



PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2021 - 2023

Hospital Universitário Onofre Lopes da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte -
HUOL-UFRN

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Presidente

Oswaldo de Jesus Ferreira

Diretor Vice-Presidente Executivo

Eduardo Chaves Vieira

Superintendente

Stenio Gomes da Silveira

Gerente Administrativo

Mauro Hiroshi Horie

Gerente de Atenção à Saúde

Elio José Silveira da Silva Barreto

Gerente de Ensino e Pesquisa

Carlos Alberto Almeida de Araújo

Este Plano Diretor Estratégico foi aprovado na Reunião do Colegiado Executivo do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (HUOL-UFRN) realizada em 17 de dezembro de 2020, constante no processo SEI 23526.015243/2020-71 e disponível no endereço <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huol-ufrn>.

| VERSÕES APROVADAS | PROCESSO SEI |
|------------------------|---|
| 1ª versão - 17/12/2020 | Documento SEI nº 10887607 – Processo 23526.015243/2020-71 |
| | |
| | |

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

Aldair de Sousa Paiva

Mauro Hiroshi Horie

Carlos Alberto Almeida de Araújo

Michell Platiny da Silva Freire

Elio José Silveira da Silva Barreto

Rafael Wagner Alves de Amorim

João Paulo Teixeira da Silva

Stenio Gomes da Silveira

Kairon Ramon Sabino de Paiva

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO..... | 4 |
| 1.1 | O Plano Diretor Estratégico | 4 |
| 2 | CONTEXTO..... | 7 |
| 2.1 | O HUOL-UFRN inserido no Contexto Local..... | 7 |
| 2.2 | Histórico da Estratégia do HUOL-UFRN | 8 |
| 3 | ANÁLISE SITUACIONAL | 10 |
| 3.1 | O Plano Diretor Estratégico Anterior..... | 10 |
| 3.2 | Percepções dos Envolvidos..... | 11 |
| 3.3 | Desempenho do Contrato SUS | 13 |
| 3.4 | Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade | 13 |
| 3.5 | Contrato de Objetivos | 14 |
| 3.6 | Principais achados e recomendações..... | 14 |
| 3.7 | Painel de Contribuição da Rede Ebserh..... | 15 |
| 4 | ESTRATÉGIA DO HUOL-UFRN..... | 16 |
| 4.1 | Declaração de Visão do Huol-UFRN..... | 16 |
| 4.2 | Macroproblemas | 17 |
| 4.3 | Painel de Contribuição do Huol-UFRN | 18 |
| 5 | MONITORAMENTO | 20 |
| 5.1 | Modelo de Gestão do PDE..... | 20 |
| 5.2 | Modelo de Comunicação..... | 24 |
| 5.3 | Calendário..... | 24 |
| 6 | ANEXOS..... | 27 |
| 6.1 | Fichas dos Indicadores Locais | 27 |
| 6.2 | Fichas do Projetos Locais..... | 35 |

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 propósito em 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.

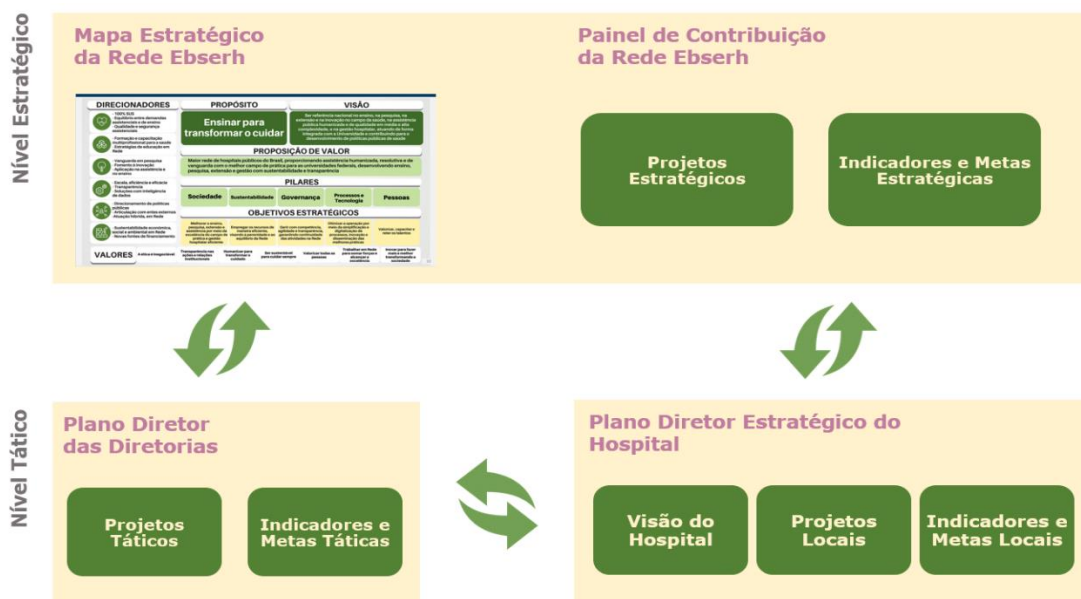
A partir do Mapa Estratégico da Rede Ebserh é possível observar que os objetivos estratégicos da Empresa indicam a direção em que a organização deve seguir como subsidio ao alcance da visão de futuro a partir de cinco perspectivas, que são os pilares da estratégia: sociedade; sustentabilidade; governança; 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



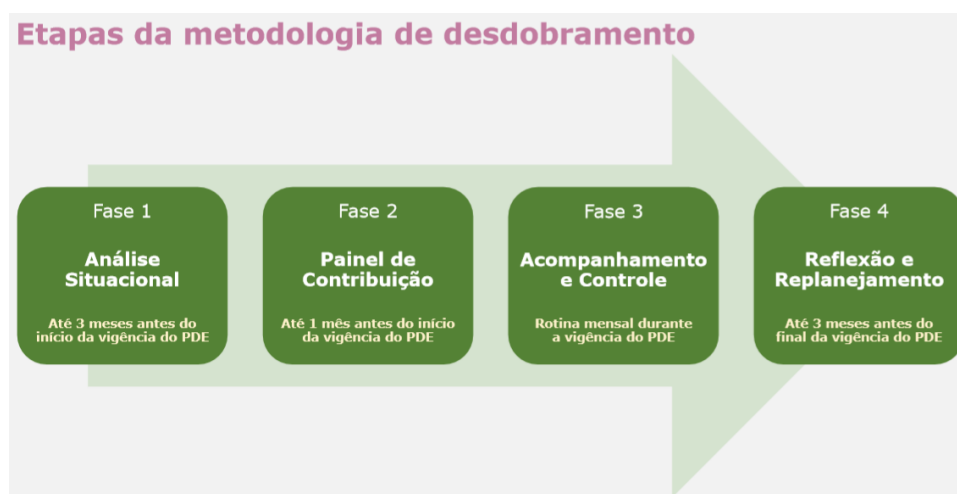
Nesse contexto, em atendimento a decisão da Diretoria Executiva e Conselho de Administração e em conformidade com o Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh elaborado pela Administração Central (Figura 2), o HUOL-UFRN realizou o desdobramento da estratégia.

Figura 2
Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh



Em conformidade com o guia, o Plano Diretor Estratégico foi elaborado durante a execução da fase 1, Análise Situacional, e a da fase 2, Painel de Contribuição, conforme a Figura 3. As demais serão executadas após a construção do plano, onde ocorrerá o acompanhamento e controle, fase 3, e reflexão replanejamento, fase 4.

Figura 3
Etapas da Elaboração do Plano Diretor Estratégico



Na Fase 1, Análise Situacional, a equipe do hospital realizou análise do Plano Diretor Estratégico anterior (2019-2021) visando identificar os resultados alcançados e as iniciativas que não obtiveram sucesso, descrevendo as lições aprendidas neste processo; depois estabeleceu a visão de futuro do hospital, como desdobramento da visão da Rede Ebserh, identificando metas claras e objetivas para cada um dos atributos desta visão; e, por fim, identificou e priorizou os macroproblemas locais relacionados às análises internas realizadas, o que inclui a avaliação dos indicadores estratégicos da Rede Ebserh.

Já na fase 2, Painel de Contribuição, desenvolveu os indicadores de desempenho capazes de apoiar o monitoramento sobre o alcance da visão e dos objetivos do hospital por meio de metas anuais intermediárias para cada indicador, considerando uma situação futura pretendida, a ser verificada ao final da vigência do PDE; planejou os projetos que podem viabilizar o atingimento das metas anuais de todos os indicadores locais definidos anteriormente; e construiu e validou o Painel de Contribuição do Huol, além de redigir todas as seções deste documento, concluindo com a aprovação pelo Colegiado Executivo e publicação do mesmo.

