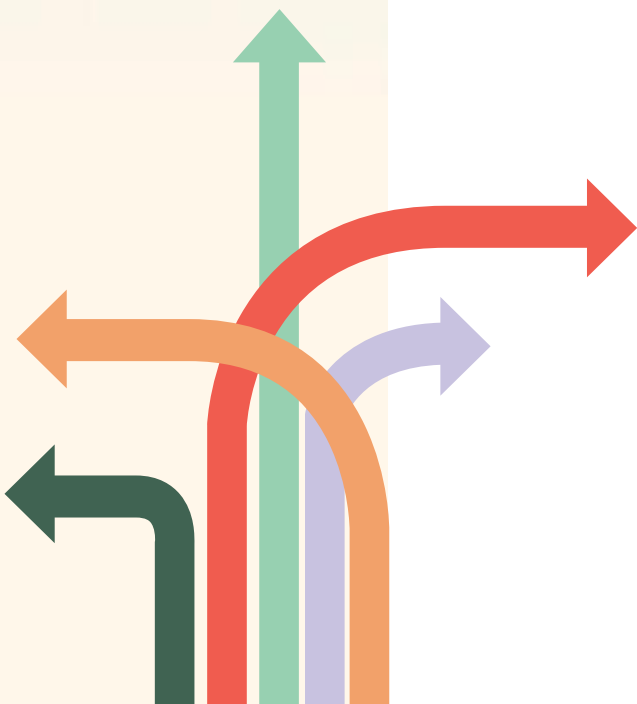


# Plano Diretor Estratégico 2024-2028

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de  
Uberlândia - HC-UFGO



**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH**

Presidente

**Ademar Arthur Chioro dos Reis**

Vice-Presidente

**Daniel Gomes Monteiro Beltrammi**

Superintendente

**André Luiz de Oliveira**

Gerente Administrativo

**Sávio de Moraes**

Gerente de Atenção à Saúde

**Aglai Arantes**

Gerente de Ensino e Pesquisa

**Gustavo Antônio Raimondi**

A revisão do Plano Diretor Estratégico foi aprovada na 11ª Reunião do Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) realizada em 26 de fevereiro de 2026, constante no processo SEI 23860.005033/2026-69 e disponível <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/governanca/gestao-estrategica>

VERSÕES APROVADAS	PROCESSO SEI
1ª versão – 29/04/2024	Documento SEI nº 38613368– Processo 23860.004147/2024-20
2ª versão – 26/02/2026	Documento SEI nº 38613368– Processo 23860.005033/2026-69

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

Adriana de Amorim Assis

Aglai Arantes

Alessandra Carla de A. Ribeiro

Amanda Alves Rodrigues

Ana Luiza Rocha Paixão Collares

André Luiz de Oliveira

Ângelo Machado dos Santos

Ariane Ferreira Novato

Aristides Rocha Cunha

Mendonça

Cleber Rezende

Eduardo Reisdorfer Kist Lima

Elisandro de Sousa Batista

Fabio dos Santos Oliveira

Fernanda Fernandes de Freitas

Fernando Aparecido dos Santos

Francisco D. Negrão Lopes Neto

Graziella Paula de Oliveira Neri

Gustavo Antônio Raimondi

Halisson Ferreira dos Santos

Silva

Jéssica de Alencar Costa

José Renato Faria V. Prata

Resende

Juliane de Melo Silva

Kamilla Menezes Ramos

Liliane Barbosa da Silva Passos

Luísa Rayane Silva Bezerra

Frazão

Marcus Vinícius de Pádua Netto

Nathali Regina Da Silva Nunes

Priscilla de Fátima Silva Batista

Raniery Dos Santos Marcelino

Sávio de Moraes

Sofia Bonfim Alves Palhares

Tânia de Oliveira Lima

Tatiany Calegari

Tiago Souto de Freitas

Túlio Gonçalves Gomes

Wesley Roel Dutra

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1	O Plano Diretor Estratégico .....	5
<b>2</b>	<b>CONTEXTO.....</b>	<b>13</b>
2.1	O HC-UFU inserido no Contexto Local.....	13
2.2	Histórico da Estratégia do HC-UFU.....	18
<b>3</b>	<b>ANÁLISE SITUACIONAL.....</b>	<b>21</b>
3.1	O Plano Diretor Estratégico Anterior.....	21
3.2	Percepções dos Envolvidos.....	29
3.3	Desempenho do Contrato SUS.....	34
3.4	Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade .....	35
3.5	Acordo Organizativo de Compromissos .....	39
3.6	Principais achados e recomendações.....	42
3.7	Painel de Contribuição da Rede Ebserh.....	44
<b>4</b>	<b>ESTRATÉGIA DO HC-UFU .....</b>	<b>45</b>
4.1	Declaração de Visão do HC-UFU.....	45
4.2	Macroproblemas .....	45
4.2.1	Macroproblemas identificados em 2024.....	45
4.2.2	Macroproblemas identificados em 2026.....	48
4.3	Painel de Contribuição do HC-UFU.....	51
4.1.1	Painel de Contribuição publicado em 2024.....	54
4.1.2	Painel de Contribuição considerado no ano 2025.....	55
4.3.2	Painel de Contribuição publicado para o ano de 2026.....	56
<b>5</b>	<b>MONITORAMENTO .....</b>	<b>57</b>
5.1	Modelo de Gestão do PDE.....	57
5.2	Modelo de Comunicação.....	58
5.3	Calendário.....	60
<b>6</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>61</b>
6.1	Fichas dos Indicadores Locais.....	61
6.1.1	Percentual de redução de tempo de permanência hospitalar do paciente cirúrgico.....	61
6.1.2	Percentual de Preceptores admitidos capacitados .....	62

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

6.1.3	Percentual de aproveitamento das vagas de bolsa de iniciação científica e tecnologia ofertadas no HC-UFU .....	63
6.1.4	Índice de Aderência às Práticas Ebserh – Ambiental, Social e Governança (IAPE-ASG) no HC-UFU .....	64
6.1.5	Percentual de conformidade ambiental hospitalar (PCAH) do HC-UFU.....	65
6.1.6	Percentual de redução de impressões corporativas do HC-UFU.....	66
6.1.7	Percentual de colaboradores capacitados em relação à temática assédio e discriminação.....	67
6.1.8	Percentual de satisfação dos usuários dos serviços de manutenção predial e equipamentos.	68
6.1.9	Índice de eficiência do faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais-OPME	69
6.1.10	Percentual de colaboradores da UTI Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais .....	70
6.2	Ficha dos Projetos Locais.....	71
6.2.1	Programa de Melhoria do Fluxo Assistencial e Gestão do Leito Cirúrgico .....	71
6.2.2	Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço .....	72
6.2.3	Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde - SGPITS, do HC-UFU/Ebserh.....	73
6.2.4	Implementação do modelo de governança da Rede Ebserh no HC-UFU.....	74
6.2.5	Programa HC Sustentável e em Conformidade .....	75
6.2.6	Impressão consciente 1.0 - Menos papel, Mais cuidado.....	76
6.2.7	Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e à Discriminação/HC-UFU .....	77
6.2.8	Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos.....	78
	.....	78
6.2.9	Projeto Controle de Estoques e Faturamento .....	79
6.2.10	Programa de Qualidade de Vida no Trabalho .....	80

---

## **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 45 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 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 por meio 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.

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

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 estudantes/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 todos os compromissos estratégicos dos pilares estratégicos, foram propostos 24 (vinte e quatro) objetivos estratégicos apresentados no mapa a seguir, que pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 - Mapa Estratégico da Ebserh



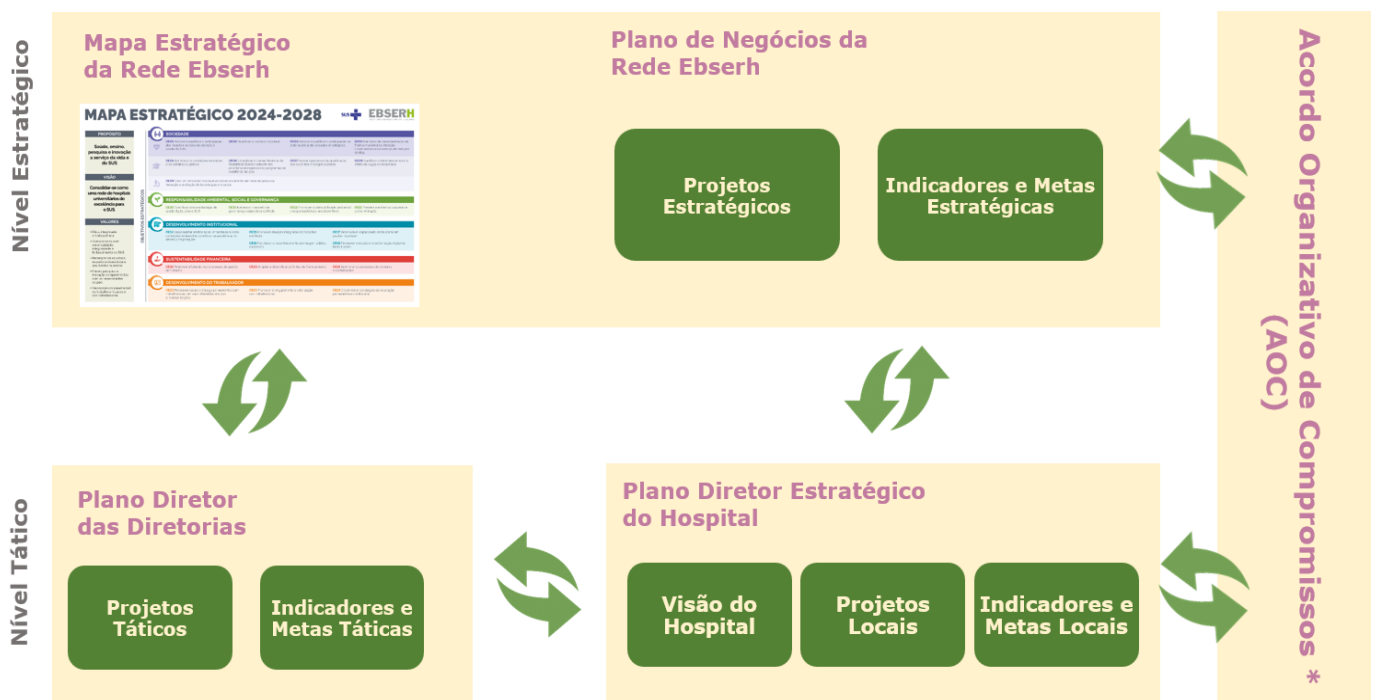
Desde 2014, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) definem sua estratégia por meio da elaboração de Planos Diretores Estratégicos (PDEs). Esses planos possibilitaram padronizar a

Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

forma de identificar os desafios de gestão e criar estratégias para superá-los, apresentando-se como um avanço na gestão da estratégia das unidades hospitalares.

Nesse contexto, o HC-UFU 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 6 de fevereiro de 2024, no âmbito do Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh (Figura 2).

Figura 2- Modelo de desdobramento da estratégia da rede Ebserh



\* Antigo Contrato de Objetivos

A condução dos trabalhos ficou sob responsabilidade do Grupo de Trabalho (GT) de Gestão Estratégica e do Colegiado Executivo (Colex). O GT de Gestão Estratégica teve papel fundamental no planejamento e na elaboração inicial do PDE, que contou com a participação direta de 17 pessoas, além do envolvimento indireto de diversos outros atores. O nome do Grupo de Trabalho (GT) de Gestão Estratégica encontra-se destacado na versão 1 deste documento. Para esta revisão, houve a participação de novos colaboradores que assumiram a gerência de projetos e do portfólio.

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Foi nesse contexto que se iniciou o processo de construção do novo Plano Diretor Estratégico do HC-UFU, seguindo as diretrizes e os prazos estabelecidos pela administração central da Ebserh.

Anteriormente, no dia 1º de novembro de 2023, a Vice-Presidência da Ebserh já havia enviado o Ofício-Circular SEI nº 2/2023/SEGES/CEIC/VP-EBSERH, com o cronograma oficial de encerramento do PDE anterior, previsão de divulgação do novo mapa estratégico e do plano de negócios e definição de prazo para elaboração dos PDEs, para o período compreendido entre os meses de janeiro e abril de 2024.

Desse modo, assim que foi encerrado o PDE 2021-2023 no âmbito do HC-UFU, a chefia da Unidade de Gestão e Estratégia, a qual tem por competência a gestão do PDE e do portfólio de projetos conforme consta em cadeia de valor, no dia 2 de janeiro de 2024, solicitou reunião com os membros do Colegiado Executivo para repassar-lhes sobre a construção de um novo plano, informar sobre os prazos e solicitar a indicação de trabalhadores para a constituição de grupo de trabalho.

Então, feitas as indicações e após contato prévio com os funcionários indicados, para que tivessem conhecimento do tema e manifestassem aceite, foi publicada a Portaria SEI nº 27, de 12 de janeiro de 2024, que, com as modificações feitas pela Portaria SEI nº 89, de 26 de fevereiro de 2024, instituiu o Grupo de Trabalho de Gestão Estratégica, responsável, junto ao Colegiado Executivo, pelo desdobramento da estratégia da Ebserh em âmbito local, composto pelas seguintes pessoas:

- Amanda Alves Rodrigues, assistente administrativa, chefe da Unidade de Desenvolvimento de Pessoal;
- Ana Luiza Rocha Paixão Collares, psicóloga, lotada na Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador;
- Ariane Ferreira Novato, analista administrativa, lotada na Gerência de Atenção à Saúde;
- Fernanda Fernandes de Freitas, administradora, chefe do Setor de Administração;
- Francisco Dias Negrão Lopes Neto, estatístico, chefe da Unidade de Gestão da Inovação Tecnológica em Saúde;
- Graziella Paula de Oliveira Neri, fisioterapeuta, chefe da Unidade de Gestão de Ensino de Pós-graduação;
- Halisson Ferreira dos Santos Silva, assistente administrativo, chefe do Setor de Governança e Estratégia e coordenador suplente do GT;
- José Renato Faria Venâncio Prata Resende, analista administrativo, chefe da Unidade de Gestão e Estratégia e coordenador do GT;
- Luisa Rayane Silva Bezerra Frazão, enfermeira, lotada na Unidade de Gestão da Qualidade;

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

- Nathali Regina da Silva, assistente administrativa, lotada na Unidade de Desenvolvimento de Pessoal;
- Priscilla de Fátima Silva Batista, analista administrativa, lotada no Setor de Contratualização e Regulação;
- Tatianny Calegari, enfermeira, chefe do Setor de Gestão do Ensino;
- Tiago Souto de Freitas, assistente administrativo, chefe da Unidade de Gestão de Riscos e Controle Interno.

Percebe-se, assim, que, para a composição do GT, houve máximo empenho para garantir a representação das mais diversas profissões, áreas do conhecimento e unidades organizacionais, já com algum enfoque nos cinco pilares trazidos pelo mapa estratégico, bem como nos objetivos estratégicos também por ele definidos.

O grupo iniciou suas atividades em reunião presencial realizada no dia 17 de janeiro de 2024, ocasião em que foram apresentados e discutidos pontos importantes como: mapa estratégico 2024-2028, plano de negócios 2024 e relatório final do PDE 2021-2023 do Hospital, com detalhamento sobre as ações executadas em cada projeto, com suas respectivas metas, planejadas e realizadas. De forma geral, antevendo os trabalhos do GT, também foi feito um panorama sobre as etapas necessárias para a construção do PDE e definido cronograma de trabalhos e reuniões, sendo estas agendadas para ocorrerem pelo menos a cada sete dias.

Dentro do cronograma dessas reuniões periódicas, foram realizadas discussões internas, com extensa análise do PDE anterior e de suas entregas, além de análise dos relatórios das auditorias internas referentes aos anos de 2022 e 2023 e também dos resultados do Avaqualis 2023, com explicações sobre o Selo Ebserh de Qualidade, esta última conduzida por Luisa Frazão, coordenadora do Avaqualis e membro do GT.

Também ocorreram oficinas que contaram com a presença de convidados externos, a saber: contratualização e convênio vigente com o gestor local do SUS, oficina conduzida por Geraldo Júnior Rezende, chefe da Unidade de Contratualização; Acordo Organizativo de Compromissos, oficina conduzida por Angélica Ribeiro, chefe do Setor de Gestão Orçamentária e Financeira, e por Sofia Palhares, chefe da Unidade de Gestão e Estratégia e Gestão Orçamentária; e relatório da Ouvidoria 2023 e pesquisa de satisfação do usuário, conduzida por Gabriel Couto Almeida, ouvidor do Hospital.

O objetivo de todas essas oficinas e análises foi justamente oferecer uma perspectiva ampla e verossimilhante sobre a realidade atual do HC-UFU, além de capacitar os membros do GT sobre

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

os mais diversos temas, os quais se interligam, direta ou indiretamente, com a construção do PDE e de seus projetos estratégicos.

Cumpridas tais atividades, a fim de colher a percepção dos envolvidos, os membros do GT passaram a fazer entrevistas presenciais ou via Teams com o Reitor da UFU, com o Superintendente Regional de Saúde, com representante do Conselho Municipal de Saúde de Uberlândia (CMSU) e com representantes dos três sindicatos ligados aos trabalhadores do Hospital: SINTET-UFU, SINDSEP-MG e SINDSERH-MG.

Da mesma forma, também foram entrevistadas pessoalmente as chefias das divisões da Gerência de Atenção à Saúde e da Gerência Administrativa e as chefias dos setores da Superintendência e da Gerência de Ensino e Pesquisa. Por fim, foi aberto formulário, via Redcap, para todos os outros gestores do Hospital, perfazendo um total de 70 atores consultados.

A partir dos subsídios coletados até aqui, foi organizada a oficina de definição da visão do HC, com a presença dos quatro membros do Colex e dos integrantes do GT, numa tarde profícua, a qual, após vários debates, resultou numa visão de negócio autêntica e aderida às particularidades do Hospital.

Na semana seguinte, após intensa divulgação entre a comunidade hospitalar e convite feito a trabalhadores RJU, Ebserh e terceirizados, discentes e comunidade acadêmica, chegou a vez da oficina de identificação de macroproblemas, momento que contou com aproximadamente 60 participantes, dos mais diversificados cargos e áreas de atuação.

A oficina, presencial, seguiu estritamente a metodologia estabelecida pelo Guia, com a condução de diversas rodadas de discussão, seguidas de votação, com o intuito de se priorizarem os macroproblemas identificados. Após, utilizando a ferramenta dos "cinco porquês", foram apontadas as causas-raízes de cada um dos macroproblemas, tendo a oficina durado mais de quatro horas ao total.

Em seguida, os membros do GT, de forma mais autônoma, iniciaram os trabalhos de formulação dos indicadores, metas e projetos. Para tanto, realizaram oficinas também presenciais com membros das áreas relacionadas aos pilares estratégicos. Sempre cumprindo o que foi preconizado pelo Guia e, quando necessário, efetuando algumas adaptações ou reformulações dos macroproblemas priorizados e de suas causas-raízes, sem, é claro, perder a coerência e a fidelidade com o que foi levantado na oficina, definiram o painel de contribuição, com seus indicadores, metas e projetos locais.

O processo de revisão deste PDE foi impulsionado pelas significativas mudanças na estrutura de governança do HC-UFU ocorridas ao longo de 2025. Nesse período, houve renovação do colegiado, substituição de cinco gerentes de projetos e a entrada de um novo gestor de portfólio,

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

alterações que impactaram diretamente o acompanhamento e a execução das ações previstas no Plano Diretor Estratégico. Em 2025, houve uma tentativa interna de publicar um novo painel ajustado ao longo do ano; no entanto, ele não chegou a ser publicado, embora alguns indicadores já tivessem sido revisados e outros até tivessem sua execução interrompida. Diante desse novo cenário, tornou-se imperativa uma revisão qualificada dos indicadores, projetos e metas. A análise aprofundada do painel de contribuições retificado internamente evidenciou que alguns macroproblemas anteriormente identificados já foram superados, enquanto outros demandam replanejamento à luz de metodologias contemporâneas de gestão, como o método OKR, assegurando maior clareza, mensurabilidade e aderência aos objetivos estratégicos institucionais.

Nesse contexto, surgiu a necessidade de promover um treinamento estruturado com o colegiado e os gerentes de projetos, com o propósito de fortalecer a compreensão sobre a importância estratégica do PDE, alinhar indicadores, revisar projetos e metas, e publicar uma versão atualizada, realista e executável do plano. A iniciativa teve como objetivos desenvolver competências técnicas para o Colegiado e novos gerentes de projeto na construção de indicadores, elaboração de projetos e uso qualificado das ferramentas de monitoramento, bem como competências essenciais para a tomada de decisão, planejamento estratégico e gestão orientada a resultados.

Essa capacitação aconteceu no período de janeiro a fevereiro de 2026, em três momentos, e foi conduzida pela gerente de portfólio e atual gestora da Unidade de Gestão Estratégica, Jéssica de Alencar Costa. O treinamento apontou como tema "Do Planejamento à Prática: Implantando Mudanças no Plano Diretor Estratégico com Propósito" e se justifica como ação estratégica essencial para garantir coerência entre planejamento e execução, promover o engajamento da liderança e viabilizar transformações concretas na realidade organizacional do HC-UFU. O resultado final foi a revisão do painel de contribuição, com novos projetos e indicadores que estão alinhados aos instrumentos de gestão da Rede. Para a definição dos indicadores que compõem o novo portfólio do PDE, foram considerados também documentos fundamentais como o Acordo Organizativo de Compromissos (AOC), os resultados do Avaqualis e os planos de negócios da Rede Ebserh para o exercício de 2026, garantindo maior integração entre o planejamento local e as diretrizes estratégicas da administração central, a seguir segue a nova configuração de projetos e novos gerentes indicados conforme detalhado a seguir:

**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

*Tabela 1- Nome dos Projeto 2026 e gerentes de projeto*

<b>Nome do Projeto</b>	<b>Gerentes de Projeto</b>
Programa de Melhoria do Fluxo Assistencial e Gestão do Leito Cirúrgico	Juliane de Melo Silva; e Adriana de Amorim Assis (Gerente substituto)
Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço	Tatiany Calegari; Graziella Paula de Oliveira Neri (Gerente substituto)
Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde - SGPITS, do HC-UFU/Ebserh	Tânia de Oliveira Lima; Francisco Diego Negrão Lopes Neto (Gerente substituto)
Implementação do modelo de governança da Rede Ebserh no HC-UFU	Tiago Souto de Freitas; e Ariane Ferreira Novato (Gerente substituto)
Programa HC Sustentável e em Conformidade	Fernando Aparecido dos Santos; e Elisandro de Sousa Batista (Gerente substituto)
Impressão consciente 1.0 - Menos papel, Mais cuidado	Cleber Rezende; e Fábio dos Santos Oliveira (Gerente substituto)
Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e à Discriminação/HC-UFU	Lilian Do Nascimento Passos; e Kamilla Menezes Ramos (Gerente substituto)
Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos	Wesley Roel Dutra, e Angelo Machado dos Santos (Gerente substituto)
Projeto Controle de Estoques e Faturamento	Eduardo Reisdorfer Kist Lima; e Aristides Rocha Cunha Mendonça (Gerente substituto)
Programa de Qualidade de Vida no Trabalho	Raniery Dos Santos Marcelino; e Lucas Saraiva da Silva (Gerente substituto)

## 2 CONTEXTO

### 2.1 O HC-UFU inserido no Contexto Local

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), inaugurado em 26 de agosto de 1970, foi construído para atender às necessidades acadêmicas do curso de Medicina da então Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (EMECIU), posteriormente denominada Fundação Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia (FEMECIU). Na época de sua criação e inauguração, o hospital iniciou suas atividades com apenas 24 leitos nas especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia.

Entre 1971 e 1972, a FEMECIU assinou dois convênios com o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) para prestar assistência à saúde à população de Uberlândia e região. Em seguida, em 1975, o HC-UFU e a FEMECIU celebraram um importante convênio com o Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

A partir de 2004, o HC-UFU, a UFU e a Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU) assinaram a primeira contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (SMS/Udi), integrando o hospital à Rede de Atenção à Saúde mediante execução de ações e serviços de saúde, ensino, pesquisa, extensão, gestão e avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No dia 03 de maio de 2018, foi assinado o Contrato de Gestão Especial entre UFU e Ebserh, dando início à transição da gestão do Hospital, a qual perdurou até meados de junho de 2022, quando houve o desligamento dos últimos empregados fundacionais. A transição também englobou diversas outras ações, como a sub-rogação de contratos administrativos, desvinculando a FAEPU da realização de processos licitatórios, compras e contratações para o HC-UFU, a sub-rogação do contrato com o gestor do SUS e a cessão de uso de bens patrimoniais, móveis e imóveis.

Também houve, é claro, a adaptação do organograma e da realização de concursos públicos para a renovação do quadro de funcionários do Hospital, agora preenchido, em sua maioria, por empregados públicos com vínculo com a Ebserh.

