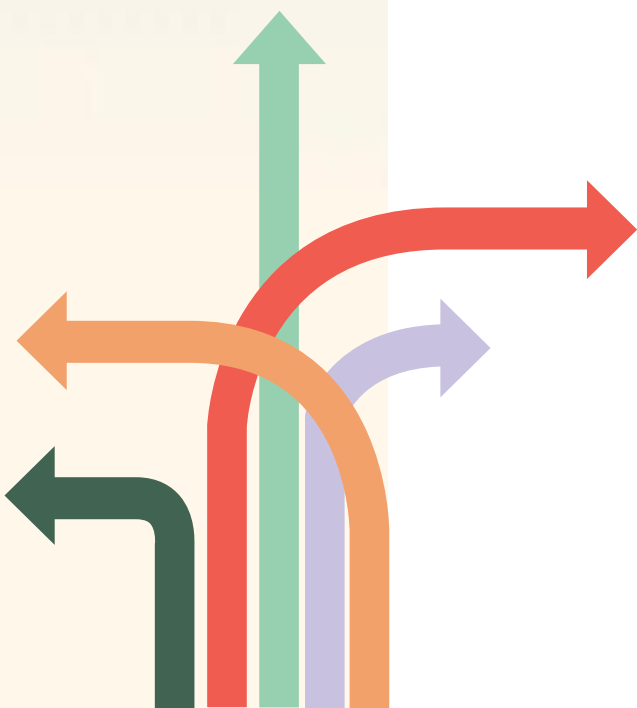


Plano Diretor Estratégico 2024-2028

Hospital das Clínicas da UFMG - HC-UFMG



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Presidente

Arthur Chioro

Vice-Presidente

Daniel Gomes Monteiro Beltrammi

Superintendente

Alexandre Rodrigues Ferreira

Gerente Administrativo

Elizete Maria da Silva Neme

Gerente de Atenção à Saúde

Vandack Alencar Nobre Junior

Gerente de Ensino e Pesquisa

Fabiana Maria Kakehasi

Este Plano Diretor Estratégico e suas alterações foram aprovadas em Reuniões do Colegiado Executivo do Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG), constantes no processo SEI 23537.013880/2024-15, e está disponível no endereço <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/governanca/gestao-estrategica/planejamento-estrategico>.

VERSÕES APROVADAS	PROCESSO SEI
1ª versão – 17/05/2024	Documento SEI nº 39131235 – Processo 23537.013880/2024-15
2ª versão – 06/02/2025	Documento SEI nº 39131235 – Processo 23537.013880/2024-15
3ª versão – 10/10/2025	Documento SEI nº 54544545 – Processo 23537.013880/2024-15

Colaboraram ativamente na elaboração e na revisão deste documento, os profissionais citados abaixo, em ordem alfabética, assim como os Gerentes e membros dos projetos estratégicos nomeados no Processo SEI 23537.017286/2024-95.

Alexandre Rodrigues Ferreira
Elizete Maria da Silva Neme
Fabiana Maria Kakehasi

Flávia Cristina Chalita Alves
Leticia Ferreira da Silva Machado
Lismar Isis Campos

Luiz Guilherme Billet
Vandack Alencar Nobre Junior

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	4
1.1	O Plano Diretor Estratégico	4
2	CONTEXTO	8
2.1	O HC-UFMG inserido no Contexto Local	8
2.2	Histórico da Estratégia do HC-UFMG	10
3	ANÁLISE SITUACIONAL	12
3.1	O Plano Diretor Estratégico Anterior.....	12
4	PERCEPÇÕES DOS ENVOLVIDOS	25
4.1	Percepção da Reitora	25
4.2	Percepção do Gestor SUS	26
4.3	Percepções dos trabalhadores	27
4.4	Percepções da comunidade acadêmica	28
4.5	Percepções dos usuários SUS	31
4.6	Percepções do Conselho de Saúde.....	32
4.7	Percepção do Conselho Diretor.....	33
4.8	Percepção do Colegiado Gestor	34
5	DESEMPENHO DO CONTRATO SUS	37
6	AVALIAÇÃO DO SELO EBSERH DE QUALIDADE	38
7	PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA	41
8	ACORDO ORGANIZATIVO DE COMPROMISSOS	42
9	PRINCIPAIS ACHADOS E RECOMENDAÇÕES	43
10	PAINEL DE CONTRIBUIÇÃO DA REDE EBSERH	44
11	ESTRATÉGIA DO HC-UFMG	44
11.1	Declaração de Visão do HC-UFMG	44
11.2	Macroproblemas	45
12	PAINEL DE CONTRIBUIÇÃO DO HC-UFMG	47
13	MONITORAMENTO	50
13.1	Modelo de Gestão do PDE.....	50
14	MODELO DE COMUNICAÇÃO	52
15	CALENDÁRIO	54
16	ANEXOS	55
16.1	Fichas dos Indicadores Locais.....	55
16.2	Fichas do Projetos Locais.....	55

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”.

Trata-se da maior rede de hospitais públicos do Brasil, composta, atualmente, por 41 Hospitais Universitários Federais (HUFs). A Rede Ebserh caracteriza-se por possuir unidades hospitalares com diferentes níveis de maturidade em gestão e perfis assistenciais. Essa pluralidade de realidades deve-se, sobretudo, ao fato de essas instituições terem sido constituídas – em sua maioria – muito antes da criação da Ebserh, apresentando trajetórias distintas, porém, com um objetivo comum: fornecer ensino, pesquisa e assistência de qualidade.

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.

O Mapa Estratégico resultou das discussões da alta gestão da empresa, com contribuição das perspectivas estratégicas dos Superintendentes e Gerentes dos hospitais da Rede em relação aos direcionadores estratégicos, problemas e oportunidades.

Nesse sentido, considerando o propósito definido pela alta gestão da Ebserh: **Saúde, ensino, pesquisa e inovação a serviço da vida e do SUS**, foi concebida a visão estratégica da Rede Ebserh para o próximo ciclo estratégico: **Consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para o SUS**.

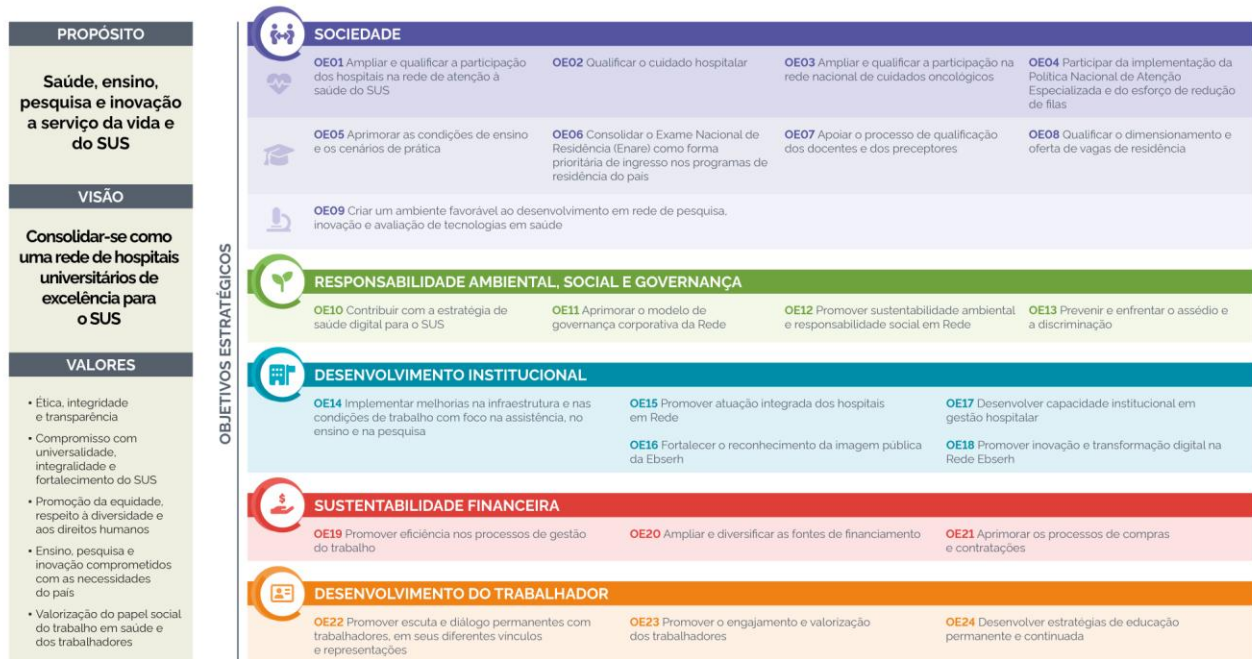
A partir das principais perspectivas da visão estratégica, foram definidos 5 (cinco) pilares estratégicos: **Sociedade**, compreendendo o público dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS),

além dos alunos de graduação/residentes, docentes e pesquisadores da Rede; **Responsabilidade Ambiental, Social e Governança**, que compreende a contribuição social da empresa, em especial sobre a ampliação da integração da Ebserh no SUS; **Desenvolvimento Institucional**, que se refere ao aprimoramento dos processos internos da empresa frente aos desafios de promoção da atuação integrada dos hospitais em rede; **Sustentabilidade Financeira**, que representa o compromisso com o equilíbrio entre receitas e despesas, mantendo a saúde financeira da empresa e **Desenvolvimento do Trabalhador**, referindo-se ao compromisso de desenvolvimento da força de trabalho frente aos desafios estratégicos da empresa.

Visando compreender a todos os compromissos estratégicos dos pilares, foram propostos **24 (vinte e quatro) objetivos estratégicos** apresentados no Mapa a seguir:

Figura 1: Mapa Estratégico da Ebserh

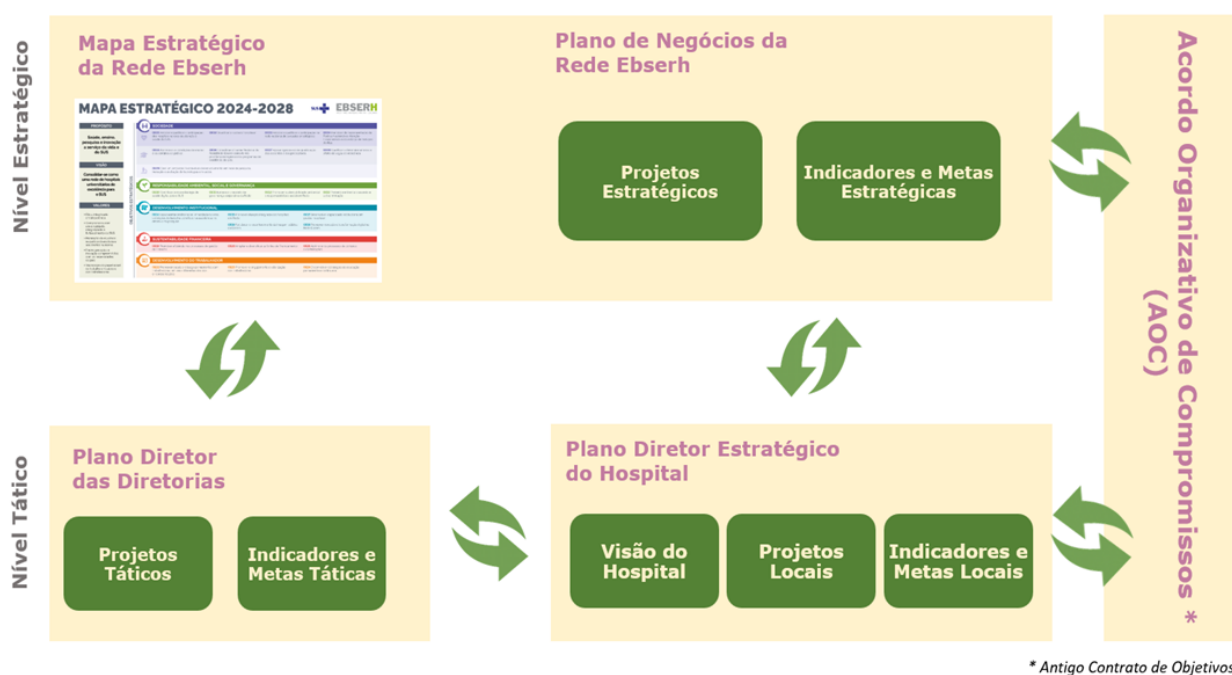
MAPA ESTRATÉGICO 2024-2028



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.

Nesse contexto, o HC-UFMG realizou o desdobramento da estratégia conforme o Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh, instituído pela Portaria SEI Nº 3 de 06 de fevereiro de 2024 no âmbito do Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh (Figura 2), sob a condução do Colegiado Executivo e com a participação de 600 pessoas, entre gestores, colaboradores e alunos de graduação.

Figura 2: Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh



* Antigo Contrato de Objetivos

A construção do Plano Diretor Estratégico 2024-2028 do HC-UFMG percorreu as seguintes etapas: Análise do PDE anterior, Definição dos Macroproblemas e Causas Raízes, Definição da Visão e desdobramento do PDE em projetos estratégicos e ainda realizará a contratualização interna de indicadores e metas.

Na etapa de análise do PDE anterior foi elaborado um relatório de conclusão que avaliou o Contrato de Gestão, seus indicadores de produção e de qualidade da assistência, bem como, foi observada a produção e os avanços no âmbito da pesquisa e do ensino.

Foram verificados os resultados de satisfação de alunos de graduação, residentes, preceptores e professores envolvidos nas atividades de ensino/pesquisa/ inovação tecnológica/extensão além da satisfação dos usuários. Ademais, o relatório discorreu sobre a execução de projetos estratégicos relacionados à informatização, acreditação e sustentabilidade financeira da instituição. Em síntese, este relatório retratou os avanços e desafios em relação ao cumprimento dos objetivos estratégicos para a gestão.

A etapa de construção do novo PDE foi caracterizada pela participação colegiada, contando com o envolvimento do Colegiado Executivo, Conselho Diretor, Conselho de Saúde, Colegiado Gestor e Colegiado de Ensino, Pesquisa e Extensão em reunião ampliada com as comissões de residência em saúde, residentes, discentes e docentes. Foram realizadas oficinas com o Colegiado Gestor, composto pelas chefias e lideranças do hospital, bem como, foram aplicados questionários para a Reitora, Gestor SUS e trabalhadores para obter ampla contribuição destes atores na construção do PDE.

A escolha da Visão para os próximos cinco anos também se deu forma participativa. Foram colocadas em votação por meio de formulário eletrônico cinco opções de Visão, dessa forma, mais de 300 pessoas votaram e colaboraram com a definição da visão institucional.

As oficinas para definição dos macroproblemas e causas raízes ocorreram em cinco encontros e contaram com a participação de todas as 80 chefias (Unidades, Setores e Divisões), que foram divididas em grupos representativos dos sete pilares apresentados no Mapa Estratégico da Rede Ebserh: Assistência, Ensino, Pesquisa, Responsabilidade Ambiental, Social e Governança, Desenvolvimento Institucional, Sustentabilidade Financeira e Desenvolvimento do Trabalhador. Ao todo, foram mais de 20 horas de discussões, com os participantes trazendo suas análises, perspectivas e expectativas para os próximos cinco anos do HC-UFMG.

Para o desdobramento dos projetos estratégicos locais do PDE foram definidos gerentes de projetos, para condução da elaboração e da execução das ações e cumprimento do cronograma de atividades e dos respectivos indicadores.

Além da divulgação nos canais de comunicação oficiais, esse documento será apresentado à comunidade do HC-UFMG no 9º Seminário do PDE que acontecerá em agosto de 2024.

Por fim, a Unidade de Gestão Estratégica/SEGOV conduzirá as reuniões de contratualização entre o Colegiado Executivo e todas as unidades do hospital, com o objetivo de pactuar os indicadores estratégicos do PDE alinhados ao Painel de Contribuições da Rede Ebserh.



Foto da oficina de definição de macroproblemas para o PDE HC-UFMG 2024-2028

2 CONTEXTO

2.1 O HC-UFMG inserido no Contexto Local

O HC-UFMG apresenta-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) como um hospital geral, de grande porte, com atendimentos voltados à média e alta complexidade. Constitui-se como referência importante para Minas Gerais, com destaque para o tratamento de doenças raras, onco-hematológicas, cardiológicas e para a realização de transplantes. O HC-UFMG atende a todas as especialidades reconhecidas pelo SUS, com exceção da radioterapia. Na Região Metropolitana de Belo Horizonte, integra a Rede de Urgência e Emergência e conta com um pronto socorro para atendimento a casos clínicos e cirúrgicos não-traumáticos, além de maternidade de referência para partos de alto risco e serviço oftalmológico de urgência.

O HC-UFMG se mantém como o prestador de serviços para o SUS com a maior média de remuneração por internação hospitalar de Minas Gerais.

Tal informação reforça a concentração de atendimentos mais complexos no HC-UFMG, fruto do acúmulo, durante décadas, de expertise em todas as especialidades do SUS e disponibilidade de recursos tecnológicos diferenciados. Este perfil confere vigor às pesquisas clínicas e acadêmicas realizadas na instituição, bem como aos programas de formação profissional, particularmente na pós-graduação.

No âmbito do ensino o HC-UFMG desempenha papel estratégico na formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, disponibilizando sua infraestrutura física e tecnológica para o treinamento prático de alunos de graduação e pós-graduação da UFMG e outras Instituições de Ensino. A oferta de cenários de treinamento e aprendizado pelo HC-UFMG permite aos alunos de graduação a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para a formação em saúde, alinhadas às diretrizes de humanização do cuidado, segurança do paciente, qualidade e excelência técnica. Favorece, também, a formação de profissionais de saúde críticos, reflexivos e voltados para a intervenção baseada nas melhores evidências.

O HC-UFMG recebe, semestralmente, cerca de 2.500 alunos de graduação de diferentes unidades acadêmicas da UFMG, dos cursos de Medicina, Enfermagem, Biomedicina, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gestão de Serviços de Saúde, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Tecnologia em Radiologia, Terapia Ocupacional, dentre outros. Somam-se a estes, outros alunos de graduação provenientes de Instituições Federais de Ensino Superior – IFES, além de alunos de graduação estrangeiros advindos das universidades com acordos de cooperação internacional.

Há que se destacar, ainda, a contribuição do HC-UFMG na formação acadêmica no ensino médio e profissionalizante. São ofertadas vagas de estágio pela Unidade de Patologia Clínica para alunos de graduação provenientes do Colégio Técnico da UFMG e pelo Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – SOST para alunos de graduação do Curso Técnico em Segurança do Trabalho provenientes do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial - Minas Gerais (Senac-MG).

No que tange a residência em saúde, o HC-UFMG desponta nacionalmente como um dos maiores formadores de recursos humanos. Com 69 programas de residência médica nas áreas clínicas, cirúrgicas e propedêuticas, bem como, possui 3 programas de residência multiprofissional e uma uniprofissional (Buco-maxilo). Os programas de residência em saúde representam a principal

atividade de pós-graduação desenvolvida pelo hospital, são mais de 600 profissionais em treinamento, inseridos em mais de 72 programas.

O Hospital também é cenário de desenvolvimento de pesquisas com caráter acadêmico que compõem atividades de cursos de pós-graduação *stricto sensu* – mestrados e doutorados e Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de programas de residência ou de cursos de graduação e de pesquisas clínicas, nas mais diversas áreas do conhecimento, com cadastro de 1.130 pesquisas, no período de 2018 a 2023.

2.2 Histórico da Estratégia do HC-UFMG

As iniciativas de Planejamento Estratégico no HC-UFMG são datadas de 1994, quando foi elaborado o primeiro PDE do hospital. Nesta trajetória de 30 anos, destaca-se o processo de construção do PDE da gestão 2010-2014, que inovou por utilizar a metodologia do BSC. Este PDE foi resultado dos Trabalhos de Conclusão de Curso das lideranças do hospital no curso de Especialização em Gestão da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.

Já o PDE da gestão 2014-2018 foi um marco na evolução e amadurecimento das iniciativas de Planejamento Estratégico da instituição. Foi construído no contexto da nova política governamental para os hospitais universitários federais, representada pela Ebserh, que deu início a um processo de transição para o modelo de gestão como filial de uma empresa pública.