2 CONTEXTO

2.1 O HUOL-UFRN inserido no Contexto Local

O Huol é um hospital de ensino pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte e certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Desenvolve atividades de formação de recursos humanos, pesquisa, extensão e assistência e está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) como referência de média e alta complexidade em diversas áreas para todo o Estado do Rio Grande do Norte, por meio do contrato celebrado com a Secretaria Municipal de Saúde de Natal (SMS).

No ensino, o hospital é o maior centro estadual de formação de especialistas pela oferta de programas de residência em saúde, totalizando 33 programas credenciados. Em 2019, possuía 274 estudantes matriculados, entre alunos de residência médica (207), multiprofissional (61) e uniprofissional (6). Com referência aos alunos de ensino de nível técnico e de graduação, foram recebidos 3.445 alunos/disciplina em atividades de visita técnica, estágio técnico, prática supervisionada e estágio supervisionado.

Na área de pesquisa, nesse mesmo ano, o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do hospital recebeu 675 projetos para análise, na qual aprovou 465, sendo que 145 dos aprovados foram desenvolvidos no âmbito do hospital.



Na assistência, o Huol presta serviços à saúde integral exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do contrato de prestação de serviços com a Prefeitura de Natal, atuando como hospital de referência em 43 especialidades. Como destaque, também em 2019, os principais indicadores assistenciais foram:



2.2 Histórico da Estratégia do HUOL-UFRN

O Hospital Universitário Onofre Lopes (Huol) foi inaugurado em 12 de setembro de 1909, com o nome de “Hospital de Caridade Juvino Barreto”, numa homenagem ao homem que foi, em sua vida, modelo de bondade e altruísmo. Foi instalado em uma antiga casa de veraneio, funcionando, inicialmente, com 18 leitos. Em 1960 se integrou a Universidade Federal do Rio Grande do Norte com a denominação “Hospital das Clínicas”. Em 1984 recebeu o atual nome como homenagem ao idealizador da UFRN. Em 2013, passou a integrar a estrutura da Ebserh por meio de contrato celebrado entre a Universidade e a Ebserh.



A partir da integração do Huol à Rede Ebserh, os Hospitais Universitários Federais vinculados à empresa iniciaram a definição de sua estratégia por meio da elaboração do Plano Diretor Estratégico, instrumento construído com base na metodologia Planejamento Estratégico Situacional (PES), que, segundo Matus (1996), tem grande aplicabilidade na gestão em saúde, facilitando o enfrentamento de problemas complexos e não estruturados.

No âmbito do hospital, o PES foi desenvolvido em parceria com o Hospital Sírio Libanês, em 2014, e contou com a colaboração direta de 9 servidores das mais diversas áreas. Esse plano possibilitou padronizar a forma de identificar os desafios de gestão e criar estratégias para transpô-los, se apresentando como um avanço na gestão da estratégia das unidades hospitalares.

Nesse contexto, o primeiro Plano Diretor Estratégico (PDE) do hospital após a integração à Rede Ebserh foi construído com vigência de 2 anos, 2015-2016. No entanto, o desenvolvimento da

estratégia de forma individual por cada HUF não resultou na construção de uma estratégia única para a Rede Ebserh. Como lição aprendida dessa primeira experiência, ficou evidente que o método PES e a sua complexidade não se adequaram à realidade do Huol, em que o planejamento e sua cultura ainda eram incipientes. Nesse sentido, os Planos Diretores seguintes seriam construídos a partir da objetividade, com metas pactuadas e exequíveis, utilizando-se da metodologia *Balanced Scorecard* (BSC) para apoiá-los. Então, nos anos subsequentes à vigência do primeiro plano, o hospital passou a realizar o seu planejamento alinhado com o da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Nesse período, foram elaborados PDEs para 2017, 2018 e para o triênio 2019-2021. Nessa experiência, observou-se a importância de envolver todos interessados e, principalmente, a necessidade de acompanhamento regular dos projetos pela alta administração. A ausência de um plano de comunicação também facilitou para que ocorresse uma baixa evolução das ações pactuadas e, conseqüentemente, servindo também de lição aprendida para a análise situacional deste plano.

Para a construção do PDE 2021-2023, a Administração Central da Ebserh elaborou o “Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais”. O objetivo é que o novo planejamento estratégico seja elaborado no intuito de os hospitais caminharem juntos em direção a objetivos alinhados com o conceito de Rede. O grande desafio da implementação dessa metodologia é desdobrar a estratégia para que cada HUF possa contribuir com o alcance dos objetivos da Rede, sem perder de vista suas especificidades.

3 ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior

Para construção do diagnóstico, primeiramente, o Comitê Coordenador analisou o PDE 2019-2021, atualmente vigente.

Sobre a análise do PDE anterior realizada em 28 de agosto de 2020 (Documento Sei nº 8564111), 57,0% das ações estavam concluídas, entre 17 iniciativas priorizadas pelo Hospital Universitário Onofre Lopes, conforme tabela abaixo.

Tabela 1
Conclusão de Ações e Iniciativas do PDE anterior

| Nome da ação/iniciativa do PDE | % de conclusão | Descrição dos problemas e de suas causas | Recomendações para melhoria futura |
|--|-----------------------|---|--|
| PDE19.01 - Renovação do Contrato com Município de Natal baseado na capacitada de produção | 100% | | Concluída |
| PDE19.02 - Plano Terapêutico Singular | 20% | Mudança do Gerente de Atenção à Saúde prejudicou o projeto | Implementar controle e acompanhamento dos projetos das ações |
| PDE19.03 - Diagnóstico dos Dispositivos de Regulação Assistencial | 60% | O projeto foi suspenso por causa da pandemia | Não há |
| PDE19.04 - Implementação de Novo Angiógrafo | 100% | | Concluída |
| PDE19.05 - Programa de Segurança do Paciente | 90% | O projeto foi suspenso por causa da pandemia | Não há |
| PDE19.06 - Renovação do Credenciamento de Programas de Residência Médica | 100% | | Concluída |
| PDE19.07 - Articulação com Coordenadores de Cursos de Graduação para oferta de Novas Áreas de Estágio Supervisionado | 0% | O projeto foi suspenso por causa da pandemia | Não há |
| PDE19.8 - Abertura de Discussão com Centros Hospitalares Universitários (CHU) da França Sobre Cooperação em Pesquisas e Atividades Assistenciais | Cancelada | Essa iniciativa não gerou trabalho de interesse mútuo, isso acabou não sendo priorizado por ambas as partes, como consequência o projeto não progrediu. | Melhorar o descritivo do objetivo do projeto e validar com as áreas interessadas; e implementar controle e acompanhamento dos projetos das ações |

| | | | |
|--|------|-------------------------|--|
| PDE19.09 - Reforma do Espaço João Machado | 0% | Não há | Não iniciada |
| PDE19.10 - Reforma do Ambulatório Pediátrico | 100% | | Concluída |
| PDE19.11 - Reforma Estrutural do Ambulatório Adulto | 50% | Não há | Em andamento |
| PDE19.12 - Reestruturação do Almojarifado da Unidade de Abastecimento Farmacêutico | 100% | | Concluída |
| PDE19.13 - Plano de Desenvolvimento de Competência | 100% | | Concluído |
| PDE19.14 - Renovação do Parque Tecnológico | 100% | | Concluído |
| PDE19.15 - Inovação Antropotecnológicas Ergonômicas do HUOL | 50% | Não há | Em andamento |
| PDE19.16 - Programa de desperdício | 25% | O projeto foi cancelado | Melhorar o descritivo do objetivo do projeto e validar com as áreas interessadas; e implementar controle e acompanhamento dos projetos das ações |
| PDE19.17 - Programa de Apoio Psicossocial no Trabalho | 25% | Não há | Em andamento |

As ações em andamento ou estão dentro do prazo, já que o plano analisado tinha vigência até 2021, ou foram suspensas em virtude da pandemia pela Covid-19 que ganhou força a partir de março de 2020. Entretanto, tivemos também ações canceladas. O Comitê Coordenador constatou que tão importante quanto o planejamento, é o controle e monitoramento da execução. Criar mecanismos para melhorar essas outras etapas são fundamentais para evoluir na maturidade da adesão ao Plano Diretor Estratégico mais efetivo para todo o hospital.

3.2 Percepções dos Envolvidos

Para análise das percepções dos envolvidos, foram levadas em consideração a pesquisa semiestruturada feita junto ao Reitor da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o relatório de acompanhamento do contrato com o gestor municipal de saúde, a pesquisa de satisfação dos

usuários, a Pesquisa de Clima Organizacional e a Pesquisa de Satisfação da Residência Média e Multiprofissional.