Atualmente, após sucessivas convocações, o Hospital conta com 2.481 empregados da Ebserh e com 1.061 servidores RJU, perfazendo um total de 3.542 trabalhadores efetivos. Destes, 3.194 ocupam cargos assistenciais, enquanto 348 atuam em funções administrativas. Além disso, há outros 1.046 trabalhadores terceirizados na instituição, vinculados a oito empresas distintas,

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

prestando serviços relacionados à limpeza e conservação, vigilância, manutenção, produção e distribuição de refeições, entre outros serviços de apoio essenciais ao funcionamento hospitalar.

É claro que todos esses números estão em constante mudança, haja vista o fluxo rotineiro de movimentação entre diferentes HUs da rede, além de desligamentos e novas convocações. Além disso, não se pode desconsiderar que, segundo critérios da própria Ebserh e da Secretaria das Estatais (do Ministério do Planejamento e Orçamento), com pouca diferença entre uma e outra, o HC-UFU ainda sofre com um subdimensionamento de sua força de trabalho, problema que deve ser, ao menos, atenuado, com as convocações programadas para o ano de 2026.

Quanto à sua administração, o Hospital tem quadro de gestores com seis cargos comissionados (superintendente, gerentes, ouvidor e auditor), além de oitenta e quatro funções gratificadas (FGs), com um total de 90 trabalhadores ocupando cargos de chefia, numa estrutura que, atualmente, está totalmente adaptada quanto aos critérios da Rede Ebserh.

A instituição é referência no atendimento hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade para os 27 municípios da região de saúde Triângulo Norte, quais sejam: Abadia dos Dourados, Araguari, Araporã, Cachoeira Dourada, Campina Verde, Canápolis, Capinópolis, Cascalho Rico, Centralina, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Gurinhatã, Indianópolis, Ipiacu, Irai de Minas, Ituiutaba, Monte Alegre, Monte Carmelo, Nova Ponte, Patrocínio, Prata, Romaria, Santa Vitória, Tupaciguara e Uberlândia. Pode-se dizer, assim, que é responsável pelo atendimento de uma população de mais de 1,2 milhão de habitantes – cumprindo seu papel como instituição 100% SUS, que presta atendimento universal, igualitário, gratuito e, sobretudo, de excelência.

A propósito, no que tange à sua capacidade de atendimento, atualmente o HC tem uma infraestrutura física de, aproximadamente, 95.000 metros quadrados divididos em **28 blocos**, além de uma unidade externa que compreende o Centro de Referência Nacional em Hanseníase e Dermatologia Sanitária (CREDESH) localizada no bairro Jardim Brasília.

O Hospital contava em 2024 com **462 leitos e atualmente conta com 532**, clínicos, cirúrgicos e de UTI, divididos conforme a tabela abaixo:

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Tabela 2 - Leitos do HC-UFU por tipo, e perfil de internação

CLÍNICAS	LEITOS CADASTRADOS NO SIH
CIRURGICA I	28
CIRURGICA II	73
QUEIMADOS	8
CLINICA MÉDICA	73
INFECTOLOGIA	16
ONCOLOGIA	24
SAÚDE MENTAL	25
TRANSPLANTE RENAL	7
ALOJAMENTO CONJUNTO	22
MATERNIDADE ALTO RISCO	14
PEDIATRIA	34
SALA DA CARDIOLOGIA	12
SALA DA NEUROLOGIA	9
SALA DE INT. CURTA PERMANÊNCIA	28
SALA AMARELA	12
SALA VERMELHA	8
PS GINECOLOGIA OBSTETRICIA	12
PS PEDIATRIA	11
UTI CORONARIANA	8
UTI CIRURGICA	9
UTI GERAL	12
UTI NEUROLOGICA	9
UTI PEDIATRICA	8
UCI CONVENCIONAL	16

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

UCI CANGURU	6
UTI NEONATAL II	10
UTI NEONATAL III	10
HOSPITAL DIA INTERCORRÊNCIA PÓS TRANSPLANTES	10
HOSPITAL DIA CLÍNICO CIRURGICO	18
<b>TOTAL DE LEITOS</b>	<b>532</b>

Além dos leitos acima detalhados, o Hospital também conta com 198 consultórios ambulatoriais, 03 de serviços de hemodiálise, 10 consultórios de urgência e emergência (adulto, pediátrico e G.O.), 13 salas cirúrgicas, centro obstétrico com três salas e outras cinco salas de pré-parto, parto e pós-parto (PPP).

Dentre os procedimentos realizados pelo HC-UFU, destacam-se, na médica complexidade, as consultas e procedimentos especializados realizados pelo Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (STDT), além de internações e cirurgias. Por sua vez, na alta complexidade, destacam-se as cirurgias de traumatologia/ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. São atendidas as especialidades Clínicas, Cirúrgicas, Ginecológicas, Pediátricas, Saúde Mental e Odontologia Hospitalar.

Na classificação utilizada pela Rede Ebserh, segundo o critério denominado índice de complexidade estrutural (ICE), o HC-UFU é classificado como um hospital tipo I, tendo, atualmente, o maior ICE entre as 45 filiais da empresa, em todo o país.

Crucial, todavia, é destacar que o HC-UFU é certificado como Hospital de Ensino pela Portaria Interministerial nº 148, de 02 de fevereiro de 2016. Nessa linha, é cenário de prática para diversos cursos de graduação, por exemplo: Biomedicina, Enfermagem, Engenharia Biomédica, Fisioterapia, Física Médica, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Saúde Coletiva, entre outros. Inserem-se também três cursos técnicos da Escola Técnica de Saúde (ESTES/UFU).

Em relação à Pós-graduação, oferece Programas de Residência Médica e em Área Profissional de Saúde Uni e Multiprofissional, além de programas de Pós-Graduação, com mestrado acadêmico, profissional e doutorado acadêmico.

Em números, o Hospital conta com 46 programas de residência médica, nas mais diversas áreas, além de sete programas de residência multiprofissional e um programa uniprofissional

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

(cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial). Até o final de 2023, nos programas de residência médica, havia 353 médicos matriculados. Nos de residência multiprofissional, eram 99 residentes e, na residência uniprofissional, com programa de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial, eram nove estudantes matriculados.

Dessa forma, constata-se a grande diversidade de programas existentes no HC-UFU, assim como um grande número de residentes que atuam no âmbito do Hospital, fortalecendo o ensino na instituição e colaborando com o atendimento na assistência.

A instituição também busca fomentar a pesquisa e a inovação, contando, atualmente, com 144 pesquisadores credenciados no RedePesquisa, além de ter instituído seu próprio Núcleo de Avaliação em Tecnologias da Saúde (NATS), revelando, definitivamente, que sua vocação para a prestação de serviços públicos de saúde é indissociável do ensino e da pesquisa.

Todavia, como se não bastasse toda essa diversidade, complexidade e grandeza (em diversos sentidos), que envolve o Hospital de Clínicas, o fato é que ele passou pela maior ampliação de sua história, com a conclusão das obras do bloco 8DJU. Este bloco, cuja construção remonta ao ano de 2011 e já foi pensado como um “novo pronto-socorro” e como um centro de trauma, tornou-se, agora, verdadeira expansão do HC-UFU, com um acréscimo de quase 39.000 metros quadrados.

Entre outros desafios, o novo bloco vem para tentar suprir a necessidade de vagas de uma instituição cuja taxa de ocupação hospitalar tem estado em torno de 97,7%, bem acima do que é considerado seguro e ideal (até 85%), e que convive diariamente com a superlotação de seu pronto-socorro.

Não menos importante, também visa a aliviar uma instituição cuja estrutura física se espalha em 28 diferentes blocos, contínuos ou não, alguns com mais de 50 anos de idade, os quais, naturalmente, apresentam problemas ou defeitos difíceis de serem superados.

Com inauguração realizada no ano de 2024, o Bloco 8DJU, por outro lado, por si só, representa mais um desafio a ser enfrentado pela gestão do HC-UFU e por este PDE. É que, além da área imensa dividida em cinco pavimentos (inclusive com heliponto na cobertura), que deve ser ocupada e mobiliada de forma eficiente, com a transferência de 193 leitos e abertura de outros 61 novos leitos, tudo isso devendo ser posto em funcionamento sem descontinuar os serviços da instituição.

Com a conclusão das obras no Bloco 8BJU, espaço previsto para abrigar o Centro de Educação e Administração do Hospital de Clínicas, com área total de 3.978,70 m<sup>2</sup> distribuída em sete pavimentos, dos quais os três primeiros são destinados ao ensino, com três auditórios, 16 salas de

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

aula, duas salas de reuniões e áreas administrativas, tudo isso devendo ser posto em funcionamento sem descontinuar os serviços da instituição. Destaca-se, ainda, que o desafio estratégico para o ano de 2026 consiste na finalização da ocupação do quarto e quintos pavimentos, destinados, respectivamente, à Unidade de Terapia Intensiva Adulto e ao Centro de Material Esterilizado (CME) e Centro Cirúrgico (CC), com previsão de inauguração em junho de 2026.

Nessa fase de grandes transformações, não se deve desprezar a reforma e ampliação do Bloco 4A, onde funciona a Unidade de Oncologia (conhecida na região como “Hospital do Câncer”) que passa por adequações de prevenção e combate a incêndio.

Os outros pavimentos serão dedicados à Administração do HC, contarão com 24 salas administrativas para até 60 pessoas e seis salas de reunião, além da cobertura do bloco, reservada a questões técnicas. Assim, o bloco terá capacidade de comporta aproximadamente 500 alunos e 200 trabalhadores administrativos simultaneamente.

Sobre 8BJU, trata-se de um enorme avanço para o Hospital, pois permitirá que quase todos os trabalhadores administrativos sejam alocados num só local, construído especialmente para eles e adaptado para as necessidades e peculiaridades do serviço administrativo de uma instituição hospitalar de grande porte. Também é uma conquista para a área educacional, uma vez que, embora seja um hospital de ensino, por ter uma estrutura antiga e “saturada”, o HC-UFU carece de espaços voltados a aulas teóricas e ao desenvolvimento de atividades afins.

Por conseguinte, nota-se que, com todas essas construções chegando ao termo, o HC-UFU passará a ter uma área de aproximadamente 95.000 m<sup>2</sup>, tornando-se, nesse quesito, a maior unidade da Rede Ebserh e, sem dúvidas, um dos maiores hospitais públicos do Brasil. Nesse sentido, destaca-se, aqui, o empenho das áreas e dos trabalhadores administrativos responsáveis pela infraestrutura hospitalar, que somam esforços ao restante do quadro funcional do HC na busca incessante pela excelência.

## 2.2 Histórico da Estratégia do HC-UFU

O primeiro Planejamento Estratégico do HC-UFU foi validado em 2007, impulsionado pela política adotada pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) na busca da profissionalização da gestão hospitalar, expressa no Programa de Fortalecimento e Melhoria da

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Qualidade dos Hospitais do SUS (PROHOSP). Posteriormente, esse planejamento foi reformulado e resultou no Planejamento Estratégico de 2010 a 2015.

Já o PDE 2017-2019 foi desenvolvido em consonância com o Plano Institucional de Desenvolvimento e Expansão 2016/2021 da UFU (PIDE/UFU). Esse Plano consistiu num documento em que se definiu a missão da Universidade, suas metas, objetivos e estratégias para atingi-los.

O PIDE abrangeu um período de 6 anos, contemplando o cronograma e a metodologia de implementação dos objetivos, metas e ações do plano da UFU, observando a coerência e a articulação entre as diversas ações, a manutenção de padrões de qualidade e orçamento. Ele considerou todas as unidades acadêmicas e as unidades administrativas vinculadas à Universidade. Para o HC-UFU, foram pactuados 18 indicadores assistenciais e operacionais que se relacionam com as ações do Plano Operativo do PDE 2017-2019.

Em 2017, a então Diretoria do Hospital de Clínicas identificou a necessidade de implantação de ferramentas de gestão estratégica e decidiu pela composição de uma área responsável pela qualificação da gestão interna, instituindo o Núcleo de Gestão Estratégica – NUGES. O Núcleo objetivou elaborar o Planejamento Estratégico do hospital conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar do SUS – PNHOSP, desenvolvendo ações relacionadas ao planejamento, à avaliação e monitoramento, à gestão da qualidade e de apoio à gestão.

Das atividades do NUGES, o primeiro Plano Diretor foi construído. O PDE 2017-2019 foi resultado da realização de oficinas ampliadas com profissionais das áreas assistencial, administrativa e acadêmica. Na elaboração do documento, diversas ferramentas de gestão foram utilizadas como: Modelos de Referência e os Gaps Normativos, Análise de Cenários (Forças, Oportunidades, Ameaças e Fraquezas), entre outras.

Com todas as dificuldades que o Hospital enfrentou em virtude da transição de gestão da FAEPU para a Ebserh, iniciada em 2018, muitas ações previstas no Plano de 2017-2019 perderam seu objeto ou a sua relevância, o que resultou em projetos inconclusos.

Já em 2020, ainda no período de transição, agravado pela pandemia de Covid-19, que, à época, estava “em pleno vapor”, foi aprovado o PDE 2021-2023, elaborado inteiramente sob as diretrizes da Ebserh e aprovado pelo Colegiado em 22 de dezembro de 2020 – objeto de análise no tópico a seguir.

O Plano Diretor Estratégico do HC-UFU para o ciclo 2024–2028 foi elaborado em consonância com o Guia de Gestão Estratégica da Rede Ebserh, adotando uma metodologia

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

estruturada em três fases: direcionamento estratégico, planejamento de indicadores e projetos, e monitoramento, controle e replanejamento. Esse processo envolveu a realização de análise situacional abrangente, definição da visão institucional alinhada ao Mapa Estratégico da Rede Ebserh e identificação dos macroproblemas prioritários, considerando as dimensões assistencial, acadêmica, administrativa e de desenvolvimento institucional.

A partir desse diagnóstico, foram definidos indicadores, metas anuais e projetos estratégicos voltados à qualificação da assistência, ao fortalecimento do ensino e da pesquisa, à sustentabilidade institucional e ao desenvolvimento dos trabalhadores, com monitoramento contínuo e possibilidade de replanejamento ao longo da vigência do plano. A partir de 2025, o Painel de Contribuição passou a adotar a lógica de ciclos anuais de avaliação, estabelecendo que os indicadores, metas e projetos estratégicos sejam monitorados em períodos de 12 meses, possibilitando à gestão revisar, ajustar ou redefinir prioridades anualmente, conforme os resultados alcançados e as necessidades institucionais, sem prejuízo do alinhamento ao horizonte estratégico do quinquênio 2024–2028, assegurando maior flexibilidade, responsividade e efetividade na condução da estratégia institucional.

### 3 ANÁLISE SITUACIONAL

#### 3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior

Como mencionado acima, o Plano Diretor Estratégico do HC-UFU/Ebserh, referente ao triênio 2021-2023, teve sua construção iniciada no ano de 2020, quando o Hospital ainda passava pela transição de gestão da FAEPU para a Ebserh – transição esta, aliás, que marcou grande parte da vigência de tal plano, uma vez que a gestão plena da Ebserh só se concretizou em meados de 2022.

Enquanto a visão da Rede, nesse ciclo, era “ser referência nacional no ensino, na pesquisa, na extensão e na inovação no campo da saúde, na assistência pública humanizada e de qualidade em média e alta complexidade e na gestão hospitalar, atuando de forma integrada com a Universidade e contribuindo para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde”, foi definida, como visão do HC-UFU, *ser referência no ensino multiprofissional e na assistência à saúde, com qualificação da pesquisa e da gestão em rede de maneira sustentável*.

Dessa forma, tem-se que a visão adotada para o Hospital abrangeu todos os quatro atributos de estratégia, quais sejam, assistência, ensino, pesquisa e gestão, de forma a valorizar igualmente cada um deles.

Conforme estabelecido no mapa estratégico da Rede, havia cinco pilares estratégicos: *sociedade, sustentabilidade, governança, processos e tecnologia e pessoas*. Para cada um desses pilares, a partir da metodologia estabelecida pela Ebserh, foram identificados macroproblemas e propostas soluções, a serem implementadas por meio de projetos com metas mensuradas por indicadores – em regra, um projeto por pilar, exceto quanto ao pilar “sociedade”, que se dividiu em três eixos temáticos: assistência, ensino e pesquisa.

Cada projeto, por sua vez, contou com um gerente que, auxiliado por um grupo de trabalho, passou a ser responsável pela execução das tarefas contidas no projeto, devendo respeitar os prazos pactuados, atualizar periodicamente o aplicativo Project, além de elaborar e enviar relatórios à Unidade de Gestão e Estratégia.

A construção desses sete projetos contou com a participação de grupo de trabalho constituído para tal finalidade e com a intensa atuação do Colegiado Executivo, sempre seguindo as diretrizes do planejamento estratégico formuladas pela Coordenadoria de Estratégia e Inovação (CEI) da Vice-Presidência da Ebserh.

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

No final de 2023, já no fim da vigência do PDE 2021-2023, os projetos constavam com os seguintes percentuais de conclusão:

Tabela 3 - Projetos PDE HC-UFU 2021-2023

Projeto local	% de Conclusão	Problemas identificados	Soluções propostas
Aprimoramento do cuidado em saúde no HC-UFU por meio da implantação de dispositivos de gestão hospitalar	90%	Fragmentação do cuidado (dificuldade de trabalho em equipe e pouca articulação com a rede)	Implantação de modelo de assistência hospitalar, multiprofissional com foco no paciente.
Política de apoio e incentivo à preceptoria	100%	Falta de integração entre a academia e os serviços	Política de capacitação em preceptoria; Carga horária protegida para preceptoria.
Criação da Unidade de Gestão de Pesquisa (UGPESQ) e das linhas-guia de gestão da pesquisa no HC-UFU	100%	Pouca produção científica dos serviços	Criação da Unidade de Gestão de Pesquisa (UGPESQ) e das linhas-guia de gestão da pesquisa no HC-UFU
Alcance do Equilíbrio entre Receitas e Despesas no HC-UFU	100%	Falta de apropriação dos recursos recebidos pelo SUS	Fortalecimento da equipe administrativa e formalização dos contratos nas áreas de possíveis terceirização.
Instituição de Mecanismos de Governança Pública no HC-UFU	99%	Falta de estrutura de governança e política interna conforme diretrizes da Ebserh	Instituição de mecanismos de governança pública
Implantação da Gestão por Processos no HC-UFU	100%	Governança ineficaz quanto à renovação dos processos, tecnologia e do parque tecnológico	Fortalecimento da gestão por processos

**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

Implantação de dispositivos para o fortalecimento da Gestão de Pessoas	<b>91%</b>	Deficiência no dimensionamento de pessoal e na política de gestão de RH	Reavaliação e reestruturação dos dispositivos para o fortalecimento da Gestão de Pessoas.
--	------------	---	---

Para cada projeto, foram definidos indicadores, que definem como será medido e acompanhado o sucesso do alcance do objetivo, de acordo com a meta estipulado para cada ano.

Além disso, no momento de encerramento do PDE, os gerentes apontaram as lições que aprenderam e os próximos desafios identificados – todos levados em conta na elaboração deste PDE.

Por sua importância para demonstrar, ainda que parcialmente, o impacto do desenvolvimento desses projetos na realidade do Hospital, assim como para ensejar a reflexão sobre a necessidade de se dar continuidade a alguns processos de melhoria, mostra-se um pouco dos resultados desses projetos do Plano anterior:

- a) Pilar Sociedade (Assistência)** - Aprimoramento do cuidado em saúde no HC-UFU por meio da implantação de dispositivos de gestão hospitalar

Para o projeto, foram definidos cinco indicadores:

<b>Índice de implantação dos dispositivos de gestão hospitalar propostos</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	25%	0%
2022	30%	26,2%
2023	50%	55,7%

<b>Tempo Médio de Permanência – Leitos Clínicos</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	≤ 10,1 dias	8,1
2022	≤ 9 dias	8,5
2023	≤ 9 dias	9,8

**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

<b>Tempo Médio de Permanência – Leitos Cirúrgicos</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta Planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	≤ 5,4 dias	5,4
2022	≤ 4,9 dias	4,9
2023	≤ 4,9 dias	5,3

<b>Taxa de Ocupação de Leitos</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	≥ 85%	77,17%
2022	≥ 85%	84,17%
2023	≥ 85%	86,14%

<b>Índice de Renovação/Giro de Rotatividade</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	> 3,00	3,33
2022	> 3,19	3,83
2023	> 3,42	3,69

Lições aprendidas: planejamento mais consistente e ágil; melhor dimensionamento do escopo do projeto; e melhor definição dos prazos para cumprimento das tarefas.

Próximos desafios: aprimorar os dispositivos implantados; e garantir o funcionamento dos dispositivos e a motivação das equipes para dar continuidade aos processos de melhoria iniciados com o projeto.

**b) Pilar Sociedade (Ensino) - Política de apoio e incentivo à preceptoria**

Este projeto, por sua vez, contou com três indicadores diferentes:

<b>Percentagem de profissionais de nível superior do HC-UFU capacitados em preceptoria</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	20%	17,33% = $\frac{105 \text{ (profissionais distintos capacitados no módulo I)}}{606 \text{ (Preceptores cadastrados no SIG RES em 2021)}}$

**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

2022	40%	$23,26\% = \frac{174 \text{ (profissionais distintos capacitados no módulo I rec. e II)}}{748 \text{ (Preceptores cadastrados no SIG RES em 2022)}}$
2023	60%	$17,85\% = \frac{170 \text{ (profissionais distintos capacitados nos módulos I até V)}}{952 \text{ (Preceptores cadastrados no SIG RES em 2023)}}$

<b>Índice de satisfação dos residentes frente aos preceptores capacitados</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	-	-
2022	-	56,6%
2023	80%	-

<b>Índice de satisfação dos profissionais de nível superior que trabalham no HC-UFU/Ebserh capacitados no “Projeto Preceptoría”</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	-	62%
2022	-	75%
2023	90%	88%*

Lições aprendidas: garantia da carga horária protegida de 4 (quatro) horas semanais para o curso e estudo; flexibilização para a participação dos cursistas também por módulos “avulsos”; e facilitação da participação aos cursistas que não conseguiram estar de forma remoto/síncrono à aula, que assistissem o encontro no qual faltou e realizassem a postagem de um breve resumo sobre a discussão do encontro, articulado com sua prática de preceptoría.

Próximos desafios: Apoiar e manter iniciativas de qualificação pedagógica dos profissionais e promoção de competências relacionadas à preceptoría em saúde que fortaleçam a integração entre ensino e serviço.

- c) Pilar Sociedade (Pesquisa)** - Criação da Unidade de Gestão de Pesquisa (UGPESQ) e das linhas guia de gestão da pesquisa no HCUFU

Aqui, foi definido apenas um indicador:

<b>Número de pesquisas analisadas e aprovadas pela UGPESQ</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	130	123
2022	156	184
2023	187	127

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Lições aprendidas: definição de metas e indicadores que sejam de controle da própria equipe envolvida com o projeto, uma vez que os indicadores dependiam quase que exclusivamente da atuação dos pesquisadores da Universidade.

Próximos desafios: espaço definitivo para o centro de pesquisa (mudança do Bloco 8F); e aumento do número de pesquisas patrocinadas pela indústria, buscando-se pesquisadores interessados em assumir as pesquisas no HC-UFU.

### d) Pilar Sustentabilidade - Alcance do Equilíbrio entre Receitas e Despesas no HC-UFU

Nesse projeto, havia apenas um indicador definido:

Alcance do Equilíbrio entre Receitas e Despesas no HC-UFU		
Ano	Meta planejada	Meta realizada
2021	50%	79,87%
2022	80%	87,63%
2023	100%	100%

Esse mesmo indicador, no entanto, considerando a meta em valores, ficou da seguinte forma:

Meta em valores				
Ano	Teto MAC/FAEC	Fonte própria - 50	Aporte extra Ebserh custeio	Total
2021	R\$ 139.970.607,00	R\$ 11.706.883,00	R\$ 38.207.166,00	R\$ 189.884.656,00
2022	R\$ 146.360.382,00	R\$ 4.507.087,00	R\$ 20.676.197,00	R\$ 171.543.666,00
2023	R\$ 146.681.531,81	R\$ 42.291.080,93	R\$ 0,00	R\$ 188.972.612,74

Lições aprendidas: divulgar algumas atividades executadas no projeto para maior engajamento do HC-UFU; ter um cuidado na escolha de quem irá executar a tarefa de modo que ela tenha disponibilidade e condições técnicas de executá-la.

Próximos desafios: institucionalizar o projeto de capacitação da Contratualização no cronograma de capacitação do HC-UFU; ampliar ao máximo o engajamento do HC-UFU no projeto; aprimorar os mecanismos de controle das despesas.

