01/08/2017	Atividade	100%

2.14. Ação 14: Implementação de um programa de gestão da qualidade

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
14	Implementação de um programa de gestão da qualidade.	01/01/2018	31/10/2018	Atividade contínua	85,71% Concluída
14.1	Definir o Programa de Gestão da Qualidade, em conjunto com o NAQH, com estruturação da equipe responsável por promover e executar as ações necessárias para implantação da sistemática de gestão da qualidade.	01/01/2018	01/03/2018	Atividade	100%
14.2	Planejar a implementação da gestão da qualidade com a elaboração das diretrizes gerais de qualidade, dos requisitos de documentação e registro e do cronograma com ações necessárias, suas metas e responsabilidades.	01/03/2018	01/05/2018	Atividade	100%
14.3	Desenvolver o Manual da Qualidade com base nos manuais de acreditação da ONA (que contempla a diretrizes e os procedimentos gerais de qualidade) e demais documentações necessárias (manuais, POPs, fluxos e registros).	01/04/2018	01/07/2018	Atividade	100%
14.4	Criar e definir rotina de monitoramento das pesquisas de satisfação aos usuários e colaboradores.	01/07/2018	01/09/2018	Atividade	100%
14.5	Definir metodologia, grupo executor e periodicidade de auditoria de qualidade para avaliação de processos.	01/03/2018	01/05/2018	Atividade	100%

14.6	Recrutar e capacitar a equipe de auditores.	01/07/2018	01/09/2018	Atividade	100%
14.7	Apresentar os resultados da auditoria em colegiados e divulgá-los no HU.	01/09/2018	31/10/2018	Atividade	Planejada

2.15. Ação 15: Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local

		Cronograma Real			
ID	Ações/Atividades	Data Início	Data Fim	Tipo	Set/17
15	Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local.	01/11/2016	31/12/2018	Atividade	100% Concluída
15.1	Divulgar a contratualização interna e externamente.	01/11/2016	01/12/2016	Atividade	100%
15.2	Instituir a Comissão de Acompanhamento da Contratualização.	01/02/2017	01/03/2017	Atividade	100%
15.3	Realização da revisão da contratualização.	01/10/2017	01/11/2017	Atividade contínua	100%
15.4	Monitorar o cumprimento das metas pactuadas, por meio de reuniões com o gestor local.	01/11/2016	31/12/2018	Atividade	100%

2.16. Ação 16: Implementação do programa de economia da saúde

		Cronograma Real			
ID	Ações/Atividades	Data Início	Data Fim	Tipo	Set/17
16	Implementação do programa de economia da saúde.	01/07/2017	01/10/2018	Atividade	18% Concluída
16.1	Mapear os modelos existentes com referências bibliográficas.	01/07/2017	01/10/2018	Atividade	40%
16.2	Reunir equipe para escolha do modelo a ser adotado.	01/10/2017	01/11/2017	Atividade	30%
16.3	Inserir no sistema de informação hospitalar módulo para gerenciamento de conta por paciente.	01/11/2017	01/05/2018	Atividade	20%
16.4	Capacitar a equipe sobre a nova ferramenta e utilizar.	01/05/2018	01/06/2018	Atividade	Planejada
16.5	Definir o Monitoramento referente à implementação do programa por meio de indicadores.	01/06/2018	01/07/2018	Atividade	Planejada