Sobre a pesquisa junto ao Reitor, a UFRN levantou os seguintes problemas, entre outros:

- a) adequar a contratualização às necessidades de formação dos graduandos e as exigências mínimas obrigatórias dos diversos programas de residência;
- b) obter um maior controle dos projetos realizados no Huol, como registro de projetos de pesquisa desenvolvidos no hospital, cadastro ou atualização dos laboratórios de pesquisa e equipamentos do hospital e cadastro dos grupos de pesquisa vinculados ao hospital;
- c) promover eventos científicos para avaliação e discussão das pesquisas realizadas;
- d) adequar as práticas para os graduandos da UFRN, por meio de encontros permanentes, com relatório e plano de ação de melhoria;
- c) estudar a possibilidade de vagas de estágio no período noturno;
- d) criar, em articulação com a Universidade, curso permanente de especialização em preceptoria;
- e) articular com a universidade sobre o fluxo previsto no Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC) e a prática assistencial realizada no hospital;
- f) melhorar a estrutura de repouso / ponto de apoio para os alunos de residência; e
- g) criar agenda de reuniões com a Pró Reitoria de Extensão (PROEX) para tratar de plano de atividades para lançamento de editais conjuntos, construção de fluxos voltados para extensão e curricularização da extensão.

Na análise do Relatório de Acompanhamento do Contrato com o Gestor SUS, a Comissão de Acompanhamento da Contratualização sinalizou como ponto de melhoria os indicadores de consultas ambulatoriais, como o percentual de consultas marcadas por meio do Sistema de Regulação e Marcação de Consultas (Sisreg).

Na Pesquisa de Satisfação dos Usuários realizada em 2019, apesar de a média do hospital ter sido de 85,20%, acima das filiais da Rede, há espaço para melhorias em: conforto no local da recepção; ambiente, iluminação, temperatura e ventilação na recepção; espaço físico do local de espera; tempo de espera para agendar uma consulta de retorno; tempo de espera pelo atendimento na consulta ou na internação; e tempo de espera para agendamento ou realização de cirurgia. Vale ressaltar que alguns itens da pesquisa estão fora da governabilidade do hospital, como a dependência de transporte sanitário e maior oferta de consultas e procedimentos pelo gestor SUS.

Na pesquisa de clima organizacional realizada em 2017, foram destacadas as perguntas, segundo a percepção dos colaboradores, que precisam de maior atenção pela gestão: “meu setor é informado das decisões que o envolvem”; “as mudanças planejadas pela gestão do hospital são compartilhadas e discutidas com os setores envolvidos”; “a gestão do hospital contribui para a

garantia dos meus direitos, deveres e vantagens”; “as condições de trabalho facilitam o desempenho de tarefas”; e “há preocupação com a saúde dos trabalhadores pelos setores responsáveis (SSOST/DAS)”.

3.3 Desempenho do Contrato SUS

O Contrato nº 002, de 7 de julho de 2020, celebrado entre o Hospital Universitário Onofre Lopes e a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, no total anual de R\$ 45.820.143,48, pelo prazo de 60 meses, é o documento vigente que trata da execução de ações e serviços de saúde, ensino e pesquisa, em nível ambulatorial e hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Por motivo da pandemia por Covid-19, não há histórico de produção dentro do novo modelo de contrato, já que o hospital suspendeu consultas e procedimentos eletivos para servir de retaguarda para o Sistema Único de Saúde para a política de enfrentamento ao SARS-CoV-2. Por esse motivo, a análise realizada refere-se ao contrato anterior.

Desde 2014, ano da assinatura do contrato de gestão entra a Ebserh e a UFRN, o hospital vem atingindo a faixa máxima do Desempenho Geral da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar para efeito de repasse integral dos recursos financeiros pela Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

No contrato anterior, alguns procedimentos necessários para o cumprimento de algumas habilitações não estavam previstos, gerando mais de um milhão de reais executado e não aprovado pelo gestor municipal. Essa situação foi corrigida no novo contrato, porém se faz necessário a construção de um sistema de controle e monitoramento para acompanhar e tratar essas situações de forma mais rápida sempre que houver necessidade.

3.4 Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade

O Selo Ebserh de Qualidade visa reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos no sistema de avaliação. O SEQuali se propõe a fomentar o desenvolvimento de ações com o objetivo de promover a gestão da qualidade, a excelência na gestão, na educação, na pesquisa e na extensão em saúde nos âmbitos dos hospitais universitários federais (HUF) que compõem a Rede Ebserh.

Hospitais que cumprirem com 100% dos requisitos essenciais (RE) receberão selo de reconhecimento bronze, prata, ouro ou diamante. As análises sobre qual categoria cada HU será inserido serão feitas com base no manual de normas e diretrizes do Programa e Selo Ebserh de Qualidade. Após resultado, o hospital pode, em qualquer tempo, solicitar nova avaliação, modificando, caso seja comprovado, a categoria do selo.

Nesse contexto, a aplicação da avaliação do selo no hospital se deu em duas fases: na primeira, foi realizada a auto avaliação dos chefes das unidades, setores, divisões, gerências e superintendência; na segunda, foi formada equipes de avaliadores internos para análise das evidências de maturidade conforme os processos e requisitos do Manual do Selo de Qualidade.

O resultado desse trabalho constatou que o Hospital Universitário Onofre Lopes apresenta 78,53% de conformidade aos pré-requisitos essenciais, sendo os processos de ensino, pesquisa, extensão e inovação com 77,78%; processos assistenciais, 60,05%; processos gerenciais, 80,5%; e processos de apoio, 74,0%. Com esse resultado, o hospital foi cotado para ser submetido à avaliação externa em 2021 e poder receber o selo bronze, se for o caso.

3.5 Contrato de Objetivos

Desde 2019, a Diretoria Vice-Presidência Executiva vem estabelecendo contratos de objetivos com toda a Rede. Neste ano, o contrato sofreu uma ampliação do seu escopo, conforme Ofício Circular Sei nº 001 (4081518).

O objetivo desse contrato é realizar o planejamento da aplicação de recursos da Rede Ebserh, de acordo com o exercício, onde é implementado um modelo de pactuação junto aos hospitais que permita a previsibilidade, a sustentabilidade econômico-financeira, a transparência, o monitoramento e o controle das receitas e despesas de cada Unidade.

Conforme o Contrato de Objetivos, Documento Sei nº 5452970, a expectativa de crédito é de R\$ 51.866.752,60, sendo R\$ 45.551.010,62 de receita de produção SUS; R\$ 51.300,00 de receita própria; e R\$ 6.264.441,98 de demais subsídios, como Rehuf.

Os principais indicadores do contrato são: taxa de ocupação hospitalar; tempo médio de permanência clínico; tempo médio de permanência cirúrgico; média de satisfação dos residentes em relação aos quesitos de infraestrutura da 'Pesquisa de Satisfação dos Residentes'; tempo médio de capacitação por empregado; e liquidação do valor estabelecido como teto orçamentário do Plano de Custeio.

3.6 Principais achados e recomendações

A auditoria tem o propósito de conferir os procedimentos realizados nas organizações de forma geral, a fim de identificar erros, pendências, inconformidades e possíveis fraudes. Serve para confrontar dados, verificar documentações, sua veracidade e apontar o que precisa ser alterado, diante do que foi identificado.

A auditoria pode ser feita por órgãos externos (Tribunal de Contas da União (TCU), Controladoria Geral da União (CGU) etc.) ou pela auditoria interna. No caso do hospital, ela é feita

por uma equipe própria e todos os achados ou recomendações são tratados no sistema SIG-Auditoria.

Até agosto de 2020 o hospital possuía 52,22% dos apontamentos pendentes. Esse índice equivale a 212 achados ou recomendações não atendidas.

3.7 Painel de Contribuição da Rede Ebserh

No Painel de Contribuição da Rede Ebserh estão os indicadores de alto nível, metas anuais e projetos estratégicos. Nele constam 20 indicadores e 22 projetos prioritários. O Painel está disponível no processo SEI 23528.010375/2020-96 e no endereço:

www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/metas-e-projetos-estrategicos

O Huol vem contribuindo ativamente em quatro projetos para o alcance das metas previstas: Implantação do Modelo de Gestão de Atenção Hospitalar; Implantação da Avaliação de Qualidade na Rede Ebserh; Alcance de Equilíbrio Orçamentário dos Hospitais; e Implementação do Modelo de Pactuação de Aplicação de Recursos Pelos HUFs da Rede Ebserh.