### e) Pilar Governança - Instituição de Mecanismos de Governança Pública no HC-UFU

Tal projeto contou com dois indicadores:

**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

<b>Percentual de chefias nomeadas para composição do novo organograma</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	70%	90%
2022	100%	100%
2023	100%	100%

<b>Percentual de implantação de práticas de governança no HC-UFU</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	50%	35%
2022	70%	89%
2023	100%	99%

Lições aprendidas: divulgar algumas das atividades executadas no projeto não apenas no Boletim de Serviço, mas por e-mail, plano de trabalho dos computadores, no site do Hospital e na intranet, a fim de que tenham um maior alcance e efetividade; e certificar-se de que aquele para quem uma tarefa foi atribuída tem disponibilidade e condições técnicas de executá-la.

Próximos desafios: pensar formas de manter a equipe executora do projeto sempre agregada e com o diálogo aberto; e trazer outros mecanismos de governança a serem instituídos no Hospital e fortalecer os que já estão em funcionamento.

**f) Pilar Processos e Tecnologia - Implantação da Gestão por Processos no HC-UFU**

Tal projeto teve definido apenas um indicador, referente ao número de termos de abertura de gestão estruturada por processos (TAGEP):

<b>Nº de termos de abertura da gestão estruturada por processos validados</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	0	0
2022	1	0
2023	6	3

Lições aprendidas: envolver a equipe executora no planejamento das ações e elaboração do cronograma; e conhecer o objetivo e escopo do projeto para definição de metas factíveis.

Próximos desafios: manter o Escritório de Processo ativo; realizar nova oficina de priorização dos processos a serem trabalhados pelo Escritório; e aprimorar a metodologia utilizada.

**g) Pilar Pessoas** - Implantação de dispositivos para o fortalecimento da Gestão de Pessoas

Projeto que contou com três indicadores diferentes. Bom lembrar que houve a reestruturação completa do projeto no ano de 2022, motivo pelo qual não há metas nem resultado de aferimento no ano de 2021:

<b>Taxa de adesão de participantes às capacitações</b>				
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada (Chefias)</b>	<b>Meta realizada (Chefias)</b>	<b>Meta planejada (Colaboradores)</b>	<b>Meta realizada (Colaboradores)</b>
2021	-	-	-	-
2022	25%	51%	10%	6%
2023	50%	48%	20%	12%

<b>Avaliação de reação dos participantes</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	-	-
2022	40%	25%
2023	60%	25%

<b>Índice de satisfação das chefias e dos colaboradores com a disponibilização do Manual de Gestão de Pessoas</b>		
<b>Ano</b>	<b>Meta planejada</b>	<b>Meta realizada</b>
2021	-	-
2022	-	-
2023	70%	Sem aferição

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Lições aprendidas: estabelecer indicadores mais factíveis; divulgar com mais antecedência os eventos de capacitação; verificar o cronograma das atividades do hospital antes de agendar os eventos; inserir no POP de Instrutoria Interna a condição de emissão do certificado, após o preenchimento das fichas de reação por pelo menos 50% dos participantes de cada capacitação.

Próximos desafios: elaboração de um Manual de Gestão de Pessoas para as chefias; após publicação do Manual de Gestão de Pessoas para os colaboradores, a UDP realizará a divulgação para os empregados do HC-UFU; acompanhar a satisfação dos colaboradores com a disponibilização do Manual de Gestão de Pessoas; e incentivar a participação dos colaboradores nas capacitações.

Por conseguinte, constata-se que todos os projetos estratégicos do PDE 2021-2023 tiveram um percentual de conclusão igual ou superior a 90%, sendo que quatro deles foram integralmente concluídos, com todas as tarefas neles previstas 100% executadas. Por outro lado, o resultado de alguns indicadores, assim como as lições aprendidas e os desafios detectados pelos gerentes, mostram que o Hospital de Clínicas, enquanto instituição pública de saúde, ainda tem um longo caminho a percorrer para alcançar a excelência que almeja.

### 3.2 Percepções dos Envolvidos

O Colegiado Executivo e os membros do GT, no intuito de democratizarem a construção deste Plano e de garantirem a máxima participação da comunidade hospitalar, no apontamento de problemas e suas causas, mas também colaborando na construção de soluções, optaram por priorizar a coleta de percepções de atores envolvidos. Assim, foi investido empenho e tempo aqui, durante quase um mês, em ações presenciais e virtuais, que resultaram na escuta de 70 pessoas, entre autoridades, representantes dos usuários e dos trabalhadores e gestores do Hospital.

Para tanto, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, aplicado de forma direta a algumas pessoas – como o reitor, o superintendente regional da saúde, o representante do CMSU, os representantes dos sindicatos e algumas chefias. Tal roteiro também seria utilizado para entrevistar o Secretário Municipal de Saúde, Gestor do SUS, no entanto o encontro não aconteceu em virtude da sua indisponibilidade de agenda.

O mesmo roteiro de entrevista foi aplicado de forma indireta, por formulário disponibilizado no Redcap e respondido por 50 gestores do Hospital.

Em linhas gerais, foram feitas as mesmas perguntas a todos, resguardadas algumas adaptações – por exemplo, os formulários do Redcap contemplaram apenas as perguntas de 1 a 7

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

enumeradas abaixo. As respostas mais recorrentes, após análise individual e manual, foram as seguintes:

### 1) Qual é a sua visão para o futuro do HC-UFU/Ebserh?

Compilando e combinando as respostas mais recorrentes, chega-se à seguinte visão: “Ser referência em alta complexidade, nos serviços de oncologia e de transplante, na Rede SUS, com excelência, qualidade e humanização no atendimento.”

Também apareceu bastante, sobretudo nas entrevistas feitas com as chefias de nível 2 e 3 do Hospital, as respostas: “profissionalização e padronização dos processos”.

### 2) Em que condições você espera que o HC-UFU/Ebserh esteja daqui 5 anos?

Aqui, as respostas mais recorrentes sugeriram avanços e melhorias quanto aos seguintes temas: infraestruturas físicas e tecnológicas; treinamento e educação continuada; qualidade e segurança do paciente; e dimensionamento.

### 3) Quais são os principais desafios internos que você identifica na HC-UFU/Ebserh e que precisam ser superados?

Houve grande diversidade de respostas, sendo a grande parte referente a: gestão de recursos financeiros; gestão de suprimentos; dificuldades de comunicação; mudança de cultura organizacional; falta de integração entre os trabalhadores; infraestrutura física e de TI; melhoria dos fluxos e processos internos; dimensionamento de pessoal; comunicação; e, por fim, déficit de profissionais.

### 4) Quais seriam as sugestões de melhorias nos pontos levantados?

Para os desafios elencados na questão acima, foram apontadas como sugestões de melhorias: capacitação e programas de treinamento contínuo; unificação/padronização e melhoria de fluxos, processos e protocolos; aprimorar a comunicação interna; fortalecer os vínculos/Resgatar o sentimento de pertencimento; investimento em infraestrutura física e de TI; e o estabelecimento de metas e fluxos de monitoramento do desempenho do hospital.

### 5) Quais são os principais desafios externos que você identifica no HC-UFU/Ebserh e que precisam ser superados?

Os desafios externos que mais apareceram nas respostas, por sua vez, dizem respeito a: política e imagem do HC-UFU; comunicação com gestores do SUS e secretário; padronização nos protocolos de referenciamento e contrarreferenciamento de pacientes e encaminhamento indevido de vagas zero; e comunicação com órgãos externos (Prefeitura, Universidade, gestor municipal e FAMED).

**6) Quais seriam as sugestões de melhorias nos pontos levantados?**

Para esses desafios, as sugestões de melhoria mais recorrentes giram em torno do fortalecimento na formação das chefias e lideranças e da capacitação dos colaboradores do HC-UFU.

**7) Que oportunidades externas você enxerga que a organização pode aproveitar?**

Quanto às oportunidades externas, prevaleceram: captação de recursos financeiros; aumentar parceria com a universidade, fazer parceria com outras instituições, inclusive hospitais e instituições privadas com foco em educação e novas tecnologias; discussão de novas regras de contratualização

**8) Quais indicadores-chave são mais relevantes para a avaliação do sucesso do HC-UFU/Ebserh?**

A satisfação e a experiência dos pacientes foram consideradas indicadores-chave.

**9) Na sua visão como podemos atuar em conjunto para melhor atuação do HC-UFU/Ebserh nos campos da Assistência, Ensino, Pesquisa e Inovação?**

A maioria das respostas convergiram para “parcerias estratégicas”, “colaboração interdisciplinar” e “desenvolvimento de programas educação continuada”.

**10) Quais são os principais projetos de inovação ou transformação digital precisam ser perseguidos?**

Entre as sugestões, as ideias que mais apareceram referem-se ao prontuário eletrônico, com melhorias no AGHU, à inteligência artificial e à automação de processos.

**11) Se não houvesse nenhuma limitação, tecnológica e nem de orçamento, o que você faria diferente do que é feito hoje?**

Sistema integrado que promovesse a interoperabilidade entre diferentes sistemas

**12) Que valores são fundamentais para a cultura da organização?**

Foram considerados valores fundamentais pela maioria dos respondentes: a ética profissional e transparência na assistência, no ensino e em todas as interações; o comprometimento com a instituição e com o paciente; a legalidade dos atos e o respeito técnico.

**13) Quais são as áreas que necessitam de maior investimento ou desenvolvimento de capacidades?**

Os atores consideraram que todas as áreas necessitam de investimento em capacitação, em primeiro lugar. Também houve muitas respostas que apontaram necessidade de investimentos

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

na área administrativa, no que tange à constante mudança da legislação, análise de dados, treinamento interno, atração e retenção de profissionais de saúde qualificados, programas de bem-estar e qualidade de vida para os colaboradores

### 14) Quais os principais desafios na gestão de recursos humanos?

O subdimensionamento dos profissionais e absenteísmo; e a valorização e melhor aproveitamento dos nossos talentos humanos em áreas de afinidade.

Por fim, toma-se a liberdade de destacar um trecho da entrevista feita com o Reitor da UFU, Prof. Valder Steffen Júnior, em sua resposta à pergunta sobre os principais desafios externos, oportunidades externas e sugestões de melhorias:

Eu penso que, embora sejamos o maior hospital da região, nós operamos em rede: o sistema de saúde é uma rede e é claro que nem a Universidade, muito menos o Hospital de Clínicas sob gestão da Ebserh, não é responsável pelo atendimento à saúde da população. Isso é papel do gestor municipal nosso. Trabalhamos num sistema de gestão plena, portanto, isso cabe de fato ao município. Agora, por outro lado, nós não podemos nos esquecer de que nós somos um grande hospital da rede e, como temos observado ao longo dos anos, qualquer dificuldade que a gente tenha em algum serviço no nosso hospital, automaticamente isso "transborda", cria algumas tensões na rede como um todo, particularmente com a Secretaria municipal de saúde. Então, eu penso que nós estamos todos no mesmo barco, ou seja, é preciso que haja uma compreensão de ambas as partes. De um lado, a prefeitura, o município entender que nós somos um hospital-escola, com características próprias, com nossas responsabilidades contratuais no atendimento à saúde. Agora, por outro lado, nós precisamos que os nossos estudantes tenham condições de "realizar". E não apenas os estudantes de Medicina. Eu vejo que, às vezes, quando a gente fala em hospital, a gente pensa muito no estudante de Medicina, mas são estudantes de Medicina, de Odontologia, de Enfermagem, de Nutrição, de Fisioterapia, de Engenharia Biomédica, de Física Médica. São todos esses estudantes que acabam tendo uma parcela significativa de sua formação através de estágios no ambiente do Hospital de Clínicas, né? Exatamente por ser um hospital escola. Isso sem falar do internato e da residência médica, que são aspectos da maior importância. Veja se você tem, como já temos observado, em alguns momentos, um pronto-socorro superlotado, toda a dinâmica do hospital fica dificultada. Daí nós não temos o rodízio de leitos, as cirurgias não acontecem, as eletivas, complica a formação do residente e é claro, dificulta, né? O atendimento digno à população carente, a população que depende do SUS. Eu penso que nós temos que construir cada vez mais um trabalho cooperativo, entre nós e os demais elos da rede.

Igualmente, destaca-se, aqui, trecho da entrevista com o Dr. Marcelo José Pires Ferreira, Superintendente Regional de Saúde, ao responder sobre como podemos atuar em conjunto para melhor atuação do HCUFU/Ebserh nos campos da Assistência, Ensino, Pesquisa e Inovação:

Num primeiro aspecto, por meio da parceria entre o HC-UFU e a SRS, inclusive com a SRS atuando como mediador entre o Hospital e o Município de Uberlândia, podendo opinar e participar das discussões. Também acho que o que precisa ser feito é melhorar processos de trabalho. O HC-UFU, nas últimas décadas, sempre teve o mesmo modelo de gestão, que tinha seus ônus e bônus. Porém, a gente via, no modelo antigo, uma autcentralização. Agora a gente espera que o HC-UFU exerça seu papel de forma mais articulada com a rede

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

regional da qual faz parte. Por exemplo, na migração para o novo prédio do HC-UFU, é importante a reformulação do Pronto-Socorro, com o fim da demanda espontânea (estimulada). É preciso que seja refeito o referenciamento do PS, antes mesmo da migração, para que, junto com a estrutura física, não sejam transferidos alguns vícios.

Ambos os trechos destacados acima, juntamente à análise das entrevistas e pesquisas feitas, foram apresentados ao Colegiado Executivo, durante a oficina de definição da visão e, mais brevemente, ao público que participou da oficina de identificação de macroproblemas. Embasaram, assim, a construção deste PDE e dos indicadores, metas e projetos que serão apresentados mais à frente. Por limitação de tempo, a percepção dos usuários e dos estudantes foi analisada por meio, respectivamente, da pesquisa de satisfação do usuário e da pesquisa de satisfação do residente, ambas de 2023.

A consulta feita aos usuários teve 2.867 participantes, sendo 2.021 usuários e 846 acompanhantes e demonstra uma satisfação de 98,71%. De forma geral, 96,73% declarou se sentir muito satisfeito após a utilização dos serviços do HC-UFU, e apenas sete pessoas (0,24%) considerou-se muito insatisfeita.

Os resultados da pesquisa podem ser vistos na íntegra no *site*: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/acesso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria/pesquisa-de-satisfacao-do-usuario/pesquisa-de-satisfacao-dos-usuarios-do-hc-ufu/Anexo2\\_Relatrio\\_PSU\\_2023.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/acesso-a-informacao/participacao-social/ouvidoria/pesquisa-de-satisfacao-do-usuario/pesquisa-de-satisfacao-dos-usuarios-do-hc-ufu/Anexo2_Relatrio_PSU_2023.pdf)

A avaliação com os residentes contou com uma adesão de 45,5% (172 respostas), chegando à nota 5,87/10. Dos respondentes, 57,6% consideram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o HC-UFU como campo de prática e 55,2% considera as demandas adequadas à sua especialidade.

As piores notas recebidas dizem respeito à infraestrutura. Por exemplo, a nota média do espaço físico destinado ao descanso dos residentes foi 4,19 e a do espaço físico para prescrição clínica, 5,15. Quanto à formação profissional, também foram baixas as notas que avaliaram o apoio da COREME ou do COREMU no desenvolvimento das atividades da residência (4,93) e das ações de fomento de pesquisa (4,37). A maior nota média, aqui, concerne ao conhecimento adquirido na assistência prestada junto ao paciente, que foi de 7,48. A pesquisa completa pode ser acessada no *site*: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/comunicacao/noticias/ebserh-publica-numeros-da-pesquisa-de-satisfacao-do-residente>

### 3.3 Desempenho do Contrato SUS

Atualmente, vige o Convênio 138/2022, firmado entre o Município de Uberlândia e o HC-UFU, em conformidade com a Portaria de Consolidação GM/MS número 02/2017, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no SUS e estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais.

O documento, assinado em 28 de dezembro de 2022 entre Presidente da Ebserh, Superintendente do Hospital e Secretário Municipal de Saúde, estabelece uma série de compromissos e responsabilidades, além de definir metas qualitativas e quantitativas do processo de assistência à saúde, de gestão, de ensino e pesquisa e de avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população, com as políticas públicas para a atenção hospitalar e com os princípios e diretrizes do SUS.

Tabela 4 - Desempenho da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Descrição dos Quadros	Meta Anual	Produção Anual	% de execução
Desempenho da Média Complexidade Ambulatorial	940.368	897.359	95%
Desempenho da Média Complexidade Hospitalar	16.380	15.220	93%
Desempenho da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	956.748	912.579	95%

Tabela 5 - Desempenho da Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - MAC

Descrição dos Quadros	Meta Anual	Produção Anual	% de execução
Quadro 7 - Alta complexidade Ambulatorial	46.920	47.739	102%
Quadro 9 - Alta complexidade Hospitalar	4.344	3.811	88%
Desempenho da Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	51.264	51.550	101%

Tabela 6 - Desempenho FAEC Ambulatorial e Hospitalar - MAC

Descrição dos Quadros	Meta Anual	Produção Anual	% de execução
Quadro 10 - Media Complexidade SIA FAEC	5.976	6.047	101%
Quadro 11 - Alta Complexidade SIA FAEC	10.632	16.298	153%
Quadro 12 - Alta Complexidade SIH FAEC	456	962	211%
Desempenho FAEC Ambulatorial e Hospitalar	16.608	22.345	135%

Embora o Convênio tenha validade até 27 de dezembro de 2027, o Documento Descrito (DD), instrumento indissociável da contratualização conforme Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e que deve ser renovando anualmente, está vencido desde 27 de dezembro de 2023. Até o momento, o HC-UFU aguarda retorno do Gestor Local do SUS, quanto à proposta encaminhada em outubro de 2023.

### 3.4 Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade

O Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali) tem como objetivo promover e incentivar a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados nas áreas gerenciais, de ensino e extensão, assistência à saúde, pesquisa e inovação, e de suporte nos hospitais universitários federais (HUF) da rede Ebserh.

Em linhas gerais, o PGQuali pode ser entendido como um sistema de atividades e serviços ordenados, harmoniosos e integrados, realizados de maneira síncrona ou encadeada, com equipes instrumentalizadas, no intuito de atingir objetivos pré-determinados, relacionados à melhoria da qualidade em serviços de saúde oferecidos a uma população definida.

O programa é desenvolvido, na prática, por meio da realização da Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis), que consiste numa atividade sistemática, independente e documentada, sem cunho fiscalizatório, que tem como objetivo examinar os processos organizacionais a fim de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade visando à melhoria contínua do desempenho.

Realizado de forma anual, por uma comissão própria, o AVAQualis busca avaliar o cumprimento de requisitos constantes no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, na chamada avaliação interna total, que fornece uma visão geral do hospital, realizada

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

em um período determinado. Alternativamente, o AVAQualis pode ser desenvolvido no intuito de avaliar a adequação das unidades organizacionais do hospital frente a um escopo definido de requisitos do Manual, chamada de avaliação interna parcial.

Como resultado da Avaliação, o HU pode receber um selo de qualidade, o qual visa a reconhecer formalmente os hospitais que atingirem padrões estabelecidos do sistema de avaliação, selo o qual é concedido da seguinte forma:

- a) Selo bronze: concedido ao hospital que cumprir 80% dos requisitos essenciais (RE) e, no mínimo, 60% de todos os requisitos do Manual;
- b) Selo Prata: concedido ao HU que cumprir 90% dos requisitos essenciais (RE) e, ao menos, 70% de todos os requisitos do Manual;
- c) Selo Ouro: reservado aos hospitais que cumprirem 100% dos RE e, pelo menos, 80% de todos os requisitos;
- d) Selo Diamante: exclusivo dos HUs que cumprirem 100% dos RE e, no mínimo, 90% de todos os requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.

Na quarta edição do Avaqualis do HC-UFU, realizada em 2023, foram feitas 60 avaliações, contando com uma comissão com 31 membros, os quais avaliaram 708 requisitos e 1131 itens. Como resultado, considerando a Superintendência e cada uma das três gerências, tem-se, em relação aos requisitos como um todo:

Tabela 7 – Quantidade de requisitos conformes e não conformes no Avaqualis 2023

	<b>Nº absoluto</b>	<b>Porcentagem</b>
Nº Requisitos conformes	504	71%
Nº Requisitos não conformes	201	29%
Nº Requisitos aplicáveis	705	-
Nº Requisitos não aplicáveis	03	0%

Levando em conta, agora, apenas os chamados requisitos essenciais, os resultados foram os seguintes:

**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

*Tabela 8 - Quantidade de requisitos essenciais conformes e não conformes no Aqualis 2023*

	<b>Nº absoluto</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Nº Requisitos Essenciais conformes</b>	223	76%
<b>Nº Requisitos Essenciais não conformes</b>	72	24%
<b>Nº Requisitos Essenciais não aplicáveis</b>	02	0%
<b>Nº Requisitos aplicáveis</b>	295	-

Assim, o HC-UFU como um todo alcançou um resultado de 71% de requisitos conformes e de 76% de requisitos essenciais conformes, o que representa um progresso em relação ao ano de 2022 em quase todas as áreas – exceto nos requisitos da Gerência Administrativa, que mantiveram sua porcentagem

Quanto ao resultado do AVAQualis por categorias dos processos avaliados – quais sejam, gerenciais, finalísticos e de suporte – interessante observar como a maioria deles apresentou mais de 78% de requisitos conformes e, inclusive, duas categorias tiveram 100% de seus requisitos considerados conformes: a dos processos de suporte à jornada do ensino e extensão e de suporte à jornada de pesquisa e inovação.

Infelizmente tais resultados ainda não tornam o HC-UFU passível de receber nenhum selo (por ora!), mostrando que, ainda que estejamos no caminho certo de melhora dos nossos processos internos, ainda há muito a ser feito, rumo à total conformidade de requisitos e de requisitos essenciais.

Na sexta edição do AVAQualis do HC-UFU, realizada em 2025, observou-se a consolidação de avanços importantes em áreas estratégicas do hospital, refletindo o fortalecimento da cultura da qualidade e o amadurecimento progressivo dos processos institucionais. No total, foram avaliados 1.312 requisitos, considerando que alguns podem ser verificados em mais de uma área organizacional. Desses, 863 foram considerados conformes e 449 não conformes, resultando em um índice geral de conformidade de 65,78%.

Considerando os resultados agrupados por gerência, a Gerência de Ensino e Pesquisa apresentou desempenho de excelência, alcançando 100% de conformidade em todos os processos

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

avaliados, com destaque para a Jornada de Pesquisa e Inovação, a Jornada de Ensino e Extensão e o Planejamento de Ensino, evidenciando a consolidação das práticas institucionais voltadas à qualificação das atividades acadêmicas e científicas.

No âmbito da Superintendência, observou-se um índice de conformidade de 76,27%, com resultados expressivos em processos estruturantes, como Contratualização, Faturamento, Gestão da Informação Assistencial e Ouvidoria, todos com 100% de conformidade. Destacam-se ainda os processos de Vigilância Epidemiológica, com 94,12%, e Governança, com 90%, demonstrando a efetividade das ações voltadas ao fortalecimento dos mecanismos de gestão, monitoramento e transparência institucional.

A Gerência de Atenção à Saúde concentrou o maior volume de requisitos avaliados, apresentando resultados relevantes e demonstrando evolução na qualificação dos processos assistenciais. Entre os setores com 100% de conformidade destacam-se o Banco de Leite Humano, a Central de Material Esterilizado, a Radioterapia e o Laboratório de Análises Clínicas. Outros setores também apresentaram resultados expressivos, como a Assistência Farmacêutica, com 94,74% de conformidade, além das Unidades de Terapia Intensiva e diversas unidades de internação, que alcançaram índices superiores a 80%, evidenciando o fortalecimento das práticas relacionadas à segurança do paciente e à qualidade do cuidado.

Por sua vez, a Gerência Administrativa apresentou índice de conformidade de 46,58%, com destaque positivo para os processos de Contratações Públicas, que atingiram 100% de conformidade, Saúde e Segurança do Trabalhador, com 83,33%, e Produção e Distribuição de Refeições, com 70%. Apesar desses avanços, permanecem oportunidades de melhoria em áreas estruturais e de apoio, como infraestrutura física, controle de acessos e serviços administrativos, que constituem pontos prioritários para os próximos ciclos de qualificação institucional.

Sob a perspectiva de análise adotada pela Ebserh Sede, que considera o agrupamento por macroprocessos da cadeia de valor institucional e estabelece que um requisito só é considerado conforme quando atende plenamente a todos os processos em que é avaliado, foram identificados 239 requisitos conformes e 196 não conformes, de um total de 435 requisitos aplicáveis e avaliados, resultando em um percentual geral de conformidade de 55%. Nessa mesma perspectiva, 273 requisitos foram classificados como não aplicáveis ou não avaliados, correspondendo a 39% do total.