Fruto do curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, oferecido pelo Hospital Sírio-Libanês em parceria com a Ebserh aos hospitais afiliados a sua Rede, o PDE da gestão 2014-2018 do HC-UFMG contemplou os principais macroproblemas institucionais, além da preocupação com a preservação da identidade institucional e garantia da qualidade na atenção à saúde, no ensino, na pesquisa e nas atividades de inovação e extensão correntes na instituição.

O PDE 2014-2018 foi construído com o auxílio dos consultores do Hospital Sírio Libanês, com a identificação de macroproblemas e a aderência do HC-UFMG em relação às boas práticas dos Modelos de Referência de Gestão Hospitalar, Gestão da Clínica, Humanização da Saúde, Hotelaria Hospitalar, Compras Hospitalares, Prestação de Contas e Gestão de Obras e Engenharia Clínica (mediante a aplicação da Lista de Contribuições), permitindo demonstrar de forma quantitativa e qualitativa as principais oportunidades de melhoria relacionadas aos temas, gerando insumos para a construção do Plano Diretor Estratégico do hospital.

Fortalecendo a maturidade no planejamento, o PDE 2019-2023 foi elaborado seguindo a 1ª Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh, que impulsionou a execução de sete projetos estratégicos no HC-UFMG que colaboraram para o alcance dos objetivos estratégicos da Rede Ebserh.

A escolha dos projetos considerou os pilares: Ensino, Pesquisa, Assistência, Sustentabilidade, Governança, Processos, Pessoas da Rede Ebserh, bem como, as propostas de solução dos macroproblemas apontadas em cada pilar nas oficinas de construção do PDE.

Cada projeto teve um Gerente de Projeto responsável, os quais participaram, em 2021, do Curso de Gestão em Projetos (40 horas) e de sessões de mentorias com instrutores do Escritório das Nações Unidas de Serviços para Projetos - UNOPS.

O atual PDE consolida o alinhamento estratégico do HC-UFMG com a Rede Ebserh e busca a consecução dos projetos estratégicos na metodologia recomendada para os hospitais, contribuindo cada vez mais com os alcances dos objetos da Rede Ebserh.

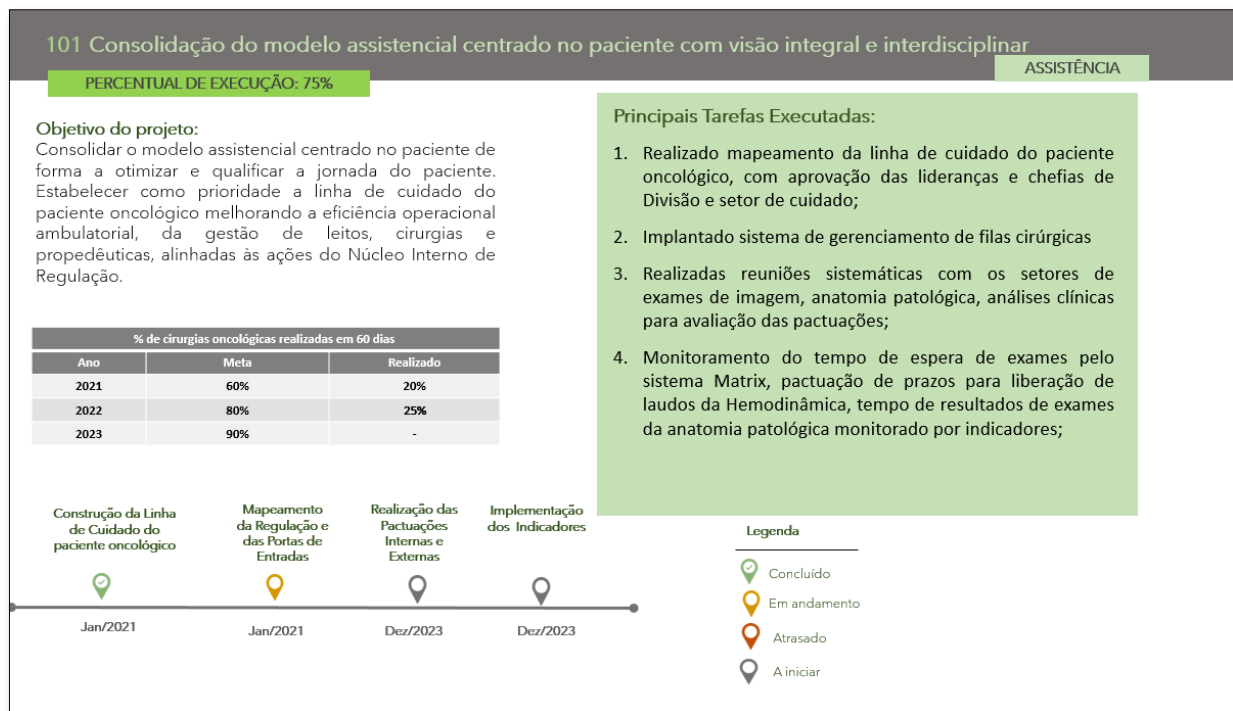
3 ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior

A seguir serão apresentados os resultados alcançados por meio da execução das iniciativas previstas no PDE anterior, bem como os resultados dos indicadores projetados e as principais tarefas executadas.

3.1.1 Consolidação do modelo assistencial centrado no paciente com visão integral e interdisciplinar

Figura 3 - Consolidação do modelo assistencial centrado no paciente com visão integral e interdisciplinar



Fonte: Unidade de Gestão Estratégica

No pilar Assistência, foi definida como estratégica a consolidação do modelo assistencial centrado no paciente, de forma a otimizar e qualificar a jornada dos pacientes no hospital. Considerando o perfil assistencial do HC-UFMG/Ebserh, bem como, a prevalência de pacientes oncológicos nas interações, ficou estabelecida como prioridade a linha de cuidado do paciente oncológico.

Este projeto, conduzido no âmbito da Gerência de Atenção à Saúde, buscou melhorar a eficiência operacional ambulatorial, a gestão de leitos, a gestão das cirurgias e propedêuticas, de forma alinhada às ações do Núcleo Interno de Regulação (NIR).

A linha de cuidado do paciente oncológico foi mapeada com identificação dos gargalos nos serviços internos e externos ao hospital e realizadas pactuações com setores internos para priorização de agenda para consultas e interconsultas ambulatoriais. Além disso, definiu-se prazos para a realização e liberação de resultados de exames laboratoriais, de imagem e anatomia patológica. Outra iniciativa relevante é o monitoramento do início do tratamento de quimioterapia dentro da janela terapêutica adequada para cada paciente.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) também foi fundamental no apoio ao modelo assistencial centrado no paciente. Após a composição da equipe de trabalho, esta estrutura centralizou todas as transferências intra-hospitalares, inclusive das terapias intensivas. O NIR também passou a regular as consultas ambulatoriais e fez tratativas em relação às entradas não reguladas nos ambulatórios, definiu os critérios de encaminhamento interno de pacientes e fluxo para triagem de interconsultas, regulação e contrarreferência qualificada nos ambulatórios.

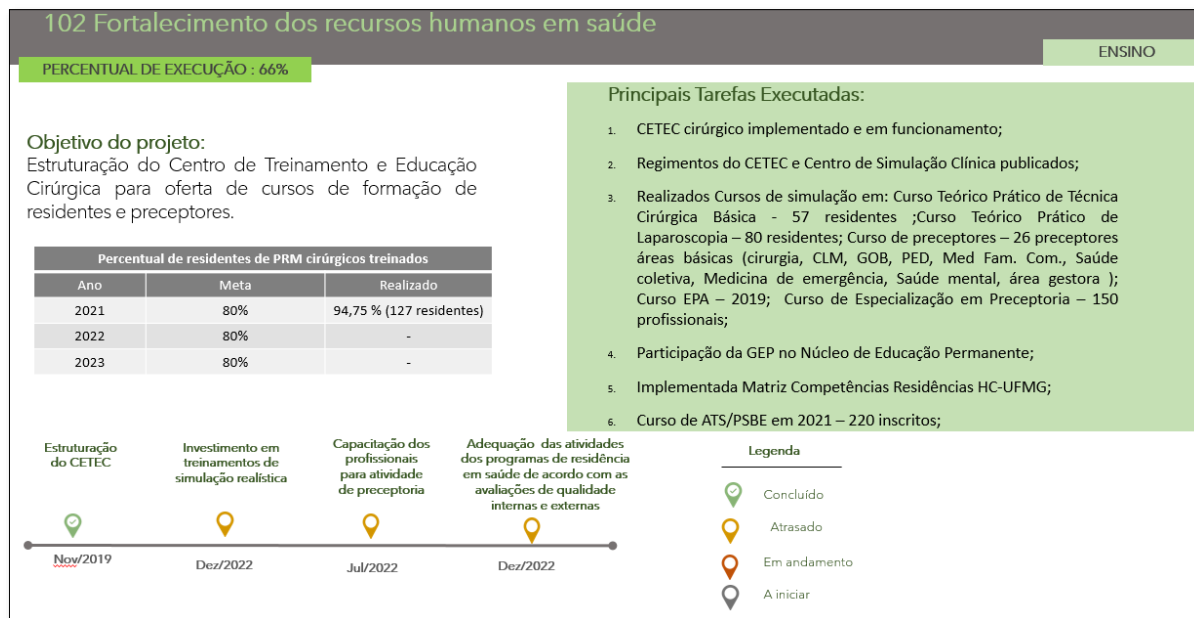
Em relação ao processo cirúrgico foi implantado o sistema de Fila Cirúrgica que estruturou a fila de pacientes oncológicos regulados pela Comissão de Oncologia para o HC-UFMG/Ebserh. Este sistema está permitindo melhor acompanhamento dos pacientes que aguardam cirurgia em cada especialidade.

Durante a pandemia de COVID-19, o HC-UFMG/Ebserh reduziu número dos atendimentos e cirurgias, porém todos os esforços foram envidados para a priorização das cirurgias oncológicas.

Neste sentido, diversas outras ações também foram alinhadas para a priorização do paciente oncológico, a citar, a implantação do sistema AGHU - Módulo Ambulatório, que iniciou seu funcionamento no Ambulatório Borges da Costa, local dos atendimentos de oncologia e hematologia.

3.1.2 Fortalecimento da formação de recursos humanos em saúde

Figura 4 - Fortalecimento da formação de recursos humanos em saúde.



Fonte: Unidade de Gestão Estratégica

Com a finalidade de fortalecer a formação de recursos humanos em saúde no HC-UFMG/Ebserh, foi criado o Centro de Treinamento e Educação Cirúrgica (CETEC) para a oferta de cursos de formação de residentes e preceptores em técnicas de ensino-aprendizagem em simulação cirúrgica, abrangendo habilidades educacionais, para diferentes programas de residência médica, definidas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Em 2019, o CETEC teve sua área física, localizada no 9º andar - ala sul, reformada e foram adquiridos os equipamentos necessários para seu funcionamento. Ademais, foi estruturada a composição da equipe e elaborado o Regimento Interno, bem como suas normas de funcionamento.

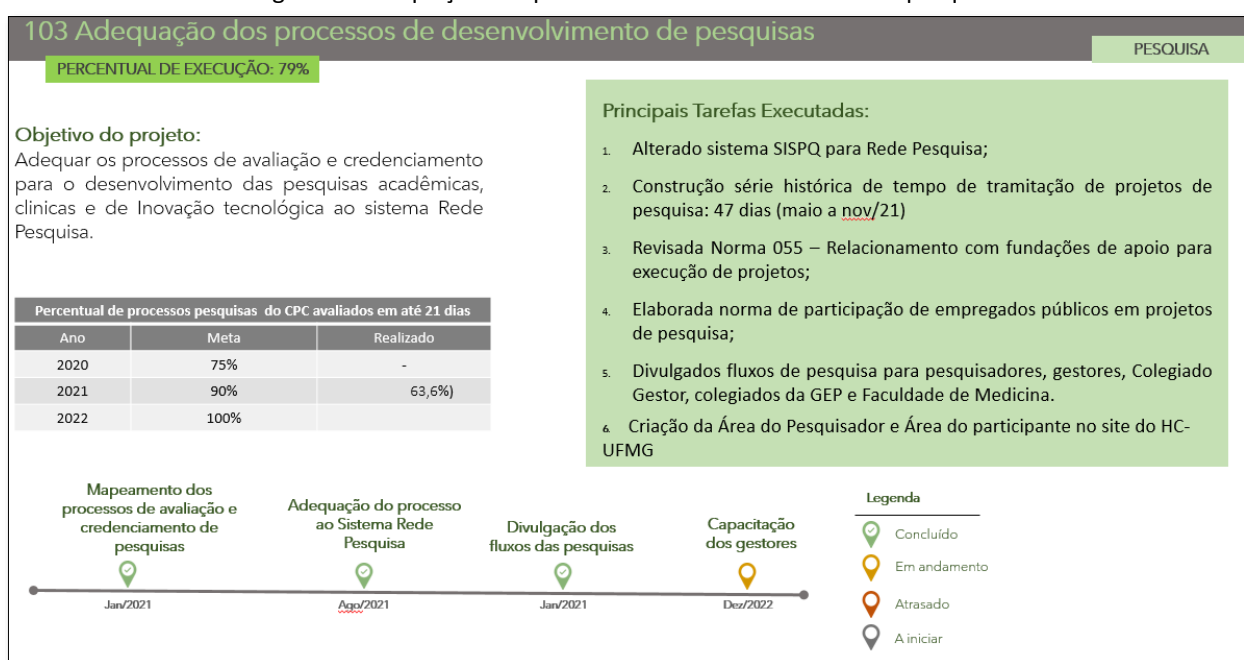
Desde sua criação o CETEC ofertou diversas capacitações, que resultaram em 94% dos residentes de áreas cirúrgicas treinados em:

- Curso teórico-prático de Técnica Cirúrgica Básica;
- Curso teórico-prático de Laparoscópica Básico/MBL e Endossutura/MEL;
- Curso teórico-prático de Sutura micro-operatória;
- Curso Intensivo de Treinamento Laparoscópico.

Destaca-se também a oferta de Curso de Atividades Profissionais Confiáveis - EPA (2019), Curso de Especialização em Preceptoria para 150 profissionais e o Curso de Prática de Saúde Baseada em Evidências (PSBE), realizado nos anos de 2021 e 2022, com oferta de 350 vagas para as diversas categorias profissionais de saúde do HC-UFMG/Ebserh, incluindo residentes e acadêmicos da UFMG, além de vagas para profissionais dos demais HUs da Rede Ebserh.

3.1.3 Adequação dos processos de desenvolvimento de pesquisas

Figura 5 - Adequação dos processos de desenvolvimento de pesquisas



Fonte: Unidade de Gestão Estratégica.

Em 2019, com foco em promover melhorias institucionais para atender ao pesquisador, foi identificado como macroproblema que o processo de avaliação e credenciamento para o desenvolvimento de pesquisas é longo, complexo e pouco divulgado para pesquisadores e gestores. Neste sentido, foi proposto este projeto estratégico com o objetivo de adequar os processos de avaliação e credenciamento para o desenvolvimento das pesquisas acadêmicas, clínicas e de inovação tecnológica ao sistema Rede Pesquisa, de forma a torná-lo mais célere e atrativo para o pesquisador.

Em 2021, os processos de avaliação e credenciamento para o desenvolvimento das pesquisas acadêmicas foram mapeados e normatizados, dando destaque à Norma 055 - Relacionamento com

fundações de apoio e Norma 088 - Participação de empregados públicos em projetos de pesquisa, extensão, apoio ao ensino, desenvolvimento institucional e inovação tecnológica.

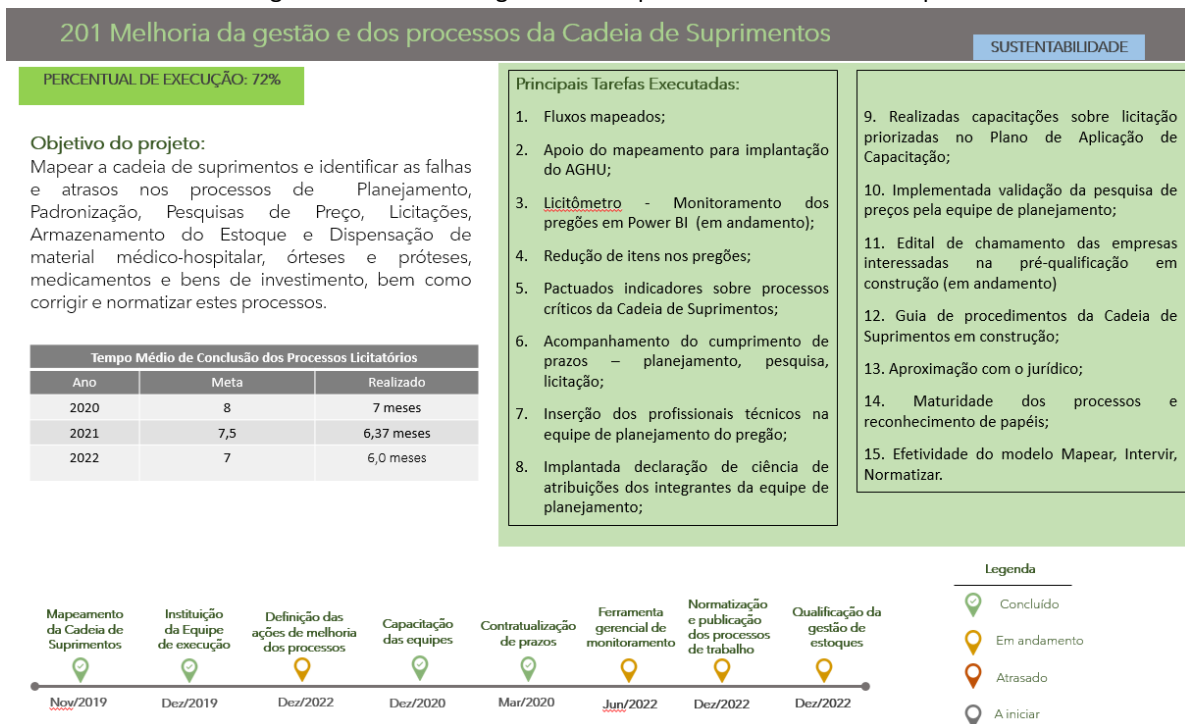
Outra ação foi a migração de cadastro de pesquisa do sistema SISPO para Rede Pesquisa, que melhorou a plataforma de credenciamento de pesquisas do HC-UFMG/Ebserh e a criação de formulários eletrônicos para envio de informação para análise da pesquisa diretamente nas áreas envolvidas.

Dedicou-se também à ampla divulgação dos fluxos de pesquisa para pesquisadores, gestores, nos fóruns de Colegiado Gestor, colegiados da Gerência de Ensino e Pesquisa e Faculdade de Medicina, além de melhorar, significativamente, a disponibilização de informações sobre pesquisas no site institucional, com a criação da Área do Pesquisador e da Área do Participante.

O principal resultado deste projeto é o ganho em celeridade no processo. Os indicadores demonstram que em 2021 o Percentual de processos de pesquisas avaliados em até 21 dias era de 63,6%, já em 2022 o percentual foi de 74%, avançado para 75% em 2023.

3.1.4 Melhoria da gestão e dos processos da Cadeia de Suprimentos

Figura 6 - Melhoria da gestão e dos processos da Cadeia de Suprimentos.



Fonte: Unidade de Gestão Estratégica.

O Projeto “Melhoria da gestão e dos processos da Cadeia de Suprimentos” representa no PDE o pilar Sustentabilidade e está relacionado com um macroproblema identificado em 2019: a morosidade dos processos de aquisição, falhas e desperdícios na Cadeia de Suprimentos.

Este projeto foi iniciado com o mapeamento da Cadeia de Suprimentos em todas as suas etapas: padronização, planejamento, pesquisa de preço, licitação, parecer jurídico, armazenamento e dispensação de estoques. Foram identificadas as falhas e os processos críticos, sendo realizadas oficinas com todas as equipes envolvidas para definição de ações de melhoria a serem trabalhadas para minimizar os problemas e reduzir a morosidade nos processos licitatórios.