Esses projetos têm relação direta com os indicadores estratégicos:

- 1a. Taxa de Ocupação Hospitalar;
- 1b. Tempo de Permanência;
- 1c. Submissão à Avaliação Interna do Programa e Selo Ebserh de Qualidade
- 1d. Submissão à Avaliação Externa do Programa e Selo Ebserh de Qualidade
- 2a. Equilíbrio Orçamentário
- 2b. Custeio Suportado em 90% pela Receita SUS
- 5b. Número de horas-capacitação por empregado

4 ESTRATÉGIA DO HUOL-UFRN

4.1 Declaração de Visão do Huol-UFRN

Ser referência na Rede Ebserh no ensino e pesquisa acadêmica em graduação e pós-graduação, na assistência humanizada de média e alta complexidade, em atuação integrada com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e, na gestão hospitalar sustentável, transparente e inovadora, contribuindo para o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

Para a construção da declaração de visão do hospital foi realizada uma oficina com a participação de colaboradores das mais diversas áreas do hospital. Por meio dessa heterogeneidade, foram discutidos os quatro atributos previstos no Guia: ensino, pesquisa, assistência e gestão.

Sobre o ensino, é preciso que haja um aprimoramento da comunicação entre a Academia e o Huol em relação aos campos de estágio supervisionado e também melhoria da infraestrutura física para os alunos residentes.

Em relação à pesquisa, a visão focou nesse primeiro momento na pesquisa acadêmica, com perspectiva de avanço quanto à implementação de controles e acompanhamento dos resultados das pesquisas realizadas no âmbito do hospital com benefícios para a sociedade, além de institucionalização de fóruns de discussão para o seu fomento. Para a pesquisa clínica, se faz necessária uma discussão mais ampla, como a construção do marco regulatório pela Administração Central.

Na assistência, o hospital precisa avançar em um dos itens que mais impacta na Pesquisa de Satisfação dos Usuários: tempo de espera para atendimento, procedimento e internação do paciente, conforme Pesquisa de Satisfação dos Usuários aplicada em 2019. Nos demais itens, o hospital é referência nacional.

Por fim, em relação à gestão, considerando o contexto de crise nacional, inclusive com a possibilidade de redução gradual do Rehuf, e a forma de financiamento do Sistema Único de Saúde que muitas vezes não consegue cobrir o custo dos serviços realizados, a Administração Central vem se preocupando com a capacidade de sustentabilidade dos hospitais e o Huol também tem essa preocupação, por isso foi dado o devido destaque, sem esquecer da transparência e inovação para alcançar as mudanças necessárias.

Dessa forma, o grupo entendeu que o hospital ao buscar o alcance dessas soluções, contribui para o fortalecimento das políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, o cumprimento da sua visão.

4.2 Macroproblemas

Para a identificação dos macroproblemas, suas respectivas causas raiz e as soluções de alto nível, também foi seguido o disposto na metodologia proposta pela Sede, ou seja, por meio de oficina em grupo, separando os sub-grupos para rodadas de discussão de acordo com cada tema, a saber: ensino; pesquisa; assistência; sustentabilidade econômico-financeira; governança; processos e tecnologia; e pessoas.

Tabela 2
Matriz de Macroproblemas, Causas Raiz e Propostas de Solução

| | Descrição do Macroproblema | Causa Raiz do Macroproblema | Proposta de Solução |
|-------------------------------|---|---|--|
| Ensino | Falta de alinhamento e controle entre o hospital e a universidade sobre a oferta de vagas de estágio supervisionado | Não há reuniões de alinhamento entre o hospital e a universidade em relação oferta de vagas de estágio supervisionado a curto e longo prazo, nem formalização dessas necessidades | Criação de fórum permanente de discussão junto a universidade por meio de estruturação dos processos da Gerência de Ensino e Pesquisa do hospital para essa finalidade |
| Pesquisa | Ausência de fluxo, controle e acompanhamento sobre os projetos de pesquisa realizados no hospital | Falta de política, controle e acompanhamento das pesquisas realizadas no hospital | Estruturar o Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica, definindo regulamento, fluxo de processos e documentos contribuindo para uma política de fomento à pesquisa |
| Assistência | Demora no tempo de espera para atendimento do paciente em consultas e internações | Ausência de indicadores, política de acompanhamento e revisão dos processos de trabalho | Mapeamento dos processos relacionados ao atendimento ao paciente, implementado controles e monitoramento dessas atividades |
| Sustentabilidade | Utilização e gestão inadequados de recursos disponíveis | Política de gestão de estoque, controles e acompanhamento ineficientes | Implementação de política de gestão de estoque |
| Governança | Execução dos projetos estratégicos pelas áreas com baixa adesão | Ausência de pauta relacionada a prestação de conta das metas pactuadas entre as áreas do hospital no Colegiado Executivo | Agenda de acompanhamento do planejamento estratégico do hospital pelo Colegiado Executivo |
| Processos e Tecnologia | O Aplicativo de Gestão dos Hospitalares Universitários usado pelo hospital não oferece os mesmos recursos que em outros hospitais | AGHU desatualizado | Atualização do AGHU para a última versão estável |
| Pessoas | Os colaboradores não se sentem valorizados e motivados | Subutilização do Plano de Desenvolvimento Competência | Implementação de capacitações definidas e aprovadas pelo Colegiado Executivo, prevendo, inclusive, as obrigatórias |

4.3 Painel de Contribuição do Huol-UFRN

O Painel de Contribuição do HUF é uma ferramenta de gestão composta por indicadores, metas e projetos locais que o hospital precisa desenvolver para o alcance dos objetivos estratégicos da Rede Ebserh. É a forma de se visualizar como o Hospital Universitário Onofre Lopes contribui para o alcance da estratégia, em níveis tático e operacional.

A construção do painel se dividiu em 2 etapas, a primeira foi a definição dos indicadores e metas locais. A segunda foi a definição dos projetos locais.

Durante a primeira etapa, a equipe do hospital desenvolveu os indicadores de desempenho capazes de apoiar o monitoramento sobre o alcance da visão e dos objetivos do hospital por meio de metas anuais intermediárias para cada indicador, considerando uma situação futura pretendida, a ser verificada ao final da vigência do PDE.

Na segunda, a equipe do hospital planejou os projetos que podem viabilizar o atingimento das metas anuais de todos os indicadores locais definidos anteriormente.

Para construção do Painel de Contribuição, o grupo de trabalho levou em consideração as orientações e diretrizes previstas no guia proposto pela Administração Central para a Rede, como formação de grupos multidisciplinares, mas que possuísem interface direta com os temas em questão; levantamento dos insumos necessários à discussão, como macroproblemas e soluções propostas; no mínimo um indicador e um projeto por tema; que os projetos fossem exequíveis no prazo (até 2023) e nos custos propostos, entre outras.

Dessa forma, foram elaborados oito indicadores e oito projetos locais distribuídos entre os sete temas: ensino; pesquisa; assistência; sustentabilidade econômica; governança; processos e tecnologia; e pessoas.

O resultado desse trabalho está representado na Tabela 3.

Tabela 3

Painel de Contribuição do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

| 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 | % de satisfação dos usuários sobre o tempo de espera para atendimento | >60% | >65% | >70% | Gerência de Atenção à saúde | 1.01 | Projeto piloto de redução do tempo de espera de pacientes para consulta e procedimento na oftalmologia |
| | Ensino | | 1b | % de cursos de graduação com padronização dos processos de requisição de vagas de estágio pela Universidade | >10% | >35% | >70% | Gerência de Ensino e Pesquisa | 1.02 | Implementação de controles e monitoramento das vagas requisitadas pela universidade junto ao hospital |
| | Pesquisa | | 1c | % de projetos de pesquisa com resultado acompanhado e monitorado pela GEP | 0% | >10% | >50% | Gerência de Ensino e Pesquisa | 1.03 | Integração de Pesquisa no Huol |
| Sustentabilidade | Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede | 2a | % do custeio suportado pela receita SUS | >80% | >85% | >90% | Gerência Administrativa | 2.01 | Melhoria dos processos de reabastecimento dos almoxarifados | |
| | | 2b | % de receita financeira aprovada pelo gestor SUS | >95% | >96,5% | >98% | Gerência de Atenção à saúde | 2.02 | Contrato Interno de Produção Assistencial | |
| Governança | Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede | 3a | % de execução dos projetos priorizados pelo hospital | >30% | >40% | 100% | Superintendência | 3.01 | Implementação do Plano de Monitoramento da Execução do PDE 2021-2023 | |
| Processos e Tecnologia | Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas | 4a | Número de módulos do AGHU em uso atualizados para a versão estável mais recente | 0 | 7 | 7 | Setor Gestão de Processos e Tecnologia da Informação | 4.01 | Atualização do AGHU para a versão estável mais recente | |
| Pessoas | Valorizar, capacitar e reter os talentos | 5a | % de colaboradores com treinamento obrigatória concluído | >50% | >60% | >70% | Divisão de Gestão de Pessoas | 5.01 | Implementação do Plano de Capacitação Obrigatória no PDC | |

5 MONITORAMENTO

5.1 Modelo de Gestão do PDE

Após as duas primeiras fases do processo de desdobramento, Análise Situacional e Painel de Contribuição, Figura 3, o passo seguinte é definir como será realizado o Acompanhamento e Controle durante a fase de execução dos projetos locais e o acompanhamento dos indicadores priorizados.