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Em relação à conformidade por macroprocesso, observou-se melhor desempenho nos Processos de Suporte à Jornada do Ensino e Extensão, com 100% de conformidade, seguidos pelos Processos Gerenciais, com 74%, e pelos Processos de Suporte à Jornada da Assistência à Saúde, com 64%. Os Processos de Suporte Transversais aos Processos Primários apresentaram conformidade de 61%, enquanto os Processos Primários da Jornada do Ensino e Extensão alcançaram 57% e os Processos de Suporte à Organização, 52%. Já os Processos Primários da Jornada da Assistência à Saúde apresentaram conformidade de 44%, indicando a necessidade de continuidade das ações de aprimoramento e monitoramento nessa área estratégica.

Importa destacar que os critérios de avaliação adotados nesta edição foram substancialmente revisados e aprimorados em relação aos ciclos anteriores, com a introdução de requisitos mais detalhados e rigorosos, especialmente voltados ao fortalecimento dos processos assistenciais, gerenciais e administrativos. Essas mudanças metodológicas tornaram o processo avaliativo mais criterioso e robusto, permitindo uma análise mais precisa do nível de maturidade institucional e contribuindo para o direcionamento mais assertivo das ações de melhoria contínua.

Nesse contexto, os resultados obtidos refletem não apenas o desempenho institucional, mas também o impacto das mudanças nos critérios de avaliação, evidenciando o compromisso do HC-UFU com o aprimoramento permanente de seus processos e com a qualificação dos serviços prestados à comunidade, ao ensino e à pesquisa, em consonância com as diretrizes do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade.

### **3.5 Acordo Organizativo de Compromissos**

O Acordo Organizativo de Compromisso (AOC), denominado de Contrato de Objetivos até 2023, é um instrumento de gestão celebrado, anualmente, entre cada hospital universitário federal (HUF) e a Administração Central da Ebserh, com a finalidade de criar condições materiais e institucionais para que os hospitais aprimorem suas atividades relacionadas ao ensino, pesquisa, inovação e extensão, além da promoção de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse acordo define as responsabilidades de cada parte envolvida, os serviços a serem prestados, metas a serem alcançadas, recursos a serem disponibilizados, entre outros aspectos relevantes para a gestão e operação eficiente dos hospitais sob a administração da Ebserh, sendo

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

regido pela Política de Planejamento Anual da Aplicação de Créditos Orçamentários da Rede Ebserh; pelo Decreto nº 7.082/2010, que institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e dispõe sobre o financiamento dos HUFs; e pelo Decreto nº 11.674/2023, que institui o Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por HUFs integrantes do SUS.

A análise das metas propostas no Contrato de Objetivos entre a Administração Central da Ebserh e o HC-UFU, referente ao ano de 2023, estão dispostas na abaixo.

Tabela 9 - Análise das metas propostas no Contrato de Objetivos entre a Administração Central da Ebserh e o HC-UFU, em 2023

Indicador	Meta	Resultado	Comentário
Taxa de ocupação hospitalar	85%	93,9%	Esse resultado pode ser justificado devido à complexidade dos pacientes atendidos no HC-UFU. Nesse sentido, ações estratégicas como os Painéis Kanban, o Plano Terapêutico Singular, a reestruturação do Serviço de Desospitalização e a adoção da previsão de alta estão sendo implantadas com o objetivo de tornar a gestão de leitos mais eficiente, além de garantir a assistência integrada e segura ao paciente.
Tempo médio de permanência cirúrgico	4,9 dias	5,5 dias	
Tempo médio de permanência clínico	8,5 dias	10,1 dias	
% de respostas válidas de residentes que responderam à pesquisa de satisfação dos residentes em relação ao total de residentes da instituição	67,0%	45,5%	A meta não foi atingida, pois foi considerado no número total de residentes da instituição, os residentes do Programa de Residência Uniprofissional vinculados aos Programas de Medicina Veterinária que não utilizam o HC-UFU como cenário de prática. Ressaltando que a Pesquisa de Satisfação dos Residentes (PSR) foi divulgada apenas aos residentes que, de fato, utilizam o HC-UFU, como cenário de prática.  Em 2024, foi pactuado com a Diretora de Ensino e Pesquisa e Inovação (DEPI) que a GEP não informará no censo do SIG-RES, os residentes matriculados nos Programas Uniprofissional vinculados ao Hospital Veterinário, como cenário de prática, e apenas os que de fato, utilizam o HC-UFU. Ação esta, que torna o indicador da PSR atingível.
Enviar em tempo oportuno (definido pela CGC/DEPAS) os registros do Censo Hospitalar Diário.	353 dias	365 dias	Os registros do Censo Hospitalar Diário foram enviados diariamente pela Unidade de Regulação Assistencial (URA).

**Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**

% de cobertura orçamentária proveniente da Contratualização SUS e de outras receitas próprias do HUF.	100%	100%	Todo o orçamento SUS recebido no HC-UFU foi devidamente executado.
Tempo médio de capacitação por empregado	20h	11h	O resultado ficou longe da meta prevista, pois 75% do orçamento de capacitação foi recebido apenas no 2º semestre de 2023. Diante da possibilidade em não receber integralmente o orçamento inicialmente previsto, os processos de contratação dos cursos só foram iniciados após o recebimento do recurso.
% de liquidação do valor estabelecido em custeio no teto orçamentário do hospital. (Meta intermediária: 7,1%/mês)	85,0%	96,39%	Resultado obtido devido o acompanhamento efetivo de todos os empenhos, com a realização de processos de apuração de responsabilidade.

Observa-se que o HC-UFU, dos oito indicadores previstos no Acordo, conseguiu atingir a meta em apenas dois, tendo tido um desempenho razoável em quase todos os outros, mas, claro, com necessidade de melhora.

Para o ano de 2024, no dia 08 de fevereiro, foi assinado entre o Superintendente do Hospital de Clínicas, Dr. Marcus Vinícius, e o Presidente da Ebserh, Dr. Arthur Chioro, novo AOC, documento que, além de estabelecer compromissos e responsabilidade para ambas as partes, também prevê um teto orçamentário total de R\$216.735.792,00, oriundo de receita própria, receita SUS, PROHSUS e também de emendas.

Neste Acordo, foram definidos, ao total, 15 indicadores, alguns comuns entre o contrato de objetivos e o AOC, outros exclusivos deste último. Entre os indicadores, tem-se o “tempo médio de permanência cirúrgico”, com uma meta de redução de 10% ao ano e que foi replicado no projeto referente ao pilar Sociedade – Usuário SUS, como se verá adiante, por orientação do Guia.

Além dele, também constam como indicadores do Acordo o “percentual de preceptores capacitados nos HUFs da Rede Ebserh” (com meta de crescimento de 10% ao ano) e o “índice de obsolescência do parque tecnológico”, os quais, embora não tenham sido utilizados diretamente neste PDE, serão positivamente impactados pelos projetos estratégicos relativos aos pilares

Sociedade – Estudante e Desenvolvimento Institucional. Na revisão de 2026, este documento também foi utilizado para a definição de novos indicadores, considerando como referência o AOC mais atualizado de 2025, que prevê o monitoramento trimestral.

### **3.6 Principais achados e recomendações**

O trabalho de auditoria interna da rede Ebserh, assim como em suas unidades jurisdicionadas – no caso, suas filiais, os HUs, é desenvolvido com base no Plano de Providência Permanente (PPP), com diretrizes previstas no Decreto nº 3.591/2010 e na Portaria CGU nº 650/2014, que o estabelecem como instrumento que consolida as medidas a serem tomadas pelo Hospital e deve conter as recomendações feitas pelos órgãos de controle interno e externo competentes.

Além disso, anualmente, é construído um Plano Anual de Auditoria Interna (PAINT), o qual analisa e prioriza os processos de negócio da rede e dos HUs, com base em diversos documentos, como a cadeia de valor, o mapa estratégico e o plano de negócio.

No PAINT do exercício de 2023, por exemplo, foram priorizados, entre outros, os processos de: realizar contratações, gerir estoque, gerir instrumento formal de contratualização, gerir obras, realizar planejamento de ensino, gerir contrato de objetivos e gerir remuneração, benefícios e direitos de colaboradores.

Dessa forma, a auditoria realizada no HC-UFU, no que se refere ano de 2023, foi referente a aspectos relacionados a esses processos.

Para análise dos achados e recomendações dos trabalhos de auditoria, o Auditor Interno do HC-UFU foi consultado e, em resposta, sugeriu a leitura não apenas dos relatórios de 2023, mas também daqueles finalizados no ano de 2022, pois assim seria possível uma compreensão mais completa da realidade do Hospital – atividade muito pertinente para a análise situacional a que o presente documento se propõe.

Assim, para a construção da presente análise, foi feita uma pesquisa a partir de todos os relatórios definitivos (RDs) enviados pelo Auditor, sendo quatro do ano de 2022 e outros quatro de 2023.

Em números, só no ano de 2023, a Auditoria Interna apresentou 244 apontamentos à gestão do HC-UFU. Desses, 160 foram arquivados (65,57%) e 84 ainda estão em providência (34,42%).

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Para fins de comparação, em 2022, tem-se que 61,68% dos apontamentos foram arquivados; já em 2021, 57,89%, números que demonstram que, ainda que o Hospital apresente diversos desafios a serem superados, também tem tido significativa melhora em seus processos, ano após ano.

As principais recomendações presentes nesses relatórios convergem, em sua maioria, para o tema dos processos licitatórios e para as contratações feitas pelo Hospital, apontando a necessidade de reforçar a observância das regras atinentes a licitações e à contratação direta, com estrito cumprimento dos ritos previstos no Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh (RLCE 2.0), inclusive com capacitações voltadas para esse fim.

Ficou demonstrada, ainda, a necessidade de adoção de providências visando aprimoramento técnico das equipes de planejamento e fiscalização das contratações, dos setores competentes e demais atores envolvidos relacionados à condução e instrução de processos de contratações diretas no âmbito do HC-UFU, objetivando o aperfeiçoamento da gestão.

Também foram feitas recomendações quanto aos processos e controles referentes às residências médica e multiprofissional que têm o HC-UFU como campo de prática, assim como o cumprimento da legislação a elas atinente.

No geral, foi recomendada a implantação de indicadores que permitam monitorar a qualidade da execução dos programas de residência, sempre prezando a excelência dos cursos de residência que passam pela instituição.

Recomendações pertinentes também foram feitas em auditoria que avaliou a prestação das ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, bem como as atividades de processamento das informações assistenciais.

Aqui, foram emitidas recomendações cuja observância também é de suma importância, por exemplo, buscar referenciais e produzir estudos para subsidiar a análise da sustentabilidade financeira do HC-UFU, em especial, à sua capacidade de produzir receitas suficientes para custeio das despesas, excluindo o gasto com pessoal.

Também foi recomendado que se realizem tratativas com o gestor local do SUS para incluir, por meio de Termo Aditivo, os procedimentos que estão sendo realizados pelo HC-UFU e não estão sendo faturados; além de, ao contrário, proceder a exclusão, por meio de Termo Aditivo, dos procedimentos contratualizados, mas que não estão sendo realizados no estabelecimento – ponto

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

importantíssimo no que tange ao faturamento, e que impacta sobremaneira o pilar Sustentabilidade Financeira, tendo sido levado em conta na construção de um dos sete projetos.

Por conseguinte, observa-se como as auditorias realizadas no Hospital de Clínicas dizem respeito a uma multiplicidade de áreas e processos, quase sempre interligados entre si e que apresentam falhas, as quais, muitas vezes, impactam nos processos finalísticos do HC-UFU e na prestação de serviços voltados àquele que deve ser seu principal foco: o usuário SUS.

### **3.7 Painel de Contribuição da Rede Ebserh**

A análise dos desafios a serem superados do HC-UFU considera o Painel de Contribuição da Ebserh, o qual está disponível no processo-SEI 23477.022748/2023-67 e também pode ser consultado no seguinte endereço: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/plano-de-negocios>.

## 4 ESTRATÉGIA DO HC-UFU

### 4.1 Declaração de Visão do HC-UFU

*“Ser reconhecido como um hospital de ensino de excelência, com a formação e o cuidado centrados nas pessoas, primando pelo profissionalismo, valorização do trabalhador, sustentabilidade e responsabilidade social.”*

### 4.2 Macroproblemas

#### 4.2.1 Macroproblemas identificados em 2024

	Descrição do Macroproblema	Causa Raiz do Macroproblema	Proposta de Solução
<b>Sociedade (Usuário SUS)</b>	Ineficiência no processo de Transição do Cuidado	Comunicação inadequada	Fortalecer a comunicação intra e interunidade no HC-UFU, implementando ferramentas institucionais (Huddles, Visitas Multiprofissionais e Protocolo de Transição do Cuidado) até dezembro de 2027, a fim de garantir assistência integrada e segura ao paciente por meio da transição do cuidado eficiente.
<b>Sociedade (Estudante)</b>	Dificuldade na percepção da identidade do HC-UFU como hospital de ensino	Inadequada transição da gestão para o fortalecimento e para a valorização da integração ensino-serviço	Desenvolver a política de valorização da integração ensino-serviço com ênfase no fortalecimento do engajamento e relacionamento colaborativo entre os profissionais do HC-UFU) e representantes do ensino da universidade
<b>Sociedade (Pesquisador)</b>	Dificuldades para o desenvolvimento de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh	Falta de tempo, recurso financeiro, infraestrutura, interconectividade e melhoria de sistemas, além de uma deficiência na promoção da cultura de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh	Desenvolver e implementar, entre 2024 e 2028, o Plano Estratégico para a Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde no HC-UFU/Ebserh, superando as principais barreiras identificadas

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

<b>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança</b>	Ausência de plano de sustentabilidade 5Rs com ênfase no processo educativo	Falta de metas estratégicas para monitoramento dos processos (compra, consumo e descarte)	Racionalizar o consumo de energia elétrica e de copos descartáveis, por meio da implantação de um sistema de geração de energia fotovoltaica, para reduzir a dependência de fontes energéticas externas (dispendiosas e poluentes,) e da substituição do uso de copos descartáveis por copos de material permanente.
<b>Desenvolvimento Institucional</b>	Deficiência de gestão do espaço físico do hospital	Inexistência de Plano Diretor Físico Hospitalar	Elaborar e implementar, entre 2024 e 2028, o Plano Diretor Físico Hospitalar (PFDH) para o Hospital, com vistas a garantir padrões de qualidade e conformidade de gestão, que garanta maior confiabilidade no planejamento físico-hospitalar
<b>Sustentabilidade Financeira</b>	Deficiência nos registros de procedimentos médico-hospitalares executados pela instituição e que impactam no faturamento	Falta de conscientização sobre a importância do registro dos procedimentos e insumos médicos-hospitalares para viabilizar o faturamento	Suprir as deficiências nos faturamentos e recebimentos de procedimentos de média-complexidade trabalhando pontualmente com duas grandes lacunas: registros de procedimentos e insumos médicos-hospitalares contribuindo para aumentar a taxa de faturamento de OPME e Identificar os procedimentos de média-complexidade que estão sendo realizados acima da meta pactuada, utilizando os dados para uma possível alteração na contratualização
<b>Desenvolvimento do Trabalhador</b>	Insatisfação dos trabalhadores quanto ao seu bem-estar e desenvolvimento durante a realização do seu trabalho	Insuficiência de políticas e ações de qualidade de vida no trabalho, e de assistência à saúde do trabalhador	Construção da política e implantação do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho do HC UFU/Ebserh

Durante a oficina de identificação de macroproblemas, identificou-se o "[sub]dimensionamento" como um macroproblema no Pilar Sociedade - Usuário SUS, cuja causa-raiz seriam os "afastamentos".

Sem embargo, em oficinas subsequentes realizadas com a equipe da Gerência de Atenção à Saúde (GAS), ficou claro que era necessário reformular o macroproblema e, conseqüentemente,

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

reavaliar a causa-raiz. Isso se deve ao fato de o HC-UFU não ter controle direto sobre certos aspectos relacionados ao redimensionamento na instituição, como convocações e normas de movimentação.

Assim, levando em conta os outros problemas que foram apontados na oficina anterior, reformulou-se o macroproblema para "ineficiência no processo de transição do cuidado", tendo como causa-raiz a "comunicação inadequada".

Posteriormente, em mais uma oficina, realizada com a participação das chefias e lideranças médicas e de enfermagem da GAS, foi sugerido o uso de ferramentas institucionais, como Huddles, visitas multiprofissionais e protocolo de transição do cuidado, para melhorar a comunicação, como se verá no painel mais adiante.

Quanto ao pilar Sociedade – Pesquisador, foi primeiramente identificado como macroproblema a "falta de incentivo geral à pesquisa" e, como causa-raiz a "ausência de comunicação efetiva, de mecanismos de progressão de carreira e de liberação de carga horária".

No entanto, também durante oficinas realizadas com a equipe da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), o problema foi reavaliado, ajustando-se aos parâmetros de governabilidade da área, e reformulado para Dificuldades para o desenvolvimento de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh, tendo como causa-raiz a "falta de tempo, recurso financeiro, infraestrutura, interconectividade e melhoria de sistemas, além de uma deficiência na promoção da cultura de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh".

Ao cabo, também importante esclarecer a adaptação feita no âmbito do pilar Desenvolvimento Institucional, que teve, durante a oficina de identificação, priorizado o macroproblema da "falta de sistemas de informações integrados", causado pela "ausência de desenvolvedores no Setor de Tecnologia da Informação e Saúde Digital".

Como tal problemática já está sendo discutida dentro da área responsável, como consta no Plano Diretor da Tecnologia da Informação e Comunicação do HC-UFU/Ebserh 2023-2025 e considerando que o Hospital não tem governabilidade sobre convocações e contratações, decidiu-se com as áreas envolvidas dar seguimento ao segundo macroproblema, referente a deficiência de gestão do espaço físico do hospital.

## 4.2.2 Macroproblemas identificados em 2026

Pilar	Descrição do Macroproblema	Causa Raiz do Macroproblema	Proposta de Solução
<b>Sociedade (Usuário SUS)</b>	Tempo de permanência hospitalar elevado para pacientes cirúrgicos.	Plano Terapêutico ineficiente do paciente cirúrgico, resultando em atrasos e desarticulação do cuidado.	Estruturar a linha de cuidado cirúrgico por meio do "Programa de Melhoria do Fluxo Assistencial e Gestão do Leito Cirúrgico", visando a redução do tempo de permanência por meio de rondas, organização de listas cirúrgicas e navegação por linha de cuidado.
<b>Sociedade (Estudante e Docente)</b>	Dificuldade na percepção da identidade de ensino do hospital.	Desconhecimento dos colaboradores recém-admitidos sobre as atribuições de preceptoria no hospital universitário e sobre a integração ensino-serviço.	Desenvolver e implementar o programa "Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço" para valorizar a integração ensino-serviço, promovendo escuta e diálogo permanentes com os preceptores e capacitando-os em estratégias pedagógicas e fortalecimento o sentimento de pertencimento.
<b>Sociedade (Pesquisador)</b>	Dificuldades para o desenvolvimento de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh.	Falta de tempo, recurso financeiro, infraestrutura, interconectividade e melhoria de sistemas, além de uma deficiência na promoção da cultura de pesquisa e inovação.	Desenvolver e implementar o "Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde – SGPITS", visando superar barreiras estruturais e fomentar a cultura de pesquisa, com foco no preenchimento de bolsas de iniciação científica e tecnológica.
<b>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança</b>	Elevado índice de não conformidades ambientais no HC-UFU, evidenciado pelo percentual de conformidade ambiental hospitalar (66,3% em 2024), abaixo do nível desejado para	Fragilidade na cultura institucional de conformidade ambiental, caracterizada por baixa integração das áreas assistenciais e administrativas às diretrizes da Política Ambiental da Ebserh, resultando no cumprimento	Elevar o Percentual de Conformidade Ambiental Hospitalar (PCAH) por meio da implementação de um sistema estruturado de monitoramento, acompanhamento e tratamento das não

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

	atendimento pleno às diretrizes da Política Ambiental da Ebserh.	parcial das exigências legais e normativas.	conformidades ambientais, alinhado à Política Ambiental da Ebserh, formalizado no projeto "Programa HC Sustentável e em Conformidade".
<b>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança</b>	A ausência de ordenamento das práticas de governança anteriormente à instituição do guia impactou diretamente a baixa aderência às boas práticas instituídas na Rede.	Resultado da avaliação referente ao levantamento das Práticas Ebserh-ASG no HC-UFU (16%), em comparação ao percentual de conformidade da Rede (31%), evidenciado pela não apresentação de documentos comprobatórios das ações institucionais, bem como pela apresentação de documentos incompletos e pela baixa transparência dos atos administrativos da gestão.	Aumentar o índice de aderência às Práticas Ebserh - Ambiental, Social e Governança (IAPE-ASG) por meio do projeto "Implementação do modelo de governança da Rede Ebserh no HC-UFU", que prevê a identificação de não conformidades e a implementação do modelo de governança.
<b>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança</b>	Lacuna de conhecimento dos colaboradores quanto à diferenciação das tipologias de assédio e discriminação, dificultando a identificação, prevenção e reporte dessas condutas no ambiente institucional.	Dificuldade dos colaboradores em compreender conceitualmente as tipologias de assédio e discriminação, evidenciada pela confusão entre casos de assédio e situações de conflito interpessoal, problemas de gestão, comunicação inadequada ou outras questões relacionais.	Capacitar, até dezembro de 2026, no mínimo 15% dos colaboradores ativos, incluindo os novos colaboradores no momento da integração institucional, por meio do "Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e Discriminação", abordando a identificação, prevenção e enfrentamento dessas condutas.
<b>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança</b>	Elevado número de impressões corporativas no HC-UFU/Ebserh, acima das metas definidas, gerando desperdício de recursos, aumento de custos operacionais e impactos ambientais negativos.	Falta de controle efetivo sobre os processos de impressão, ausência de políticas institucionais de conscientização e uso racional de impressoras, aliados à cultura de impressão excessiva.	Reduzir a quantidade de impressões do HC-UFU por meio do projeto "Impressão Consciente 1.0 - Menos papel, mais cuidado", que prevê a implementação de impressão segura, campanhas de conscientização e monitoramento do uso, para atingir a meta de redução média de 3% por impressora.
<b>Desenvolvimento Institucional</b>	Os serviços de manutenção predial e dos equipamentos apresentam desempenho	Carência de processos estruturados para planejamento, execução, fiscalização e avaliação dos	Aprimorar os processos, práticas e resultados relacionados à manutenção das instalações físicas e dos

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

	irregular, decorrente de processos pouco eficientes e baixa capacidade de monitoramento sistemático, comprometendo a segurança e a disponibilidade das infraestruturas.	serviços de manutenção, incluindo falhas na padronização de procedimentos, insuficiência de análise crítica dos dados e limitações na integração entre as áreas responsáveis.	equipamentos por meio do projeto "Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos", garantindo condições de trabalho seguras e alinhadas às necessidades da instituição.
<b>Sustentabilidade Financeira</b>	Perdas recorrentes de receita decorrentes da baixa eficiência no faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME), impactando a sustentabilidade financeira e a gestão eficiente dos recursos hospitalares.	Ausência de processos estruturados e de rastreabilidade dos itens OPME, aliada à falta de profissionais capacitados para o correto registro e acompanhamento das informações de utilização e perdas, resultando em inconsistências entre o consumo real e os itens faturados.	Melhorar a eficiência do faturamento de itens OPME por meio do "Projeto Controle de Estoques e Faturamento", garantindo maior precisão no registro e controle dos materiais, recuperação adequada de receitas e fortalecimento da gestão dos recursos hospitalares.
<b>Desenvolvimento do Trabalhador</b>	Predominância de vivências de mal-estar relacionadas às interações socioprofissionais na UTI Adulto.	Percepção negativa dos colaboradores sobre as relações socioprofissionais, evidenciada pelo IA-QVT.	Aumentar em 15% o percentual de colaboradores da UTI Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais por meio do "Programa de Qualidade de Vida no Trabalho do HC-UFU/Ebserh", que prevê a idealização e implementação de atividades interventivas na unidade.

A revisão dos macroproblemas do Plano Diretor Estratégico do HC-UFU para 2026 teve início em 31 de janeiro de 2026, por meio de uma oficina participativa junto ao Colegiado Executivo, proposta pela gerente de portfólio e que contou com a participação da chefe da Gestão de Serviços Estratégicos da sede. Na ocasião, foi destacada a importância do Plano Diretor Estratégico, a necessidade de sua revisão e a oportunidade de reavaliar os macroproblemas atuais do HC-UFU, contribuindo para reduzir os riscos identificados no ciclo anterior.

O monitoramento realizado em 2025 apontou fragilidades na execução de alguns projetos e a necessidade de qualificação metodológica dos indicadores, visando maior precisão na mensuração e suporte à tomada de decisão. Também se mostrou indispensável alinhar o PDE aos

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

instrumentos de gestão da Rede Ebserh, como o Plano de Negócios, o AOC e o Avaqualis, assegurando integração entre as diretrizes locais e as estratégias da administração central.