Foram planejadas ações como a implantação do Módulo Estoques do AGHU, implementação da pré-qualificação de materiais, implementação da validação da pesquisa de preço, contratualização com todos os setores dos prazos a serem cumpridos, implementação dos pareceres referenciais do jurídico, criação de uma ferramenta gerencial de monitoramento e rastreabilidade dos processos licitatórios, normatização dos processos e capacitação das equipes na Lei 13.303/16.

A concretização destas ações impactou positivamente na qualidade e na agilidade dos processos licitatórios, com redução do tempo médio de conclusão dos processos passando de oito para seis meses (na etapa de licitação).

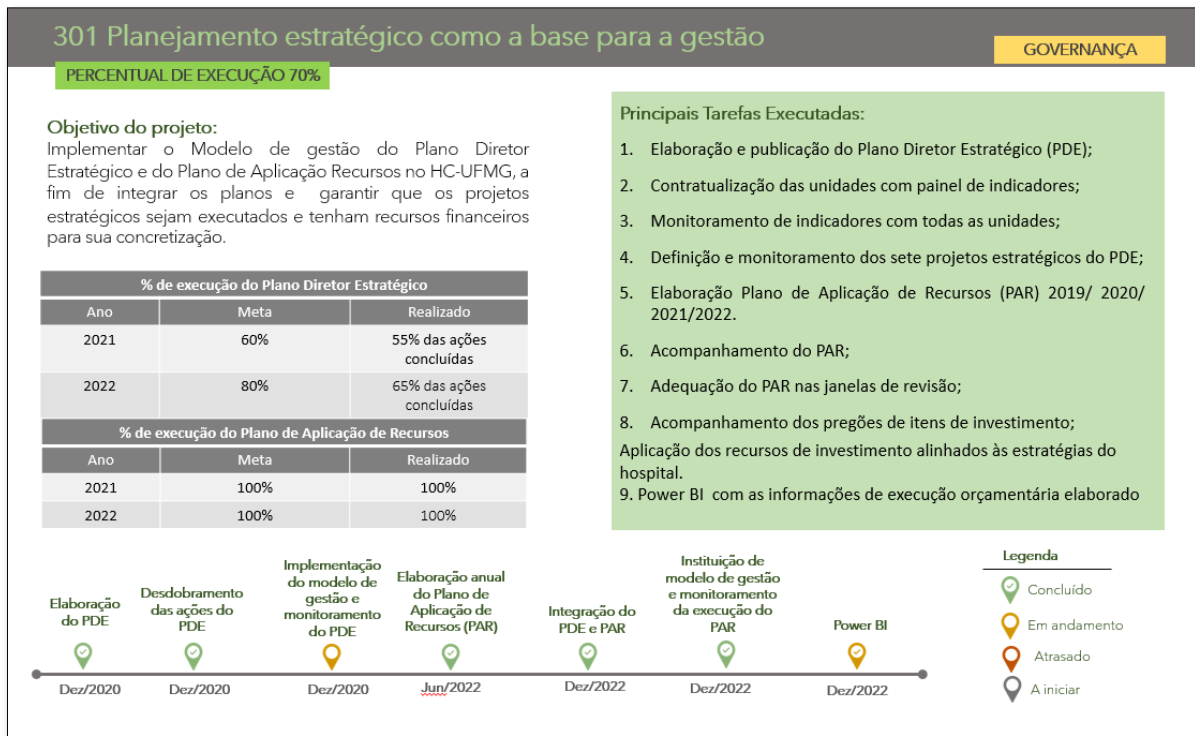
Dentre as ações finalizadas, a implantação do AGHU permitiu assertividade dos pontos de pedidos dos estoques e maior acurácia dos inventários. Já a validação da pesquisa de preços reduziu o número de itens fracassados no pregão por motivo de preço, enquanto a utilização dos pareceres referenciais reduziu em 30 dias o tempo do pregão de materiais e medicamentos e, por fim, a capacitação contratada para as equipes qualificou os profissionais na Lei 13.303/16 e na elaboração dos processos licitatórios.

Também foram criados Painéis de Power BI como ferramenta gerencial de controle, monitoramento e rastreabilidade dos processos licitatórios que estão em andamento.

Além disso, o hospital avançou na adequação dos processos da cadeia de suprimentos de acordo com o organograma vigente e a cadeia de valor dessa área. Assim, o Setor de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos concentrou os processos de aquisição de medicamentos e materiais laboratoriais que antes eram gerenciados pelas respectivas áreas de forma descentralizada.

3.1.5 Planejamento estratégico como base para a gestão

Figura 7 - Planejamento estratégico como base para a gestão



Fonte: Unidade de Gestão Estratégica.

O projeto “Planejamento estratégico como base para a gestão” representa o pilar Governança do PDE. O objetivo do projeto foi implementar um Modelo de gestão do Plano Diretor Estratégico e do Plano de Aplicação de Recursos no HC-UFMG/Ebserh, a fim de integrar os planos e garantir que os projetos estratégicos sejam executados e tenham recursos financeiros para sua concretização.

As ações deste projeto foram iniciadas com a elaboração, aprovação e publicação do Plano Diretor Estratégico (PDE), seguidas das contratualizações internas entre o Colegiado Executivo e o Colegiado Interno de cada unidade para o desdobramento do PDE em indicadores e metas. As contratualizações acontecem anualmente e foram implementadas reuniões periódicas de análise crítica para acompanhamento dos resultados dos indicadores.

Posteriormente, dedicou-se à implementação do Plano de Aplicação de Recursos (PAR) da Rede Ebserh. Este instrumento foi criado para permitir a previsibilidade, a sustentabilidade econômico-financeira, a transparência, o monitoramento e o controle das receitas e despesas nos HUF’s. O PAR se desdobra no Plano de Custeio, no Plano de Investimento e no Plano de Capacitação.

O Modelo de Gestão do PAR consiste no levantamento anual das necessidades de aquisição de medicamentos e insumos, bem como, levantamento das despesas com contratos e seus reajustes e repactuações. Estas despesas compõem o Plano de Aplicação de Custeio, que é ajustado conforme a previsão de Receita SUS e Receita Própria para o ano.

Para o Plano de Investimento é realizado o levantamento das prioridades de aquisição de equipamentos médicos, equipamentos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), mobiliários e obras. É realizado o ajuste das necessidades do hospital com os valores de recurso previstos para este fim.

O Modelo de Gestão do PAR estruturou a forma de priorização e execução dos recursos no HC-UFMG/Ebserh, com possibilidade de adequação dos planos em duas janelas de revisão no ano, além de monitoramento dos processos licitatórios e dos empenhos. Foi implementada também a prestação de contas parcial e a prestação de contas final e construído um painel de monitoramento no aplicativo Power BI para o acompanhamento das informações. A partir deste modelo de gestão, com previsibilidade de receitas e monitoramento das despesas, foi possível executar 100% dos recursos disponibilizados.

Em relação aos investimentos, foram aplicados recursos visando o alcance dos objetivos estratégicos do PDE, com destaque para a priorização da aquisição de computadores e equipamentos de Tecnologia da Informação para atender às necessidades do Projeto de Implantação do AGHU. Os valores referentes a execução do Plano de Aplicação de Recursos serão apresentados na parte de Orçamento, Finanças e Contabilidade.

3.1.6 Informatização plena dos processos organizacionais

Em 2019, o cenário da Tecnologia da Informação do HC-UFMG/Ebserh era constituído por diversos sistemas sem interoperabilidade entre si, o que impactava negativamente nas atividades administrativas e assistenciais da instituição.

Na assistência, os profissionais necessitavam operar cinco sistemas distintos para realizar os registros dos pacientes, enquanto na área administrativa era utilizado o sistema NetTerm, desenvolvido há mais de três décadas pela antiga equipe de analistas do hospital.

Figura 8 - Informatização plena dos processos organizacionais



Fonte: Unidade de Gestão Estratégica.

A solução para esse problema era implantar o Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHUX, sistema de gestão hospitalar adotado como padrão para todos os Hospitais Universitários Federais da rede Ebserh.

Abaixo segue a evolução da implantação dos módulos do AGHU de 2018 a 2023:

Quadro 1
Evolução da implantação dos módulos do AGHU, 2018-2023

TAREFAS	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Implementação do Módulo PACIENTES	✓					
Implementação do Módulo INTERNAÇÃO	✓					
Atualização da infraestrutura e do sistema		✓	✓			
Implementação do Módulo ESTOQUE				✓		
Implementação do Módulo PRONTUÁRIO ONLINE				✓		
Implementação do Módulo PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM				✓		
Implementação do Módulo AMBULATÓRIO ASSISTENCIAL*					✓	
Implementação do Módulo AMBULATÓRIO ADMINISTRATIVO*					✓	
Implementação do Módulo CERTIFICADO DIGITAL					✓	
Implementação do Módulo SAME DIGITAL					→	→
Implementação do Módulo FARMÁCIA					✓	
Implementação do Módulo PRESCRIÇÃO MÉDICA					✓	
Implementação do Módulo CIRURGIA					✓	
Implementação do Módulo CUSTOS					✓	
Implementação do Módulo EXAMES**						→

Para a implantação de cada módulo foram executadas tarefas macro, tais como: planejamento, adequação da infraestrutura, cadastro de todos os profissionais, parametrização de todas as tabelas do sistema, treinamento das equipes, simulação, entrada em produção e suporte *hands-on*.

A implantação dos módulos realizadas até dezembro de 2022 representou 99% do projeto planejado para o período, considerando que a implementação do módulo exames foi planejada para iniciar em 2023.

Como destaques do projeto, têm-se os resultados da implantação do módulo ambulatorial, em que se observou um ganho para a assistência com a implementação do prontuário *on-line* nos 344 consultórios ambulatoriais, nos quais todos os registros eram realizados de forma manuscrita.

Ademais, esse avanço possibilitou o faturamento de modo automatizado de todos os procedimentos ambulatoriais, o que proporcionou maior receita SUS de produção ambulatorial para a instituição. Destaca-se ainda a implantação de um novo sistema de faturamento integrado ao AGHUx, realizada em 2023, que proporcionou celeridade e mais qualidade ao processo de faturamento hospitalar.

Os módulos Estoque, Farmácia e Prescrição trouxeram ganhos na gestão de estoques, pois qualificaram as movimentações dos materiais e medicamentos através do controle do fluxo automático, o que permite a geração de relatórios gerenciais e uma melhor assertividade nos Relatórios Mensais de Almoxarifado (RMA).

O sucesso do projeto só foi possível devido aos investimentos na infraestrutura de TIC da instituição, o que permitiu a realização da implantação do sistema de modo célere. Esse projeto foi priorizado no Plano de Aplicação de Recursos (PAR) e esteve alinhado com o Projeto Planejamento estratégico como base para a gestão.

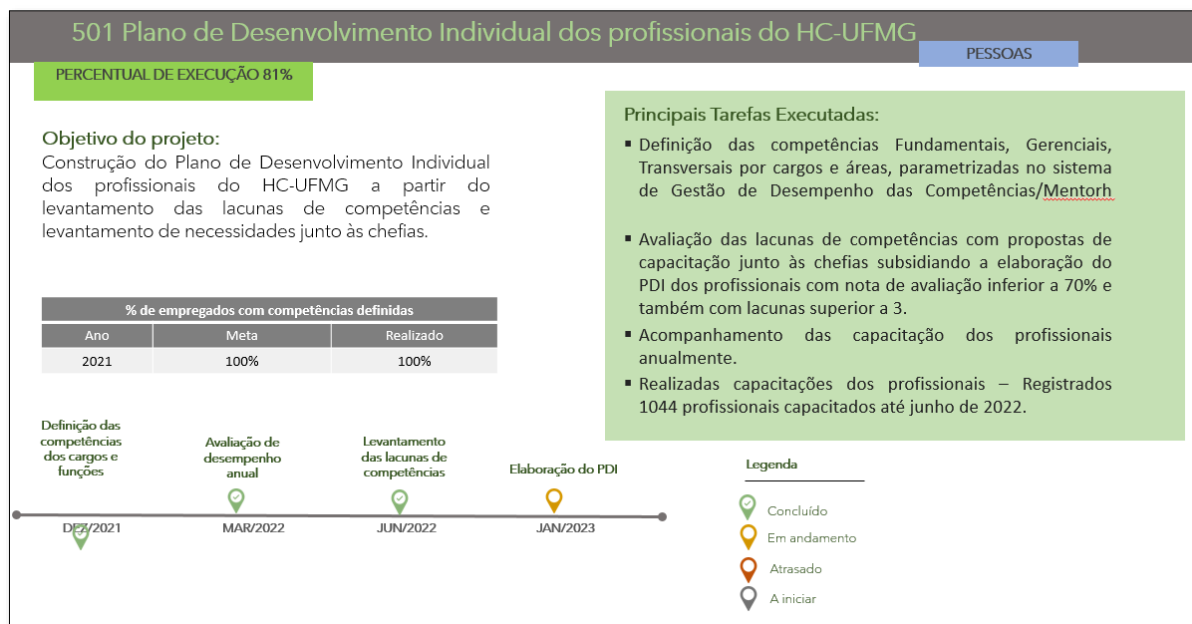
No quinquênio 2019-2023, foram investidos R\$ 10.917.067,40 (dez milhões, novecentos e dezessete mil, sessenta e sete reais e quarenta centavos) em ativos de TIC. Foram adquiridos 1.850 computadores, 60 notebooks, 140 monitores extras, uma nova solução de armazenamento de dados composta por dois *storages* de última geração e ainda dois *switchs fiber channel*. Destaca-se ainda a aquisição de um *appliance* de *firewall*, além da aquisição de uma nova Central Telefônica que irá substituir a atual, datada de 1996.

Essas aquisições permitiram:

- Substituir 86% do parque de computadores da instituição;
- Propiciar celeridade aos trabalhos das equipes assistenciais e administrativas;
- Ampliar a capacidade de armazenamento de dados;
- Melhorar a performance do ambiente do *datacenter*;
- Melhorar a segurança do ambiente de rede;
- Melhorar os meios de comunicação institucionais.

3.1.7 Plano de Desenvolvimento Individual dos profissionais do HC-UFMG/Ebserh

Figura 9 - Plano de Desenvolvimento Individual dos profissionais do HC-UFMG



Fonte: Unidade de Gestão Estratégica.

Este projeto representa o Pilar Pessoas do PDE e tem como objetivo construir o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) dos profissionais do HC-UFMG/Ebserh, a partir do levantamento das lacunas de competências e levantamento de necessidades junto às chefias.

Para concretização desse projeto planejou-se percorrer as seguintes etapas: definição das competências dos cargos e funções, avaliação de desempenho anual, levantamento das lacunas de competências, elaboração do PDI.

Em 2021, a Ebserh parametrizou o Sistema de Gestão de Desempenho de Competências/Mentorh, com a inclusão das competências Fundamentais, Gerenciais e Transversais para cada cargo e área, o que permitiu às chefias indicarem as competências individuais a serem desenvolvidas para cada trabalhador.

Dessa forma, foi possível avaliar as lacunas de competências para a elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual dos profissionais com nota de avaliação inferior a 70% e também aqueles com lacunas superiores a três.

Compreende o Plano de Desenvolvimento Individual a proposta de capacitações e trilhas de conhecimento para o desenvolvimento das lacunas individuais identificadas. Em 2022, foi realizada

a avaliação de desempenho dos empregados Ebserh referente ao exercício de 2021, alcançando 100% dos empregados elegíveis à realização da avaliação (1754), sendo que apenas dois trabalhadores apresentaram nota abaixo de 70% e, conseqüentemente, tiveram um Plano de Desenvolvimento Individual elaborado e proposta de capacitação.

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
<u>1.01 Assistência:</u> Consolidação do modelo assistencial centrado no paciente com visão integral e interdisciplinar	75%	Modelo assistencial centrado no paciente com visão integral e interdisciplinar não consolidado.	Manter a continuidade e o monitoramento das ações implementadas.
<u>1.02 Ensino:</u> Fortalecimento da formação de recursos humanos em saúde	66%	Necessidade de aumentar o treinamento de residentes na execução de práticas cirúrgicas de forma independente e segura.	Manter a continuidade e o monitoramento das ações implementadas.
<u>1.03 Pesquisa:</u> Adequação dos processos de desenvolvimento de pesquisas	79%	Processo de avaliação e credenciamento para o desenvolvimento de pesquisas longo, complexo e pouco divulgado para pesquisadores e gestores.	Manter a continuidade e o monitoramento das ações implementadas.
<u>2.01 Sustentabilidade:</u> Melhoria da Gestão e dos Processos da Cadeia de Suprimentos	72%	Morosidade dos processos de aquisição, falhas e desperdícios na Cadeia de Suprimentos.	Manter a continuidade e o monitoramento das ações implementadas.
<u>3.01 Governança:</u> Planejamento Estratégico como base para a gestão	100%	Falta de consecução das ações do Planejamento Estratégico anterior	Manter a continuidade e o monitoramento das ações implementadas.
<u>4.01 Processos e Tecnologia:</u> Informatização plena dos processos organizacionais.	100%	Informatização obsoleta e falta de integração entre os diversos sistemas existentes	Manter a continuidade e o monitoramento das ações implementadas.
<u>5.01 Pessoas:</u> Implementação da Política de Gestão de Pessoas no HC-UFMG	81%	Modelo de gestão de desempenho por competência insuficiente.	Manter a continuidade e o monitoramento das ações implementadas.

4 PERCEPÇÕES DOS ENVOLVIDOS

Para diagnóstico do cenário atual do HC-UFMG, foram utilizadas diversas abordagens em diversos fóruns e meios institucionais para garantir a ampla participação de todos os envolvidos. Buscou-se compreender a percepção da Reitora da UFMG, Gestor SUS, Colegiado Executivo, Conselho Diretor, Conselho de Saúde, Colegiado Gestor, Colegiado de Ensino, Pesquisa e Extensão e também dos trabalhadores e do usuário SUS no processo de construção do PDE 2024-2028.

A metodologia de abordagem e as percepções relatadas por esses grupos foram compiladas e estão expostas nos tópicos a seguir.

4.1 Percepção da Reitora

Em alinhamento com a Universidade Federal de Minas Gerais, por meio da reitora professora Sandra Regina Goulart Almeida, na avaliação das perspectivas para o próximo quinquênio e discussão deste PDE, salientou-se a importância da manutenção da assistência em saúde aos usuários do SUS com eficiência, qualidade e segurança e, de forma integrada e indissociável do ensino, da pesquisa, da extensão e da inovação tecnológica. Todas essas ações devem ocorrer de forma integrada ao SUS, respeitando o planejamento estratégico e diretrizes definidas pelos gestores públicos de saúde.

A recuperação da plena capacidade de atendimento hospitalar (considerando o potencial para internações, cirurgias, atendimento de pronto socorro) e ambulatorial do HC-UFMG, garantindo suas características de hospital de referência no tratamento de patologias de média e alta complexidade, foi apontada como principal desafio a ser superado. Alguns dos aspectos que podem contribuir ao atendimento dessa meta são: a regularização dos fluxos orçamentários, a otimização dos processos internos e a adequação do dimensionamento dos recursos humanos necessários conforme dimensionamento acordado junto à Ebserh.

Foi considerado fundamental o desenvolvimento de ações de fomento à inserção dos docentes das áreas de saúde no cotidiano do Hospital, para além das suas atividades específicas de ensino, estendendo a sua participação nas atividades assistenciais e administrativas, com especial atenção aos docentes em regime de dedicação exclusiva. Adicionalmente, espera-se a promoção de atividades de pesquisa no âmbito do HC-UFMG, nas suas diferentes áreas e especialidades.