Figura 4
Fases da Metodologia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais



Os principais eventos do processo de gestão estratégica são: aferição dos indicadores locais e coleta das informações atualizadas sobre o andamento dos projetos locais junto aos gerentes de projeto; consolidação das informações de andamento dos projetos na Unidade de Planejamento; disponibilização do relatório consolidado para o Colegiado Executivo e a Diretoria Vice-Presidência Executiva; apresentação do monitoramento do PDE para o Colegiado Executivo; elaboração do cronograma do ano seguinte; e período de reflexão e replanejamento do próximo PDE, porém, apenas no calendário de 2023, segundo semestre.

Para aferição dos indicadores e coleta das informações atualizadas sobre o andamento dos projetos locais, os gerentes de projeto deverão encaminhar essas informações mensalmente. Após isso, a Unidade de Planejamento (UP), todo mês, irá consolidar as informações recebidas e a cada dois meses irá elaborar o relatório consolidado do PDE e encaminhará para o Colegiado Executivo e a Diretoria Vice-Presidência Executiva. A cada seis meses, a UP irá apresentar monitoramento do PDE para o Colegiado Executivo. Por fim, no segundo semestre de 2023, iniciará a fase “Reflexão e Replanejamento do novo Plano Diretor Estratégico.

A ferramenta utilizada para acompanhamento dos projetos é o MS Project, no qual serão controlados os tempos de cada atividade, bem como os seus responsáveis. Cada projeto será cadastrado no Portal de Projetos da Rede Ebserh (<https://project.microsoft.com/pt-BR/>) que, inclusive, também será a principal ferramenta utilizada pela Sede para monitoramento dos projetos do hospital.

A operação de todos os cronogramas no MS Project ficará sob a responsabilidade da Unidade de Planejamento durante todo o ciclo estratégico até que venha nova orientação da

Administração Central da Ebserh, por isso a importância dos relatórios mensais disponibilizados pelo gerente de projeto.

Durante a construção da Estrutura Analítica do Projeto (EAP) dos oito Projetos Locais foram padronizadas as atividades das fases de Iniciação, Planejamento, Monitoramento e Controle e Encerramento e depois as tarefas, conforme abaixo.

Figura 5
Exemplo da padronização da EAP e Tarefas dos Projetos Locais

| ID ↑ | Modo | Nome da Tarefa |
|------|------|--|
| 1 | | ▸ Implementação do Plano de Capacitação Obrigatória no PDC |
| 2 | | ▸ Iniciação e Planejamento do Projeto |
| 3 | | Abrir processo sei do projeto |
| 4 | | Solicitar emissão de portaria nomeando o gerente do projeto |
| 5 | | Aguardar a emissão da portaria |
| 6 | | Publicar portaria de nomeação do gerente do projeto |
| 7 | | Agendar a realização do Kick off do projeto |
| 8 | | Realizar kick off do projeto |
| 9 | | ▸ Monitoramento e Controle |
| 27 | | ▸ Fase 1 - Elaboração de Portaria sobre capacitação obrigatória |
| 35 | | ▸ Fase 2 - Relação de treinamentos obrigatórios |
| 40 | | ▸ Fase 3 - Padronização de documentos |
| 44 | | ▸ Fase 4 - Execução das capacitações obrigatórias |
| 58 | | ▸ Encerramento |
| 59 | | ▸ Consolidação dos Resultados |
| 60 | | Elaborar relatório de conclusão do projeto |
| 61 | | Elaborar relatório de lições aprendidas |
| 62 | | ▸ Apresentação dos Resultados |
| 63 | | Elaborar apresentação dos resultados obtidos |
| 64 | | Apresentar os resultados obtidos |

Dessa forma, o gerente de projetos designado deverá seguir o padrão definido. Essa padronização será essencial para execução da etapa de acompanhamento e controle. O modelo de Relatório de Acompanhamento do Projeto (RAP) a ser utilizado será o mesmo da Figura 5. Além disso, para fins de acompanhamento de controle da carteira de projetos, encontra-se disponível, Figura 6, o modelo de Roadmap, ferramenta essencial para acompanhar o progresso em direção às metas, coordenar as atividades entre as equipes e criar transparência interna e externa para que o Colegiado Executivo tenha a visão geral da situação dos projetos.

Figura 6

Modelo de Relatório de Acompanhamento do Projeto (RAP)



| | | | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------------------|--------------|----|---|--|--|--|
| Foto do Gestor do Projeto | Sociedade | | | | | | | |
| | Projeto piloto de redução do tempo de espera de pacientes para consulta e procedimento na oftalmologia | | Status Atual | | | | | |
| Fulano de tal | Início Planejado: 01/01/21 | Início Realizado: 06/01/21 | Realização: | 0% | X | | | |
| | Fim Planejado: 31/12/23 | Fim Realizado: NA | Indicador: | | X | | | |

Escopo

Riscos

- R1
- R2

Ações executadas no mês anterior

- N1
- N2

Pontos de decisão

- D1
- D2

Ações a serem realizadas no mês vigente

- A1
- A2

| | | | |
|--|------------------------|--|--------------------------------|
| | Aguardando deliberação | | Fora do Planejado em até 10% |
| | Dentro do Planejado | | Fora do Planejado acima de 10% |

Figura 7

Modelo Roadmap dos Projetos




Roadmap dos Projetos

| Carteira de <u>Projetos</u> | 1B1 | 2B1 | 3B1 | 4B1 | 1B2 | 2B2 | 3B2 | 4B2 | 1B3 | 2B3 | 3B3 | 4B3 |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1.01 - Projeto piloto de redução do tempo de espera de pacientes para consulta e procedimento na oftalmologia | | | | | | | | | | | | |
| 1.02 - Implementação de controles para acompanhamento de alunos de estágio supervisionado | | | | | | | | | | | | |
| 1.03 - Integração de Pesquisa no Huol | | | | | | | | | | | | |
|  2.01 - Melhoria dos processos de reabastecimento dos almoxarifados | | | | | | | | | | | | |
|  2.02 - Contrato Interno de Produção Assistencial | | | | | | | | | | | | |
| 3.01 - Implementação de Boas Práticas para Monitoramento da Execução do PDE 2021-2023 | | | | | | | | | | | | |
|  4.01 - Atualização do AGHU para a versão estável mais recente | | | | | | | | | | | | |
| 5.01 - Implementação do Plano de Capacitação Obrigatória | | | | | | | | | | | | |

Pilares:

-  Sociedade
-  Sustentabilidade
-  Governança
-  Processos e Tecnologia
-  Pessoas

 Projetos que precisam de maior atenção no momento

5.2 Modelo de Comunicação

Os indicadores e projetos locais serão acompanhados por meio do Modelo de Relatório de Acompanhamento do Projeto (RAP). Esse acompanhamento será executado mensalmente. Nesse caso, o gerente de projeto local deverá preencher o relatório e encaminhar para a Unidade de Planejamento para consolidação das informações.

A cada dois meses, a Unidade de Planejamento irá elaborar o Relatório Gerencial de Monitoramento do PDE, com indicadores, metas e projetos locais, e encaminhará para apreciação do Colegiado Executivo e para Diretoria Vice-Presidência Executiva. Além disso o chefe da Unidade de Planejamento irá apresentar, a cada 6 meses, os resultados de forma sumarizada para o Colegiado Executivo.

Tabela 4
Lista de Itens de Comunicação da Gestão Estratégica no Hospital

| Objeto da Mensagem | Origem | Destino | Canal e Forma | Periodic. |
|--|----------------------------------|--|---|--|
| Aferição dos indicadores locais e coleta das informações atualizadas sobre o andamento dos projetos locais | Gerente do Projeto no hospital | Unidade de Planejamento | Relatório – Sei; e Reunião / Ata | Mensal |
| Disponibilização do Relatório de Acompanhamento dos Projetos consolidado | Chefe da Unidade de Planejamento | Colegiado Executivo Diretoria da Vice-Presidência Executiva | Relatório – Sei | Bimestral |
| Apresentação de Análise Estratégica | Chefe da Unidade de Planejamento | Colegiado Executivo | Apresentação em colegiado executivo – Slide | Semestral |
| Publicação/Revisões/Atualizações no PDE | Colegiado Executivo | Diretoria da Vice-Presidência Executiva | Portal Huol Processo - Sei | Sempre que deliberado pelo Colegiado Executivo |

A tabela acima sintetiza o modelo de comunicação que será utilizado pelo hospital junto às áreas interessadas, bem como a sua periodicidade.