Ao longo das oficinas de capacitação, gerentes de projetos e membros do Colegiado Executivo atuaram de forma colaborativa na construção do novo painel de contribuição. O esforço conjunto priorizou ações transformadoras, com projetos factíveis para execução em um ano e metas capazes de gerar impacto concreto nos processos assistenciais e de gestão. O resultado é um painel mais realista, aderente à realidade institucional e construído coletivamente.

### 4.3 Painel de Contribuição do HC-UFU

Em 2024, depois quase quatro meses de trabalho árduo dos 14 membros do GT, com análises, discussões e intensa participação da comunidade hospitalar, chega-se, enfim, ao painel de contribuição do HC-UFU (projetado no tópico 4.3.1), com seus indicadores, metas para cada ano de vigência do PDE e projetos locais.

Nota-se que, no processo construtivo, para cada um dos pilares houve um enfoque maior num dos motivos objetivos estratégicos trazidos pelo mapa; no geral, foi definido apenas um indicador por pilar, mas, há pilares com dois ou três indicadores atrelados a eles. As metas também são as mais variadas e, como há projetos como diferentes prazos de duração, concluídos os projetos haverá anos sem metas a serem atingidas.

Em 2025, novas orientações foram estabelecidas aos Hospitais Universitários pela Gestão de Estratégia da sede, definindo que os indicadores e projetos estratégicos deveriam priorizar a implementação de melhorias com resultados mensuráveis em ciclos de 12 meses. Essa diretriz reforçou a necessidade de maior objetividade, factibilidade e capacidade de monitoramento contínuo das iniciativas estratégicas.

Diante desse direcionamento, a gerente de portfólio, em conjunto com os gerentes de projetos, realizou reuniões de análise crítica do painel inicial vigente. Esse processo teve como objetivo avaliar a aderência dos indicadores aos novos critérios estabelecidos, bem como sua viabilidade de execução e capacidade de geração de resultados no ciclo anual proposto.

Como resultado dessa revisão, o painel estratégico para o ciclo de 2025 foi reestruturado, deixando de ser composto por 11 indicadores e passando a contemplar 8 indicadores, conforme apresentados na seção 4.3.2.

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Em 2026, um novo portfólio de projetos foi construído coletivamente a partir das lições aprendidas no ciclo anterior, resultando em um novo painel de contribuição reformulado, detalhado no tópico 4.3.3. O painel passou de 8 para 10 indicadores estratégicos, com ênfase no fortalecimento do pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança, que agora concentra quatro indicadores.

As principais inovações incluem o Índice de Aderência às Práticas Ebserh (IAPE ASG), com meta de 32%, percentual estabelecido com o objetivo de melhorar o resultado de 16% obtido no primeiro relatório de 2025, voltado à governança; o Percentual de conformidade ambiental hospitalar, fixado em 75% a partir do diagnóstico de 66,3% em 2024; o Percentual de colaboradores capacitados em assédio e discriminação, com meta de 15%, alinhado as metas institucionais; e o Percentual de redução de impressões corporativas, estabelecido em 3% diante do elevado volume identificado em 2025 por impressora.

No pilar Desenvolvimento Institucional, considerando sua natureza estruturante e de longo prazo, o Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH) foi redirecionado para acompanhamento em nível tático-operacional, dando lugar a um novo projeto estratégico: Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos. A iniciativa prioriza resultados mensuráveis relacionados à melhoria das condições estruturais e operacionais, com meta de 95% de satisfação dos usuários, mostrando-se mais factível e alinhada às necessidades institucionais para um ciclo anual.

No pilar Sociedade (Usuários), a estratégia foi reorientada para concentrar esforços no paciente cirúrgico, considerando que a meta relacionada ao tempo de permanência em leitos clínicos já foi superada em ciclos anteriores. Dessa forma, manteve-se o indicador Percentual de redução do tempo de permanência de paciente cirúrgico, com meta de 10%, permitindo maior foco e aprofundamento das ações de melhoria do fluxo assistencial e gestão do leito cirúrgico.

No pilar Sociedade (Estudante), o projeto Identidade do HC UFU: Unindo Ensino e Serviço foi consolidado com foco na padronização e qualificação das práticas de preceptoria, buscando alinhamento com a Sede da Rede Ebserh e fortalecendo o papel do hospital como cenário estruturado de formação.

No pilar Sociedade (Pesquisador) o indicador de taxa de recorrência do pesquisador foi revisado devido à limitação institucional em mensurar esse comportamento com precisão. Em seu lugar, passou-se a adotar o indicador de aproveitamento de bolsas de iniciação científica no HC-

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

UFU, priorizando uma métrica objetiva e monitorável, alinhada ao fortalecimento da formação científica e à consolidação do hospital como campo de ensino e pesquisa

Os demais indicadores faturamento e qualidade de vida no trabalho foram mantidos, porém, passaram por ajustes metodológicos e revisão de metas, adotando recortes piloto e amostrais quando necessário para garantir maior foco, viabilidade operacional e capacidade de mensuração real de impacto em um ciclo de um ano.

Essa reestruturação considerou a maturidade institucional, os recursos disponíveis e o prazo de execução, assegurando que os indicadores estratégicos e suas respectivas metas estejam adequadamente dimensionados para favorecer o monitoramento efetivo e a geração de resultados concretos, em consonância com as diretrizes do Plano de Negócios da Rede Ebserh.

### 4.1.1 Painel de Contribuição publicado em 2024

Pilar	Objetivos Estratégicos	Indicadores	Metas					Projetos	Responsável	
			2024	2025	2026	2027	2028			
Sociedade	Usuário SUS	OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar	Tempo Médio de Permanência (Leitos Clínicos)	9,14	8,92	8,69	8,48	8,48	Fortalecimento do processo de comunicação no HC-UFU para uma transição de cuidado eficiente dos pacientes	GAS
		Tempo Médio de Permanência (Leitos Cirúrgicos)	5,50	5,36	5,23	5,10	5,10			
	Estudante	OE05 - Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática	Índice de unidade de produção com reuniões periódicas de equipes multiprofissionais nas Unidades do HC-UFU incluindo representantes do Ensino (Educação Permanente)	30%	50%	80%	80%	80%	Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço	GEP
			Taxa de integração ensino-serviço do preceptor/colaborador admitido no HC-UFU	30%	50%	80%	80%	80%		
	Pesquisador	OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	Taxa de Recorrência do pesquisador	25%	30%	35%	40%	45%	Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde - SGPITS, do HC-UFU/Ebserh (2024-2028)	GEP
	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE12 - Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	Valor agregado de implantação do sistema de energia fotovoltaica	15%	50%	96%	100%	100%	Racionalização do consumo de eletricidade e insumos com ênfase no processo educativo	SUP
Redução do consumo de energia elétrica produzida externamente			0,5%	1%	16%	16,5%	17%			
Redução do consumo de copos descartáveis			3%	6%	38%	41%	44%			
Desenvolvimento Institucional	OE14 - Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa	Valor agregado da elaboração do Plano Diretor Físico Hospitalar do Hospital das Clínicas de Uberlândia.	20%	50%	66%	82%	100%	Elaboração do Plano Diretor Físico Hospitalar para o Hospital das Clínicas de Uberlândia (HC-UFU/Ebserh)	GAD	
Sustentabilidade Financeira	OE19 - Promover eficiência nos processos de gestão do trabalho	Taxa de sucesso no faturamento de OPME (%)	0%	30%	60%	80%	80%	Aprimoramento dos registros de procedimentos e insumos médicos-hospitalares.	GAD	
Desenvolvimento do Trabalhador	OE23 - Promover engajamento e valorização dos trabalhadores	Valor agregado da elaboração e implementação do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho	25%	50%	75%	100%	100%	Elaboração e implementação do Programa de Qualidade de Vida no Trabalho	GAD	

#### 4.1.2 Painel de Contribuição considerado no ano 2025

Pilar	Objetivos Estratégicos	Indicadores	Meta 2025	Projetos	Responsável
Sociedade	Usuário SUS OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar	Tempo médio de permanência (leitos clínicos)	8,92%	Fortalecimento do processo de comunicação no HC-UFU para uma transição de cuidado eficiente dos pacientes	GAS
		Tempo médio de permanência (leitos cirúrgicos)	5,36%		
	Estudante OE05 - Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática	Taxa de integração ensino-serviço do preceptor/colaborador admitido no HC-UFU	50%	Identidade do HC-UFU: unindo ensino e serviço	GEP
Pesquisador OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	Taxa de recorrência do pesquisador	30%	Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde	GEP	
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança OE12 - Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	Redução do consumo de copos descartáveis	12%	Racionalização do consumo de insumos com ênfase no processo educativo	SUP	
Desenvolvimento Institucional OE14 - Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa	Valor agregado da elaboração do Plano Diretor Físico Hospitalar do Hospital	50%	Elaboração do Plano Diretor Físico Hospitalar para o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU/Ebserh)	GAD	
Sustentabilidade Financeira OE19 - Promover eficiência nos processos de gestão do trabalho	Taxa de sucesso no faturamento de OMPE	30%	Aprimoramento dos registros de procedimentos e insumos médico-hospitalares	GAD	
Desenvolvimento do Trabalhador OE23 - Promover engajamento e valorização dos trabalhadores	Valor agregado da elaboração e implementação do Programa Qualidade de Vida no Trabalho	50%	Elaboração e implementação do Programa Qualidade de Vida no Trabalho	GAD	

### 4.3.2 Painel de Contribuição publicado para o ano de 2026

	Pilar	Cód.	Objetivo Estratégico	Indicador	Meta 2026	Projeto	Área Responsável
	Sociedade (Usuário)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	Percentual de redução de tempo de permanência hospitalar do paciente cirúrgico	10%	Programa de Melhoria do Fluxo Assistencial e Gestão do Leito Cirúrgico	GAS
	Sociedade (Estudante e Docente)	OE07	Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores	Percentual de preceptores admitidos capacitados	70%	Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço	GEP
	Sociedade (Pesquisador)	OE09	Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	Percentual de aproveitamento das vagas de bolsa de iniciação científica e tecnologia ofertadas no HC-UFU	70%	Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde - SGPITS, do HC-UFU/ <a href="#">Ebserh</a>	GEP
	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE11	Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede	Índice de Aderência às práticas <a href="#">Ebserh</a> - Ambiental, Social e Governança – [IAPE-ASG] no HC-UFU	32%	Implementação do modelo de governança da Rede <a href="#">Ebserh</a> no HC-UFU	SUP
		OE12	Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade em Rede	Percentual de conformidade ambiental hospitalar (PCAH) do HC-UFU	75%	Programa HC Sustentável e em Conformidade	SUP
				Percentual de redução de impressões corporativas por impressoras no HC-UFU	3%	Impressão consciente 1.0 - Menos papel, Mais cuidado	SUP
		013	Prevenir e enfrentar o assédio e a discriminação	Percentual de colaboradores capacitados em relação a temática assédio e à discriminação	15%	Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e à Discriminação/HC-UFU	SUP
	Desenvolvimento Institucional	OE14	Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa	Percentual de satisfação dos usuários dos serviços de manutenção predial e equipamentos	95%	Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos	GAD
	Sustentabilidade Financeira	OE19	Promover eficiência nos processos de gestão do trabalho	Índice de eficiência do faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais-OPME	10%	Projeto Controle de Estoques e Faturamento	GAD
	Desenvolvimento do Trabalhador	OE23	Promover engajamento e valorização dos trabalhadores	Percentual de colaboradores da UTI Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais	15%	Programa de Qualidade de Vida no Trabalho do HC-UFU/ <a href="#">Ebserh</a>	GAD

## 5 MONITORAMENTO

### 5.1 Modelo de Gestão do PDE

A partir da metodologia estabelecida pelo Guia de Gestão Estratégica, sob a coordenação do Colegiado Executivo e do Grupo de Trabalho de Gestão Estratégica e com a participação de gestores, trabalhadores, docentes e estudantes, foi desenvolvido o Plano Diretor Estratégico (PDE) do HC-UFU, observando-se os seguintes passos:

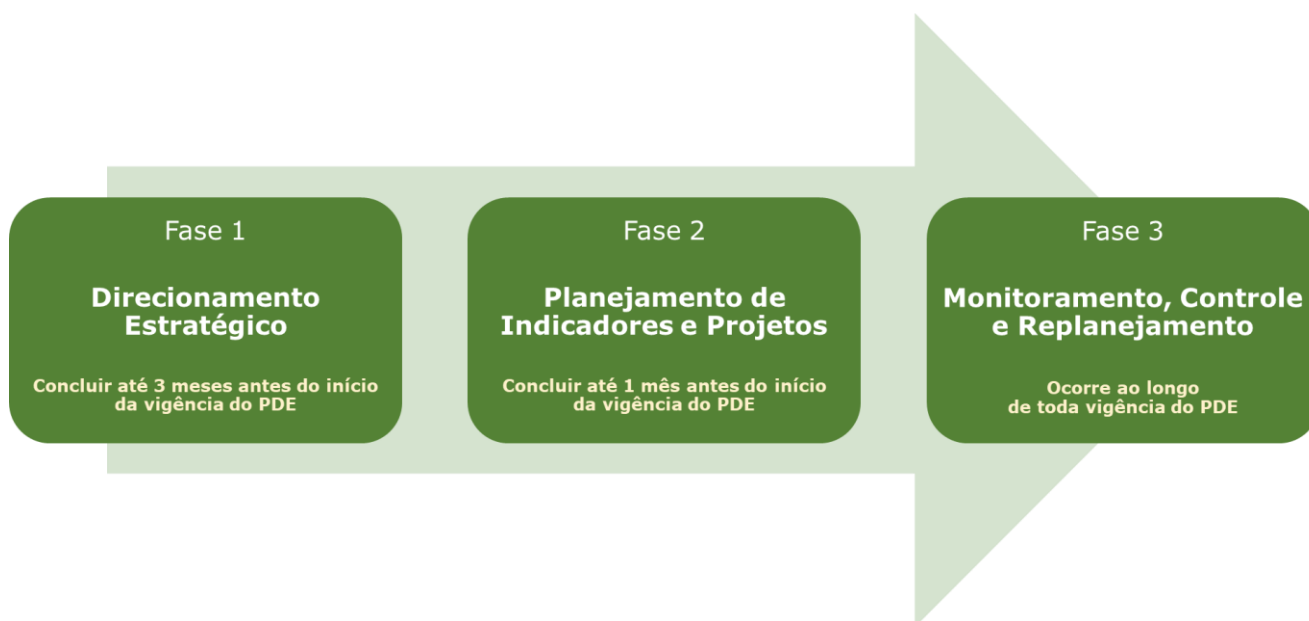


Figura 2 - Fases da Metodologia de Gestão Estratégica dos Hospitais

Concluído o planejamento de indicadores e projetos, com sua aprovação pelo Colegiado Executivo e publicação do PDE, chega-se à Fase 3, de monitoramento, controle e replanejamento, a qual ocorre durante toda a vigência do plano e abrange a rotina de monitoramento dos projetos, aferição dos indicadores e das metas.

Os indicadores, metas e projetos locais serão acompanhados mensalmente, por meio de relatórios de acompanhamento, elaborados pelos gerentes responsáveis pelos projetos e encaminhados à chefia da Unidade de Gestão e Estratégia (UGES). Os gerentes também devem manter o cronograma de seus projetos atualizados, utilizando o programa MS Project, que, ao sistematizar tarefas vinculando-as a prazos e responsáveis, auxiliará no controle da execução dos projetos e na elaboração de relatórios.

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Além disso, a cada quatro meses será elaborado Relatório de Monitoramento do PDE, pela chefia da UGES, que o enviará, via processo-SEI, ao Colegiado Executivo, além de apresentá-lo pessoalmente. As metas anuais dos indicadores locais serão aferidas ao final de cada ano, podendo haver replanejamento, por meio de revisões e atualizações no PDE, sempre que deliberado pelo Colegiado.

### 5.2 Modelo de Comunicação

A comunicação da Gestão Estratégica do HC-UFU se dará essencialmente por meio de Relatório de Acompanhamento de Projeto, com periodicidade mensal, e Relatório de Monitoramento do PDE, com periodicidade quadrimestral.

Tabela 10 - Lista de Itens de Comunicação da Gestão Estratégica no Hospital

Objeto da Mensagem	Origem	Destino	Canal e Forma	Periodicidade
Reuniões de alinhamento	Gerente do Projeto	UGES	Presencial	Quadrimestral
Relatório de Acompanhamento de Projeto	Gerente do Projeto	UGES	Documento digital	Bimestral
Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos)	Chefe da UGES	Colex	Documento digital Apresentação ao Colex	Quadrimestral
Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos)	Colex	DVPE	Documento digital	Quadrimestral
Publicação, Revisões e Atualizações no PDE	Colex	DVPE	Documento digital Reunião presencial	Sempre que deliberado pelo Colegiado Executivo
Calendário anual de atividades	Chefe da UGES	Gerentes de Projeto Colex	Documento digital	Anual

---

## Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

Os gerentes dos projetos serão responsáveis por fazer a mediação dos indicadores mensalmente e enviar os resultados para a Unidade de Gestão e Estratégia. Ao final de cada ano, as metas pactuadas serão confrontadas com o resultado real alcançado.

Eles também devem elaborar os Relatórios de Acompanhamentos de Projetos, documentos concisos e objetivos que devem ser enviados mensalmente à UGES, que os utilizará como base para a construção do Relatório de Monitoramento. Este último, após enviado e apresentado ao Colex, será enviado à Vice-Presidência da Ebserh, a cada quatro meses.

### 5.3 Calendário

Calendário 2026																											
janeiro '26							Fevereiro '26							março '26							Abril '26						
D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
				1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4
4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11
11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18
18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25
25	26	27	28	29	30	31								29	30	31					26	27	28	29	30		
maio '26							junho '26							julho '26							agosto '26						
D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
					1	2		1	2	3	4	5	6				1	2	3	4							1
3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8
10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27	19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22
24	25	26	27	28	29	30	28	29	30					26	27	28	29	30	31	23	24	25	26	27	28	29	
31																				30	31						
setembro '26							outubro '26							novembro '26							dezembro '26						
D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S
					1	2					1	2	3							1							1
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	8	9	10	11	12	13	14	13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26	18	19	20	21	22	23	24	15	16	17	18	19	20	21	20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30				25	26	27	28	29	30	31	22	23	24	25	26	27	28	27	28	29	30	31		

- Publicação do PDE (2. Ed)
- Relatório de Acompanhamento dos Projetos (elaborados pelos gerentes de projetos e enviados à chefia da UGES)
- Reunião de Monitoramento bimestral dos projetos (Gerentes de projetos e Gerente da Portfólio)
- Relatórios Quadrimestral de Monitoramento do PDE (Elaborado pelo Gerente de portfólio e submetido aprovação do COLEX)
- Definição do calendário de atividades de 2027

## 6 ANEXOS

### 6.1 Fichas dos Indicadores Locais

#### 6.1.1 Percentual de redução de tempo de permanência hospitalar do paciente cirúrgico

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH				
FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR				
ÁREA RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	GERÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE / GAS			
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	02/03/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO
				02
PILAR ESTRATÉGICO	Sociedade (Usuários)			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar			
PROJETO PDE	Programa de Melhoria do Fluxo Assistencial e Gestão do Leito Cirúrgico			
NOME DO INDICADOR	Percentual de redução de tempo de permanência hospitalar do paciente cirúrgico			
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA	<p>Definição: Mede a variação percentual do Tempo Médio de Permanência (TMP) hospitalar de pacientes cirúrgicos em determinado período, comparado a um período de referência (linha de base). O TMP corresponde à média de dias entre a data de internação e a data de alta hospitalar dos pacientes cirúrgicos.</p> <p>Justificativa Técnica: O Tempo de Permanência hospitalar constitui um indicador-síntese de eficiência e qualidade do cuidado, amplamente utilizado em modelos de avaliação de desempenho assistencial, planejamento de capacidade instalada e sustentabilidade do sistema.</p> <p>Permanências acima do esperado, quando analisadas frente ao diagnóstico e procedimento realizado, frequentemente estão associadas a complicações clínicas e cirúrgicas, atrasos na realização de exames e intervenções, desarticulação entre equipes multiprofissionais, falhas no planejamento terapêutico, barreiras no processo de transição e desospitalização e insuficiência de retaguarda assistencial.</p>			
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO	<p>O indicador conversa diretamente com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contrato de Gestão / metas assistenciais – impacto no volume de internações.</li> <li>Núcleo Interno de Regulação (NIR) – giro de leitos.</li> <li>Segurança do Paciente – menor exposição a eventos adversos.</li> <li>Protocolos Clínicos e Linhas de Cuidado – padronização terapêutica.</li> <li>Gestão de Alta Responsável – transição do cuidado.</li> <li>Indicadores de reinternação – contrabalanço essencial.</li> <li>Dimensionamento de equipes – previsibilidade de demanda.</li> <li>Eficiência do Centro Cirúrgico – cancelamentos e tempo de recuperação</li> </ul>			
RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS		
Unidade de Gestão de Indicadores Assistenciais (UGIA)	Serviço de Saúde Digital e Inteligência de Dados	GAS		
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META		
Percentual de redução em relação à linha de base: % Redução = $\frac{\text{TMP}(\text{baseline}) - \text{TMP}(\text{atual})}{\text{TMP}(\text{baseline})} \times 100$	Percentual	Redução em 10%		
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
Não se aplica	Quanto maior, melhor	Mensal	Trimestral	Resultado
PARÂMETROS	<p>a) População Elegível: Pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos com AIH autorizada; Internação <math>\geq 24</math> horas; Alta hospitalar no período analisado; b) Excluídos: Óbitos intra-hospitalares;</p>			
TERMOS	<p>Indicador: Medida quantitativa utilizada para monitorar desempenho, acompanhar tendências, comparar resultados e subsidiar decisões gerenciais.</p> <p>Percentual de Redução: Expressa a variação relativa entre um valor de referência (baseline) e o resultado observado em período posterior. Representa ganho de eficiência quando a redução ocorre sem impacto negativo nos desfechos clínicos.</p> <p>Tempo Médio de Permanência (TMP): Número médio de dias que pacientes permanecem internados, calculado pela razão entre o total de pacientes-dia e o número de saídas hospitalares no período. <math>\text{TMP} = \frac{\text{Total de pacientes-dia no período de avaliação}}{(\text{Número de altas} + \text{óbitos} + \text{transferências})}</math></p> <p>Tempo de Permanência Hospitalar: Intervalo, em dias (ou horas, conforme metodologia), entre a data/hora da admissão e a data/hora da saída administrativa do paciente. Paciente Cirúrgico: Usuário submetido a procedimento operatório.</p> <p>Pode ser classificado por: especialidade, porte cirúrgico, potencial de permanência, regime (eletivo/urgência), Linha de Base (Baseline)</p> <p>Valor histórico de referência utilizado para comparação, obtido em período anterior representativo, estável e metodologicamente confiável. Serve como marco inicial para</p>			
mensuração de melhoria.	<p>Saídas Hospitalares: Conjunto de encerramentos de internação que compõem o denominador do TMP (altas, óbitos, transferências externas)</p> <p>Pacientes-dia: Soma do número de pacientes internados a cada dia dentro do período analisado. Reflete o consumo de leitos.</p> <p>Varição Percentual: Diferença proporcional entre dois valores, permitindo avaliar crescimento ou redução independentemente do volume absoluto.</p> <p>Eficiência Assistencial: Capacidade de produzir o melhor resultado clínico com o menor consumo possível de tempo e recursos, mantendo segurança.</p> <p>Desospitalização: Conjunto de ações que viabilizam alta no momento oportuno, incluindo planejamento terapêutico, organização de continuidade do cuidado e articulação com rede de apoio.</p> <p>Case Mix (Complexidade Assistencial): Perfil de gravidade e diversidade clínica dos pacientes atendidos. Impacta diretamente o tempo esperado de permanência.</p> <p>Alta Segura: Encerramento da internação em momento clinicamente adequado, com estabilidade, orientação e garantia de seguimento.</p> <p>Reinternação não programada: Novo episódio de internação em curto prazo, relacionado à mesma condição clínica, frequentemente utilizado como indicador de possível alta precoce.</p> <p>Evento Adverso: Incidente que resulta em dano ao paciente durante a assistência e que pode prolongar a permanência.</p> <p>Giro de Leito: Número de pacientes que utilizam o mesmo leito em determinado período. É influenciado diretamente pelo TMP.</p> <p>Intervalo Substitutivo: Tempo entre a saída de um paciente e a ocupação do leito pelo próximo.</p> <p>Valor assistencial entregue: Relação entre desfechos clínicos alcançados e recursos utilizados.</p>			
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificação de todos os pacientes cirúrgicos com alta no período.</li> <li>Soma dos dias de permanência (data de alta – data de internação).</li> <li>Cálculo do TMP do período.</li> <li>Comparação com TMP da linha de base definida.</li> </ul>			
FORMA DE VALIDAÇÃO	Cruzamento dos dados baseados no DRG e no AGHU			
LIMITAÇÕES E VIESES	<ol style="list-style-type: none"> <li>Viés de Case Mix (Complexidade Assistencial): Variações no perfil dos pacientes (idade, comorbidades, gravidade, porte cirúrgico) impactam diretamente o TMP; Aumento de cirurgias de baixa complexidade induzindo a redução artificial do TMP; Aumento de casos graves com elevação do TMP sem piora assistencial.</li> <li>Viés de Seleção de Pacientes: Mudanças nos critérios de indicação cirúrgica ou priorização de casos podem distorcer o indicador; Seleção de pacientes com menor risco induzindo um melhor resultado artificial; Postergamento de casos complexos com redução temporária do TMP.</li> <li>Viés de Alta Precoce (Alta Insegura): Redução do TMP às custas de alta antes do momento clinicamente adequado; Pode aumentar reinternações, complicações e eventos adversos.</li> <li>Viés de Reinternação: Pacientes recebem alta precoce e retornam em curto intervalo: TMP da primeira internação reduz, mas o custo e risco global aumentam.</li> <li>Viés de Transferência: Transferências precoces para outras unidades (ex.: hospitais de retaguarda) reduzem artificialmente o TMP institucional.</li> <li>Viés de Registro (Qualidade da Informação): Erros ou inconsistências nos sistemas de informação, como datas incorretas de admissão/alta, atrasos na alta administrativa, falhas de codificação.</li> <li>Viés de Alta Administrativa: Diferença entre alta clínica e alta registrada no sistema, com atrasos burocráticos aumentando artificialmente o TMP.</li> <li>Viés Sazonal: Períodos com maior demanda ou restrição operacional (ex.: surtos, férias, epidemias) influenciam o TMP.</li> <li>Viés de Capacidade Instalada: Pressão por leitos pode induzir redução do TMP independentemente da condição clínica.</li> <li>Viés de Processos Internos: Mudanças organizacionais impactam diretamente o indicador: atrasos em exames, cirurgias ou pareceres induzindo ao aumento do TMP; melhoria de fluxos com redução do TMP.</li> <li>Viés Social e de Retaguarda: Fatores extra-hospitalares interferem na alta, como ausência de suporte familiar, falta de leitos de retaguarda, judicialização</li> <li>Viés de Exclusão de Casos: Retirada de pacientes complexos ou de longa permanência da análise pode gerar melhor resultado artificial.</li> <li>Viés de Fragmentação do Cuidado: Divisão da internação em múltiplos episódios (ex.: reinternações curtas sucessivas) reduz o TMP médio sem ganho real.</li> <li>Viés de Aprendizado Institucional: Mudanças no comportamento das equipes ao saber que estão sendo monitoradas.</li> </ol>			
FONTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistema de Gestão Hospitalar (ex: AGHU – Rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)</li> <li>SIH/SUS</li> <li>DRG Brasil</li> <li>Unidade de Regulação Interna</li> <li>Unidade de Gestão da Informação Assistencial</li> </ul>			
REFERÊNCIAS	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. Br J Anaesth.</li> <li>Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). JAMA Surg.</li> <li>OECD Health Working Papers – Length of Stay and Hospital Efficiency.</li> <li>Relatórios de Benchmarking hospitalar por DRG.</li> <li>Robert S. Kaplan &amp; David P. Norton - Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action.</li> <li>Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed?</li> </ol>			