2.17. Ação 17: Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
17	Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF.	01/05/2016	30/03/2017	Atividade	100% Concluída
17.1	Capacitar em classificadores do protocolo de Manchester a equipe de Enfermeiros do Acolhimento.	01/05/2016	30/05/2016	Atividade	100%
17.2	Capacitar equipe interna da emergência com o número de 06 classificadores em auditores interno do protocolo, para acompanhar os atendimentos no acolhimento e auditar as classificações de risco de forma contínua.	01/06/2016	30/06/2016	Atividade	100%
17.3	Organizar fluxo de entrada para o atendimento do paciente no acolhimento, incluindo a utilização das pulseiras de identificação.	01/06/2016	01/11/2016	Atividade	100%
17.4	Definir mecanismos de controle (indicadores, periodicidade de relatórios, etc.) com relação ao encaminhamento responsável na RAS, do paciente não classificado no perfil de atendimento do HU.	13/07/2016	01/12/2016	Atividade	100%
17.5	Confeccionar planilha de acompanhamento dos dados dos pacientes encaminhados para outras unidades da rede, com atualização diária dos dados.	13/07/2016	31/07/2016	Atividade	100%
17.6	Mapear os casos de baixa complexidade sem resolutividade da Rede de Atenção Básica e apresentar na CIR.	01/02/2017	30/03/2017	Atividade	100%

2.18. Ação 18: Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
18	Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS.	01/02/2017	31/12/2018	Atividade	100% Concluída
18.1	Identificar os processos existentes relacionado à educação permanente dentro do HU.	01/02/2017	01/03/2017	Atividade contínua	100%
18.2	Identificar as necessidades de capacitação.	01/02/2017	01/03/2017	Atividade contínua	100%
18.3	Organizar as equipes executoras das capacitações e identificar e capacitar os tutores de Educação Permanente.	01/03/2017	01/06/2017	Atividade contínua	100%
18.4	Definir programa de capacitação para os funcionários recém-admitidos / ingressantes.	01/02/2017	01/04/2017	Atividade	100%
18.5	Formatar o plano anual de capacitações e planejar a aplicação de ferramentas de ensino aprendizagem (Educação Permanente).	01/04/2017	01/07/2017	Atividade contínua	100%
18.6	Expandir a política efetiva de treinamento e educação permanente para alunos e residentes do HU baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem.	01/07/2017	01/09/2017	Atividade contínua	100%
18.7	Expandir a política efetiva de treinamento e educação permanente para os profissionais da área administrativa e de apoio do HU baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem	01/04/2017	01/07/2017	Atividade contínua	100%
18.8	Identificar as necessidades da rede para capacitação.	01/07/2017	01/09/2017	Atividade contínua	100%
18.9	Expandir capacitação técnica para a RAS baseada em metodologias ativas de ensino aprendizagem.	01/09/2017	31/12/2018	Atividade contínua	100%

2.19. Ação 19: Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
19	Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS.	01/02/2017	01/08/2017	Atividade	100% Concluída
19.1	Reestruturar a equipe do NIR e do SRAS.	01/02/2017	01/03/2017	Atividade	100%
19.2	Reestruturar os processos regulatórios intra-hospitalares.	01/01/2017	01/05/2017	Atividade	100%
19.3	Definir com a equipe do SRAS e NIR: a Rede de abrangência do HU e a regulação da grade de referência e contra referência.	01/02/2017	01/05/2017	Atividade	100%
19.4	Estabelecer reuniões periódicas com os gestores da Rede para avaliação da pactuação da grade de referência e contra referência.	01/02/2017	01/04/2017	Atividade	100%
19.5	Apresentar os resultados dos processos regulatórios na CIR.	01/07/2017	01/08/2017	Atividade	100%
19.6	Instituir formulário para os encaminhamentos ao HU com espaço adequado para contra referência.	01/02/2017	01/05/2017	Atividade	100%
19.7	Instituir processo de alta hospitalar responsável com a articulação na Rede (at. básica/reabilitação/leitos de retaguarda).	01/02/2017	01/05/2017	Atividade	100%
19.8	Definir Indicadores de monitoramento para avaliação da operacionalização dos processos regulatórios e de integração com a RAS.	01/05/2017	01/06/2017	Atividade	100%

2.20. Ação 20: Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários)

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
20	Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários).	01/02/2017	01/03/2017	Atividade	100% Concluída
20.1	Elaborar e divulgar calendário anual de reuniões de integração entre equipes	01/02/2017	01/03/2017	Atividade	100%