4.2 Percepção do Gestor SUS

O Gestor SUS participou da construção do PDE por meio de formulário do Microsoft Forms, que foi respondido pelo representante da Secretaria Municipal de Saúde na Comissão de Acompanhamento da Contratualização do HC-UFMG. As perguntas respondidas foram sobre as perspectivas do Gestor SUS para os próximos cinco anos do hospital, nesse sentido percebe-se que sua visão envolve, principalmente, os aspectos de modernização e inovação dos serviços do Hospital. Reconhecendo a necessidade premente de evoluir, tanto em termos de infraestrutura quanto de tecnologia, o HC-UFMG deve se comprometer a investir em ambas as áreas.

A modernização das instalações e equipamentos é crucial para proporcionar um atendimento de alta qualidade e eficiência aos pacientes. Em paralelo, a incorporação de tecnologias de ponta, como inteligência artificial, telemedicina e dispositivos médicos avançados, pode avançar na forma como o HC-UFMG entrega cuidados de saúde. Essas inovações não só têm potencial para melhorar os serviços oferecidos, mas também otimizarão os processos internos, resultando em uma experiência mais eficaz e eficiente para pacientes e profissionais de saúde.

Além disso, sugere que o HC-UFMG deve reconhecer a importância de expandir seu atendimento, especialmente em áreas de alta demanda, como geriatria, oncologia e saúde mental. Isso pode ser alcançado através de parcerias estratégicas e um compromisso contínuo com a qualidade, ética e humanização do cuidado.

A sustentabilidade também deve ser prioridade, refletindo o compromisso do hospital com a saúde a longo prazo da comunidade e o respeito ao meio ambiente. Práticas operacionais mais sustentáveis devem ser implementadas para reduzir o impacto ambiental e promover uma cultura de responsabilidade social.

Ética, qualidade, humanização, inovação, colaboração, respeito à diversidade e responsabilidade social são valores fundamentais que devem guiar todas as atividades do HC-UFMG. Esses princípios são essenciais para garantir que o hospital continue a ser um líder em saúde, pesquisa e educação.

Por fim, o representante do Gestor SUS sugere que o HC-UFMG deve reconhecer a importância de investir em seu capital humano, oferecendo programas de capacitação e treinamento para garantir que seus profissionais estejam atualizados com as melhores práticas e tecnologias. Além disso, o hospital deve promover uma cultura de diversidade e inclusão para atrair e reter talentos diversos.

4.3 Percepções dos trabalhadores

Os trabalhadores foram consultados no processo de elaboração do PDE por meio de questionários anônimos no Microsoft Forms, que foi amplamente divulgado nos canais de comunicação interna do HC-UFMG. Foram divulgados fundo de tela nos *desktops*, *link* na *intranet* e impressos nos quadros de aviso, além do envio de *e-mail* para todos os profissionais no período de 27/03/2024 a 15/04/2024.

A pergunta norteadora do questionário para trabalhadores foi “Quais são os principais problemas internos do HC-UFMG que precisam ser superados no horizonte de 5 anos?”. Foram obtidas 91 respostas ao formulário em que foi possível analisar que na percepção dos trabalhadores a assistência ao paciente é um dos principais destaques, com a superlotação, a indisponibilidade de leitos e a falta de insumos sendo preocupações constantes. Os trabalhadores reconhecem a necessidade premente de melhorar a qualidade do cuidado prestado aos pacientes, tornando a assistência uma prioridade máxima.

O Desenvolvimento do Trabalhador também é essencial, além da importância de investir na capacitação e valorização dos profissionais de saúde, conforme os trabalhadores apontaram. A competência da equipe é vista como fundamental para garantir um serviço de qualidade, além de promover um ambiente de trabalho saudável e motivador.

As prioridades estabelecidas pelos trabalhadores refletem suas preocupações fundamentais: reduzir a superlotação, aumentar a oferta de leitos, melhorar a qualidade do atendimento e desenvolver os funcionários. Todos esses aspectos são cruciais para a eficácia operacional e para a prestação de serviços de saúde de qualidade.

Por fim, os problemas internos, como a comunicação insuficiente, a falta de recursos e insumos, as condições de trabalho inadequadas e a fragilidade na gestão de pessoas e processos, destacam áreas específicas que requerem atenção imediata e soluções eficazes. Os trabalhadores do hospital são vozes fundamentais na identificação e resolução desses desafios, refletindo um compromisso com a excelência na prestação de serviços de saúde.

4.4 Percepções da comunidade acadêmica

A Unidade de Gestão da Graduação, Ensino Técnico e Extensão (UGETE) realiza anualmente a Pesquisa de Satisfação dos docentes, discentes, coordenadores, preceptores e extensionistas. Um dos objetivos do monitoramento é desenvolver e aplicar um instrumento a fim de medir o grau de satisfação dos agentes envolvidos em ações de ensino e extensão, em diversos âmbitos, desde a estrutura da instituição, cronograma acadêmico, expectativas do estudante, até a efetividade da supervisão do preceptor.

Considerando que a Pesquisa de Satisfação aplicada em 2023, apresentou resultados importantes sobre o cenário atual na área do ensino, optou-se por utilizar os resultados dessa pesquisa para análise da percepção da comunidade acadêmica para elaboração do Plano Diretor Estratégico, evitando assim, abordagem redundante aos envolvidos e aproveitando que os resultados e o relatório estavam prontos e já divulgados para os interessados.

Esta pesquisa de satisfação foi conduzida por meio de um formulário eletrônico anônimo, disponibilizado no Microsoft Forms. O questionário foi amplamente divulgado, tanto na *intranet* do hospital quanto por *e-mail* aos interessados, facilitando o acesso. Foram obtidas um total de 335 respostas, distribuídas da seguinte maneira: 195 provenientes de discentes de graduação, 24 de docentes, 52 de extensionistas, 20 de preceptores e 44 de coordenadores de extensão.

A seguir, tem-se a percepção da comunidade acadêmica e análise que norteou a definição do projeto estratégico dos pilares Ensino e Pesquisa. As respostas abertas da pesquisa foram compiladas em dois tópicos, Fragilidades e Potencialidades, por meio de aplicativo de IA.

➤ Fragilidades

A comunidade acadêmica do HC-UFMG identificou diversas fragilidades que impactam diretamente no processo de aprendizado e na qualidade das atividades desenvolvidas. Os alunos de graduação destacaram preocupações cruciais que vão desde a falta de supervisão adequada e a resistência no acolhimento por alguns profissionais de saúde até a infraestrutura inadequada.

A ausência de preceptoría adequada foi relatada como um problema crucial, prejudicando o aprendizado prático dos alunos de graduação. A falta de orientação por parte dos preceptores e plantonistas compromete o desenvolvimento de habilidades clínicas essenciais. Além disso, a ocorrência de hostilidade por parte da equipe hospitalar gera um ambiente pouco receptivo, afetando negativamente a experiência educacional dos alunos de graduação.

A infraestrutura insuficiente é outra questão significativa, com problemas que vão desde a disponibilidade de salas e equipamentos até a ausência de ventilação adequada, impactando diretamente na qualidade das atividades programadas, dificultando o acesso a recursos e a realização de procedimentos práticos.

A falta de integração com a instituição de ensino também é mencionada, evidenciando a necessidade de estreitar os laços entre o hospital e as unidades acadêmicas para garantir uma colaboração mais eficaz e alinhar os objetivos educacionais. Observou-se que há limitação de recursos humanos capacitados no processo dos projetos de pesquisa para acompanhar, monitorar, orientar e realizar atividades burocráticas, auxiliando e dando suporte ao pesquisador – seja docente ou profissional em saúde do Hospital.

Além dos alunos de graduação, os preceptores também relataram desafios significativos, como a sobrecarga de trabalho devido à rotina assistencial e à falta de recursos humanos. Isso compromete sua disponibilidade para acompanhar os alunos de graduação e realizar atividades de ensino de forma adequada.

Por fim, a burocracia excessiva, a falta de recursos materiais e a comunicação inefetiva são obstáculos adicionais que dificultam o desenvolvimento das atividades de ensino e extensão no hospital. Estes problemas ressaltam a importância de abordagens colaborativas e soluções integradas para melhorar o ambiente educacional e promover uma experiência mais enriquecedora para todos os envolvidos.

➤ **Potencialidades**

A comunidade acadêmica do HC-UFMG identificou uma série de pontos fortes que tornam a instituição um ambiente propício para o aprendizado e desenvolvimento profissional dos alunos de graduação e residentes. Desde o grande volume de pacientes até a qualificação dos profissionais envolvidos, diversas características são elogiadas pelos discentes.

Destaca-se o fato de que o hospital oferece uma ampla variedade de casos clínicos, proporcionando aos alunos uma experiência prática rica e diversificada desde o início do curso. A interação direta com os pacientes e o uso de equipamentos reais são valorizados como elementos que enriquecem o aprendizado e preparam os alunos de graduação para os desafios da prática clínica.

Além disso, o ambiente multidisciplinar do hospital permite que os alunos tenham contato com diferentes perspectivas e abordagens, contribuindo para uma formação mais completa e abrangente. A interdisciplinaridade é vista como um aspecto positivo que enriquece o processo de aprendizagem.

A disponibilidade de recursos tecnológicos são aspectos que também recebem elogios, apesar de algumas ressalvas pontuais. O ambiente propício para a pesquisa é destacado, com a presença de casos raros e complexos que oferecem oportunidades únicas para estudos e discussões.

Além disso, a instituição é reconhecida como uma referência na formação acadêmica, proporcionando uma educação de qualidade e oportunidades de crescimento profissional. O contato direto com os pacientes e a diversidade de casos não apenas contribuem para o aprendizado acadêmico, mas também para o desenvolvimento pessoal e profissional dos alunos.

De modo geral, o hospital é percebido como um ambiente diferenciado, de aprendizado positivo e enriquecedor, que oferece oportunidades únicas para os alunos de graduação desenvolverem suas habilidades e crescerem como profissionais da área da saúde.

Adicionalmente à pesquisa supracitada, foram discutidos os resultados quantitativos e qualitativos da pesquisa de satisfação de residentes em saúde aplicadas pela Ouvidoria-Geral no ano de 2023 (relatório e resultados completos disponíveis em <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria-geral/pesquisas-de-satisfacao/pesquisa-de-satisfacao-do-residente>). Foram discutidos os apontamentos feitos por 143 respondentes na avaliação de itens de infraestrutura física, tecnológica e de recursos humanos, serviços ofertados e da formação profissional, além das observações em campo livre feitas pelo grupo.

Os resultados de ambas as pesquisas foram apresentados previamente para as comissões de residência médica e uni/multiprofissional e para o Colegiado da Gerência de Ensino e Pesquisa em suas reuniões ordinárias mensais de março. Posteriormente, em 04/04/2024, foi realizada reunião desse colegiado ampliado com a participação da Unidade de Gestão Estratégica e 25 membros do colegiado, representado por professores e preceptores representantes dos doze cursos de graduação que utilizam o Hospital como cenário de prática e, excepcionalmente neste encontro com supervisores, tutores e preceptores da Residência em Saúde – Médica, Uni e Multiprofissional.

Neste encontro foi discutido, a partir dos resultados da pesquisa, qual o projeto estratégico dos Pilares Ensino e Pesquisa seriam direcionados para o PDE 2024-2028.

Assim, de forma colegiada e participativa o grupo decidiu que o projeto do Ensino será “Apoiar o processo de qualificação permanente dos docentes e preceptores do HC/UFMG/Ebserh” e o projeto do pilar Pesquisa terá como objetivo a valorização e reconhecimento da Pesquisa no HC-UFMG – ganhando o nome de “Pesquisa de Todos para Todos”



Foto: Colegiado da Gerência de Ensino e Pesquisa

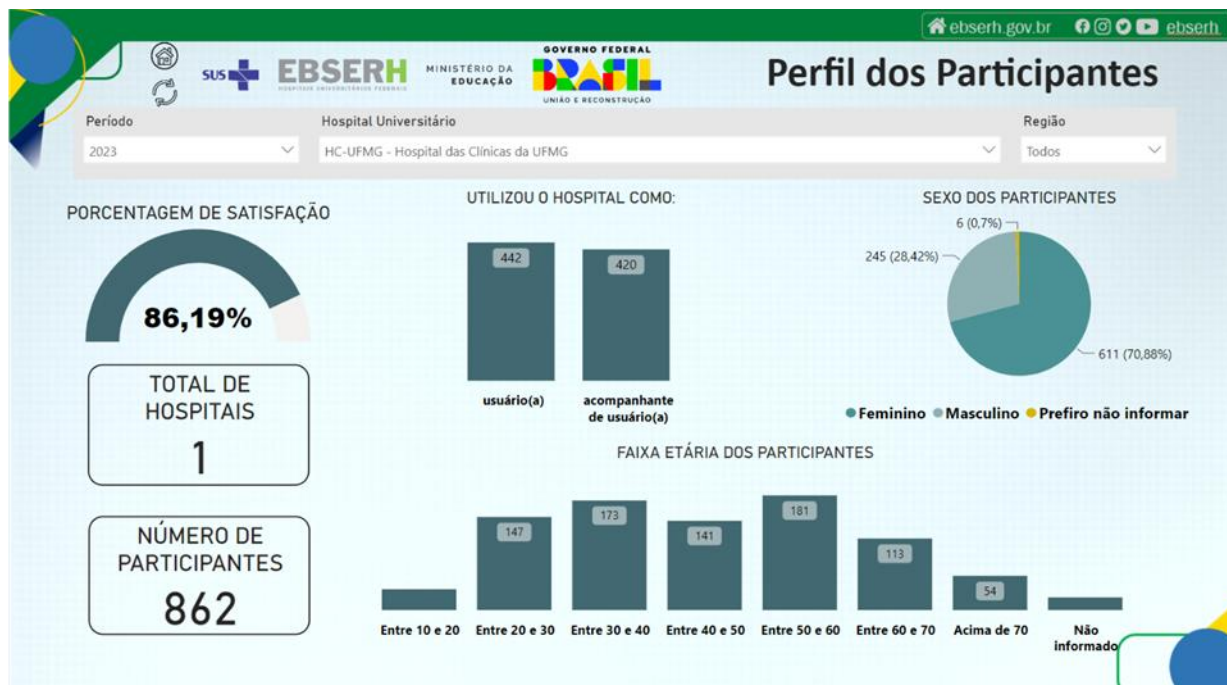
4.5 Percepções dos usuários SUS

Em 2023, foi realizado um levantamento sobre a percepção dos usuários SUS em relação à sua experiência nos respectivos HUFs, analisando-os quanto aos serviços prestados em seu âmbito. O HC-UFMG alcançou nessa pesquisa o percentual de satisfação de 86,19%. Os quesitos qualitativos que foram avaliados contemplaram roupa/limpeza/lixo, estrutura, atendimento no ambulatório, atendimento na internação e refeições. Quanto à pergunta direcionada se indicaria o hospital 97,10% dos participantes responderam que indicariam. Para a elaboração do PDE, a pesquisa dos usuários SUS foi disponibilizada como um dos documentos norteadores.

A pesquisa completa pode ser acessada em:

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiaOTIzZWZmOWUtYzUyYS00YWM4LWUwNmUtY2EyOWIwZjFhMGM5IiwidCI6IjY0ZDM0ZGRkLWZjAtNGQ5NS1iN2YxLTA3MzRhNWM4NDVINSJ9>

Figura 10 - Satisfação geral do usuário do HC-UFMG em 2023



4.6 Percepções do Conselho de Saúde

Foram três encontros com os conselheiros de saúde do HC-UFMG. No primeiro, em 14/03/2024, a Unidade de Gestão Estratégica, junto do Superintendente, contextualizou o que é o Plano Diretor Estratégico e qual a importância da participação do Conselho de Saúde na sua construção. Foram apresentados também o atual Mapa Estratégico da instituição e explicou-se sobre a Análise Situacional que estava sendo realizada naquele momento para desenvolvimento do PDE 2024-2028.

Os conselheiros foram consultados na primeira reunião sobre “Quais são os principais desafios do HC-UFMG que precisam ser superados no horizonte de cinco anos?”. Considerando a diversidade do grupo, foi acordado com o Conselho que todos trariam suas respostas na próxima reunião, da forma que achasse mais conveniente (impresso, escrito à mão ou enviado no grupo de Whatsapp dos conselheiros).

Na reunião seguinte, em 11/04/2024, os conselheiros foram convidados a apresentar suas respostas e foi aberta discussão para que todos pudessem participar e dar sua opinião. Todas as

respostas e relatos apresentados foram compilados em um único documento com a utilização de ferramenta de Inteligência Artificial.

Na percepção dos conselheiros acerca dos principais desafios que devem ser enfrentados pelo hospital nos próximos cinco anos e sugestões para o seu enfrentamento, os principais temas relatados foram a melhoria da humanização, da comunicação para os usuários, melhorias de estrutura física e apontam o Pronto Socorro como área crítica para o hospital indicando que a gestão deve dedicar esforços em relação à superlotação.

A promoção da saúde, bem-estar e a melhoria das condições de trabalho também foi destacada como uma forma de garantir a saúde física e mental dos trabalhadores, onde foi proposta a avaliação de redimensionamento da força de trabalho e cronograma de atividades contínuas de Promoção de Saúde e Valorização do Trabalhador.

Em terceira reunião realizada no dia 09/05/2024 o Superintendente apresentou ao Conselho de Saúde devolutiva sobre o PDE e abriu discussão para contribuições.



Foto: Reunião do Conselho de Saúde do HC-UFMG

4.7 Percepção do Conselho Diretor

A consulta ao Conselho Diretor do HC-UFMG foi feita por meio de pedido de pauta para apresentação do PDE 2024-2028, na reunião de 03/04/2024, junto ao presidente da mesa, o Superintendente do HC-UFMG, Alexandre Rodrigues Ferreira.

Coube ao Superintendente contextualizar o Conselho Diretor acerca do desenvolvimento do Plano Diretor Estratégico do HC-UFMG para o quinquênio 2024-2028. Foi apresentado e entregue

em versão impressa aos membros do conselho o Mapa Estratégico da Rede Ebserh, aprovado pelo Conselho de Administração em 07/12/2023.

Os presentes também receberam dois QRCodes, um para votação na visão que norteará a instituição nos próximos cinco anos e outro com acesso ao formulário composto por oito perguntas onde cada conselheiro pudesse apresentar suas perspectivas e expectativas para o próximo ciclo estratégico levando em consideração os sete pilares: Assistência, Ensino, Pesquisa, Responsabilidade Ambiental, Social e Governança, Desenvolvimento Institucional, Sustentabilidade Financeira e Desenvolvimento do Trabalhador.

O formulário foi respondido por sete membros do conselho e suas principais percepções referem-se à necessidade de melhoria da assistência ao paciente e do ensino, com destaque para uma abordagem de trabalho que integre as diferentes categorias profissionais, alunos e professores em torno de objetivos comuns no cuidado em saúde.

Os conselheiros também expressaram o desejo de uma excelência acadêmica, destacando a importância de uma abordagem centrada no paciente e no aluno, bem como, uma preocupação com a gestão conjunta dos projetos de ensino e pesquisas acadêmicas entre HC-UFMG e as escolas da UFMG, em destaque a Faculdade de Medicina da UFMG, buscando maior cooperação e integração.

A adequação e modernização da infraestrutura, tanto digital quanto física, é uma preocupação comum, com menções específicas sobre a necessidade de sistemas assistenciais inteligentes e integrados, atualização de equipamentos e uso de ferramentas mais inovadoras, como a inteligência artificial.