### 6.1.2 Percentual de Preceptores admitidos capacitados

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH				
FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR				
ÁREA RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA/GEP			
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	2/3/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO
PILAR ESTRATÉGICO				
Sociedade (Estudante e Docente)				
OBJETIVO ESTRATÉGICO				
OE07 – Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores				
PROJETO PDE				
Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço				
NOME DO INDICADOR				
Percentual de preceptores admitidos capacitados				
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA				
<p>Definição: O indicador “Percentual de Preceptores admitidos capacitados” mensura a proporção de profissionais admitidos no evento de integração institucional do HC-UFU/Ebserh que concluírem as ações de capacitação promovidas pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), em temáticas pertinentes ao ensino com foco em estratégias didáticas-pedagógicas, competências de preceptoria e integração ensino-serviço de maneira a promover sua integração nas atividades de ensino e extensão realizadas no âmbito deste hospital. Justificativa: Este indicador fundamenta-se na necessidade de fortalecer a identidade de ensino do hospital universitário, considerando o macroproblema identificado: a dificuldade na percepção institucional da integração ensino-serviço. A qualificação sistemática dos preceptores configura-se como estratégia central para fortalecer o papel pedagógico do hospital universitário; promover alinhamento institucional entre assistência e ensino; sensibilizar novos colaboradores quanto à missão acadêmica; estruturar práticas formativas baseadas em competências e estimular cultura organizacional voltada à integração ensino-serviço. Ao monitorar o percentual de preceptores capacitados entre os profissionais admitidos no evento de integração, a Gerência de Ensino e Pesquisa passa a dispor de parâmetro objetivo para acompanhar a efetividade das ações formativas, subsidiar a tomada de decisão e mensurar o avanço no fortalecimento da identidade acadêmica do HC-UFU/Ebserh.</p>				
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO				
O indicador deste projeto tem relação direta com a Plano de Negócios da Rede Ebserh, Acordo Organizativo de Compromisso (AOC) e Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis).				
RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS		
Unidade de Gestão de Graduação, Ensino Técnico e Extensão (UGETE) e a Unidade de Gestão de Pós-Graduação (UGPOS)	Setor de Gestão do Ensino (SEGE)	Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META		
$\frac{\text{Número de preceptores/colaboradores capacitados pela GEP} \times 100}{\text{Número de preceptores/colaboradores admitidos no evento de integração}}$	Percentual	70% (2026)		
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
80,00%	Quanto maior, melhor	Mensal	Bimestral	Resultado
PARÂMETROS				
<p>Considerando o cenário institucional e a necessidade de estruturação gradual das ações formativas voltadas à preceptoria, estabelece-se como parâmetro inicial do projeto alcançar percentual mínimo de 70% de preceptores capacitados entre os profissionais admitidos e participantes do evento de integração institucional. A definição desse patamar considera fatores como disponibilidade dos profissionais em responder à convocação da DIVGP, adesão às atividades formativas no evento de integração, organização das ofertas de capacitação pela Gerência de Ensino e Pesquisa e a fase inicial de consolidação da cultura de integração ensino-serviço. O percentual proposto representa meta factível e sustentável, com possibilidade de revisão progressiva conforme maturidade do projeto e capacidade operacional instalada.</p>				

#### TERMOS

**Preceptor:** é o profissional de saúde integrante do quadro funcional do HC-UFU/Ebserh que desempenha atividades administrativas ou assistenciais e que, formal ou potencialmente, orienta, supervisiona e acompanha estudantes de graduação e/ou residentes nas práticas de ensino em serviço, contribuindo para o desenvolvimento de competências técnicas, éticas e profissionais no ambiente hospitalar.

**Preceptores Capacitados:** são os profissionais que atendam à definição de preceptor; participem de ação formativa promovida pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP); cumpram integralmente os critérios mínimos estabelecidos para certificação (ex.: carga horária mínima de frequência, participação nas atividades propostas e avaliação de aprendizagem) e possuam registro formal de conclusão da capacitação (lista de presença validada e certificação emitida).

**Preceptores Admitidos:** são os profissionais ingressantes no HC-UFU/Ebserh por meio de concurso público, processo seletivo ou movimentação interna na Rede Ebserh; profissionais ingressantes que participem do evento de integração institucional no período de apuração; profissionais ingressantes que desempenhem funções administrativas ou assistenciais com potencial interface com atividades de ensino em serviço.

**Evento de Integração:** é a atividade institucional estruturada para acolhimento e ambientação de profissionais recém-admitidos no HC-UFU/Ebserh, organizada pelas áreas competentes, incluindo a participação da Gerência de Ensino e Pesquisa.

#### METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

Informe da DIVGP com o número de colaboradores admitidos no HC-UFU/Ebserh. Disponibilização de lista de frequência para assinatura dos colaboradores que participarem do dia de Capacitações promovido pela Gerência de Ensino e Pesquisa.

#### FORMA DE VALIDAÇÃO

Anexar lista de frequência com assinatura dos colaboradores participantes das capacitações em processo SEI Ebserh específico. Relatório bimestral do Setor de Gestão do Ensino (SEGE).

#### LIMITAÇÕES E VIESES

A execução das ações de capacitação está condicionada à agenda institucional da Rede Ebserh destinada à integração de novos colaboradores do HC-UFU/Ebserh, o que pode impactar a oferta oportuna das capacitações pela Gerência de Ensino e Pesquisa. A realização das atividades formativas depende ainda de validação e anuência do Colegiado Executivo, podendo haver reprogramações conforme prioridades assistenciais e administrativas.

Adicionalmente, o indicador pode sofrer influência dos seguintes fatores: sobrecarga assistencial dos profissionais admitidos, dificultando a participação integral nas capacitações; rotatividade ou desligamento precoce de profissionais durante o período de apuração; ausências justificadas (licenças legais, férias ou afastamentos); inclusão, no denominador, de profissionais com interface limitada com atividades de ensino, o que pode reduzir artificialmente o percentual alcançado.

#### FORNE

A - Lista de presença na capacitação com assinatura do colaborador ; B - Lista dos admitidos que assinam contrato no evento de integração ( A/B x100)

#### REFERÊNCIAS

BOTTI, S. H. de O.; REGO, S. T. de A. Preceptor: o profissional de saúde-educador do século XXI. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 48, n. 2, e030, 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 2 fev. 2026.

BRASIL. Lei nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 set. 2008. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11788.htm). Acesso em: 2 fev. 2026.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Diretrizes para o exercício da preceptoria nos Hospitais Universitários Federais da Rede Ebserh. Brasília, DF: Ebserh, 2018.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). Plano de Negócios 2026. Brasília, DF: Ebserh, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/plano-de-negocios>. Acesso em: 2 fev. 2026.

### 6.1.3 Percentual de aproveitamento das vagas de bolsa de iniciação científica e tecnologia ofertadas no HC-UFU

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEERH				
ÁREA RESPONSAVEL PELO INDICADOR		FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR		
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA/GEP	3/3/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO 01
PILAR ESTRATÉGICO				
Sociedade (Pesquisador)				
OBJETIVO ESTRATÉGICO				
OE09 – Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde				
PROJETO PDE				
Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde – SGPITS, do HC-UFU/Ebserh (2024–2028)				
NOME DO INDICADOR				
Percentual de aproveitamento das vagas de bolsa de iniciação científica e tecnologia ofertadas no HC-UFU				
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA				
<p>#) Definição: Mede o percentual de bolsas de iniciação científica (PIC), iniciação tecnológica (PIT) e pesquisa clínica patrocinada efetivamente preenchidas em relação ao total de bolsas ofertadas nos editais da rede Ebserh (em parceria com o CNPq) e nos editais internos da UGPESQ, em determinado período. A oferta anual estimada é de 10 bolsas PIC, 8 bolsas PIT e 4 bolsas de pesquisa clínica patrocinada (inicialmente 2 em 2026, passando a 4 em 2027).</p> <p>#) Justificativa Técnica: O número de bolsistas aprovados e efetivamente em atividade nos editais em tela reflete, de forma objetiva, o empenho institucional no incentivo ao desenvolvimento de pesquisa e inovação tecnológica em saúde no HC-UFU/Ebserh. A concessão de bolsas constitui mecanismo central de fomento à formação de pesquisadores, à produção de conhecimento científico e ao fortalecimento da cultura de pesquisa e inovação em ambiente hospitalar universitário, convergindo com os objetivos estratégicos da Rede Ebserh de qualificar a assistência por meio da integração ensino-pesquisa-extensão.</p>				
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO				
<p>Plano de Negócios da Rede Ebserh – que prevê a oferta de bolsas de iniciação científica e tecnológica como estratégia de fomento à pesquisa nos hospitais universitários federais.#)</p> <p>Plano Diretor Estratégico (PDE) do HC-UFU/Ebserh – que estabelece o OE09 (criar ambiente favorável ao desenvolvimento de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde).</p> <p>Plano Estratégico do SGPITS (2024–2028) – que detalha as ações e metas do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde para o período.</p> <p>Editais CNPq/Ebserh de PIC e PIT – instrumentos normativos que regulam a oferta e seleção de bolsistas na rede.</p> <p>Editais Internos da UGPESQ – que regulamentam a concessão de bolsas para atuação em pesquisas clínicas patrocinadas no HC-UFU.</p> <p>Contrato de Gestão / Metas Institucionais – impacto no cumprimento de metas de ensino e pesquisa, considerando que o número de pesquisas é indicador pactuado no contrato municipal do HC-UFU com a prefeitura de Uberlândia e esse indicador dialoga indiretamente com o número total de pesquisas desenvolvidas na instituição.</p>				
RESPONSÁVEL PELA COLETA		RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO		RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS
Unidade de Gestão da Pesquisa (UGPESQ)		Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde (SGPITS)		Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP)
FÓRMULA DE CÁLCULO		UNIDADE DE MEDIDA	META	
$\% \text{ de preenchimento} = \left( \frac{\text{Número de bolsas preenchidas}}{\text{Número total de bolsas ofertadas}} \right) \times 100$		Percentual	70% (Setenta por cento de preenchimento das bolsas ofertadas no ano de 2026)	
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
80,00%	Quanto maior, melhor	Bimestral	Bimestral	Resultado
PARÂMETROS				
<p>a) Numerador – Bolsas Efetivamente Preenchidas: Quantidade de bolsas cujos candidatos foram selecionados, aprovados e se encontram em atividade regular no período de referência, considerando as modalidades PIC, PIT e Pesquisa Clínica Patrocinada.</p> <p>b) Denominador – Total de Bolsas Ofertadas: Somatório de todas as bolsas disponibilizadas nos editais vigentes no período (PIC: 10 bolsas/ano; PIT: 8 bolsas/ano; Pesquisa Clínica: 2 bolsas em 2026, 4 bolsas a partir de 2027), totalizando 20 bolsas em 2026 e 22 bolsas a partir de 2027.</p> <p>c) Critérios de inclusão: Bolsas regulamentadas por editais formais (CNPq/Ebserh ou UGPESQ); bolsistas com vínculo ativo e projeto em execução no HC-UFU.</p> <p>d) Critérios de exclusão: Bolsas canceladas por decisão institucional antes da fase de seleção; bolsas suspensas por força maior (ex.: contingenciamento orçamentário externo).</p>				
TERMINOS				
<p>Indicador: Medida quantitativa utilizada para monitorar desempenho, acompanhar tendências, comparar resultados e subsidiar decisões gerenciais no âmbito do planejamento estratégico institucional.</p> <p>Bolsa de Iniciação Científica (PIC): Modalidade de fomento destinada a estudantes de graduação para desenvolvimento de projetos de pesquisa científica sob orientação de pesquisador vinculado ao HC-UFU/Ebserh, regulamentada por edital CNPq/Ebserh.</p> <p>Bolsa de Iniciação Tecnológica (PIT): Modalidade de fomento voltada a estudantes de graduação para participação em projetos de desenvolvimento tecnológico e inovação, regulamentada por edital CNPq/Ebserh.</p> <p>Bolsa de Pesquisa Clínica Patrocinada: Bolsa concedida via edital interno da UGPESQ para atuação em estudos clínicos patrocinados conduzidos no HC-UFU, envolvendo atividades de apoio à condução de protocolos de pesquisa.</p>				

Bolsas Preenchidas: Bolsas cujos candidatos foram aprovados em processo seletivo formal, assumiram as atividades e mantêm vínculo ativo no período avaliado.

Bolsas Ofertadas: Número total de bolsas disponibilizadas nos editais publicados no período de referência, independentemente de terem sido preenchidas.

Edital: Instrumento normativo que estabelece regras, critérios e procedimentos para a seleção e concessão de bolsas, garantindo transparência e isonomia no processo.

UGPESQ (Unidade de Gestão da Pesquisa): Unidade vinculada ao SGPITS responsável pela gestão, fomento e apoio à pesquisa científica no HC-UFU/Ebserh.

SGPITS (Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde): Setor vinculado à GEP responsável por coordenar as ações de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh.

Percentual de Preenchimento: Razão percentual entre bolsas preenchidas e bolsas ofertadas, indicando a capacidade institucional de atrair e selecionar bolsistas para os programas de fomento.

METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

Levantamento dos editais de PIC, PIT e Pesquisa Clínica publicados no período.

Identificação do número total de bolsas ofertadas por modalidade.

Verificação do quantitativo de bolsas efetivamente preenchidas (candidatos aprovados e em atividade).

Compilação dos dados pela UGPESQ e UGITS, com base nos resultados finais dos editais e nos relatórios de acompanhamento de bolsistas.

Aplicação da fórmula de cálculo para obtenção do percentual de preenchimento.

FORMA DE VALIDAÇÃO

Cruzamento dos dados dos editais publicados (resultado final) com os relatórios de acompanhamento bimestral de bolsistas, elaborados pela UGPESQ e UGITS, e validados pelo SGPITS. Conferência com os registros do Relatório Anual do Setor de Gestão da Pesquisa e da Inovação Tecnológica em Saúde.

LIMITAÇÕES E VÍBISES

- Viés de Oferta Externa (Dependência de Editais): A publicação e o cronograma dos editais CNPq/Ebserh não são controlados pelo HC-UFU, podendo haver atrasos, redução ou suspensão de bolsas por decisões externas, impactando diretamente o denominador do indicador.
- Viés de Contingenciamento Orçamentário: Restrições orçamentárias federais ou da rede Ebserh podem reduzir o número de bolsas efetivamente disponibilizadas, comprometendo o alcance da meta independentemente do esforço institucional.
- Viés de Demanda Insuficiente: Baixa adesão de candidatos aos editais por falta de divulgação, desinteresse acadêmico, incompatibilidade de horários ou requisitos pode reduzir o preenchimento das bolsas.
- Viés de Seleção e Elegibilidade: Critérios de elegibilidade rígidos (ex.: exigência de vínculo ativo com a universidade, desempenho acadêmico, disponibilidade de orientador) podem restringir o universo de candidatos aptos.
- Viés de Desistência e Evasão: Bolsistas selecionados podem desistir ou ser desligados ao longo do período, gerando vagas não repostas e reduzindo artificialmente o percentual de preenchimento efetivo.
- Viés de Registro e Informação: Inconsistências ou atrasos no registro de informações sobre bolsistas ativos podem gerar subnotificação ou superestimação dos dados em determinado período.
- Viés de Infraestrutura e Capacidade de Orientação: Limitações de infraestrutura laboratorial, equipamentos ou disponibilidade de orientadores qualificados podem dificultar a absorção de todos os bolsistas ofertados.
- Viés de Pesquisa Clínica Patrocinada: A oferta de bolsas para pesquisa clínica depende da existência de estudos patrocinados em andamento no HC-UFU, os quais estão sujeitos a fatores externos (aprovação ética, interesse da indústria, recrutamento de participantes).
- Viés Temporal / Sazonalidade: Os editais possuem calendários específicos e podem não estar distribuídos uniformemente ao longo do ano, gerando concentração de dados em determinados bimestres e ausência em outros.
- Viés de Representatividade: O indicador mede apenas o preenchimento de bolsas formais, não capturando a totalidade das ações de incentivo à pesquisa e inovação realizadas pela instituição (ex.: projetos voluntários, parcerias informais, publicações sem bolsa).
- Viés de Complexidade Administrativa: Processos burocráticos na formalização de bolsas (documentação, termos de compromisso, aprovações internas) podem gerar atrasos que impactam o indicador bimestral.

FONTE

Editais de PIC e PIT (CNPq/Ebserh)

Editais internos da UGPESQ (Bolsas de Pesquisa Clínica)

Relatórios de acompanhamento de bolsistas (UGPESQ e UGITS)

Relatório Anual do SGPITS

REFERÊNCIAS

EBSEERH. Plano de Negócios e Estratégia de Longo Prazo 2024–2028 da Rede Ebserh. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/plano-de-negocios>. Acesso em: 24 fev. 2026.

EBSEERH. Estratégia de Longo Prazo 2024–2028. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/estrategia-de-longo-prazo>. Acesso em: 24 fev. 2026.

EBSEERH/HC-UFU. Plano Diretor Estratégico (PDE) do HC-UFU/Ebserh – Mapa Estratégico e Objetivos 2024–2028. Primeira versão publicada do PDE 24/28. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/boletim-de-servico/2024/anexo-boletim-427/>. Acesso em: 24 fev. 2026.

CNPq/EBSEERH. Editais de Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIC) e Programa de Iniciação Tecnológica (PIT) do HC-UFU/EBSEERH. Editais anteriores, onde o HC-UFU/EBSEERH conduziu o processo de seleção. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufu/ensino-e-pesquisa/pic-pit-hc-ufu>. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.973, de 2 de dezembro de 2004 – Lei de Inovação. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm). Acesso em: 24 fev. 2026.

## 6.1.4 Índice de Aderência às Práticas Ebserh – Ambiental, Social e Governança (IAPE-ASG) no HC-UFU

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH				
FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR				
DIRETORIA/ÁREA RESP. PELO INDICADOR	SUPERINTENDÊNCIA		VALIDADE	VERSÃO
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	02/03/2026		31/12/2026	01
PILAR ESTRATÉGICO				
Responsabilidade ambiental, social e governança				
OBJETIVO ESTRATÉGICO				
OE 11: Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede				
PROJETO PDE				
Implementação do modelo de governança da Rede Ebserh no HC-UFU				
NOME DO INDICADOR				
Índice de Aderência às Práticas Ebserh – Ambiental, Social e Governança (IAPE-ASG) no HC-UFU				
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA				
<p>O índice de Aderência a Práticas Ebserh - Ambiental, Social e Governança (IAPE-ASG) demonstra o percentual de aderência que é calculada por meio da fórmula que relaciona as somatórias de conformidade e não conformidade diante de questões apresentadas/verificadas no âmbito do HC-UFU.</p> <p>Em alinhamento estratégico ao Projeto Estratégico da Administração Central contido no Plano de Negócios vigente, denominado "Instituição do modelo de governança corporativa da Rede Ebserh", aumentar a conformidade das práticas de governança no HC-UFU.</p>				
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO				
O IAPE-ASG possui os requisitos que compõe o IG-Sest e IESGo-TCU e Plano de Negócios Ebserh vigente.				
RESPONSÁVEL PELA COLETA		RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO		RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS
Setor de Governança e Estratégia/SEGOV		Setor de Governança e Estratégia/SEGOV		Setor de Governança e Estratégia/SEGOV
FÓRMULA DE CÁLCULO		UNIDADE DE MEDIDA		META
$IAPEASG = [S / (S + N)] * 100$ <p>Em que:            S: Somatório de respostas "sim";            N: Somatório de respostas "não".</p>		Percentual		2025=16%; 2026 ≥ 32%
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
100%	Quanto maior, melhor	Bimestral	Bimestral	Processo
PARÂMETROS				
O desempenho da Rede e do HUF no diagnóstico de 2025: Rede = 31% HUF: 16%				
TERMOS				
<p>Requisitos aplicáveis = questões com respostas "conformes" e questões com respostas "não conformes".            Questões com respostas "não aplicáveis" não são consideradas na fórmula de cálculo.</p> <p>IG-Sest (Indicador de Governança da Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais);            IESGo-TCU (Índice Environmental, Social and Governance do Tribunal de Contas da União);            CGPAR (Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União).</p>				
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO				
Consulta e registro por meio do SEI às áreas/unidades demandadas na execução das ações para a implementação das práticas definidas.				
FORMA DE VALIDAÇÃO				
Coleta de respostas e análise de evidências de maneira técnica e documental. São acionados técnicos, especialistas da área para análise das evidências coletadas, se necessário.				
LIMITAÇÕES E VIESES				
<ol style="list-style-type: none"> <li>Baixa capacidade técnica dos respondentes;</li> <li>Baixo engajamento das equipes para envio das respostas e evidências;</li> <li>Indisponibilidade da ferramenta de coleta;</li> <li>Transição e integração de novos HUF.</li> </ol>				
FONTE				
<p>Relatório sobre o Instrumento de verificação de práticas de Governança, Sustentabilidade e Responsabilidade Social 2025.            Evidências apresentadas pelas áreas demandadas.            Processos SEI com a tramitação dos documentos e registros referentes ao planejamento, acompanhamento e execução das ações.</p>				
REFERÊNCIAS				
IG-Sest iESGo TCU CGPAR Normativos internos				

## 6.1.5 Percentual de conformidade ambiental hospitalar (PCAH) do HC-UFU

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH				
FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR				
DIRETORIA/ÁREA RESP. PELO INDICADOR	SUPERINTENDÊNCIA			
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	02/03/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO
PILAR ESTRATÉGICO	01			
<b>Responsabilidade Ambiental, Social e Governança</b>				
OBJETIVO ESTRATÉGICO				
<b>OE 12: Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede</b>				
PROJETO PDE				
<b>Programa HC Sustentável e em Conformidade</b>				
NOME DO INDICADOR				
<b>Percentual de conformidade ambiental hospitalar (PCAH) do HC-UFU</b>				
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA				
<p>Definição: O Percentual de Conformidade Ambiental Hospitalar é um indicador de desempenho utilizado para mensurar o grau de adesão de uma unidade de saúde às normas, leis, regulamentos ambientais vigentes, além de práticas sustentabilidade implementada. Este indicador reflete o desempenho do hospital e o alinhamento da sua operação (geração de resíduos, consumo de recursos, controle de poluentes etc.) com as exigências técnicas e éticas do setor. Justificativa: A implementação e o monitoramento do PCAH justificam-se pelo elevado índice de não conformidades ambientais identificado no HC-UFU, evidenciado pelo resultado de 66,3% em 2024, percentual inferior ao nível desejado para o pleno atendimento às diretrizes da Política Ambiental da Ebserh. Esse cenário indica fragilidades no atendimento às exigências ambientais e reforça a necessidade de fortalecer a governança ambiental, aprimorar controles internos e garantir maior aderência às normas vigentes. O acompanhamento sistemático do indicador contribui para a redução de riscos legais e operacionais, melhoria da imagem institucional, promoção da sustentabilidade e alinhamento estratégico com os objetivos da Rede Ebserh, assegurando maior responsabilidade ambiental e eficiência na gestão hospitalar.</p>				
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO				
O PCAH compõe o conjunto de indicadores do Programa de Remuneração Variável e requisitos que compõe o IG-Sest e esta alinhado ao Plano de Negócios da Rede Ebserh.				
RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO		RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS	
UHOSP, UPO, UGES, UDP, Fagen e USOST	Unidade de Gestão Estratégica-UGES		Unidade de Gestão Estratégica-UGES	
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META		
PCAH=[C / (C + NC)] * 100	Percentual	2024 = 66,33%		
Onde:		2026 ≥ 75%		
C: Somatório de respostas "Conforme"				
NC: Somatório de respostas "Não Conforme"				
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
100%	Quanto maior, melhor	Bimestral	Bimestral	Processo
PARÂMETROS				
O desempenho ambiental da Rede e do HUF no diagnóstico de 2024, conforme os eixos abaixo:				
<b>REDE: 61% HUF: 66,3%</b>				
1. Eixo de Resíduos de Serviços de Saúde: Rede: 69,44% / HUF: 88,5%				
2. Eixo de Administrativo: Rede: 50,5% / HUF: 31,3%				
3. Eixo de Certificação: Rede: 27,06% / HUF: 50%				
4. Eixo de Água: Rede 57,2% / HUF: 88,9%				
5. Eixo de Esgoto: Rede 64,6% / HUF: 33,3%				
6. Eixo do Efeito Estufa: Rede 7% / HUF: 00%				
7. Eixo de Prevenção e Segurança: Rede 69% / HUF: 66,7%				
8. Eixo Técnico Hospitalar: Rede: 66,9% / HUF: 64,7%				

### TERMINOS

C - Conforme (requisito é atendido integralmente)

NC - Não Conforme (requisito não é atendido ou está vencido)

Conformidade Ambiental - é o estado em que uma organização opera em total acordo com as leis, normas e regulamentos que protegem o meio ambiente.