5.3 Calendário

Abaixo, são apresentadas as datas estabelecidas que fazem parte do contexto de planejamento, monitoramento e controle da gestão estratégica no hospital. São apresentadas aqui as datas de aferição dos indicadores, do andamento dos projetos locais, da elaboração do relatório gerencial de monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos locais) e a sua apresentação.

Calendário 2021

| JANEIRO | | | | | | | FEVEREIRO | | | | | | | MARÇO | | | | | | | |
|---------|----|----|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|---|
| D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | |
| | | | | | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 28 | | | | | | | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ABRIL | | | | | | | MAIO | | | | | | | JUNHO | | | | | | | |
| D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | |
| | | | | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | 1 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | |
| | | | | | | | 30 | 31 | | | | | | | | | | | | | |
| JULHO | | | | | | | AGOSTO | | | | | | | SETEMBRO | | | | | | | |
| D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | |
| | | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 29 | 30 | 31 | | | | | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OUTUBRO | | | | | | | NOVEMBRO | | | | | | | DEZEMBRO | | | | | | | |
| D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | |
| | | | | | 1 | 2 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 28 | 29 | 30 | | | | | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |
| 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Legenda

| | | | |
|---|----------------------------------|-----------|-----------------------------------|
| Aferição dos indicadores locais e coleta das informações atualizadas sobre o andamento dos projetos locais | Gerente do Projeto | Mensal | 5° dia útil |
| Disponibilização do Relatório de Acompanhamento dos Projetos consolidado para o Colegiado Executivo e a Diretoria da Vice-Presidência Executiva | Chefe da Unidade de Planejamento | Mensal | 8° dia útil |
| Reunião de Análise Estratégica | Colegiado Executivo | Semestral | junho e novembro, no 15° dia útil |
| Planejamento do Calendário 2022 | Unidade de planejamento | Bimestral | Dia 26 de novembro de 2021 |

6 ANEXOS

6.1 Fichas dos Indicadores Locais

Pilar Sociedade

Indicador 1a:

% de satisfação dos usuários sobre o tempo de espera no momento da consulta ou internação

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico* | Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente |
| Número do indicador* | 1a |
| Nome do indicador* | % de satisfação dos usuários sobre o tempo de espera no momento da consulta ou internação |
| Descrição e Justificativa* | Avaliar o nível de satisfação dos usuários quanto ao tempo de espera para atendimento ambulatorial e internação da hora chegada na recepção até o atendimento efetivo |
| Fórmula* | total de usuário que consideraram o tempo bom ou ótimo / total de usuário que avaliaram o tempo de espera * 100 |
| Fonte* | Pesquisa de Satisfação dos Usuários |
| Unidade de Medida* | Percentual |
| Responsável* | Ouvidoria |
| Validação | Unidade de Monitoramento e Avaliação |
| Periodicidade da coleta* | Anual |
| Metas* | >70% |
| Meta 2021 | >60% |
| Meta 2022 | >65% |
| Meta 2023 | >70% |
| Parâmetros* | Quanto menor o indicador, maior a insatisfação do usuário com o tempo de atendimento no momento da consulta ou internação |

Indicador 1b:

% de cursos de graduação com padronização dos processos de requisição de vagas de estágio pela universidade

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico* | Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente |
| Número do indicador* | 1b |
| Nome do indicador* | % de cursos de graduação com padronização dos processos de requisição de vagas de estágio pela universidade |
| Descrição e Justificativa* | Avaliar a disponibilidade de vagas pelo hospital de acordo com as expectativas e necessidades da universidade |
| Fórmula* | $\text{total de vagas de cursos com vagas solicitadas formalmente e conforme o fluxo padronizado} / \text{total de cursos que solicitam vagas ao hospital} * 100$ |
| Fonte* | Requisição formal da universidade e Documento formal das vagas disponibilizadas pelo hospital |
| Unidade de Medida* | Percentual |
| Responsável* | Unidade de Gerenciamento das Atividades de Graduação e Ensino Técnico |
| Validação | Setor de Gestão de Ensino |
| Periodicidade da coleta* | Semestral |
| Periodicidade da análise | Semestral |
| Metas* | >70% |
| Meta 2021 | >10% |
| Meta 2022 | >35% |
| Meta 2023 | >70% |
| Parâmetros* | Quanto menor o indicador, menor a capacidade do hospital em atender a universidade quanto oferta de estágio para os alunos de graduação |

Indicador 1c:

% de projetos de pesquisa com resultado acompanhado e monitorado pela GEP

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico* | Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente |
| Número do indicador* | 1c |
| Nome do indicador* | % de projetos de pesquisa com resultado acompanhado e monitorado pela GEP |
| Descrição e Justificativa* | Acompanhar os resultados dos projetos de pesquisa realizados no hospital |
| Fórmula* | quantidade de produtos entregues pelos projetos de pesquisa em andamento no hospital / quantidade de produtos previstos pelos projetos em andamento no hospital * 100 |
| Fonte* | Formulário Eletrônico para Informação dos Dados |
| Unidade de Medida* | Percentual |
| Responsável* | Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica |
| Validação | Gerência de Ensino e Pesquisa |
| Periodicidade da coleta* | semestral |
| Periodicidade da análise | anual |
| Metas* | >50% |
| Meta 2021 | 0% |
| Meta 2022 | 0% |
| Meta 2023 | >50% |
| Parâmetros* | |

Pilar Sustentabilidade

Indicador 2a:

% custeio do hospital suportado pela receita SUS

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico* | Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede |
| Número do indicador* | 2a |
| Nome do indicador* | % custeio do hospital suportado pela receita SUS |
| Descrição e Justificativa* | Avaliar a capacidade do hospital em financiar suas operações durante todo o exercício sem que sejam necessárias outras subvenções. |
| Fórmula* | $(\text{receita de custeio SUS} / \text{despesa de custeio total}) * 100$ |
| Fonte* | Siafi |
| Unidade de Medida* | % |
| Responsável* | Divisão Administrativa Financeira |
| Validação | Gerência Administrativa |
| Periodicidade da coleta* | Mensal |
| Periodicidade da análise | Anual |
| Metas* | >90% |
| Meta 2021 | >80% |
| Meta 2022 | >85% |
| Meta 2023 | >90% |
| Parâmetros* | Quanto menor o índice, menor a capacidade do hospital em manter os custos com a receita própria, se tornando dependente de outras subvenções. |

Indicador 2b:

% de receita financeira aprovada pelo gestor SUS

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico* | Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede |
| Número do indicador* | 2b |
| Nome do indicador* | % de receita financeira aprovada pelo gestor SUS |
| Descrição e Justificativa* | Avalia as glosa pelo gestor em relação à produção do hospital pós-fixada (alta complexidade e FAEC) |
| Fórmula* | valor financeiro pós-fixado aprovado / valor financeiro pós-fixado apresentado *100 |
| Fonte* | Contrato e o Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Natal |
| Unidade de Medida* | Percentual |
| Responsável* | Unidade de Processamento da Informação Assistencial |
| Validação | Unidade de Monitoramento e Avaliação |
| Periodicidade da coleta* | mensal |
| Periodicidade da análise | trimestral |
| Metas* | >98% |
| Meta 2021 | >95% |
| Meta 2022 | >96,5% |
| Meta 2023 | >98% |
| Parâmetros* | Quanto maior o percentual, menor a perda financeira do hospital |

Pilar Governança

Indicador 3a:

% de execução dos projetos priorizados pelo hospital

| | |
|-----------------------------------|--|
| Objetivo Estratégico* | Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede |
| Número do indicador* | 3a |
| Nome do indicador* | % de execução dos projetos priorizados pelo hospital |
| Descrição e Justificativa* | Avalia o andamento do planejamento estratégico do hospital |
| Fórmula* | quantidade atividades concluídas / quantidade de atividades previstas * 100 |
| Fonte* | MS Project |
| Unidade de Medida* | Percentual |
| Responsável* | Unidade de Planejamento |
| Validação | Superintendência |
| Periodicidade da coleta* | Mensal |
| Periodicidade da análise | Trimestral |
| Metas* | 100% |
| Meta 2021 | >30% |
| Meta 2022 | >40% |
| Meta 2023 | 100% |
| Parâmetros* | Quanto menor o %, menor é o % de atividades previstas no PDE |