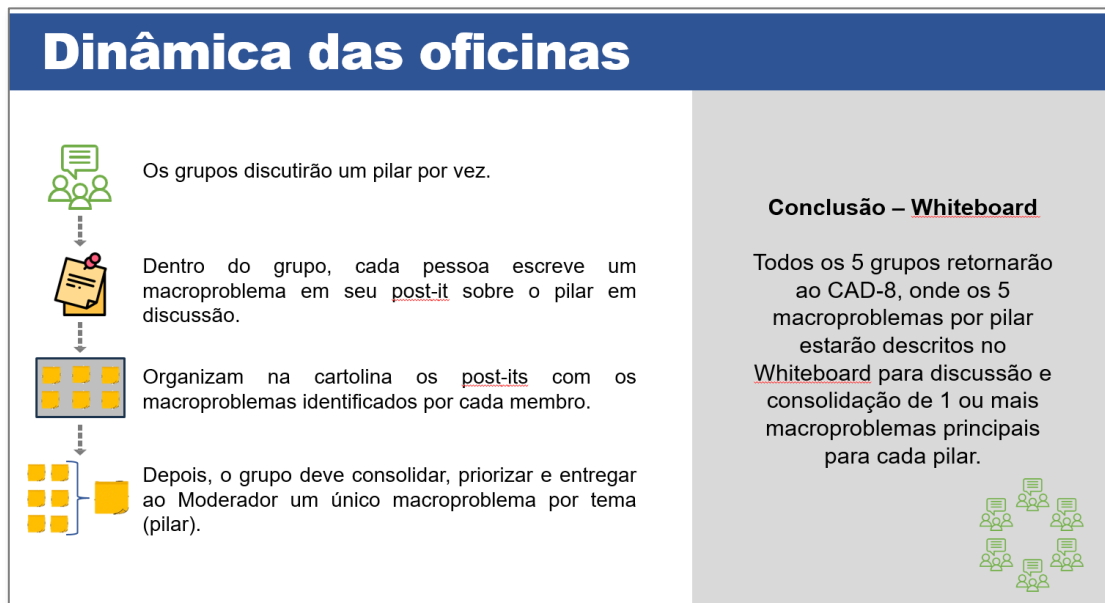
4.8 Percepção do Colegiado Gestor

O Colegiado Gestor composto pelo Colegiado Executivo e chefias de Divisão, Setor e Unidade participou da elaboração do PDE nas dinâmicas de oficinas para definição dos macroproblemas e causas raízes que ocorreram em cinco encontros e contaram com a participação de todas as 80 chefias com o Colegiado Executivo tendo papel orientador e consultor dos grupos.

Anteriormente às oficinas, em reuniões extraordinárias do Colegiado Gestor, a Unidade de Gestão Estratégica apresentou o Guia de Gestão Estratégica dos Hospitais da Rede Ebserh, bem como, o conceito dos sete Pilares do PDE e ainda disponibilizou relatórios e uma base documental

com informações institucionais para subsidiar a visão das chefias sobre Análise Situacional, cujos resultados serviram para qualificar e nortear as discussões nas oficinas.

Figura 10 – Apresentação ao Colegiado Gestor de como seriam as dinâmicas



Seguindo a orientação do Guia de Gestão Estratégica dos Hospitais da Rede Ebserh, os participantes foram divididos em grupos representativos dos sete pilares apresentados no Mapa Estratégico da Rede Ebserh: Assistência, Ensino, Pesquisa, Responsabilidade Ambiental, Social e Governança, Desenvolvimento Institucional, Sustentabilidade Financeira e Desenvolvimento do Trabalhador e cada atividade geraria como resultado um *post-it* com o macroproblema de cada pilar e a causa raiz, utilizando-se para isso, a metodologia dos 5 Por quês.

Ao final de cada oficina os macroproblemas e as causas raízes definidas pelos grupos foram compiladas no *Whiteboard* e discutidas com todos os participantes juntos, para firmar o consenso e garantir o entendimento de todos.

Figura 11 - Whiteboard consolidado nas oficinas de macroproblemas e causas raízes

Macroproblema	Causa Raiz	Macroproblema	Causa Raiz	Macroproblema	Causa Raiz	Macroproblema	Causa Raiz	Macroproblema	Causa Raiz	Macroproblema	Causa Raiz	Macroproblema	Causa Raiz
Assistência 1. Falta em processos de comunicação e articulação na integração de serviços.	Assistência 1. Falta de integração dos sistemas e das equipes.	Docência 1. Processos formativos não contextualizados no cenário atual das práticas profissionais.	Docência 1. Ausência de estratégias de aprendizagem ativa na formação dos estudantes.	Resposta 1. Falta de articulação entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Resposta 1. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	ISS - Ambiência, Saúde e Qualidade 1. Cultura organizacional baseada em processos e não em resultados.	ISS - Ambiência, Saúde e Qualidade 1. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Sustentabilidade Econômica 1. Subutilização da capacidade produtiva.	Sustentabilidade Econômica 1. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 1. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 1. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 1. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 1. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.
Assistência 2. Ineficiência na produção de assistência especializada, fragilidade no cuidado ao paciente.	Assistência 2. Falta de integração dos serviços e equipes de forma integrada e integrada com a comunidade acadêmica.	Enseio 2. Dificuldade dos docentes e alunos participarem dos processos.	Enseio 2. Falta de metodologias de ensino e aprendizagem que favoreçam a aprendizagem ativa.	Resposta 2. Falta de articulação entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Resposta 2. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	ISS - Ambiência, Saúde e Qualidade 2. Ausência de um sistema de gestão integrado que permita a integração de todos os processos.	ISS - Ambiência, Saúde e Qualidade 2. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Sustentabilidade Econômica 2. Ineficiência na utilização dos recursos humanos e materiais.	Sustentabilidade Econômica 2. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 2. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 2. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 2. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 2. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.
Assistência 3. Custos hospitalares não cobertos no paciente.	Assistência 3. Falta de integração dos serviços e equipes de forma integrada e integrada com a comunidade acadêmica.	Enseio 3. Falta de planejamento, sistemas, insumos e estrutura.	Enseio 3. Falta de planejamento, sistemas, insumos e estrutura.	Resposta 3. Falta de articulação entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Resposta 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	ISS - Ambiência, Saúde e Qualidade 3. Cultura organizacional baseada em processos e não em resultados.	ISS - Ambiência, Saúde e Qualidade 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Sustentabilidade Econômica 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Sustentabilidade Econômica 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.	Desenvolvimento de Pessoas 3. Falta de integração entre a comunidade acadêmica e a comunidade profissional.

No dia 12/04/2024 foi realizada reunião de Colegiado Gestor em foi que apresentada análise demonstrando os macroproblemas definidos nas oficinas em cada pilar eram coincidentes e retratavam a percepção dos demais envolvidos (Reitor, Gestor SUS, Comunidade Acadêmica, Trabalhadores, Conselho Diretor e Conselho de Saúde), validando assim, a metodologia das oficinas e a construção participativa do PDE.



Foto: oficinas de macroproblemas e causas raízes

5 DESEMPENHO DO CONTRATO SUS

A contratualização do HC-UFMG com o SUS é celebrada com o município de Belo Horizonte, através da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). O Plano Operativo Anual (POA), parte integrante do contrato de prestação de serviços, é o instrumento que define anualmente os compromissos e metas assistenciais, gerenciais e de qualidade pactuados com o HC-UFMG. O monitoramento e avaliação da execução do POA são realizados trimestralmente pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (CAC).

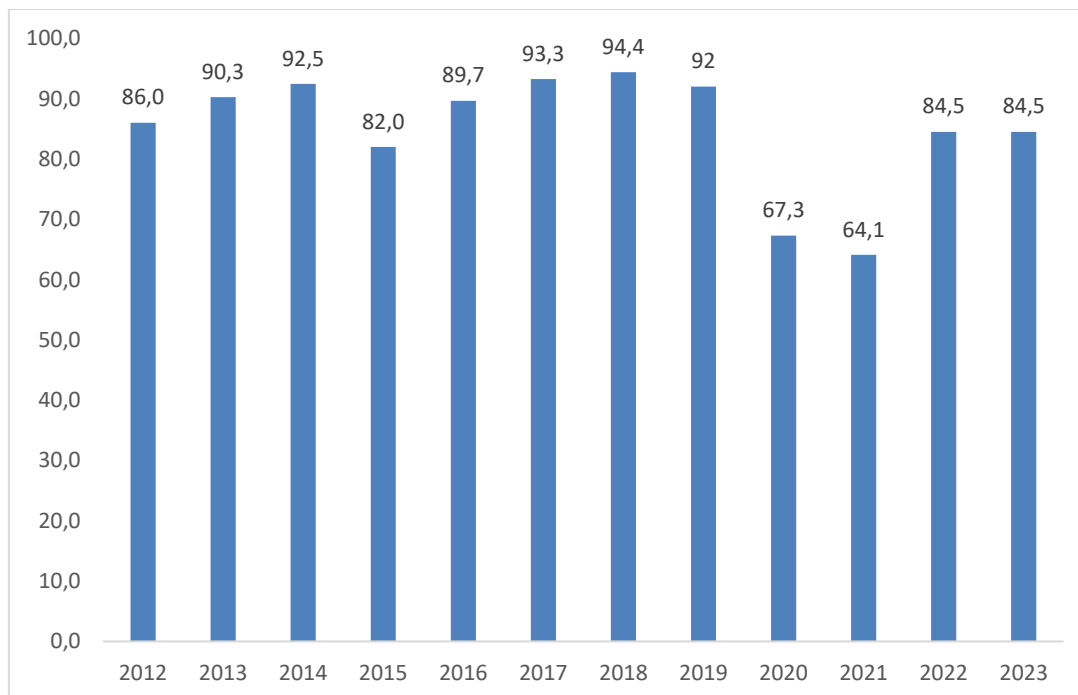
As avaliações consideram a produção ambulatorial e hospitalar, oriundas respectivamente do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Datasus e as metas qualitativas que estão relacionadas à qualidade da atenção hospitalar nas dimensões assistencial, da gestão, do ensino e da pesquisa.

O HC-UFMG tem envidado esforços no aprimoramento do acompanhamento da contratualização com o gestor do SUS, assegurando o cumprimento das metas estabelecidas e o alinhamento da prestação de serviços com a missão institucional. Busca-se, assim, o equilíbrio entre a oferta de serviços e as demandas acadêmicas no nível da graduação e da pós-graduação.

No Gráfico 1 tem-se a evolução do desempenho do HC-UFMG na contratualização com a SMSA, destacando-se a meta de 90%, compatível com recebimento pleno dos incentivos financeiros previstos. No período de vigência do PDE anterior, a avaliação do Gestor SUS foi impactada pela pandemia e mais recentemente pela redução de produção causada pela falta de profissionais em determinadas especialidades, afastamentos e licenças.

Ressalta-se que durante a pandemia, por determinações do Ministério da Saúde através das leis nº 13.992 de 22/04/2021 e nº14.189 de 28/07/2021, houve a suspensão da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas até 31/07/2022. Não houve descontos pelo não atingimento das metas qualitativas em 2020 e 2022.

Gráfico 1 – Cumprimento das metas de contratualização SUS, Hospital das Clínicas da UFMG, 2012-2023



Fonte: Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

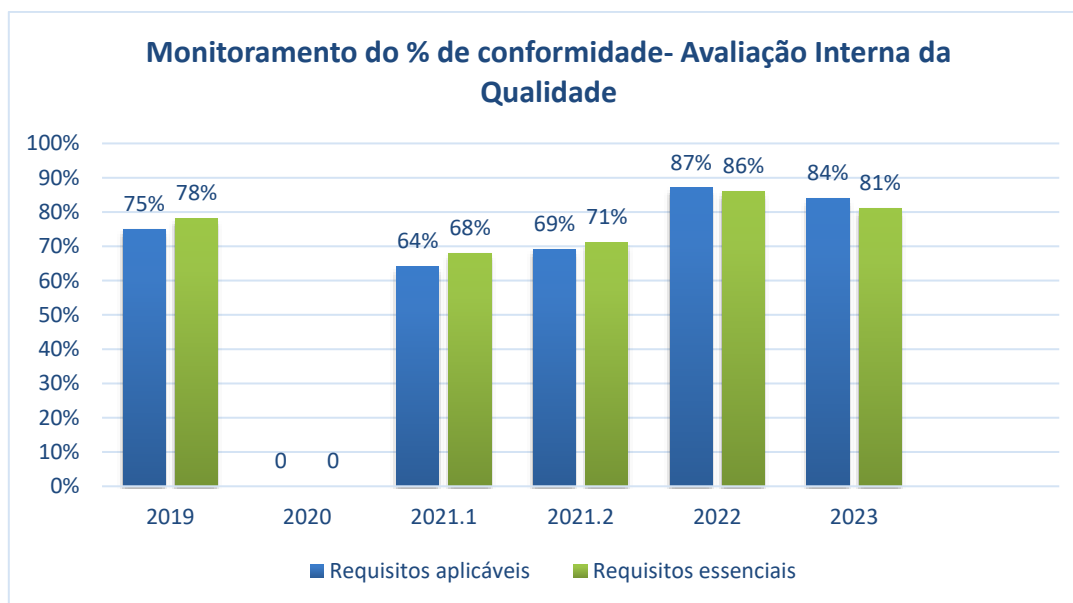
6 AVALIAÇÃO DO SELO EBSERH DE QUALIDADE

O HC-UFMG participa ativamente do Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali), instituído pela Ebserh em novembro de 2018, como forma de promover a cultura de melhoria contínua dos processos e dos serviços a fim de reduzir a fragmentação do cuidado prestado, bem como aprimorar o ensino, a pesquisa e extensão.

Este programa utiliza a Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis) assim através dessa atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, avalia-se o nível de conformidade e oportunidades de melhoria dos processos organizacionais da instituição com base nos requisitos estabelecidos no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (EBSERH, 2022). A AVAQualis é realizada por um grupo de profissionais representantes da Gerência de Atenção à Saúde, Gerência Administrativa, Gerência de Ensino e Pesquisa e Superintendência que formam a Comissão AVAQualis.

O HC-UFMG/Ebserh vem obtendo resultados significativos no programa de qualidade desde a sua criação, demonstrando total aderência e despontando como um dos principais hospitais da rede:

Gráfico 2 - Evolução de conformidades das avaliações internas da qualidade



Fonte: Setor de Gestão da Qualidade.

Obs.: Em 2020 não houve avaliação em função da Pandemia de Covid-19

Em 2022, dos 708 requisitos avaliados, 610 foram conformes, 89 não conformes e 9 requisitos não aplicáveis, representando 87% de conformidade. Já em 2023, obteve-se 84% de conformidade, dos 708 requisitos avaliados, 586 foram conformes, 114 não conformes e 8 requisitos não aplicáveis.

A análise das não conformidades permitiu categorizar os problemas de qualidade em 07 (sete) categorias de análise: Gestão Documental, Gestão do Cuidado, Gestão do risco assistencial, Gestão de Pessoas, Gestão da Infraestrutura, Gestão de Dados, Gestão da Hotelaria. A gestão documental (elaboração, atualização e revisão de IT/protocolo) foi a que apresentou maior impacto sobre os requisitos avaliados como não conformes, seguido da Gestão do Risco Assistencial (metas internacionais de segurança do paciente) e capacitação dos profissionais.

Cumprir destacar melhora significativa no percentual de conformidades relacionadas à jornada de ensino e extensão que apresentou sete não conformidades no relatório de 2022 e no de 2023 apresentou conformidade em todos os requisitos avaliados (n=30). Requisitos relacionados à

gestão de colegiados, comissões e comitês também apresentaram melhora significativa no percentual de conformidade: saltaram de oito não conformidades no ano de 2022 para quatro não conformidades em 2023, resultado de uma ação planejada e implementada no Ciclo de Melhoria.

Os ciclos de melhoria são iniciados a partir da identificação de um problema de qualidade ou de uma oportunidade de melhoria nos processos assistenciais, ensino e pesquisa, gestão e apoio. Os ciclos de melhoria têm um papel fundamental e podem ser consideradas as atividades mais importantes de um Programa de Qualidade já que visam dar tratativas a problemas de qualidade e aprimorar continuamente os processos implementados.

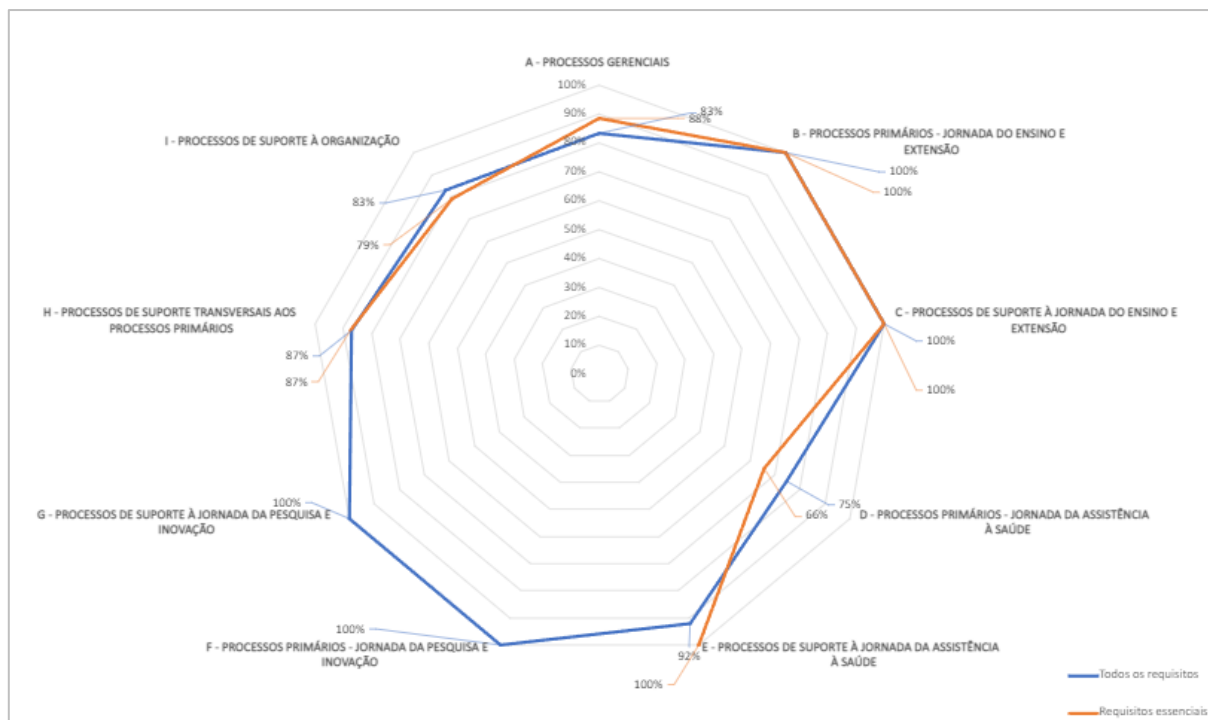
Os ciclos de melhoria implementados pelas unidades foram monitorados por meio do indicador “percentual de ações do ciclo de melhoria implementadas” pactuado com as unidades organizacionais. Além disso o Plano de Melhoria da Qualidade (PMQ) foi elaborado pelas equipes do HC-UFMG, com a coordenação da Unidade de Gestão da Qualidade (UGQ) e do Setor de Gestão da Qualidade (STGQ). Para elaboração do PMQ, foram considerados dez requisitos essenciais não conformes na 3ª Avaliação Interna da Qualidade (2022) priorizados segundo Matriz de Priorização do Método de Gestão por Processos Ebserh e validados pelo Colegiado Executivo conforme Manual de Elaboração, Monitoramento e Análise do PMQ.

A execução das ações definidas no PMQ foi realizada ao longo do ano de 2023 pelos setores responsáveis, com o constante monitoramento da UGQ e STGQ, com o registro do andamento e do status de cada ação em planilha eletrônica do PMQ. Dos dez requisitos essenciais não conformes priorizados, oito alcançaram a conformidade.

A implementação do PMQ envolveu diferentes unidades organizacionais do hospital para a execução das ações. Com a implementação do PMQ e execução das ações planejadas, os seguintes resultados foram alcançados:

- Normatização do funcionamento e acervo documental das Comissões da Instituição por meio da Norma 112 “Comissões Obrigatórias e Comissões Assessoras”;
- Corresponsabilização das chefias das unidades organizacionais no monitoramento direto das ações planejadas;
- Monitoramento contínuo do acervo documental que constitui evidências dos requisitos de qualidade do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade ao longo do ano 2023.