PGRSS - Plano de Gerenciamento dos Resíduos do Serviços de Saúde.

POPs - Procedimentos Operacionais Padrão.

PCAH - Percentual de Conformidade Ambiental Hospitalar.

DBO - Demanda Bioquímica de Oxigênio (Mede a quantidade de oxigênio consumida por microrganismos para degradar a matéria orgânica presente na água).

DQO - Demanda Química de Oxigênio (Mede a quantidade de oxigênio necessária para oxidar a matéria orgânica através de um agente químico).

pH - Potencial Hidrogeniônico (Escala que mede o grau de acidez, neutralidade ou alcalinidade do efluente).

IG-Sest (Indicador de Governança da Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais)

### METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

O PCAH do HC-UFU é apurado por meio de checklist baseado na legislação ambiental e nas normas aplicáveis ao hospital. As informações são coletadas junto às unidades responsáveis, mediante envio e análise de evidências documentais e, quando necessário, verificação in loco.

As respostas são classificadas como Conforme, Não Conforme ou Não se Aplica. Os dados são consolidados em planilha para cálculo do indicador e identificação das principais lacunas, subsidiando a definição de prioridades e planos de ação para melhoria contínua.

### FORMA DE VALIDAÇÃO

As informações são validadas por meio da análise técnica das evidências apresentadas pelas unidades responsáveis. Quando necessário, é realizada conferência complementar ou verificação in loco para confirmar a conformidade.

### LIMITAÇÕES E VIESES

Licenças e autorizações: burocracia, prazos longos, dependência de órgãos externos.

Controle de emissões e recursos: custos de tecnologia, capacitação insuficiente, monitoramento limitado.

Aquisição sustentável: oferta restrita, maior custo, resistência à mudança.

Tratamento de resíduos: documentação frágil, fiscalização irregular.

Treinamentos de colaboradores: continuidade irregular, baixo engajamento, recursos limitados.

Empresas terceirizadas: falta de controle direto sobre processos e conformidade, dependência de terceiros para execução das práticas ambientais.

### FONTE

formulários, relatórios e evidências institucionais, incluindo planos, certificados, relatórios de áreas demandadas e outros documentos oficiais da instituição.

### REFERÊNCIAS

Política Ambiental da Ebserh

Norma Brasileira ABNT NBR 14.276, de 16 de abril de 2020. Brigada de incêndio e emergência - Requisitos e procedimentos;

Norma Regulamentadora-1, de 09 de março de 2020, aprova as normas regulamentadoras relativas à Segurança do Trabalho;

Norma Regulamentadora-3, de 23 de setembro de 2019, aprova as normas de procedimento de Embargo e Interdição, em caso de risco iminente;

Norma Regulamentadora-4, de 29 de abril de 2016, aprova as normas relativas ao Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SSMT;

Norma Regulamentadora-5, de 07 de outubro 2021, aprova as normas relativas à Segurança e Medicina do Trabalho;

Ministério da Saúde. Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde. 2006;

Lei no 6938, de 31 de agosto de 1981. Institui a Política Nacional de Meio Ambiente;

Lei nº 4.118, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre a política nacional de energia nuclear, cria a Comissão Nacional de Energia Nuclear, e dá outras providências;

Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece sanções e dá outras providências;

Lei nº 9.433, de 08 de janeiro de 1997. Institui a Política Nacional de Recursos Hídricos, cria o Sistema Nacional de Gerenciamento de Recursos Hídricos;

Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999. Institui a Política Nacional de Educação Ambiental e dá outras providências. Dispõe sobre a educação ambiental;

Lei no 12.305, de 02 de agosto de 2010, institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos;

Decreto-Lei nº 25, de 30 de novembro de 1937. Dispõe e organiza a proteção do patrimônio histórico e artístico nacional.

Portaria GM/SE no 888, de 04 de maio de 2021. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e potabilidade;

Portaria GM/SE no 278, de 22 de fevereiro de 2005. Aprova o regimento interno da Comissão de Biossegurança em saúde;

Resolução CONAMA nº 01, de 23 de janeiro de 1986. Dispõe sobre definições, as responsabilidades, os critérios básicos e as diretrizes gerais para uso e implementação da Avaliação de Impacto Ambiental como um dos instrumentos da Política Nacional do Meio Ambiente;

Resolução CONAMA nº 237, de 19 de dezembro de 1997. Dispõe sobre os procedimentos e critérios utilizados no licenciamento ambiental;

Resolução RDC ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

Resolução CONAMA nº 358, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre tratamento e disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências;

Resolução ANVISA nº 222, de 28 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde;

### 6.1.6 Percentual de redução de impressões corporativas do HC-UFU

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR					
AREA RESPONSAVEL PELO INDICADOR	SUPERINTENDÊNCIA				
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	02/03/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSAO	01
PILAR ESTRATÉGICO	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança				
OBJETIVO ESTRATÉGICO	OE 12: Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede				
PROJETO PDE	Impressão Consciente 1.0 - Menos papel, mais cuidado				
NOME DO INDICADOR	Percentual de redução de impressões corporativas por impressoras no HC-UFU				
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA	<p>Definição: O indicador permite verificar o percentual de redução no volume médio de folhas impressas por impressora no HC-UFU no ano de 2026, em comparação ao ano de 2025, considerando que o volume médio impresso por impressora em 2025 foi de 69.976, com planta total de 130 impressoras no referido ano.</p> <p>Justificativa: Considerando que a meta de redução do total de impressões em 2025 não foi atingida e que havia demanda para ampliação do número de impressoras no HC-UFU, atualmente o hospital possui 185 impressoras instaladas. Dessa forma, faz-se necessária a implementação de ações voltadas à redução do volume de impressões.</p>				
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO	Contrato atual de Outsourcing de Impressão com a empresa Simpress, com franquia anual de 10.285.752 impressões e franquia de 48 meses de 41.143.008 impressões, vigência do contrato: 13/03/2025 a 13/03/2029; Política de Impressão da Rede Ebserh; e Plano de Negócios da Rede Ebserh.				
RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS			
SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SAÚDE DIGITAL	SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SAÚDE DIGITAL	SETOR DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SAÚDE DIGITAL			
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META			
$\frac{[\text{n}^\circ \text{ médio de impressões por impressora no ano corrente}]}{[\text{n}^\circ \text{ médio de impressões por impressora no ano base (2025)}]} - 1 \times 100$	Percentual	Reduzir em 3% o número de impressões por impressora em 2026, em relação ao volume impresso em 2025.			
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO	
Não se Aplica	Quanto maior, melhor	Mensal	Bimestral	Processo	
PARÂMETROS	<p>O HC-UFU possuía, em 2025, uma planta de 130 impressoras em um contrato que foi encerrado, dando origem a um novo contrato que expandiu a planta de 130 para 185 impressoras.</p> <p>Alguns setores com poucas impressoras foram ampliados, e outros setores praticamente sem atendimento, como o caso do Hospital do Câncer, que possuía um parque de impressoras obsoletas da ONG Grupo Luta Pela Vida. Nesse setor, apenas três impressoras faziam parte do contrato encerrado, sendo que o novo contrato implantado agregou cerca de 30 impressoras.</p> <p>Atualmente, o hospital passa por ampliações, sendo que o novo prédio 8DJU, entregue em dezembro de 2024, continua em uso. Atualmente, o hospital conta com 3.533 colaboradores.</p> <p>O contrato atual permite a expansão do serviço de impressão para até 200 impressoras, das quais 185 já estão ativas.</p> <p>O objetivo é reduzir o volume médio de impressões por impressora de 69.976 para 67.877, ou seja, aproximadamente 3%.</p>				

TERMOS
<p>Indicador de desempenho – Instrumento de monitoramento utilizado para mensurar resultados e acompanhar a evolução de metas institucionais.</p> <p>Volume médio de impressões por impressora – Quantidade média anual de folhas impressas por equipamento ativo no período avaliado.</p> <p>Ano-base (2025) – Período de referência utilizado para comparação dos resultados do ano corrente.</p> <p>Ano corrente (2026) – Período avaliado para fins de monitoramento e cálculo do percentual de redução.</p> <p>Planta de impressoras – Conjunto total de impressoras instaladas e ativas na instituição em determinado período.</p> <p>Parque de impressão – Estrutura composta pelos equipamentos, contratos e sistemas relacionados ao serviço de impressão institucional.</p> <p>Meta de redução – Percentual previamente estabelecido como objetivo a ser alcançado em determinado período.</p> <p>Percentual de redução – Resultado obtido a partir da comparação entre o volume médio do ano corrente e o ano-base, expresso em percentual.</p> <p>Impressão consciente – Conjunto de práticas voltadas ao uso racional de papel e recursos de impressão, priorizando meios digitais e evitando desperdícios.</p> <p>Demanda reprimida – Necessidade previamente identificada de ampliação do serviço de impressão que não havia sido atendida no período anterior.</p> <p>Volume total de impressões – Soma de todas as impressões realizadas na instituição em determinado período.</p> <p>[nº médio de impressões por impressora no ano corrente] – volume anual médio de impressões realizadas por impressora no ano avaliado.</p> <p>[nº médio de impressões por impressora no ano-base (2025)] – volume anual médio de impressões realizadas por impressora no ano de referência (2025).</p> <p>-1 – fator utilizado para conversão do resultado em percentual de redução.</p> <p>100 – multiplicador utilizado para transformar o resultado decimal em percentual.</p>
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO
<p>As impressoras geram contadores de impressão, eles são coletados mensalmente para aferir o volume impresso.</p> <p>Os contadores são inseridos em planilha para faturamento e acompanhamento do volume impresso.</p> <p>A cada dois meses serão compilados os dados e verificado o percentual de atingimento até o momento. Neste momento serão publicados os dados para acompanhamento do objetivo.</p>
FORMA DE VALIDAÇÃO
Bimestralmente os Relatórios de medição com o indicador serão publicados. Tendo como base as planilhas de contabilização de impressão e a comparação com impressões de anos anteriores, considerando ampliações do hospital, acréscimos de impressoras.
LIMITAÇÕES E VIESES
<p>Regulamentação obrigatória: algumas impressões hospitalares são exigidas por normas, limitando a redução total do volume.</p> <p>Expansão e demandas reprimidas: setores novos (8DJU, Hospital do Câncer) e solicitações de impressoras não atendidas em 2025 aumentam o volume de impressões não contabilizado.</p> <p>Campanhas internas e uso indireto de impressões: treinamentos, comunicados e outros documentos impressos podem gerar demanda adicional não prevista.</p> <p>Limitações tecnológicas: sistemas que não suportam impressão segura ou digitalização completa dificultam o controle e a redução do uso de papel.</p>
FONTE
Planilhas com contador de impressão por impressora coletados mensalmente e Relatório com volume de impressão médio por impressora bimestralmente.
REFERÊNCIAS
<p>Contrato atual de Outsourcing de Impressão com a empresa Simpress, com franquia anual de 10.285.752 impressões e franquia de 48 meses de 41.143.008 impressões, vigência do contrato: 13/03/2025 a 13/03/2029; Política de Impressão da Rede Ebserh;</p> <p>Processos SEI de medição e pagamento mensal</p> <p>Relatórios de medição mensal</p> <p>Processo SEI: 23477.003817/2026-86</p>

### 6.1.7 Percentual de colaboradores capacitados em relação à temática assédio e discriminação

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH				
FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR				
ÁREA RESPONSAVEL PELO INDICADOR	SUPERINTENDÊNCIA-SUP	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO 01
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	02/03/2026			
PILAR ESTRATÉGICO	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	OE13- Prevenir e Enfrentar o Assédio e à Discriminação			
PROJETO PDE	Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e Discriminação			
NOME DO INDICADOR	Percentual de colaboradores capacitados em relação à temática assédio e discriminação			
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA				
<p>Definição: O indicador mede a proporção de colaboradores do HC-UFU que participaram de ações de capacitação voltadas para prevenção de assédio e discriminação. As ações incluem campanhas de conscientização, treinamentos presenciais ou online e oficinas realizadas durante integrações de novos colaboradores, garantindo que todos recebam informações sobre direitos, condutas esperadas e procedimentos para reporte de situações de assédio ou discriminação. O objetivo do indicador é monitorar a efetividade dessas ações e apoiar a criação de um ambiente de trabalho seguro, inclusivo e alinhado às políticas institucionais e à legislação vigente.</p> <p>Justificativa: A implementação deste indicador fundamenta-se na necessidade de consolidar institucionalmente a temática da prevenção e do enfrentamento ao assédio e à discriminação, a fim de fortalecer um ambiente de trabalho baseado no respeito e na ética. Observa-se, no contexto institucional, dificuldade de compreensão conceitual sobre o tema, evidenciada pela quantidade significativa de manifestações registradas na Ouvidoria classificadas pelos colaboradores como assédio, mas que, após análise técnica, correspondem a situações de conflito interpessoal, problemas de gestão, comunicação inadequada ou outras questões relacionais.</p>				
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO				
Política de Prevenção e Enfrentamento a Todas as Formas de Assédio e de Discriminação na Ebserh; Norma SEI nº 1.2025.DGP.EBSERH - Dispõe sobre a instituição e o funcionamento das Comissões de Mediação e Conciliação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalar; Norma Regulamentadora No. 1 (NR-1) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais.				
RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS		
Comissão Interna De Prevenção De Acidentes E Assédio- CIPA	Unidade de Desenvolvimento de Pessoal-UDP	Unidade De Desenvolvimento Pessoal-UDP e CIPA		
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META		
Percentual de colaboradores capacitados = $(N^{\circ} \text{ de colaboradores capacitados} / N^{\circ} \text{ total de colaboradores}) \times 100$	Percentual	Capacitação em 15% do total de colaboradores do HC-UFU		
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
Não se aplica	Quanto maior, melhor	Mensal	Trimestral	Resultado
PARAMETROS				
O indicador abrange o total de colaboradores vinculados à instituição, que inclui trabalhadores de todos os regimes e vínculos (empregados públicos, servidores públicos, contratados temporários e terceirizados), bem como os residentes, em exercício no período avaliado.				

<p><b>TERMOS</b></p> <p><b>Discriminação:</b> tem origem na diferença entre pessoas. A Convenção nº 111 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) compreende a discriminação como toda distinção, exclusão ou preferência fundada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, ascendência nacional ou origem social que tenha por efeito destruir ou alterar a igualdade de oportunidade ou de tratamento em matéria de emprego ou profissão.</p> <p><b>Colaborador:</b> Pessoa que mantém vínculo formal de trabalho com a instituição, independente do vínculo de trabalho.</p> <p><b>Assédio:</b> É caracterizado pela exposição da vítima a abordagens que causam desconforto, humilhação, constrangimento, intimidação ou perseguição no exercício de suas funções, podendo se manifestar de várias formas e em diferentes situações, com qualquer pessoa, independentemente do gênero e do cargo que ocupe, tanto de forma explícita quanto velada.</p> <p><b>Residente:</b> Profissional graduado que participa de programa de residência, com vínculo acadêmico-assistencial supervisionado.</p> <p><b>Porcentagem:</b> Forma de representar uma proporção em relação a 100.</p> <p><b>Prevenção:</b> É o conjunto de medidas educativas, institucionais e organizacionais implementadas para impedir que práticas de assédio e discriminação aconteçam.</p> <p><b>Enfrentamento:</b> É o conjunto de medidas institucionais aplicadas quando há ocorrência ou suspeita de assédio ou discriminação.</p> <p><b>Indicador:</b> É um instrumento de mensuração que permite acompanhar a evolução de determinada ação, avaliar resultados e subsidiar a tomada de decisão. Programa: É o conjunto estruturado e contínuo de ações integradas, planejadas e monitoradas, com o objetivo de promover resultados institucionais sustentáveis.</p> <p><b>CIPA- Comissão Interna De Prevenção De Acidentes E Assédio.</b></p> <p><b>Ouvidoria:</b> É um canal institucional destinado a receber, registrar, analisar e encaminhar manifestações de usuários, colaboradores ou público em geral, garantindo transparência, proteção, confidencialidade e soluções adequadas.</p> <p><b>Ações Integradas:</b> São atividades planejadas e coordenadas entre diferentes setores da instituição, com o objetivo de promover a prevenção e o enfrentamento ao assédio e à discriminação de forma eficiente, contínua e articulada, garantindo resultados sustentáveis e impacto positivo no clima organizacional e na qualidade da assistência.</p> <p><b>Cultura Organizacional:</b> Conjunto de valores, normas, práticas, comportamentos e hábitos compartilhados pelos membros de uma instituição, que orientam a forma como as pessoas interagem, tomam decisões e realizam suas atividades.</p> <p><b>Riscos Psicossocial:</b> Refere-se às condições do ambiente de trabalho que podem afetar a saúde mental e emocional dos colaboradores, impactando diretamente o clima organizacional e a qualidade da assistência.</p> <p><b>Capacitação:</b> Conjunto de atividades planejadas para desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes dos colaboradores, visando melhorar desempenho individual e coletivo, preparar para novas funções ou fortalecer comportamentos alinhados às políticas institucionais.</p> <p><b>EAD:</b> Educação a distância, modalidade de ensino em que o aprendizado ocorre remotamente, utilizando recursos tecnológicos como plataformas online, vídeos, fóruns e quizzes, sem a necessidade de presença física constante.</p> <p><b>Formulário FORMS:</b> Microsoft Forms ou Google Forms podem ser usados para gerar relatórios automáticos de participação e avaliação.</p> <p><b>USOST:</b> Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho</p> <p><b>METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO</b></p> <p><b>Coleta de dados:</b> Registro de presença nas capacitações presenciais, certificados dos cursos EAD, relatórios da ouvidoria sobre manifestações, registros da CIPA, USOST e DivGP.</p> <p><b>Compilação:</b> Consolidação por setor, cálculo da porcentagem de colaboradores capacitados, número de denúncias registradas na ouvidoria e feedback das capacitações por meio das fichas de avaliação.</p> <p><b>FORMA DE VALIDAÇÃO</b></p> <p>Lista de presença de eventos e capacitações; certificados emitidos dos cursos EAD, Ficha de reação das ações de treinamento.</p> <p><b>LIMITAÇÕES E VIESES</b></p> <p><b>Disponibilidade e horários dos colaboradores:</b> dificuldade de acomodar todos em horários determinados, devido a escalas, plantões e setores críticos; dificuldade de reunir colaboradores de diferentes turnos.</p> <p><b>Liberação e engajamento:</b> indisponibilidade por parte das lideranças, baixa adesão ou interesse em cursos presenciais, e resistência à mudança por parte de alguns colaboradores que não percebem a importância da prevenção.</p> <p><b>Recursos e infraestrutura:</b> acesso limitado a computadores para cursos EAD, número insuficiente de instrutores ou facilitadores internos, e falta de integração entre setores para planejar turmas e horários.</p> <p><b>Cultura organizacional:</b> falta de valorização da capacitação, gerando resistência e baixo engajamento; medo, vergonha ou falta de confiança nos canais faz com que colaboradores não denunciem assédio ou discriminação.</p> <p><b>FONTE</b></p> <p>Fala.BR – Relatórios da Ouvidoria</p> <p>Comissão de Mediação e Conciliação (CMC) – Relatórios</p> <p>Plataforma 3EC – Relatórios dos certificados emitidos das ações</p> <p>Relatórios finais do Forms aplicados nas ações</p> <p><b>REFERÊNCIAS</b></p> <p>BRASIL. Controladoria-Geral da União. Guia LILás. 2023.</p> <p>EBSERH. Cartilha Assédio Moral: como prevenir e combater. 3. ed. 2022.</p> <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Cartilha Assédio Moral. 2017-2020.</p> <p>HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFU. Fluxo de tratamento de denúncias na Ouvidoria do HC-UFU.</p>
---