Pilar Processos e Tecnologia

Indicador 4a:

Número de módulos do AGHU em uso atualizados para a versão estável mais recente

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico* | Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas |
| Número do indicador* | 4a |
| Nome do indicador* | % de módulos do AGHU em uso atualizados para a versão estável mais recente |
| Descrição e Justificativa* | Avalia a implementação dos módulos AGHU pelo hospital em relação a versão estável mais recente |
| Fórmula* | módulos do AGHU em uso da versão estável mais recente / módulos AGHU disponíveis pela versão estável mais recente * 100 |
| Fonte* | AGHU |
| Unidade de Medida* | Percentual |
| Responsável* | Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação |
| Validação | Gerência de Atenção à Saúde |
| Periodicidade da coleta* | Trimestral |
| Periodicidade da análise | Semestral |
| Metas* | >7 |
| Meta 2021 | 0 |
| Meta 2022 | >7 |
| Meta 2023 | >7 |
| Parâmetros* | Quanto menor indicador, menor a adesão do hospital aos módulos do AGHU disponíveis |

Pilar Pessoas

Indicador 5a:

% de colaboradores com treinamento obrigatório concluído

| | |
|-----------------------------------|---|
| Objetivo Estratégico* | Valorizar, capacitar e reter os talentos |
| Número do indicador* | 5a |
| Nome do indicador* | % de colaboradores com treinamento obrigatória concluído |
| Descrição e Justificativa* | Avalia o cumprimento do plano de capacitação do hospital em relação ao cumprimento das capacitações obrigatória, como fiscalização de contratos, segurança do trabalhador |
| Fórmula* | quantidade de empregados com certificado de capacitação obrigatória emitido / quantidade de inscrição de capacitação obrigatória prevista * 100 |
| Fonte* | Relatório de certificados emitidos e o Plano de Desenvolvimento de Competência |
| Unidade de Medida* | Percentual |
| Responsável* | Unidade de Desenvolvimento de Pessoas |
| Validação | Divisão de Gestão de Pessoas |
| Periodicidade da coleta* | Mensal |
| Periodicidade da análise | Trimestral |
| Metas* | >90% |
| Meta 2021 | 50% |
| Meta 2022 | >70% |
| Meta 2023 | >90% |
| Parâmetros* | Quanto menor o indicador, menor a quantidade de pessoas capacitadas para realizarem as atividades básicas / obrigatórias |

6.2 Fichas do Projetos Locais

| 1.01. Projeto de redução do tempo de espera de pacientes para consulta e procedimento | | | | |
|---|--|---------|------|------|
| Objetivo do projeto | Informações do projeto | | | |
| Revisar e implementar os processos de atendimento ambulatorial e de internação hospitalar com o objetivo de reduzir o tempo de espera em do HUOL até 60 minutos para consultas e 120 minutos para internação. | ■Área Responsável: Gerência de Atenção à Saúde / Escritório de Processos | | | |
| | ■Gerente do Projeto: João Paulo Teixeira da Silva | | | |
| | ■Chefia imediata: Elio José Silveira da Silva Barreto | | | |
| | ■Áreas envolvidas: Todas as áreas assistenciais | | | |
| | ■Início: 02/2021 | | | |
| | ■Fim: 11/2023 | | | |
| Justificativa | Indicadores | | | |
| O tempo de espera no momento da consulta ou da internação é o % de satisfação dos usuários com o tempo de espera para consulta indicador mais crítico da pesquisa da satisfação dos usuários; e a média atual do hospital é menor que 65%, esse índice está baixo da meta definida pela administração central (75%) | % de satisfação dos usuários com o tempo de espera para internação | | | |
| | % dos empregados capacitados | | | |
| | Tempo de espera no momento da consulta | | | |
| Custo estimado | | | | |
| R\$ | | | | |
| Escopo | Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
| Mapeamento dos processos de consulta; treinamento das equipes; implementação dos processos. | Baixa adesão dos funcionários ao treinamento | 2 | 3 | 6 |
| | Resistência dos empregados na aplicação das normas | 3 | 3 | 9 |
| Cronograma de marcos | | | | |
| Macroatividade | Entregável | Data | | |
| Mapeamento dos processos | Fluxo dos processos, pops, regulamento, protocolos e documentos padronizados | 12/2021 | | |
| Treinamento das equipes | Certificados emitidos | 04/2022 | | |
| Implementação, controle e acompanhamento dos processos | Relatório de medição dos resultados | 11/2023 | | |
| | | | | |

| 1.03 Integração de Pesquisa no Huol | | | | |
|---|---|--|-------------|-------------|
| Objetivo do projeto | | Informações do projeto | | |
| Implementar semestralmente no calendário de atividades do Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica seminário com todos os pesquisadores para acompanhar e monitorar a produção das pesquisas desenvolvidas no âmbito do hospital e integrar os pesquisadores e grupos de pesquisa | | ■Área Responsável: Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica | | |
| | | ■Gerente do Projeto: Ricardo Alexandre M Valentim | | |
| | | ■Chefia imediata: Carlos Alberto Albeida de Araújo | | |
| | | ■Áreas envolvidas: Comitê de Ética e Pesquisa, Gerência de Ensino e Pesquisa, Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica | | |
| | | ■Início: 02/2021 | | |
| | | ■Fim: 11/2023 | | |
| Justificativa | | Indicadores | | |
| O Huol precisa aperfeiçoar os mecanismos de controle para acompanhamento das pesquisas desenvolvidas no âmbito do hospital | | % de projetos de pesquisa com resultado acompanhado e monitorado pela GEP | | |
| | | % de comparecimento de pesquisadores aos seminários | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | Custo estimado | | |
| | | R\$ | | |
| Escopo | Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
| Todos os projetos de pesquisa realizados no hospital; organização de seminários permanentes; padronização de documentos de controle e acompanhamento; e mapeamento de processos | Não adesão dos pesquisadores aos seminários | 2 | 3 | 6 |
| | | | | |
| | | | | |
| Cronograma de marcos | | | | |
| Macroatividade | Entregável | Data | | |
| Produção da Minuta do Regulamento sobre a pesquisa acadêmica no hospital | Minuta de Regulamento | 07/2021 | | |
| Padronização de documentos e procedimentos operacionais padrão | Lista de documento e a padronização | 12/2021 | | |
| Realização de programa de capacitação interna | Lista de presença e certificados | 04/2022 | | |
| Realização de Seminários | Relatório dos resultados | 11/2023 | | |

| 2.01 Melhoria dos processos de reabastecimento dos almoxarifados | | | | |
|--|-----------------------------------|--|------|------|
| Objetivo do projeto | | Informações do projeto | | |
| Elaborar diagnóstico das dificuldades de reabastecimento do Setor de Suprimentos (Unidade de Abastecimento Farmacêutico, almoxarifado central e da nutrição), propor soluções possíveis e implementá-las para garantir o fornecimento de materiais, insumos e medicamentos necessários para cumprimento da contratualização com o Gestor SUS e o Contrato de Objetivos | | ■Área Responsável: Gerência Administrativa | | |
| | | ■Gerente do Projeto: Suzana Tereza Araújo de Medeiros Campos | | |
| | | ■Chefia imediata: Mauro Hiroshi Horie | | |
| | | ■Áreas envolvidas: SS, GAD, UP, DLIH, SADM, UL, GAS, SFH, UDF, LAC | | |
| | | ■Início: 02/2021 | | |
| | | ■Fim: 11/2023 | | |
| Justificativa | | Indicadores | | |
| O hospital possui atualmente dificuldades para realizar o ressurgimento de materiais, insumos e medicamentos necessários para o cumprimento da contratualização com o Gestor SUS; também existe desequilíbrio entre os materiais necessários para cumprir a contratualização e o que há em estoque, ex: insumos em excesso e outros em falta; e o valor contábil do estoque do hospital é considerado alto | | Perda de estoque de produtos vencidos, obsoletos e inservíveis | | |
| | | Média de dias de desabastecimento de itens críticos | | |
| | | Giro de estoque | | |
| | | Valor contábil de estoque | | |
| | | Custo estimado | | |
| | | R\$ | | |
| Escopo | Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
| Diagnóstico das dificuldades; redesenho dos processos; painel de indicadores; estoque mínimo; estoque máximo; controle de validade (primeiro que vence, primeiro que sai); ponto de pedido; o trabalho envolverá todos os almoxarifados; o trabalho contempla a implementação das soluções propostas | Fornecedor descumprir o contrato | 1 | 3 | 3 |
| | Licitações fracassadas e desertas | 1 | 3 | 3 |
| | Desabastecimento do mercado | 1 | 3 | 3 |
| Cronograma de marcos | | | | |
| Macroatividade | Entregável | Data | | |
| Diagnóstico das dificuldades | Relatório de diagnóstico | 12/2021 | | |
| Redesenho dos processos (as is, to be) | Processos mapeados | 12/2021 | | |
| Elaboração de Dashboard | Painel de indicadores | 04/2022 | | |
| Elaboração de Regulamentos | Normas e procedimentos | 12/2021 | | |
| Elaboração de Relatório dos resultados | Relatório | 11/2023 | | |