	(assistencial e administrativo), ampliando as reuniões do NAQH.				
20.2	Definir a participação do usuário em discussões internas por meio da participação em Conselhos do HU de decisão compartilhada (CAC e Conselho Consultivo).	01/02/2017	01/03/2017	Atividade	100%

2.21. Ação 21: Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
21	Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente.	01/12/2016	01/06/2017	Atividade	100% Concluída
21.1	Implementar a agenda de reuniões do planejamento estratégico em 2017 e 2018.	01/12/2016	31/12/2016	Atividade	100%
21.2	Aperfeiçoar os relatórios parciais ao longo do ano, informando os principais resultados e acompanhando as ações estratégicas por setor, incluindo os resultados do PDE (Esses relatórios terão os principais encaminhamentos para se melhorar os indicadores que precisem de intervenção)	01/02/2017	01/06/2017	Atividade contínua	100%
21.3	Criar uma agenda de planejamento intersetorial que será formada com base nas necessidades dos setores.	01/02/2017	01/03/2017	Atividade contínua	100%
21.4	Consolidar o fechamento do planejamento estratégico em reuniões anuais, onde os chefes responsáveis irão expor a síntese dos seus resultados do plano de ação, indicadores e ações intersetoriais.	01/11/2016	15/12/2016	Atividade contínua	100%
21.5	Definir estratégia de divulgação dos resultados por meio de e-mail e site institucional e a padronização das informações a serem divulgadas.	01/11/2016	01/12/2016	Atividade contínua	100%
21.6	Adaptar a exposição dos resultados de gestão à visita com base na execução do PDE.	01/02/2017	01/05/2017	Atividade contínua	100%
21.7	Aprimorar a divulgação dos resultados do HU-UNIVASF em colaboração com a unidade de comunicação em mídias externas, com base na execução do PDE.	01/02/2017	01/05/2017	Atividade contínua	100%

2.22. Ação 22: Implantação do processo de gestão compartilhada

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
22	Implantação do processo de gestão compartilhada	01/10/2016	31/12/2016	Atividade	100% Concluída
22.1	Institucionalizar colegiado deliberativo assistencial de chefias com reuniões mensais ou bimestrais.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%
22.2	Institucionalizar colegiado deliberativo administrativo de chefias com reuniões mensais ou bimestrais.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%
22.3	Institucionalizar colegiado deliberativo de ensino e pesquisa de chefias com reuniões mensais ou bimestrais.	01/11/2016	31/12/2016	Atividade	100%
22.4	Institucionalizar fórum assistencial.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%
22.5	Institucionalizar fórum administrativo.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%
22.6	Institucionalizar fórum com pessoal dos serviços terceirizados, incluindo os representantes dos temas envolvidos.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%
22.7	Planejar a realização de reuniões regulares assistenciais, incluindo os representantes dos temas envolvidos.	01/11/2016	01/12/2016	Atividade	100%
22.8	Planejar a realização de reuniões regulares administrativas, incluindo os representantes dos temas envolvidos.	01/11/2016	01/12/2016	Atividade	100%
22.9	Divulgar as atas das reuniões e deliberações para todas as equipes	01/11/2016	01/12/2016	Atividade	100%

2.23. Ação 23: Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa

ID	Ações/Atividades	Cronograma Real		Tipo	Set/17
		Data Início	Data Fim		
23	Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclua a comunicação interna e externa.	01/10/2016	01/05/2017	Atividade	100% Concluída