Gráfico 3 – Resultado da 4ª Avaliação Interna da Qualidade, 2023



Fonte: Relatório da AvaQualis HC-UFMG 2023

Assim, o Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali), reflete em bons percentuais de conformidade ao longo dos anos e em melhorias observadas em diversas áreas. É importante também reconhecer que as metas internacionais de segurança do paciente, a manutenção da gestão documental e desenvolvimento de capacitação dos profissionais são os desafios a serem superados pela instituição na área de qualidade e segurança do paciente.

7 PESQUISA DE CULTURA DE SEGURANÇA

A cultura de segurança do paciente é importante componente estrutural da qualidade dos serviços de saúde, pois ela favorece a implantação de práticas seguras e a diminuição da ocorrência de eventos adversos relacionados à saúde, causados por falhas durante a assistência.

A Pesquisa de Segurança do Paciente é utilizada como uma das estratégias de fortalecimento da Cultura de Qualidade e Segurança do Paciente na instituição. O HC-UFMG aplica a cada dois anos o questionário HSOPSC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) para medir a cultura de

segurança, riscos assistenciais e condições organizacionais que podem levar a possíveis danos aos pacientes. Todos os profissionais do vínculo UFMG e EBSERH são convidados a participar da pesquisa. Com base nos resultados são definidas ações para melhoria da cultura de segurança na instituição.

Nas pesquisas aplicadas nos anos de 2021 e 2023, utilizando a mesma metodologia, temos como destaque as seguintes dimensões com alto percentual de respostas positivas:

- Aprendizagem organizacional/melhoria continuada;
- Trabalho em equipe na unidade/serviço;
- Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança.

Já a dimensão “resposta não punitiva aos erros” destaca-se como uma das dimensões com baixo percentual de respostas positivas em dois anos seguidos. Nessa dimensão os participantes consideram que seus erros podem ser usados contra eles, além de temerem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais.

A dimensão considerada como “percentual geral da cultura de segurança na instituição” tem média de 58% de resposta positiva (bom/excelente) nas últimas três pesquisas realizadas. Como oportunidade de melhoria e problemas a serem superados foram elencados a cultura justa, o trabalho em equipe e a comunicação eficaz.

8 ACORDO ORGANIZATIVO DE COMPROMISSOS

O Acordo Organizativo de Compromissos (AOC) instituído em 2024, firma os compromissos orçamentários e as responsabilidades entre a Ebserh e os Hospitais da Rede. O AOC foi iniciado em 2019 no modelo de Plano de Aplicação de Recursos (PAR) para permitir a previsibilidade, a sustentabilidade econômico-financeira, a transparência, o monitoramento e o controle das receitas e despesas nos HU's. O AOC se desdobra no Plano de Custeio, no Plano de Investimento e no Plano de Capacitação.

O Modelo de Gestão do AOC consiste no planejamento anual das despesas para os grupos de Prestação de Serviços e Materiais de Consumo, realizado a partir do levantamento das despesas com insumos e contratos e seus reajustes e repactuações. Estas despesas compõem o Plano de

Aplicação de Custeio, que é ajustado conforme a previsão de Receita SUS e Receita Própria do hospital para ano orçamentário.

Para o Plano de Investimento é realizado o levantamento anual das prioridades de aquisição de obras, equipamentos médicos, equipamentos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), mobiliários, itens que compõe o grupo Reestruturação Física e Tecnológica. Os recursos para aquisição de itens de investimento estão previstos no AOC e são advindos de Termos de Execução Descentralizada advindos do Ministério da Saúde, emendas parlamentares federais, Recursos Próprios e PRHOSUS.

O Modelo de Gestão AOC estruturou a forma de priorização e execução dos recursos no HC-UFMG/Ebserh, com possibilidade de adequação dos planos em duas janelas de revisão no ano, além de monitoramento dos processos licitatórios e dos empenhos. Foi implementada também a prestação de contas parcial e a prestação de contas final e construído um painel de monitoramento no aplicativo Power BI para o acompanhamento das informações. A partir deste modelo de gestão, com previsibilidade de receitas e monitoramento das despesas, foi possível executar 100% dos recursos disponibilizados nos últimos anos, com aplicação de recursos visando o alcance dos objetivos estratégicos do PDE.

O AOC também prevê 12 indicadores de produção e de resultados do hospital que devem ser monitorados e analisados com as equipes do hospital com o objetivo de aprimorar os processos e estimular o alcance das metas propostas.

Nos últimos anos o esforço de gestão em cumprir os planos de aplicação permitiu empenhar 100% dos recursos de custeio e investimento recebidos e várias aquisições importantes para a manutenção do adequado funcionamento do hospital.

9 PRINCIPAIS ACHADOS E RECOMENDAÇÕES

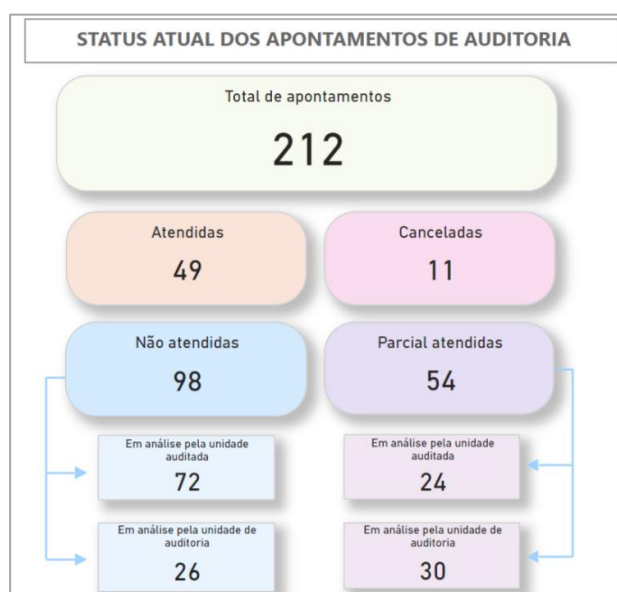
No período de 2018 a 2023, foram realizadas 33 auditorias pelos diversos órgãos de controle, gerando 321 apontamentos. Desses, foram arquivados 217 apontamentos, ficando um residual atual de 100 apontamentos cujas ações de tratamento estão em execução. Atualmente, de acordo com o critério utilizado pela Auditoria da Ebserh, o percentual de resolução dos apontamentos corresponde a 67,60%.

Os apontamentos referem-se a aprimoramento e/ou implantação de controles internos, visando redução de riscos relacionados a gestão de estoques, gestão assistencial, gestão de folha

de pagamento, infraestrutura, regulação, cessão de bens, faturamento, dentre outros. Para tanto, são mantidas ações preventivas junto às principais áreas de risco para não haver recorrência.

Destaca-se que em 2022 foi instituída a Unidade de Gestão de Riscos que é uma estrutura importante de monitoramento dos riscos institucionais e acompanhamento dos apontamentos de auditorias junto as áreas responsáveis.

Figura 12 – Status dos apontamentos de auditoria



10 PAINEL DE CONTRIBUIÇÃO DA REDE EBSERH

A análise dos desafios a serem superados pelo HC-UFMG considera o Painel de Contribuição da Ebserh disponível no processo 23477.022748/2023-67 e no seguinte endereço: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/plano-de-negocios>.

11 ESTRATÉGIA DO HC-UFMG

11.1 Declaração de Visão do HC-UFMG

Consolidar-se como Hospital Universitário Público Federal de excelência em assistência à saúde, ensino, pesquisa e inovação, a serviço dos usuários do SUS.

11.2 Macroproblemas

Tabela 2

Macroproblemas, Causas Raízes e Propostas de Solução identificadas

	Descrição do Macroproblema	Causa Raiz do Macroproblema	Proposta de Solução
Sociedade (Assistência)	Cuidado fragmentado e não centrado no paciente.	Falta uma cultura organizacional que priorize os processos e resultados.	Garantir o acesso a propedêutica de imagem e aos resultados em até 30 dias para os pacientes em diagnóstico e estadiamento oncológico
	Cuidado fragmentado e não centrado no paciente (cirúrgico)	Falta uma cultura organizacional que priorize os processos e resultados.	Aumentar o número e a eficiência das cirurgias, reduzindo o tempo do paciente na lista de espera cirúrgica. Assegurar e implementar práticas centradas na mulher e no neonato de forma a diagnosticar e tratar oportunamente os agravos à saúde materno-infantil.
Sociedade (Ensino)	Distanciamento dos docentes e pouca participação dos preceptores	Falta de reconhecimento da importância da preceptorial no ensino e da necessidade de desenvolver habilidades em educar.	Melhorar a qualidade do ensino por meio da educação permanente de todos os atores envolvidos (docentes, preceptores de áreas assistenciais e administrativas) no âmbito do ensino de graduação e pós-graduação, em desenvolvimento de competências que o instrumentalize como educador, até 2025.
Sociedade (Pesquisa)	Pouca visibilidade dos projetos de pesquisa e de seus resultados.	Falta de plano de monitoramento dos resultados das pesquisas, que envolva as unidades, os pesquisadores e a GEP.	Melhorar a valorização e visibilidade de todas as pesquisas acadêmicas, clínicas e de inovação, por meio de um Plano de Monitoramento e ferramentas de apoio que envolvam as unidades e pesquisadores até 2025.

<p>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança</p>	<p>Cultura de sustentabilidade ambiental e de responsabilidade social insuficientes</p>	<p>Falta de uma política dedicada às ações de sustentabilidade ambiental e responsabilidade social integradas</p>	<p>Desenvolver, aplicar e fortalecer boas práticas relacionadas a sustentabilidade ambiental, responsabilidade social e acessibilidade para os trabalhadores, usuários do SUS, e comunidade acadêmica.</p>
<p>Desenvolvimento Institucional</p>	<p>Sistemas insuficientes e inadequados às necessidades institucionais associados à instabilidade da rede.</p>	<p>Estrutura verticalizada para tomada de decisão na definição dos sistemas para o hospital.</p>	<p>Agregar melhorias e eficiência aos processos assistenciais e administrativos por meio de reestruturação da infraestrutura de rede.</p>
<p>Sustentabilidade Financeira</p>	<p>Insuficiência de controle da utilização dos insumos e contratos (desperdício).</p>	<p>Falta de sistema integrado e robusto aliado a modelagem de processos adequado.</p>	<p>Implantar a rastreabilidade e aprimorar as medidas de controle na utilização de materiais medicamentos e OPME e gestão de contratos visando reduzir os desperdícios e assegurar a sustentabilidade financeira e adequando as normativas da Ebserrh.</p>
	<p>Insuficiência de controle da utilização dos insumos e contratos (desperdício).</p>	<p>Falta de sistema integrado e robusto aliado a modelagem de processos adequado.</p>	<p>Qualificação do faturamento de procedimentos ambulatoriais de alto custo</p>
<p>Desenvolvimento do Trabalhador</p>	<p>Ausência de uma política institucional para reconhecer e valorizar os talentos e de uma cultura justa.</p>	<p>Ausência de uma política institucional para reconhecer e valorizar os talentos e de uma cultura justa</p>	<p>Elaborar e instituir um projeto de Promoção de Saúde e Valorização de todos os trabalhadores, de forma a integrar e fomentar iniciativas para a melhoria do ambiente, da qualidade de vida no trabalho e do engajamento das equipes.</p>
	<p>Ausência de um programa institucional de educação permanente e de desenvolvimento de lideranças</p>	<p>Falta de investimentos em programas de educação permanente e desenvolvimento de lideranças.</p>	<p>Implementar de forma sistematizada o Plano de Educação Permanente do Trabalhador</p>

12 PAINEL DE CONTRIBUIÇÃO DO HC-UFMG

O Painel de Contribuições do HC-UFMG apresenta os projetos estratégicos em cada pilar Assistência, Ensino, Pesquisa, Sustentabilidade, Governança, Responsabilidade Ambiental, Social, e Governança, Desenvolvimento Institucional, Sustentabilidade Financeira e Desenvolvimento do Trabalhador, bem como, os indicadores e metas anuais que vão colaborar para o alcance dos objetivos estratégicos da Rede Ebserh. A escolha dos projetos de cada pilar foi com base nas propostas de solução dos macroproblemas apontadas em cada pilar nas oficinas de construção do PDE. Os indicadores e os projetos do Painel de Contribuições estão detalhados nas Fichas de Indicadores.

Tabela 3
Painel de Contribuição do Hospital das Clínicas da UFMG

Tema Estratégico	Cód.	Objetivo Estratégico	Indicador Local	Metas 2025	Projeto Local	Área Responsável
Sociedade	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	Taxa de cesárea	42%	Fortalecimento do cuidado obstétrico e neonatal	GAS
	OE03	Ampliar e qualificar a participação na rede nacional de cuidados oncológicos	Tempo médio solicitação-laudo de exames de imagem oncológicos	30 dias	Linha do cuidado de pacientes oncológicos: acesso à propedêutica de imagem	GAS
	OE04	Participar da implementação da Política Nacional de Atenção Especializada e do esforço de redução de filas	Taxa de expansão de cirurgias eletivas	10%	Incremento das cirurgias e redução das filas de espera	GAS
	OE07	Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores	% de preceptores capacitados	Aumento 29% em relação à 2024	Qualificação permanente de preceptores e reconhecimento da inserção do docente no HC-UFMG/Ebserh	GEP
	OE09	Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	% satisfação do pesquisador	90%	Pesquisa de Todos para Todos	GEP
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (ESG)	OE12	Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	% de cumprimento das ações de sustentabilidade ambiental, responsabilidade social e acessibilidade	50%	Cultura e Prática de ESG	SUPRIN
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (ESG)	OE13	Prevenir e enfrentar o assédio e a discriminação	% de conhecimento de ESG pelos trabalhadores	50%		SUPRIN

Desenvolvimento Institucional	OE14	Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa	% orçamento do Projeto de Cabeamento Estruturado empenhado	100%	Estruturação do Hospital das Clínicas para Inovação Tecnológica	SUP
Sustentabilidade Financeira	OE20	Ampliar e diversificar as fontes de financiamento	% Incremento financeiro APAC	10%	Qualificação do processo de faturamento de procedimentos ambulatoriais de alto custo	GAD
	OE21	Aprimorar os processos de compras e contratações	% de aderência às cotas de insumos	85-115%	Rastreabilidade e Eficiência na Utilização de Insumos e Gestão de Contratos	GAD
Desenvolvimento do Trabalhador	OE23	Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores	% adesão dos profissionais aos eventos do projeto/programa	80%	Projeto Integrativo de Promoção de Saúde e Valorização do Trabalhador	GAD
	OE24	Desenvolver estratégias de educação permanente e continuada	Taxa de adesão às capacitações ofertadas	80%	Programa Integrado de Educação Permanente	GAD

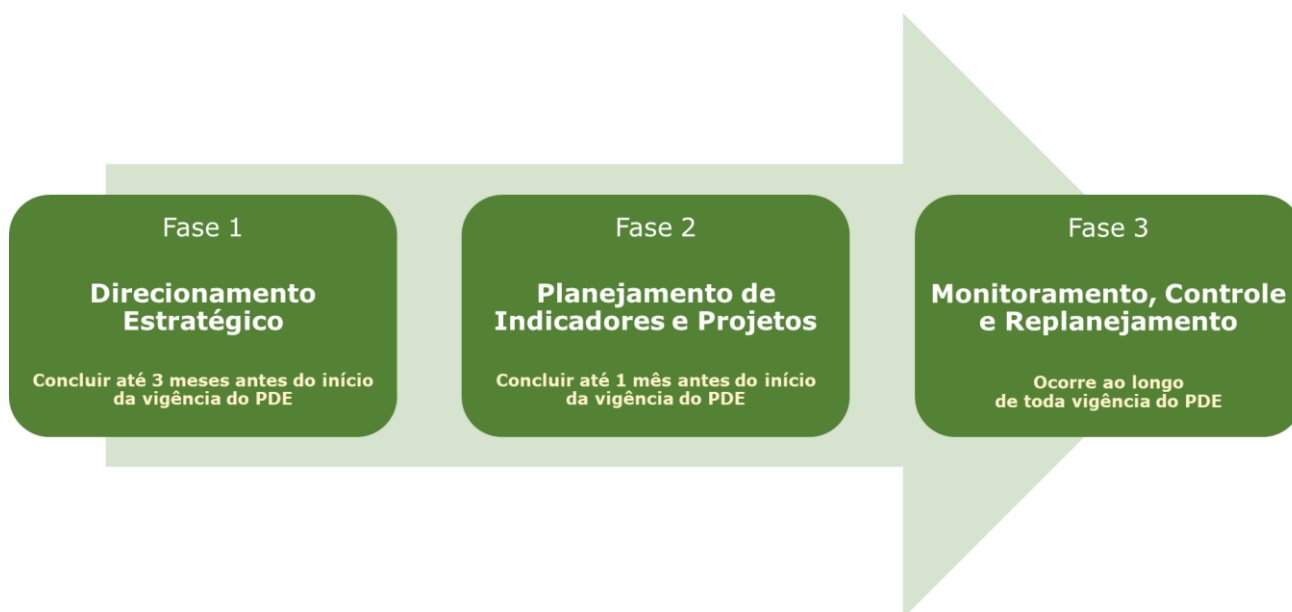
13 MONITORAMENTO

13.1 Modelo de Gestão do PDE

A fase 3 da Metodologia de Gestão Estratégica dos Hospitais, que se refere ao monitoramento, controle e replanejamento dos projetos estratégicos, se mostra como fator crítico de sucesso, para garantir a execução das ações e o pulso dos projetos ao longo da vigência do PDE. A partir do monitoramento da execução desses projetos, será possível avaliar os avanços e entraves em direção a metas estabelecidas.

Dessa forma, definiu-se um Modelo de Gestão do PDE, em que estão descritos quais os tipos de atividades de monitoramento e controle, os responsáveis, quais as suas responsabilidades, quais as entregas, bem como qual a periodicidade do monitoramento. Este modelo será composto por:

Figura 13
Fases da Metodologia de Gestão Estratégica dos Hospitais



Quadro 2
Modelo de Gestão do PDE

Tipo de Atividade	Composição	Responsabilidades	Entregável	Periodicidade
Reunião de Projeto	Gerentes de Projeto e equipe	Definir e organizar a execução das macro atividades previstas no cronograma do projeto. Responsáveis por manter atualizadas as informações sobre o andamento dos projetos no Project e dos indicadores designados.	Cronograma de monitoramento atualizado	Conforme regimento do grupo de trabalho

Tipo de Atividade	Composição	Responsabilidades	Entregável	Periodicidade
Reunião de Monitoramento do Projeto	Unidade de Gestão Estratégica, SEGOV e Gerentes de Projeto	Monitorar os projetos e apoiar nas dificuldades encontradas	Project Atualizado/ Resultado dos indicadores	Bimestral
Reunião de Colegiado Executivo	Colegiado Executivo, Unidade de Gestão Estratégica, SEGOV e Gerentes de projetos	Avaliar os resultados dos projetos, deliberar sobre recursos e destravar ações que precisam de autorizações.	Apresentação/Relatório da execução/Resultado dos indicadores	Quadrimestral

Os gerentes de projetos e os membros de cada equipe foram devidamente nomeados em Portarias SEI e publicados no Boletim de Serviços institucional.

O Modelo de Gestão do PDE está organizado em três momentos, o primeiro é a Reunião de Projeto que são os encontros dos gerentes de projetos com as equipes para definição e organização da execução das atividades, o segundo é a Reunião de Monitoramento de Projeto com a Unidade de Gestão Estratégica para verificação do andamento das atividades, preenchimento adequado do Project e monitoramento dos indicadores e o terceiro momento é a reunião trimestral com o Colegiado Executivo para avaliação dos resultados dos projetos, deliberar sobre recursos e destravar ações que precisam de autorizações.

A ferramenta utilizada para acompanhamento dos projetos é o Microsoft Project, aplicativo onde serão controlados os cronogramas das atividades, bem como os seus responsáveis. Cada projeto será cadastrado no Portal de Projetos da Rede Ebserh (<https://project.microsoft.com/pt-BR/>) e será de responsabilidade de cada gerente o seu preenchimento durante a execução do projeto, o gerente de portfólio dará suporte e treinamentos sempre que necessário. O Serviço de Gestão Estratégica da Ebserh realizará o monitoramento dos projetos locais por meio do Project.