| 2.02 Contrato Interno de Produção Assistencial | | | | | | |
|---|--|---|--|---------|------|------|
| Objetivo do projeto | | Informações do projeto | | | | |
| Formalizar contratos internos de produção assistencial com os serviços da Gerência de Atenção à Saúde com base no contrato com o Gestor SUS padronizando os fluxos de controle e acompanhamento das metas definidas | | ■Área Responsável: Setor de Regulação e Avaliação em Saúde | | | | |
| | | ■Gerente do Projeto: Lidinalva Barbosa de Barros | | | | |
| | | ■Chefia imediata: Élio José Silveira da Silva Barreto | | | | |
| | | ■Áreas envolvidas: Todas as chefias vinculadas à GAS, Superintendente e Unidade de Planejamento | | | | |
| | | ■Início: 02/2021 | | | | |
| | | ■Fim: 11/2023 | | | | |
| Justificativa | | Indicadores | | | | |
| Os chefes das unidades, setores e divisões assistenciais não conhecem as metas do contrato com o Gestor SUS e suas obrigações em relação a elas; não há divulgação das metas entre os envolvidos por executá-las; e ausência de controle de curto prazo do que foi realizado e o que não foi para efeito correção pelas áreas | | % de procedimento ambulatorial apresentado | | | | |
| | | % de consultas disponíveis no Sisreg | | | | |
| | | % de internação realizada | | | | |
| | | Custo estimado | | | | |
| | | R\$ | | | | |
| Escopo | | Principais riscos | | Prob. | Imp. | Grau |
| pactuação da produção; contrato interno de produção; painel de indicadores; padronização de documentos | | As áreas não aderirem ao projeto | | 3 | 3 | 9 |
| | | | | | | 0 |
| | | | | | | 0 |
| Cronograma de marcos | | | | | | |
| Macroatividade | | Entregável | | Data | | |
| Pactuação das metas | | Metas pactuadas com as unidades | | 06/2021 | | |
| Elaboração de Dashboard | | Painel de indicadores | | 08/2021 | | |
| Padronização de documentos | | Documentos padronizados (relatório, ata, plano de ação, calendário) | | 08/2021 | | |
| Elaboração Cronograma de atividades | | Fluxo de atividades e calendário | | 08/2021 | | |
| Elaboração de Relatório dos resultados | | Relatório | | 11/2023 | | |

4.01 Implementação de Boas Práticas para Monitoramento da Execução do PDE 2021-2023

| Objetivo do projeto | | Informações do projeto | | |
|---|--|---|------|------|
| Implementar documentos padronizados, desenhar fluxos e atividades de acompanhamento automatizadas na fase 3 do Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh | | ■Área Responsável: Unidade de Planejamento | | |
| | | ■Gerente do Projeto: Rafael Wagner Alves de Amorim | | |
| | | ■Chefia imediata: Stenio Gomes da Silveira | | |
| | | ■Áreas envolvidas: Gestores de Projeto, Colegiado Executivo | | |
| | | ■Início: 02/2021 | | |
| | | ■Fim: 11/2023 | | |
| Justificativa | | Indicadores | | |
| O processo de acompanhamento do PDE ainda é incipiente; além disso, o hospital tem um baixo % de cumprimento das ações previstas nos planos anteriores. | | % de módulos do AGHU implementados da versão estável mais recente | | |
| | | % de empregados treinados da versão estável mais recente do AGHU | | |
| | | % de adesão dos empregados ao aplicativo AGHU | | |
| | | Custo estimado | | |
| | | R\$ | | |
| Escopo | Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
| Acompanhamento dos projetos do PDE 2021-2023, por meio de padronização dos fluxos, documentos e um painel de acompanhamento dos projetos e indicadores de forma automatizada | Falta de adesão dos principais stakeholders do projeto | 2 | 3 | 6 |
| | | | | 0 |
| | | | | 0 |
| Cronograma de marcos | | | | |
| Macroatividade | Entregável | Data | | |
| Elaboração do Mapeamento dos Processos | Fluxo dos processos mapeados | 01/2021 | | |
| Padronização de documentação | Documentos padronizados | 09/2021 | | |
| Elaboração de Dashboard | Elaboração de painel de acompanhamento dos projetos | 12/2021 | | |
| Elaboração de Relatórios | Relatórios | 11/2023 | | |
| | | | | |

| 4.01 Atualização do AGHU para a versão estável mais recente | | | | | |
|--|--|---|---------|------|------|
| Objetivo do projeto | | Informações do projeto | | | |
| Atualizar o AGHU para última versão estável disponível | | ■Área Responsável: Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação | | | |
| | | ■Gerente do Projeto: Eduardo Rodrigo da Silva Marques | | | |
| | | ■Chefia imediata: Stenio Gomes da Silveira | | | |
| | | ■Áreas envolvidas: SGPT, GAS, SERAS, | | | |
| | | ■Início: 02/2021 | | | |
| | | ■Fim: 11/2023 | | | |
| Justificativa | | Indicadores | | | |
| A versão atualiza do AGHU contém melhorias e correção de erros em relação à utilizada pela hospital; e o AGHU é o aplicativo de gestão institucional, todos os hospitais devem aderir ao sistema | | % de módulos do AGHU implementados da versão estável mais recente | | | |
| | | % de empregados treinados da versão estável mais recente do AGHU | | | |
| | | % de adesão dos empregados ao aplicativo AGHU | | | |
| | | Custo estimado | | | |
| | | R\$ | | | |
| Escopo | | Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
| plano do projeto; simulação de implantação dos módulos; implantação dos módulos | | A administração central não disponibilizar a última versão estável disponível do AGHU | 3 | 3 | 9 |
| | | | | | 0 |
| | | | | | 0 |
| Cronograma de marcos | | | | | |
| Macroatividade | | Entregável | Data | | |
| Plano do projeto | | Cronograma, requisitos, riscos, recursos | 11/2021 | | |
| Preparação do Ambiente de Homologação | | Documento do processo de simulação de implantação dos módulos do AGHU (apt 3153) | 06/2022 | | |
| Simulação e Teste | | Última versão estável do AGHU atualizado | 11/2021 | | |
| Atualização dos Módulos em Produção | | Sistema em operação | 12/2022 | | |
| Operação Assistida | | Relatório | 11/2023 | | |

5.01 Implementação do Plano de Capacitação Obrigatória no PDC

| Objetivo do projeto | | Informações do projeto | | | | |
|---|--|--|--|---------|------|------|
| Implementar o Plano de Capacitação Obrigatória dentro do Plano de Desenvolvimento de Competências de 2021 com fluxo de aprovação, divulgação, formas de controle e monitoramento, elaboração dos projetos de capacitação e relatório dos resultados | | ■Área Responsável: Unidade de Desenvolvimento de Pessoas | | | | |
| | | ■Gerente do Projeto: Carla Picanço Pereira | | | | |
| | | ■Chefia imediata: João Alves de Souza | | | | |
| | | ■Áreas envolvidas: Gerências, DivGP, UDP e Superintendência | | | | |
| | | ■Início: 02/2021 | | | | |
| | | ■Fim: 11/2023 | | | | |
| Justificativa | | Indicadores | | | | |
| Não há controle e monitoramento dos colaboradores que possuem cursos obrigatórios previstos em lei | | % de colaboradores com treinamento obrigatória concluído | | | | |
| | | Taxa de adesão | | | | |
| | | Reação dos participantes | | | | |
| | | Custo estimado | | | | |
| | | R\$ | | | | |
| Escopo | | Principais riscos | | Prob. | Imp. | Grau |
| elaboração de norma institucional, aprovação dos cursos obrigatórios, mecanismos de controle, projetos de cursos, relatório final | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Cronograma de marcos | | | | | | |
| Macroatividade | | Entregável | | Data | | |
| Regulamento | | Regulamento | | 06/2021 | | |
| Definição dos treinamentos obrigatórios | | Lista dos cursos obrigatórios e os profissionais envolvidos | | 11/2021 | | |
| Padronização dos controles | | Ficha de avaliação, ofício, plano de capacitação, lista de presença, certificado | | 10/2021 | | |
| Elaboração dos projetos | | Plano dos cursos | | 09/2023 | | |
| Relatório final | | Relatório final | | 11/2023 | | |