23.1	Elaborar uma política de comunicação institucional, de acordo com a política de comunicação da EBSEH, considerando os aspectos assistenciais, ensino, pesquisa, inovação e extensão realizados no HU.	01/10/2016	01/12/2016	Atividade	100%
23.2	Elaborar/construir plano de comunicação institucional (que inclui o diagnóstico comunicacional).	01/02/2017	31/01/2018	Atividade	100%
23.3	Elaborar uma estratégia de comunicação que evidencie a diferenciação da atuação de um hospital universitário para um hospital regular.	01/10/2016	01/12/2016	Atividade	100%
23.4	Definir e divulgar os canais e os fluxos de comunicação interna entre os colaboradores nos diversos setores do HU.	01/11/2016	01/01/2017	Atividade	100%
23.5	Divulgar amplamente, acompanhar, ajustar possíveis ruídos e estabelecer o formato de comunicação interna definido pelo hospital.	01/01/2017	31/01/2017	Atividade	100%
23.6	Definir o responsável pela comunicação externa do Hospital.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%
23.7	Definir os responsáveis pela comunicação externa nos diversos setores do HU.	01/10/2016	01/11/2016	Atividade	100%
23.8	Definir os canais e os fluxos de comunicação externa nos diversos setores do HU.	01/02/2017	01/04/2017	Atividade	100%
23.9	Definir os fluxos de comunicação entre os diversos públicos, assegurando que a informação correta seja divulgada para a pessoa/instituição de forma correta e no momento apropriado.	01/03/2017	01/05/2017	Atividade	100%
23.10	Padronizar o formato das documentações divulgadas para o exterior.	01/04/2017	01/05/2017	Atividade	100%

SÍNTESE FINAL DA EXECUÇÃO DO PDE DO HU-UNIVASF

PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2017 – 2018 MONITORAMENTO – DEZEMBRO/2018

Elaboração: Unidade de Planejamento



Evolução do PDE



DESTAQUES

Avanço das ações

- ✓ Ação 9 - Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS) (100%)
- ✓ Ação 8 - Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia (100%)

ATIVIDADES ATÉ 31 DE DEZEMBRO DE 2018

Apenas Planejadas	Em andamento	100% concluídas	Percentual das atividades integralmente concluídas
3	7	119	92,24%

SITUAÇÃO DAS AÇÕES

Ações	Concluído
1. Criação de Protocolo de fluxo de acesso das especialidades	100%
2. Reestruturação física com vistas à centralização do acesso e à facilitação do fluxo	100%
3. Implantação de Comitê de Ética	100%
4. Operacionalização de todas as Comissões Obrigatórias	100%
5. Institucionalização de equipe multiprofissional de retaguarda horizontal efetiva e resolutive	100%
6. Redefinição dos fluxos de processos do Centro Cirúrgico	100%
7. Estabelecimento de um contrato interno de gestão	100%
8. Reestabelecimento do programa de residência de Ortopedia	100%
9. Estabelecimento das Linhas de Cuidado prioritárias junto com a rede PEBA	91,25%
10. Estabelecimento dos Planos Terapêuticos singulares (PTS), estruturando o trabalho interdisciplinar com foco no usuário	100%
11. Adoção de dispositivos matriciais	100%
12. Implementação do modelo de gestão por processos	100%
13. Estabelecimento de todos os protocolos clínico-assistenciais	94%
14. Implementação de um programa de gestão da qualidade	85,71%
15. Gestão da Contratualização de forma contínua, em conjunto com o gestor local	100%
16. Implementação do programa de economia da saúde	18%
17. Definição do protocolo de Classificação de risco de Manchester, para ser implantado no serviço de acolhimento do HU-UNIVASF	100%
18. Implementação de política de desenvolvimento técnico multiprofissional das áreas assistenciais e administrativas e educação permanente para a RAS	100%
19. Aprimoramento dos processos regulatórios intra-hospitalares e de integração na RAS	100%
20. Estabelecimento da integração entre os diversos setores que compõem o HU (Assistencial, administrativo e usuários)	100%
21. Institucionalização do Planejamento Estratégico com reuniões periódicas com todas as chefias trimestralmente	100%
22. Implantação do processo de gestão compartilhada	100%
23. Elaboração e Implementação do Plano de Comunicação Institucional, que inclui a comunicação interna e externa	100%