Ao final do ciclo será realizado o encerramento do PDE com o objetivo de elaborar um diagnóstico sobre toda trajetória do PDE, analisando as entregas realizadas, discutindo os resultados alcançados frente as metas pactuadas, listando os benefícios e as lições aprendidas. O ciclo do PDE se encerrará em 2028 com um relatório de Gestão do PDE analisando as entregas e os resultados alcançados, os impactos e transformações providas.

14 MODELO DE COMUNICAÇÃO

O Modelo de Comunicação do PDE delinea como a comunicação no ciclo de gestão estratégica será efetuada no âmbito do hospital. Este trecho aborda o processo que guiará a comunicação institucional tanto para os atores internos quanto para os externos.

A comunicação e a transparência são fundamentais para o engajamento das partes envolvidas e para o desenvolvimento da percepção dos impactos e conquistas decorrentes das ações estratégicas pelas pessoas da instituição. Portanto, o Modelo de Comunicação abrange a divulgação do PDE entre os trabalhadores, chefias, comunidade acadêmica, Conselho Diretor, Conselho de Saúde e usuários do SUS.

O Modelo estabelece os documentos padronizados para comunicação institucional de divulgação do PDE e os padrões e periodicidade dos relatórios sobre a execução dos projetos estratégicos.

Quadro 3
Lista de Itens de Comunicação da Gestão Estratégica no Hospital

Objeto da Mensagem	Origem	Destino	Canal e Forma	Periodicidade
Divulgação do PDE para a comunidade	Unidade Planejamento, SEGOV e Unidade de Comunicação	Reitora Gestor SUS Trabalhadores Chefias, Comunidade Acadêmica, Conselho Diretor Conselho de Saúde Usuários SUS	Seminário do PDE	Quinquenal
Divulgação do Painel de Contribuição	Unidade Planejamento e SEGOV	Trabalhadores Chefias, Comunidade Acadêmica, Usuários SUS	Documento físico nos quadros de Gestão à Vista	Quinquenal
Divulgação do Documento do PDE	Unidade Planejamento e SEGOV	Trabalhadores Chefias, Comunidade Acadêmica, Usuários SUS	Site do hospital por meio digital. Boletim de Serviço	Quinquenal *atualizações sempre que necessário
Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos locais)	Chefe da Unidade de Gestão Estratégica	Colegiado Executivo	Documento em meio digital Apresentação em colegiado executivo	Quadrimestral

Relatório de Gestão do PDE	SEGOV, Unidade de Gestão Estratégica e Unidade de Gestão de Riscos e Controles Internos	Colegiado Executivo Trabalhadores Chefias, Comunidade Acadêmica, Usuários SUS	Capítulo no Relatório Anual de Gestão	Anual
Publicação/Revisões/Atualizações no PDE	Colegiado Executivo	- DVPE - Reitoria - Comissão de monitoramento do contrato de gestão/Ifes - Site do HUF - Unidade de Comunicação Social	Site do hospital por meio digital	Sempre que deliberado pelo Colegiado Executivo

15 CALENDÁRIO


DOCUMENTO/EVENTO	ORIGEM	DESTINO	PERIODICIDADE
Reunião de Monitoramento e Avaliação dos Projetos	Gerentes dos Projetos	Unidade de Gestão Estratégica	Bimestral
Relatório de Monitoramento do PDE Colegiado Executivo	Gerentes dos Projetos e Unidade de Gestão Estratégica	Colegiado Executivo	Quadrimestral
Relatório de Gestão do PDE	Gerentes dos Projetos e Unidade de Gestão Estratégica	Colegiado Executivo/Trabalhadores	Anual


16 ANEXOS

16.1 Fichas dos Indicadores Locais

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/governanca/gestao-estrategica/planejamento-estrategico/>

16.2 Fichas do Projetos Locais

	FICHA DO PROJETO					Versão
	TIPO	Projeto local (PDE)	UNIDADE	HC-UFMG	CÓD	2
						1.01
IDENTIFICAÇÃO						
Nome do projeto:	Linha do cuidado oncológico de pacientes: acesso à propedêutica					
Gerente do projeto:	Ana Paula Borges Santos Ruas					
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias					
Área responsável:	GAS					
Data de início do projeto:	06/2024					
Data de término do projeto:	12/2028					
Tema estratégico:	1.01 Assistência					
Indicador impactado pelo projeto 1	Percentual de pacientes oncológicos com início de tratamento em até 60 dias					
Indicador impactado pelo projeto 2	Tempo Médio Solicitação-Laudos de Exames de Imagem Oncológicos					
Macroproblema:	Cuidado fragmentado e não centrado no paciente.					
Causa raiz:	Porque não conseguimos implementar uma cultura organizacional que priorize os processos e resultados.					
Objetivo do projeto	Garantir o acesso a propedêutica de imagem e aos resultados em até 30 dias para os pacientes em diagnóstico e estadiamento oncológico.					
Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite			
Realizar diagnóstico (demandas de exames, indicações, produção, prazos, etc).	Diagnóstico realizado (TC, ressonância, cintilografia, US)	30/04/2024	30/07/2024			
Mapear o percurso do paciente oncológico no acesso à propedêutica de imagem.	Processo mapeado e incluído na linha do cuidado	30/04/2024	30/07/2024			
Estabelecer processos e normativas de agendamento e de resultados de exames (diagnóstico e estadiamento).	Fluxos e normativas publicadas e implementadas	01/08/2024	30/03/2025			
Pactuar critérios de indicações de exames de imagem para pacientes oncológicos.	Documento publicado e implementado	01/08/2024	30/03/2025			
Definir a doença oncológica para a elaboração de protocolo multiprofissional.	Documento publicado	30/04/2024	31/12/2025			

	FICHA DO PROJETO					Versão
						2
	TIPO:	Projeto local (PDE)	UNIDADE	HC-UFMG	CÓD:	1.02
IDENTIFICAÇÃO						
Nome do projeto:	Incremento das cirurgias e redução das filas de espera					
Gerente do projeto:	Sílvia Zenóbio Nascimento					
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias					
Área responsável:	GAS					
Data de início do projeto:	05/2024					
Data de término do projeto:	12/2028					
Tema estratégico:	1.01 Assistência					
Indicador impactado pelo projeto 1	Taxa de expansão de cirurgias eletivas					
Indicador impactado pelo projeto 2	Percentual de cirurgias oncológicas realizadas em 60 dias					
Macroproblema:	Cuidado fragmentado e não centrado no paciente cirúrgico					
Causa raiz:	Não conseguimos implementar uma cultura organizacional que priorize os processos e resultados do paciente cirúrgico					
Objetivo do projeto	Aumentar o número de cirurgias (ampliar) e a eficiência do bloco cirúrgico (melhoria de processo), reduzindo o tempo do paciente na lista de espera cirúrgica.					
Macroatividade						
	Macroatividade	Entregas previstas		Data de início	Data limite	
	Recompor a equipe dimensionada para o centro cirúrgico	Solicitar autorização de vagas para contratação e alocar os profissionais dimensionados para a unidade		01/06/2024	01/12/2024	
	Desenhar o fluxo do paciente cirúrgico do agendamento da cirurgia até a alta para domicílio ou admissão em unidade assistencial	Fluxo desenhado. Revisar e validar em 30 dias. Publicar em 60 dias.		20/05/2024	20/07/2024	
	Estabelecer uma grade fixa básica de horários cirúrgicos	Estabelecer o potencial de oferta de horários cirúrgicos considerando a disponibilidade de RH (com IST e índice de absenteísmo) e de equipamentos, materiais e medicamentos em 2 meses.		01/06/2024	01/08/2024	

Melhorar a programação cirúrgica	Programar o agendamento das cirurgias com a devida antecedência (de semanal para mensal) por meio da atuação de um profissional técnico navegador em 6 meses.	01/06/2024	01/12/2024
Aumentar a eficiência na utilização das salas	Garantir vaga (vaga zero) para as primeiras cirurgias da manhã Agendar as primeiras cirurgias para 7h Iniciar cirurgias no horário previsto Reduzir o tempo de giro de sala Retomar o <i>huddle</i> Abrir a sala de giro no turno da tarde Estabelecer enfermeiro de referência técnico-administrativa para a organização dos processos cirúrgicos do dia Garantir a autonomia do gestor do bloco cirúrgico para modificar o mapa cirúrgico a fim de adequar as cirurgias à sua previsão de duração e disponibilidade de horário, conforme a dinâmica do bloco.	01/06/2024	01/06/2026
Ação das Unidades Cirúrgicas e Terapias Intensivas	Agilizar liberação de leitos Preparar o paciente tempestivamente para encaminhamento ao bloco cirúrgico Otimizar a transferência de cuidados do paciente pós-cirúrgico	01/06/2024	01/06/2026



FICHA DO PROJETO					Versão
					1
TIPO:	Projeto local (PDE)	UNIDADE:		Projeto local (PDE)	1.03

IDENTIFICAÇÃO


Nome do projeto:	Fortalecimento do Cuidado Obstétrico e Neonatal
Gerente do projeto:	Andréia Portilho Silva Ribeiro
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias
Área responsável:	GAS
Data de início do projeto:	08/2024
Data de término do projeto:	12/2028
Tema estratégico:	1.01 Assistência
Indicador impactado pelo projeto 1	Taxa de cesárea
Indicador impactado pelo projeto 2	% de alta em até 48 horas para RNs de risco habitual
Indicador impactado pelo projeto 3	Incidência de IRAS (IPCSL PAV)
Macroproblema:	Cuidado fragmentado e sem centralização no paciente, impactando na continuidade e na qualidade do atendimento
Objetivo do projeto	Assegurar e implementar práticas centradas na mulher e no neonato de forma a diagnosticar e tratar oportunamente os agravos à saúde materno-infantil

Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
Aderir a projeto de cooperação técnica	. Adesão ao Projeto de Cooperação com IFF	07/2024	08/2024
Realizar diagnóstico do perfil assistencial	. Estratificação de dados por meio da Classificação de Robson . Diagnóstico do perfil de operação cesariana (Ação: implementação da Comissão de cesariana) . Diagnóstico do perfil de neonatos do alojamento conjunto . Diagnóstico do perfil social da família . Sistematização	08/2024	12/2028
Monitoramento e divulgação contínua dos dados	Retomar a utilização do SISMATER ou outro sistema compatível de monitoramento (atualizar o software)	08/2024	12/2028


Capacitar as equipes	<ul style="list-style-type: none"> . Boas práticas obstétricas; . Urgências obstétricas . Prevenção de IRAS 	08/2024	12/2028
Qualificar pré-natal com orientações de parto	<ul style="list-style-type: none"> . Consultas sistematizadas por equipe multiprofissional; . Sistematização do plano de parto; . Sistematização de ferramenta de transferência de cuidado ambulatorio - obstetrícia . Protocolo de parto cesariana a pedido elaborado . Diagnóstico do perfil social da família/fluxo de atendimento com a assistente social do 4º andar 	08/2024	12/2028
Enfermeiro navegador (monitorar e apoiar)	<ul style="list-style-type: none"> . Redução do tempo de internação . Atuação nos entraves de propedêuticas . Agendamento retorno 	08/2024	12/2028
Times de controle de infecção	<ul style="list-style-type: none"> . Implementação efetiva do monitoramento da manutenção de cateter . Treinamentos continuados de prevenção de infecções . Melhorar taxa de adesão à higienização das mãos . Implementar reuniões de análise crítica dos indicadores de infecção 	08/2024	12/2028
Qualificar o cuidado materno e neonatal	<ul style="list-style-type: none"> . Implementação de rotina de reuniões multidisciplinares entre neonatologia e obstetrícia para elaboração de plano de cuidados singular. . Implementação de comissão de cesarianas. . Implementação do "Huddle" sistematizado e com participação representativa na rotina assistencial. . Valorização do enfermeiro especialista com sua inclusão na discussão dos planos de cuidado. . Implementação da classificação de risco obstétrico. . Implementação de rotina de discussão e promoção de melhorias a partir dos "near miss". . Recomposição dos déficits das equipes assistenciais. . Fortalecimento do processo de cirurgia segura, incluindo revisão do "check list" de cirurgia segura. . Organização para implementação da rotina de exames para alta junto à ULAC. 	08/2024	12/2028

	FICHA DO PROJETO				Versão
					2
TIPO:	Projeto local (PDE)	UNIDADE:	HC-UFMG	CÓD:	2.01
IDENTIFICAÇÃO					
Nome do projeto:	Qualificação permanente de preceptores e reconhecimento da inserção do docente no HC-UFMG/Ebserh				
Gerente do projeto:	Vitória Emília Gomes Marques				
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias				
Área responsável:	GEP				
Data de início do projeto:	06/2024				
Data de término do projeto:	12/2025				
Tema estratégico:	1.02 Ensino				
Indicador impactado pelo projeto 1	Percentual de Preceptores Capacitados				
Macroproblema:	Distanciamento dos docentes e pouca participação dos preceptores que atuam no âmbito do Ensino no HC/UFMG/Ebserh				
Causa raiz:	Falta de reconhecimento da importância do ensino e da necessidade de desenvolver habilidades em educar.				
Objetivo do projeto	Melhorar a qualidade do ensino por meio da educação permanente de todos os atores envolvidos (docentes, preceptores de áreas assistenciais e administrativas) no âmbito do ensino de graduação e pós-graduação, em desenvolvimento de competências que o instrumentalize como educador, até 2025.				
Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite		
Diagnóstico situacional da atividade de preceptoria	<ul style="list-style-type: none"> . Formulário de coleta de dados elaborado; . Banco de dados identificado (alvo); . Formulário de identificação do Perfil e do cenário de preceptoria aplicado; . Relatório analítico apresentado. 	01/06/2024	31/08/2024		
Elaborar o Projeto de Ensino para capacitação permanente e continuada dos preceptores	<ul style="list-style-type: none"> . Acompanhar a construção do banco de dados do Diagnóstico Situacional da atividade de preceptoria. Construir o plano de oferta de qualificação considerando percursos formativos (Introdutório/Intermediário e Avançado); . Plano de qualificação aprovado; . Instrutores selecionados; 	01/07/2024	31/08/2024		

	<ul style="list-style-type: none"> . Plano de qualificação para preceptores incluindo cronograma formalizado e divulgado. 		
Ofertar cursos de capacitação permanente e continuada para preceptores em consonância com Projeto de Ensino.	<ul style="list-style-type: none"> . Cronograma de aplicação da qualificação para preceptores com meta de pelo menos 2 (duas) turmas por semestre; . Planilha de custeio elaborada e aprovada; . Registros de execução das capacitações junto à DIVGP; . Logística para implementação da capacitação providenciada; . Avaliação permanente do processo tendo o programa de monitoramento de satisfação da residência, da preceptoria, dos docentes e dos alunos de graduação de graduação como norteador de possíveis alinhamentos de percurso do projeto. 	01/09/2024	31/12/2025
Identificar oportunidades para valorizar e reconhecer a prática docente no âmbito do HC	<ul style="list-style-type: none"> . Definição das responsabilidades no âmbito da qualificação permanente do preceptor; . Parcerias com as unidades acadêmicas estreitada; . Manutenção da articulação permanente com a PROGRAD/UFMG; . Pelo menos uma iniciativa de valorização do docente operacionalizada no ano. 	01/08/2024	31/12/2025


	FICHA DO PROJETO					Versão
						2
	TIPO	Projeto local (PDE)	UNIDADE:	HC-UFMG	CÓD:	3.01
IDENTIFICAÇÃO						
Nome do projeto:	Pesquisa de Todos para Todos					
Gerente do projeto:	Sarah Teixeira Camargos					
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias					
Área responsável:	GEP					
Data de início do projeto:	04/2024					
Data de término do projeto:	04/2024					
Tema estratégico:	1.03 Pesquisa					
Indicador impactado pelo projeto 1	% satisfação do pesquisador					
Indicador impactado pelo projeto 2	Incremento no número de Pesquisas Aprovadas pela GEP					
Macroproblema:	Pouca visibilidade dos projetos de pesquisa e de seus resultados.					
Causa raiz:	Falta plano de monitoramento de pesquisas, que envolva as unidades, os pesquisadores e a GEP					
Objetivo do projeto	Melhorar a valorização e visibilidade de todas as pesquisas acadêmicas, clínicas e de inovação, por meio de um Plano de Monitoramento e ferramentas de apoio que envolvam as unidades e pesquisadores até 2025.					
Macroatividade						
Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite			
Criar Plano de monitoramento do progresso de todas as pesquisas realizadas na instituição envolvendo as unidades e pesquisadores. Conduzido pela Unidade de Gestão de Pesquisa	. Página no site do HC-UFMG para consulta do andamento das pesquisas criada e divulgada; . Localização das informações de pesquisa melhoradas no site.	02/05/2024	15/10/2024			
Implementar nas Unidades o Plano de monitoramento de pesquisas que envolva as unidades e pesquisadores	. Levantamento das informações necessárias pelos chefes de unidade para os pesquisadores iniciarem e monitorarem as pesquisas; . Piloto de implementação do Plano de Monitoramento das pesquisas realizadas nos ambulatórios.	15/04/2024	15/12/2024			
Criar instrumento para o pesquisador de entrega de relatório sintético das pessoas envolvidas e atividades desenvolvidas na unidade	Instrumento elaborado.	02/05/2024	15/10/2024			
Atualizar a Carta de Anuência com informação do Relatório para as Unidades	Carta de Anuência atualizada.	02/05/2024	15/10/2025			

<p>Realizar Encontro Científico dos Projetos de Pesquisa vinculados ao complexo HC-UFMG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Interação com o Centro de Pós-Graduação das unidades da UFMG; . Créditos de Extensão para apresentação nas pesquisas acadêmicas; . Encontro científico dos Projetos de Pesquisa realizado na Semana do Conhecimento da UFMG; . Apresentação dos TCCs dos residentes da Multi no Encontro Científico dos Projetos de Pesquisa; . Divulgação dos projetos na mídia - nas temáticas mensais; . Premiação de Melhores Trabalhos 	<p>15/04/2024</p>	<p>01/10/2025</p>
<p>Criar ferramentas de apoio aos pesquisadores e chefes de unidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Chatbot; . Minicurso; . Vídeo aula rede Pesquisa; . SPSS disponibilizado; . Plataforma REDCap; . Manual do Pesquisador. 	<p>15/04/2024</p>	<p>31/12/2025</p>
<p>Alinhamento entre as instâncias de regulação da pesquisa</p>	<ul style="list-style-type: none"> . SIS PQ Faculdade de Medicina/Rede Pesquisa Ebserh /Formulário GEP/Plataforma Brasil; . Ordem de aprovação entre os departamentos 	<p>31/12/2024</p>	<p>30/03/2026</p>


	FICHA DO PROJETO				Versão	
					2	
	TIPO:	Projeto local (PDE)	UNIDADE	HC-UFMG	CÓD	4.01
IDENTIFICAÇÃO						
Nome do projeto:	Cultura e Prática de ESG					
Gerente do projeto:	Patrícia Campos Chaves					
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias					
Área responsável:	SUPRIN					
Data de início do projeto:	01/2024					
Data de término do projeto:	12/2028					
Tema estratégico:	2.01 Responsabilidade Ambiental, Social e Governança					
Indicador impactado pelo projeto 1	% de cumprimento das ações de sustentabilidade ambiental, responsabilidade social e acessibilidade					
Indicador impactado pelo projeto 2	% de conhecimento de ESG pelos trabalhadores					
Macroproblema:	Cultura de sustentabilidade ambiental e de responsabilidade social insuficientes e deficiência na acessibilidade plena					
Causa raiz:	Falta de uma política dedicada às ações de sustentabilidade ambiental, responsabilidade social e acessibilidade integradas.					
Objetivo do projeto	Desenvolver, aplicar e fortalecer boas práticas relacionadas à sustentabilidade ambiental, responsabilidade social e acessibilidade para os trabalhadores, usuários do SUS e comunidade acadêmica.					
Macroatividade						
	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite		
	Mapear as ações de acessibilidade para trabalhadores, usuários e comunidade acadêmica.	Registro das ações de acessibilidade.	30/04/2024	30/08/2024		
	Mapear as ações de sustentabilidade para trabalhadores, usuários e comunidade acadêmica.	Registro das ações de sustentabilidade.	30/04/2024	30/08/2024		


Mapear as ações de responsabilidade social para trabalhadores, usuários e comunidade acadêmica.	Registro das ações de responsabilidade.	30/04/2024	30/08/2024
Identificar pontos críticos e possibilidades de melhoria.	Relatório analítico sobre as ações de acessibilidade.	01/09/2024	31/10/2024
Aplicar pesquisa de ESG	. Metodologia desenvolvida . Pesquisa aplicada	01/11/2024	31/12/2024
Construção de uma política de ESG com definição de papéis da governança para a prática, a comunicação e a constância dos propósitos de ESG.	Política elaborada e publicada	01/11/2024	31/12/2024
Criar propostas de boas práticas que serão desenvolvidas, implementadas, integrar e fortalecer as já existentes.	Projeto de Boas Práticas para as ações de acessibilidade, sustentabilidade ambiental e responsabilidade social. Resolver os condicionantes da licença ambiental da Secretaria do Meio Ambiente.	01/11/2024	31/12/2024
Disseminar constantemente conhecimentos sobre Cultura de paz e não violência, acolhimento e inclusão.	Cronograma de ações para disseminação da Cultura de paz e não violência acolhimento e inclusão	30/04/2024	31/12/2025
Disseminar constantemente conhecimentos sobre Cultura de sustentabilidade ambiental.	Cronograma de ações para disseminação da Cultura de sustentabilidade ambiental	30/04/2024	31/12/2025
Disseminar constantemente conhecimentos sobre Cultura de Governança.	Cronograma de ações para disseminação da Cultura de Governança	30/04/2024	31/12/2025
Resgatar os Colegiados Internos como fóruns de construção coletiva e de comunicação da gestão.	Alinhamento com o Colegiado Gestor sobre conceito, papel e funcionamento dos Colegiados Internos das Unidades.	02/05/2024	31/12/2025
Ampliar a atuação das Comissões de Mediação de Conflito, Relações de Trabalho e Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho.	Apresentação das comissões aos trabalhadores do HC-UFMG. Submeter às comissões a proposta de ações preventivas de conflito de relações de trabalho. Submeter às comissões a proposta de ações educativas relativas ao assédio e às ações afirmativas.	02/05/2024	31/12/2025
Melhorar a Conformidade Ambiental	. Reestruturar a Comissão de Gestão Ambiental . Monitorar os planos de ação para adequação das não conformidades	01/06/2025	31/12/2025

<p>Implementar práticas de governança corporativa, responsabilidade social e sustentabilidade no âmbito do hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Receber e analisar a devolutiva do levantamento de práticas . Conhecer e divulgar o Guia de Práticas . Levantar gaps entre práticas atuais e práticas recomendadas no guia e detalhar ações . Executar e monitorar o plano de ação 	<p>01/10/2025</p>	<p>31/12/2025</p>
---	---	-------------------	-------------------

	FICHA DO PROJETO				Versão
					2
TIPO:	Projeto local (PDE)	UNIDADE:	HC-UFMG	CÓD: 5.01	
IDENTIFICAÇÃO					
Nome do projeto:	Estruturação do Hospital das Clínicas para Inovação Tecnológica				
Gerente do projeto:	Sílvia Zenóbio				
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias				
Área responsável:	SUPRIN				
Data de início do projeto:	06/2024				
Data de término do projeto:	12/2028				
Tema estratégico:	3.01 Desenvolvimento Institucional				
Indicador impactado pelo projeto 1	% orçamento do Projeto de Cabeamento Estruturado empenhado				
Macroproblema:	Sistemas e infraestrutura de rede insuficientes e inadequados às necessidades institucionais				
Causa raiz:	Estrutura verticalizada para tomada de decisão na definição dos sistemas para o hospital e na recomposição das saídas da equipe.				
Objetivo do projeto	Agregar melhorias e eficiência aos processos assistenciais e administrativos por meio de reestruturação da infraestrutura de rede.				
Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite		
Identificar e priorizar os projetos que se beneficiarão com implementação de cabeamento estruturado	Relatório com identificação e priorização dos projetos de Inovação Tecnológica que se beneficiarão com implementação de cabeamento estruturado	01/06/2024	01/08/2024		
Viabilizar recursos (AOC; emenda, instituições de fomento)	Recursos viabilizados para elaboração de PROJETO de engenharia (AOC; emenda) Recursos viabilizados para execução da OBRA (AOC; emenda; instituições de fomento).	01/10/2024	01/03/2025		
Realizar processo de aquisição do cabeamento estruturado	Contratação do PROJETO de engenharia licitada Contratação da empresa para execução da OBRA de engenharia Contrato assinado e empenhado	01/10/2024	31/12/2028		


Implementar de cabeamento estruturado na rede de dados	Implementação de cabeamento estruturado nos setores referentes à 1ª etapa da obra	01/07/2027	31/12/2028
Implementar as soluções	Soluções implementadas conforme prioridades	01/01/2028	31/12/2028

	FICHA DO PROJETO					Versão
						2
TIPO:	Projeto local (PDE)	UNIDADE	HC-UFMG	CÓD:	6.01	
IDENTIFICAÇÃO						
Nome do projeto:	Qualificação do faturamento de procedimentos ambulatoriais de alto custo					
Gerente do projeto:	Germano Afonso de Campos					
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias					
Área responsável:	GAD					
Data de início do projeto:	04/2024					
Data de término do projeto:	04/2026					
Tema estratégico:	4.01 Sustentabilidade Financeira					
Indicador impactado pelo projeto 1	Incremento financeiro APAC (%)					
Indicador impactado pelo projeto 2	Percentual de procedimentos secundários em relação ao total faturado					
Indicador impactado pelo projeto 3	Incremento número de APACs faturadas (físico)					
Macroproblema:	Subfaturamento e subutilização da capacidade produtiva					
Causa raiz:	Percepção fragmentada das pessoas sobre a interação dos processos					
Objetivo do projeto	Assegurar que os procedimentos de alto custo sejam faturados (APAC)					
Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite			
Integrar à equipe pessoas estratégicas para o projeto	Grupo de Trabalho comprometido com o projeto	25/04/2024	25/04/2026			
Realizar diagnóstico do fluxo de APAC nas unidades (identificar inclusive medicamentos e materiais que são passíveis de faturamento e não estão sendo cobrados)	Diagnóstico com detalhamento dos fluxos de APAC	15/05/2024	15/08/2024			
Priorizar a unidade de maior impacto e com discrepância de produção (dados disponíveis para tomada de decisão)	Unidade definida para ser trabalhada no projeto	15/08/2024	17/08/2024			
Elaborar os documentos que sistematizem o fluxo de boas práticas de registro de APAC	Documentos elaborados e publicados	18/08/2024	18/02/2025			
Promover a capacitação dos profissionais	Capacitações planejadas	19/02/2025	30/04/2025			
Ampliar o fluxo e a capacitação para as demais áreas de acordo com as suas especificidades	Projeto implementado na área definida e com planejamento para as demais	02/05/2025	25/04/2026			

	FICHA DO PROJETO				Versão
					2
TIPO	Projeto local (PDE)	UNIDADE	HC-UFMG	CÓD	6.02
IDENTIFICAÇÃO					
Nome do projeto:	Rastreabilidade e Eficiência na Utilização de Insumos e Gestão de Contratos				
Gerente do projeto:	Aline Rodrigues Cisar				
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias				
Área responsável:	GAD				
Data de início do projeto:	04/2024				
Data de término do projeto:	12/2026				
Tema estratégico:	4.01 Sustentabilidade Financeira				
Indicador impactado pelo projeto 1	% de aderência às cotas de insumos				
Indicador impactado pelo projeto 2	% de perda de materiais em relação ao exercício anterior				
Macroproblema:	Insuficiência de controle da utilização de insumos e contratos (desperdício).				
Causa raiz:	Falta de sistema integrado e robusto, aliado à modelagem de processo adequado.				
Objetivo do projeto	Implantar a rastreabilidade e aprimorar as medidas de controle na utilização de materiais medicamentos e OPME e gestão de contratos visando reduzir os desperdícios e assegurar a sustentabilidade financeira e adequando as normativas da Ebserh.				
Macroatividade					
Macroatividade	Entregas previstas		Data de início	Data limite	
Realizar a contratação de serviços terceirizados baseada em critérios técnicos	Critérios técnicos definidos, com níveis de qualidade do serviço terceirizado a ser contratado, assim como os resultados esperados, definidos em bases tangíveis e mensuráveis.		01/05/2024	01/08/2024	

	Alocação dos profissionais do contrato terceirizado de apoio administrativo seguindo os critérios técnicos, com adequação das atividades ao descritivo dos cargos previstos e ainda otimização de escalas e processos de trabalho.	01/08/2024	01/12/2024
	Pesquisa com gestores e fiscais de contrato para aferir % de aplicabilidade dos critérios técnicos definidos pelo projeto nos contratos terceirizados	05/01/2025	01/03/2025
	Proposta de adequação para os contratos que não se encontrarem com critérios técnicos definidos, demonstrando os níveis de qualidade do serviço terceirizado a ser contratado, assim como os resultados esperados, definidos em bases tangíveis e mensuráveis.	01/05/2025	01/07/2025
	Relatório de monitoramento de valores, indicadores do contrato, aplicação do IMR (instrumento de medição de resultados) e fator de monitoramento da mão-de-obra contratada.	01/12/2024	01/12/2028
Implementar as boas práticas de controle e redução do desperdício dos materiais e medicamentos nas unidades assistenciais e ambulatoriais.	Diagnóstico realizado pelo EPROC.	02/05/2024	02/07/2024
	Proposta de boas práticas de controle e redução de desperdício de materiais e medicamentos descrita.	02/07/2024	02/09/2024
	Implantação em unidade piloto	03/09/2024	31/05/2025
	Avaliação e ajustes do projeto implantado na Unidade Piloto	01/06/2025	30/06/2025
	Expansão do projeto de boas práticas de controle e redução de desperdício de materiais e medicamentos para demais unidades	01/07/2025	31/12/2025
	Expansão do projeto de boas práticas de controle e redução de desperdício de materiais e medicamentos para os ambulatoriais.	01/07/2025	31/12/2025
	Expansão de unidades assistenciais atendidas pelas farmácias satélites para distribuição de medicamentos.	01/01/2026	31/03/2026
Aprimorar fluxos de controle e análise do descarte de materiais e medicamentos	Portaria atualizada e Regimento Publicado da Comissão de Prevenção do Descarte de Insumos, ressaltando o papel preventivo da comissão no descarte de materiais.	02/05/2024	02/06/2024

	Capacitação sobre o processo de solicitação e devolução de material e demais fluxos relacionados a perdas.	02/06/2024	02/08/2024
	Início das análises críticas das perdas identificadas e itens a vencer por trimestre.	02/06/2024	02/07/2024
	Processos que geraram as perdas remodelados, com possível apuração de responsabilidade.	02/08/2024	02/09/2024
Implementar movimentação de OPMEs via transferência no AGHU para as unidades requisitantes	Almoxarifados das áreas satélites criados no AGHU	02/05/2024	10/05/2024
	Fluxos descritos e desenhados	13/05/2024	24/05/2024
	Treinamento das áreas	27/05/2024	07/06/2024
	Inventariar os almoxarifados satélites	10/06/2024	14/06/2024
	Processo de movimentação de OPMEs via transferência no AGHU implantado	17/06/2024	30/06/2024
Implementar processo de rastreabilidade de materiais e medicamentos distribuídos para as unidades.	Eleger grupos de materiais e medicamentos a serem rastreados	02/05/2024	31/05/2024
	Escolher unidades piloto para implantação do processo	02/05/2024	31/05/2024
	Desenhar e normatizar os fluxos do processo	01/06/2024	30/06/2024
	Treinar o pessoal envolvido (profissionais administrativos e assistenciais)	01/07/2024	31/07/2024
	Implementar o processo de rastreabilidade	01/08/2024	28/02/2025
	Avaliar a implantação nas unidades piloto e promover ajustes no processo	01/03/2025	31/10/2024
	Ampliar o rol de materiais e medicamentos rastreáveis	01/04/2025	30/10/2025
Expandir a rastreabilidade para as demais áreas	02/05/2025	31/12/2025	


	FICHA DO PROJETO				Versão
					2
	TIPO:	Projeto local (PDE)	UNIDADE:	HC-UFMG	CÓD:

IDENTIFICAÇÃO

Nome do projeto:	Projeto Integrativo de Promoção de Saúde e Valorização do Trabalhador
Gerente do projeto:	Maristela Brum de Oliveira Lima
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias
Área responsável:	GAD
Data de início do projeto:	04/2024
Data de término do projeto:	05/2027
Tema estratégico:	5.01Desenvolvimento do Trabalhador
Indicador impactado pelo projeto 1	% de percepção positiva de clima organizacional
Indicador impactado pelo projeto 2	Índice de Absenteísmo Doença
Indicador impactado pelo projeto 3	% de adesão dos profissionais aos eventos do projeto/programa
Macroproblema:	Ausência de um programa de prevenção do sofrimento mental e promoção da qualidade de vida, bem-estar e valorização do trabalhador, que contribua para a cultura justa.
Causa raiz:	Por que não existem políticas ou diretrizes claras que incentivem a implementação de programas de prevenção do sofrimento mental e promoção da qualidade de vida dos trabalhadores no hospital, fatores que enfraquecem a cultura organizacional.
Objetivo do projeto	Elaborar e instituir um Programa de Promoção de Saúde e Valorização de todos os trabalhadores, de forma a integrar e fomentar iniciativas para a melhoria do ambiente, da qualidade de vida no trabalho e do engajamento das equipes.

Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
Mapear as ações em curso, com foco no Desenvolvimento do Trabalhador.	Mapa representativo das ações existentes no ambiente organizacional por área de abrangência, com foco nos eixos norteadores de promoção de saúde e valorização.	02/05/2024	28/06/2024
Levantar as necessidades de educação, promoção de saúde e bem-estar a serem desenvolvidas em paralelo às necessidades de fortalecimento das iniciativas em curso.	Relatório do Levantamento de Necessidades para o Desenvolvimento do Trabalhador, de acordo com os eixos norteadores, que apontem oportunidades de melhoria das condições e relações de trabalho, da qualidade de vida e bem-estar geral na instituição.	02/05/2024	28/06/2024

Analisar, identificar e categorizar as ações a serem articuladas, priorizadas, fortalecidas e ou desenvolvidas a curto, médio e longo prazo.	Diagnóstico Situacional com planejamento e "start" das estratégias de intervenção e melhorias.	02/05/2024	30/08/2024
Definir junto ao SIF estrutura física e recursos necessários para atendimento as ações do Programa.	Projeto de estrutura física, tecnológica e orçamento.	02/05/2024	25/10/2024
Elaborar o Programa Integrativo de Promoção de Saúde e Valorização do Trabalhador - Bianual.	Documento consolidado do Programa Bianual para apreciação da alta direção, com vistas à obtenção de patrocínio e recursos não disponíveis no âmbito da instituição.	02/05/2024	25/10/2024
Implantar o Programa Integrativo de Promoção de Saúde e Valorização do Trabalhador - Bianual.	Início efetivo das atividades do Programa Integrativo Bianual.	25/10/2024	05/05/2025
Avaliar e adequar o Programa Integrativo de Promoção de Saúde e Valorização do Trabalhador (rodar o ciclo PDCA).	Nova versão do Programa com implementação de melhorias e inclusão de novas iniciativas, para aprovação do novo biênio.	05/05/2026	26/10/2026
Adequar a instituição aos requisitos para obtenção do certificado de empresa promotora de saúde mental	Portifólio evidências das ações de Promoção de Saúde e Bem-Estar do Trabalhador realizadas para obtenção do certificado de empresa promotora de saúde mental	05/05/2026	05/05/2027

	FICHA DO PROJETO					Versão
						2
TIPO	Projeto local (PDE)	UNIDADE:	HC-UFMG	CÓD:	7.02	
IDENTIFICAÇÃO						
Nome do projeto:	Programa Integrado de Educação Permanente					
Gerente do projeto:	Isadora Virgínia Leopoldino Cardoso					
Gerente do portfólio:	Patrick Vieira Dias					
Área responsável:	GAD					
Data de início do projeto:	05/2024					
Data de término do projeto:	12/2025					
Tema estratégico:	5.01Desenvolvimento do Trabalhador					
Indicador impactado pelo projeto 1	% de ações educativas ofertadas					
Indicador impactado pelo projeto 2	Taxa de adesão às capacitações ofertadas					
Macroproblema:	Ausência de um programa institucional de educação permanente e de desenvolvimento de lideranças					
Causa raiz:	Por que a sustentabilidade financeira do hospital é vista como uma barreira para investimentos em programas de educação permanente e desenvolvimento de lideranças					
Objetivo do projeto	Implementar de forma sistematizada o Plano de Educação Permanente do Trabalhador					
Macroatividade	Entregas previstas			Data de início	Data limite	
Instituir o Programa de Acolhimento aos profissionais recém-admitidos na instituição	1) Programa de Acolhimento com a descrição dos macros temas comuns a todas as categorias profissionais e temas customizados conforme necessidade local; 2) Cartilha de acolhimento com orientações institucionais e visita guiada de reconhecimento da área física do complexo HC.			01/07/2024	01/10/2024	
Reestruturar o Núcleo de Educação Permanente (NEP)	1) Regimento do NEP com a descrição dos objetivos do grupo, atribuições dos membros e processo de trabalho; 2) Cronograma predefinido de reuniões mensais; 3) Aprovação do Plano de Aplicação de Recursos para Capacitação junto ao NEP.			01/07/2024	01/10/2024	

<p>Instituir o Plano de Capacitação institucional de maneira integral e sistematizada</p>	<p>1) Matriz Anual de Capacitações com base nos objetivos específicos do plano, a qual será publicizada para as chefias e trabalhadores; 2) Relatórios trimestrais das capacitações ofertadas conforme cronograma definido na matriz; 3) Diagnóstico das necessidades de capacitação de todas as categorias profissionais (assistenciais e administrativos) junto às chefias de unidade.</p>	<p>01/07/2024</p>	<p>01/10/2024</p>
<p>Reconhecer a Avaliação de Desempenho como uma estratégia de identificação da necessidade de intervenções educativas</p>	<p>1) Plano de Capacitação com descrição de ações educativas planejadas a partir dos resultados da Avaliação de Desempenho; 2) Promoção de intervenções junto às chefias para a elaboração de um acordo de desempenho exequível e mensurável (entregas objetivas); 3) Comitê Colaborativo de Avaliação de Desempenho instituído; 4) Avaliação de Desempenho pautada como tema nos Colegiados Internos.</p>	<p>01/06/2024</p>	<p>01/08/2024</p>
<p>Monitorar a adesão individual e setorial das ações educativas previstas no Plano de Capacitação</p>	<p>1) Planilha de BI construída; 2) Integração entre os sistemas para fornecimento dos dados de adesão às capacitações.</p>	<p>01/10/2024</p>	<p>01/02/2025</p>
<p>Promover e/ou aprimorar estrutura física e apoio logístico/operacional para as ações educativas previstas no Plano de Capacitação</p>	<p>1) Local permanente para oferta de capacitações presencial e online instituído; 2) Profissional designado para apoio logístico/operacional das capacitações; 3) Profissional designado para suporte tecnológico e audiovisual; 4) Tecnologias disponíveis para a construção e hospedagem de ações educativas online.</p>	<p>01/02/2025</p>	<p>01/02/2026</p>
<p>Incentivar a adoção de metodologias ativas e estratégias metodológicas inovadoras na execução das ações educativas</p>	<p>1) Intervenções educativas sobre andragogia, metodologia ativa e estratégias didáticas para os setores que ofertam ações educativas; 2) Manual de Instruções Didáticas construído.</p>	<p>01/10/2024</p>	<p>01/02/2025</p>