## 6.1.8 Percentual de satisfação dos usuários dos serviços de manutenção predial e equipamentos

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH				
FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR				
ÁREA RESPONSAVEL PELO INDICADOR	GERÊNCIA ADMINISTRATIVA (GAD)			
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	2/3/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO 01
PILAR ESTRATÉGICO	3.01 Desenvolvimento Institucional			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	OE14 – Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa			
PROJETO PDE	Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos			
NOME DO INDICADOR	Percentual de satisfação dos usuários dos serviços de manutenção predial e equipamentos			
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA	<p>Definição: Mede o grau de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pela manutenção predial e pela engenharia clínica do HC-UFU, com base na avaliação dos atendimentos realizados, considerando qualidade, prazo, resolutividade e conformidade técnica.</p> <p>Justificativa: A implementação deste indicador fundamenta-se na necessidade de enfrentar a carência de processos estruturados para o planejamento, execução, fiscalização e avaliação dos serviços de manutenção predial e de equipamentos. Observam-se fragilidades na padronização de procedimentos, insuficiência de análise crítica dos dados e limitações na integração entre as áreas responsáveis, o que pode impactar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. O monitoramento sistemático do percentual de satisfação dos usuários permite gerar dados objetivos para subsidiar decisões gerenciais, fortalecer a padronização dos processos, aprimorar a fiscalização contratual e promover maior integração entre as equipes envolvidas. Dessa forma, contribui-se para a melhoria contínua dos serviços de manutenção, assegurando condições de trabalho</p>			
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO	O indicador deste projeto tem relação direta com a Plano de Negócios da Rede Ebsersh, Acordo Organizativo de Compromisso (AOC) e Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis).			
RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS		
Unidade de Manutenção Predial (UMP) e o Setor de Engenharia Clínica (STEC)	Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar (DLIH)	Gerência Administrativa (GAD)		
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META		
<p>ADC = Avaliação de Desempenho da Contratada</p> <p>AQ = Avaliação da Qualidade</p> <p>AD = Avaliação do Demandante</p> <p>Então, o indicador é dado por: <math>IS = (ADC + AQ + AD) / 3 * 100 = XX\%</math></p> <p><math>Índice = \left( \frac{0,90 + 0,95 + 0,85}{3} \right) \times 100 = 90\%</math></p>	Percentual	95% (2026)		
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
100,00%	Quanto maior, melhor	Mensal	Bimestral	Resultado
PARÂMETROS	<p>Média histórica dos resultados de satisfação dos usuários dos serviços de manutenção.</p> <p>Indicadores de desempenho contratual utilizados nos contratos de manutenção de equipamentos do Setor de Engenharia Clínica e de manutenção predial da Unidade de Manutenção Predial.</p> <p>Referências de qualidade de serviços de manutenção com base em:</p> <p>NBR 5674 – Manutenção de edificações (serviços e gestão).</p> <p>NBR ISO 9001 – Gestão da Qualidade, referentes a processos e melhoria contínua.</p> <p>Valor de referência para desempenho excelente: ≥ 95% (conforme meta definida).</p> <p>Limiar mínimo de aceitação (limite): 100% como valor máximo atingível.</p>			
TERMINOS	<p>Avaliação de Desempenho da Contratada: Resultado mensal produzido pela fiscalização, considerando cumprimento do SLA, prazos, qualidade, retrabalhos e conformidade contratual.</p> <p>Avaliação do Demandante: Percepção dos setores usuários sobre a efetividade das soluções de manutenção (UMP, STEC, usuários do hospital).</p> <p>Chamados de manutenção: Registros formais dos serviços executados, utilizados como evidência e fonte de dados.</p> <p>Fiscalização contratual: Atividade técnica da UMP/STEC que verifica execução dos serviços conforme contrato.</p> <p>POP: Procedimento Operacional Padrão utilizado para padronizar fluxos de manutenção.</p> <p>Indicador de resultado: Demonstra o impacto do serviço na operação hospitalar, medindo níveis de satisfação dos usuários internos.</p>			
METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO	Dados levantados pela fiscalização dos contratos durante os processos de medição mensal, consolidados pela Unidade de Manutenção Predial e Pelo Setor de Engenharia Clínica.			
FORMA DE VALIDAÇÃO	Os dados são extraídos dos aplicativos de chamados de manutenção predial e equipamentos, lançados em planilha-modelo com os itens obrigatórios.			
	Anexar Relatórios mensais emitidos pelos aplicativos de chamados de manutenção predial e equipamentos.			
LIMITAÇÕES E VIESES	A apuração do indicador pode sofrer limitações decorrentes de inconsistências ou lacunas nos registros dos chamados de manutenção e dos relatórios de medição contratual, especialmente em períodos de alta demanda assistencial ou de instabilidade nos sistemas utilizados. A dependência de dados secundários provenientes de diferentes setores (Unidade de Manutenção Predial, o Setor de Engenharia Clínica, contratada, demandantes) pode introduzir vieses relacionados à heterogeneidade dos registros, ao atraso na inserção das informações ou à subnotificação de ocorrências. Além disso, fatores externos como oscilações na disponibilidade de equipes, priorizações emergenciais e intervenções complexas podem alterar temporariamente a percepção do usuário e distanciar o resultado real da qualidade do serviço do resultado registrado, constituindo um viés interpretativo inerente ao processo.			
FONTE	Relatórios mensais dos aplicativos de chamados de manutenção predial e de equipamentos; registros de fiscalização contratual realizados pela Unidade de Manutenção Predial e o Setor de Engenharia Clínica; planilhas de medição contratual consolidadas; formulários de avaliação da contratada; registros de avaliação da qualidade e da percepção dos demandantes; documentos oficiais de registro e controle mantidos pela DLIH e Gerência Administrativa.			
REFERÊNCIAS	<p>Associação Brasileira de Normas Técnicas — ABNT NBR 5674: Manutenção de Edificações – Requisitos para o sistema de gestão da manutenção.</p> <p>Associação Brasileira de Normas Técnicas — ABNT NBR ISO 9001: Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos.</p> <p>Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Manual de Gestão da Manutenção Predial da Rede Ebsersh (2023).</p> <p>Diretrizes e normativos internos da EBSERH referentes à gestão de manutenção, fiscalização contratual e avaliação de desempenho.</p> <p>Relatórios e documentos institucionais produzidos no âmbito da DLIH, UMP, STEC e Gerência Administrativa.</p>			

## 6.1.9 Índice de eficiência do faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais-OPME

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH

FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR

ÁREA RESPONSAVEL PELO INDICADOR **GERÊNCIA ADMINISTRATIVA-GAD**  
 DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA **02/03/2026** VALIDADE **31/12/2026** VERSÃO **01**  
 PILAR ESTRATÉGICO

### Sustentabilidade financeira

#### OBJETIVO ESTRATÉGICO

**OE:19 Promover eficiência nos processos de gestão do trabalho**

#### PROJETO PDE

**Projeto Controle de Estoques e Faturamento**

#### NOME DO INDICADOR

**Índice de eficiência do faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais-OPME**

#### DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA

Definição: O Índice de Eficiência do Faturamento de Itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME) é um indicador estratégico que mede a relação entre a quantidade de itens OPME efetivamente faturados e o total de itens utilizados e passíveis de cobrança conforme a Tabela SIGTAP. O monitoramento será realizado a partir de uma amostra de 12 itens selecionados com base no histórico de maior número de perdas de faturamento identificadas no hospital. A escolha desses itens tem caráter corretivo e estratégico, direcionada à mitigação de falhas recorrentes no processo. A implementação deste indicador decorre da identificação de perdas recorrentes no faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME), especialmente naqueles com maior histórico de inconsistências entre consumo e faturamento. A seleção dos 12 itens monitorados foi fundamentada em análise realizada a partir de relatório interno elaborado pela Unidade de Processamento de Informações Assistenciais (UPIA), que evidenciou os materiais com maior número de perdas de faturamento no período avaliado. Essa análise técnica permitiu direcionar o acompanhamento para pontos críticos do processo (descrito na amostra da metodologia) com foco na melhoria da eficiência do faturamento.

#### RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

Relatório (Externo) Final Auditoria 1516319 OPME- HC-UFU (51553714)

RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS		
Unidade de Abastecimento e Controle de Estoque- UACE	Sector de Abastecimento Farmacêutico e Suprimentos-SAFS	GAD		
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META		
Índice de eficiência de faturamento de itens de OPME amostral= (Nº de itens OPME faturados amostral) / Nº de itens OPME dispensados) x 100	Percentual	Aumento de 10% no faturamento da amostra		
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
N/A	Quanto maior, melhor	Bimestral	Bimestral	Estrutura

#### PARÂMETROS

Será realizado um levantamento inicial ao longo do 1º bimestre para estabelecer a linha de base do indicador. O relatório interno elaborado em 2025 pela UPIA será utilizado apenas para selecionar a amostra de 12 itens OPME com maior histórico de perdas, direcionando o monitoramento para pontos críticos. A partir dessa medição inicial, será possível definir parâmetros e metas de melhoria progressiva da eficiência do faturamento, utilizando métricas relativas, como redução de perdas ou aumento percentual mês a mês. À medida que os dados se acumulam, os parâmetros poderão ser ajustados para refletir o desempenho real e orientar ações corretivas, garantindo acompanhamento e melhoria contínua do processo.

#### TERMOS

Índice de Eficiência do Faturamento de Itens OPME: Métrica estratégica que mede a proporção entre os itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais efetivamente faturados e os itens utilizados que poderiam ser cobrados conforme a Tabela SIGTAP. Indica a eficiência do hospital em recuperar receitas desses materiais.OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais): Conjunto de materiais médicos utilizados em procedimentos hospitalares que possuem valor significativo e exigem registro e faturamento adequados para garantir a receita institucional. Tabela SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS, que estabelece valores e códigos para faturamento de itens e procedimentos hospitalares. Amostra de 12 itens: Conjunto específico de 12 materiais selecionados para monitoramento, escolhido com base no histórico de maior número de perdas de faturamento, com objetivo corretivo e estratégico. Relatório interno da UPIA: Documento produzido pela Unidade de Processamento de Informações Assistenciais que contém dados sobre utilização e faturamento de OPME, utilizado como base para identificar itens com maior risco de perda de receita. Caráter corretivo e estratégico: Indica que a escolha dos itens e o acompanhamento do indicador têm como objetivo corrigir falhas existentes e direcionar ações para otimização do faturamento. Eficiência do faturamento: Grau em que os materiais consumidos pelo hospital são efetivamente faturados, refletindo o controle financeiro e a recuperação de receitas potenciais.

#### METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

Serão coletados dados sobre uma amostra de 12 itens, conforme indicado abaixo:

- 0702040134 - CATETER GUIA PARA ANGIOPLASTIA
- 0702050407 - PARAFUSO POLIAXIAL O acompanhamento ocorrerá por meio de planilha compartilhada entre a Unidade de Abastecimento e Controle de Estoque (UACE) e a Unidade de Processamento de Informações Assistenciais (UPIA). Todo material monitorado que tiver saída do estoque será registrado para posterior conferência quanto ao devido faturamento.
- 702040240 - ELETRODO ENDOCARDICO DEFINITIVO
- 0702040304 - ENDOPROTESE TORACICA RETA
- 0702040231 - ELETRODO DE CARDIOVERSOR DESFIBRILADOR
- 702040380 - FIO GUIA DIRIGIVEL P/ANGIOPLASTIA

#### FORMA DE VALIDAÇÃO

A validação do Índice de Eficiência do Faturamento de Itens OPME será realizada por meio da planilha compartilhada entre a UACE e a UPIA, que registra a saída dos materiais e os dados de faturamento correspondentes. Esse acompanhamento permitirá identificar divergências e assegurar que o indicador reflita com precisão a eficiência do faturamento.

#### LIMITAÇÕES E VIESES

##### Limitações:

Amostra Reduzida e Possivelmente Não Representativa: A análise de apenas 12 itens é muito limitada frente ao volume e diversidade do estoque, impossibilitando uma visão abrangente das perdas de faturamento do hospital como um todo. Os resultados podem não refletir a realidade dos demais materiais OPME.

Processo Manual Propenso a Erros: A utilização de uma planilha compartilhada e a inserção manual de dados pelas equipes UACE e UPIA aumentam o risco de erros de digitação, omissões ou informações inconsistentes, comprometendo a precisão do acompanhamento.

Dependência da Colaboração Interequipes: A eficácia do processo depende da comunicação e disciplina contínuas entre UACE e UPIA, que podem falhar, mesmo que a comunicação não seja o maior problema atualmente, a precisão da entrada de dados pode variar.

##### Vieses:

Viés de Observação: O simples fato de os itens estarem sendo monitorados pode levar as equipes a terem mais cuidado e atenção com eles, resultando em um desempenho artificialmente melhor para esses 12 itens em comparação com os não monitorados.

#### FONTE

AGHU – Sistema de Gestão Hospitalar  
 Sistema de Tabulação DATASUS – Ministério da Saúde  
 Planilhas de controle interno – registros internos do hospital

#### REFERÊNCIAS

Manual Técnico do Sistema de Informação Hospitalar

## 6.1.10 Percentual de colaboradores da UTI Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH				
FICHA DE CADASTRO DE INDICADOR				
ÁREA RESPONSÁVEL PELO INDICADOR	GERÊNCIA ADMINISTRATIVA-GAD			
DATA DE ELABORAÇÃO DA FICHA	02/03/2026	VALIDADE	31/12/2026	VERSÃO
				01
PILAR ESTRATÉGICO	Desenvolvimento do Trabalhador			
OBJETIVO ESTRATÉGICO	OE23 - Promover engajamento e valorização dos trabalhadores			
PROJETO PDE	Programa de Qualidade de Vida no Trabalho do HC-UFU/Ebserh			
NOME DO INDICADOR	Percentual de colaboradores da UTI Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais			
DEFINIÇÃO E JUSTIFICATIVA	<p>Definição: A avaliação da percepção das relações socioprofissionais na UTI Adulto será realizada por meio de questionário estruturado contendo 22 afirmativas, com escala de resposta de 0 a 10 pontos, em que valores mais elevados indicam maior concordância com as afirmações.</p> <p>Para cada trabalhador será calculada a média aritmética das 22 respostas, obtendo-se um escore individual global referente à dimensão "relações socioprofissionais". Os escores individuais serão classificados conforme os parâmetros interpretativos do Inventário de Avaliação (IA_QVT), fundamentado nos estudos de Mário César Ferreira. Para fins de construção do indicador institucional, será considerada percepção positiva aquela classificada nas categorias Bem-estar moderado e Bem-estar intenso, por representarem predominância consistente de vivências positivas no contexto de trabalho. Justificativa: A dimensão das relações socioprofissionais constitui fator estruturante do contexto de trabalho em ambientes hospitalares de alta complexidade, especialmente em unidades de terapia intensiva, caracterizadas por elevada exigência técnica, emocional e relacional. Trabalhar a ampliação da percepção positiva das relações socioprofissionais configura-se como ação estratégica de promoção de saúde organizacional e qualificação do ambiente de trabalho na UTI Adulto.</p>			
RELACIONAMENTO DO INDICADOR COM OUTROS INSTRUMENTOS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO	Programa Ebserh Bem Viver – "Cuidar de quem cuida, valorizar quem faz a diferença".			
RESPONSÁVEL PELA COLETA	RESPONSÁVEL PELA VALIDAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DOS RESULTADOS		
Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho/USOST	Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho/USOST	Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho/USOST		
FÓRMULA DE CÁLCULO	UNIDADE DE MEDIDA	META		
Aumento Percentual Relativo (%) = $[(P2026 - P2025) / P2025] \times 100$	Percentual	Aumentar em 15% o percentual relativo de colaboradores da UTI-Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais		
LIMITE	POLARIDADE	PERIODICIDADE DA COLETA	PERIODICIDADE DA ANÁLISE	TIPO
Não se aplica	Quanto maior, melhor	Bimestral	Bimestral	Resultado
PARÂMETROS	<p>A medida será analisada de forma comparativa entre os resultados obtidos no ano de 2025 (linha de base) e aqueles apurados no ano de 2026, após a implementação das ações interventivas voltadas ao fortalecimento das relações socioprofissionais na UTI Adulto.</p> <p>Em 2025 foi calculado o percentual de trabalhadores classificados nas categorias Bem-estar moderado e Bem-estar intenso, conforme critérios do instrumento fundamentado nos estudos de Mário César Ferreira. Esse percentual constitui o valor de referência inicial (P2025).</p> <p>Para o ano de 2026, será aplicado o mesmo instrumento, mantendo-se idênticos os critérios de cálculo, classificação e análise, garantindo comparabilidade metodológica entre os períodos.</p> <p>Almeja-se alcançar o aumento percentual relativo de 15% no número de trabalhadores com percepção positiva, tomando como base o resultado de 2025.</p> <p>A verificação do alcance da meta será realizada por meio da seguinte fórmula:</p> <p>Aumento Percentual Relativo (%) = <math>[(P2026 - P2025) / P2025] \times 100</math></p> <p>Onde:</p> <p>P2025 = percentual de trabalhadores com percepção positiva em 2025</p> <p>P2026 = percentual de trabalhadores com percepção positiva em 2026</p> <p>Dessa forma, o comparativo permitirá avaliar objetivamente a efetividade das ações implementadas, evidenciando se houve ampliação consistente das vivências de bem-</p>			

### TERMOS

QVT (Qualidade de Vida no Trabalho): fenômeno multidimensional, que expressa o equilíbrio (ou desequilíbrio) entre exigências organizacionais e possibilidades de reconhecimento, cooperação, autonomia e suporte social no trabalho; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; Relações Socioprofissionais: refere-se à qualidade das interações estabelecidas entre trabalhadores e entre trabalhadores e chefias no contexto organizacional. Essa dimensão envolve cooperação, comunicação, reconhecimento, apoio social, justiça nas decisões e possibilidade de diálogo; Percepção positiva: refere-se à predominância de vivências de bem-estar nas relações socioprofissionais, expressa por escores classificados nas categorias Bem-estar moderado e Bem-estar intenso, indica que o trabalhador reconhece, em seu cotidiano laboral, a existência de cooperação, respeito, suporte e interação satisfatória com colegas e lideranças, reduzindo a probabilidade de vivências persistentes de mal-estar.

### METODOLOGIA DE COLETA E COMPILAÇÃO

A metodologia adotada fundamenta-se nos pressupostos da Ergonomia da Atividade, conforme proposta por Mário César Ferreira, especialmente no que se refere à análise das relações socioprofissionais no contexto real de trabalho. Nessa perspectiva, as relações socioprofissionais são compreendidas como construções dinâmicas estabelecidas no cotidiano laboral, envolvendo interações entre colegas, lideranças e demais atores organizacionais, mediadas pelas condições, organização e exigências do trabalho real. A mensuração da percepção das relações socioprofissionais na UTI Adulto será realizada por meio de questionário estruturado. As respostas serão coletadas de forma anônima, garantindo confidencialidade e favorecendo maior fidedignidade das informações. Para cada trabalhador será calculada a média das respostas, sendo o escore classificado conforme as categorias do instrumento. Serão considerados como percepção positiva os trabalhadores enquadrados nas categorias Bem-estar moderado e Bem-estar intenso.

A comparação entre os anos de 2025 (linha de base) e 2026 será realizada por meio do cálculo do aumento percentual relativo.

Após a realização das ações interventivas na unidade, será aplicada avaliação de reação aos participantes, com o objetivo de mensurar a percepção imediata quanto à

### FORMA DE VALIDAÇÃO

Análise comparatória dos questionários aplicados em 2025 e 2026.

### LIMITAÇÕES E VIESES

Medo de retaliação ou identificação: Em setores como UTI, onde as equipes são relativamente pequenas e as interações são intensas, pode haver receio de que opiniões críticas sejam identificadas, o que pode influenciar respostas mais neutras ou positivas; Viés de momento (efeito circunstancial): A percepção pode ser influenciada por eventos recentes (conflitos, mudanças de escala, sobrecarga, afastamentos, intercorrências graves), não refletindo necessariamente o padrão estrutural das relações socioprofissionais; Viés de adesão (auto-seleção): Caso a participação não seja integral, pode haver maior adesão de profissionais com percepções mais extremas (muito satisfeitos ou muito insatisfeitos), distorcendo o resultado global.

### FONTE

Dados coletados na UTI Adulto através de questionário.

### REFERÊNCIAS

FERREIRA, M. C. Qualidade de Vida no Trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. Brasília: [Editora da UnB], 2012.

BUENO, M. As teorias de Motivação Humana e sua contribuição para a empresa humanizada: um tributo a Abraham Maslow. Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão, Catalão, ano 4, n. 6, p. 1–25, 2002. 10 Qualidade de vida no trabalho.

## 6.2 Ficha dos Projetos Locais

### 6.2.1 Programa de Melhoria do Fluxo Assistencial e Gestão do Leito Cirúrgico

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.1.01	GAS	1.0
IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Programa de Melhoria do Fluxo Assistencial e Gestão do Leito Cirúrgico			
Nome do gerente do projeto:	Juliane de Melo Silva			
Nome do gerente do projeto substituto:	Adriana de Amorim Assis			
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades do projeto:	GAS			
Data de início do projeto:	02/03/2026			
Data de término do projeto:	31/12/2026			
Tema estratégico:	Sociedade "Usuário SUS"			
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar			
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Percentual de redução de tempo de permanência hospitalar do paciente cirúrgico			
Macroproblema:	Tempo de permanência hospitalar elevado para pacientes cirúrgicos			
Causa raiz:	Plano Terapêutico Ineficiente do paciente cirúrgico			
Objetivo do projeto:	Estruturar a linha de cuidado cirúrgico			
ENTREGAS DO PROJETO				
Descrição das principais entregas previstas do projeto	Data de início	Data limite		
Adesão a Lista de Espera Cirúrgica Eletiva	02/03/2026	31/07/2026		
Organização da lista cirúrgica da Urgência e Emergência	02/03/2026	31/10/2026		
Rondas nas unidades	02/03/2026	31/03/2026		
Navegação por linha de cuidado	02/03/2026	31/12/2026		
Adequação da disponibilidade de materiais necessários para os procedimentos	01/05/2026	30/09/2026		
Atualizado em 25/02/2026 16:00				

## 6.2.2 Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.2.01	GEP	1.0
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
Nome do projeto:	Identidade do HC-UFU: Unindo Ensino e Serviço			
Nome do gerente do projeto:	Tatiany Calegari			
Nome do gerente do projeto substituto:	Graziella Paula de Oliveira Neri			
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução das atividades do projeto:	SEGE / GEP			
Data de início do projeto:	2/3/2026			
Data de término do projeto:	31/12/2026			
Tema estratégico:	Sociedade (Estudante e Docente)			
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	OE07 – Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores			
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Percentual de preceptores admitidos capacitados			
Macroproblema:	Dificuldade na percepção da identidade de ensino do hospital			
Causa raiz:	Desconhecimento dos colaboradores recém-admitidos sobre as atribuições de preceptoría no hospital universitário e sobre a integração ensino-serviço.			
Objetivo do projeto:	Desenvolver e implementar programa de valorização da integração ensino-serviço com ênfase no engajamento e fortalecimento da relação colaborativa entre os profissionais do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e representantes do ensino da mesma universidade, de maneira a promover escuta e diálogo permanentes com todos os preceptores do ensino e serviço direcionados às estratégias pedagógicas e competências de preceptoría em saúde. Esta proposta será implementada por meio de ações promovidas pela equipe do Setor de Gestão de Ensino para o acolhimento aos colaboradores admitidos na instituição (via chamamento em concurso público ou movimentação na Rede Ebserh), visto que os mesmos poderão se dedicar às atividades do ensino em serviço na preceptoría de estudantes e residentes, compreendendo aquisição de conhecimentos sobre sua participação nas atividades de ensino, sensibilização à temática de formação em preceptoría e integração ao grupo de trabalho do ensino se houver disponibilidade.			
<b>ENTREGAS DO PROJETO</b>				
Descrição das principais entregas previstas do projeto	Data de início	Data limite		
Criação do Grupo de Trabalho (GT) Ensino	10/3/2026	10/4/2026		
Pactuação do fluxo com UAP sobre informação de colaboradores admitidos no HC-UFU/Ebserh	10/3/2026	10/4/2026		
Estruturação de Programa de Valorização ensino-serviço	10/4/2026	20/12/2026		
Ações de integração do SEGE/GEP com todos os preceptores admitidos no HC-UFU/Ebserh (capacitações)	1/3/2026	20/12/2026		
Atualizado em 27/02/2026 12:02				

### 6.2.3 Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde - SGPITS, do HC-UFU/Ebserh

FICHA DO PROJETO	Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
	P.3.01	GEP	1.0
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			
Nome do projeto:	Plano Estratégico do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde –SGPITS, do HC-UFU/Ebserh (2024–2028)		
Nome do gerente do projeto:	Tânia de Oliveira Lima		
Nome do gerente do projeto substituto:	Francisco Diego Negrão Lopes Neto		
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades do projeto:	SGPITS / GEP		
Data de início do projeto:	2/3/2026		
Data de término do projeto:	31/12/2026		
Tema estratégico:	Sociedade (Pesquisador)		
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	OE09 – Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde		
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Percentual de aproveitamento das vagas de bolsa de iniciação científica e tecnologia ofertadas no HC-UFU		
Macroproblema:	Dificuldades para o desenvolvimento de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh		
Causa raiz:	Falta de tempo, recurso financeiro, infraestrutura, interconectividade e melhoria de sistemas, além de uma deficiência na promoção da cultura de pesquisa e inovação no HC-UFU/Ebserh.		
Objetivo do projeto:	Desenvolver e implementar, no período de 2024 a 2028, o Plano Estratégico para a Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde no HC-UFU/Ebserh, visando superar barreiras como falta de tempo, recursos financeiros, infraestrutura adequada e interconectividade, e fortalecer a cultura de pesquisa e inovação na instituição, com o propósito de melhorar a eficiência e os resultados em pesquisa e inovação.		
<b>ENTREGAS DO PROJETO</b>			
Descrição das principais entregas previstas do projeto	Data de início	Data limite	
Divulgação dos editais e preenchimento das bolsas de PIC, PIT e Pesquisa Clínica Patrocinada	01/03/2026	31/12/2026	
Monitoramento do indicador de preenchimento de bolsas	01/03/2026	31/12/2026	
Articulação com coordenações de curso e programas de residência para ampliar a adesão aos editais	01/03/2026	31/12/2026	
Elaboração de editais internos para seleção de bolsistas para pesquisa clínica patrocinada	01/05/2026	31/12/2026	
Consolidação dos dados e elaboração do Relatório Anual do SGPITS	01/11/2026	31/12/2026	
Atualizado em 27/02/2026 14:26			

## 6.2.4 Implementação do modelo de governança da Rede Ebserh no HC-UFU

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.4.01	SUP	1.0
IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Implementação do modelo de governança da Rede Ebserh no HC-UFU			
Nome do gerente do projeto:	Tiago Souto de Freitas			
Nome do gerente do projeto substituto:	Ariane Ferreira Novato			
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades do projeto:	SEGOV/SUP; COLEX/SUP; SETISD/SUP; DLIH/GAD			
Data de início do projeto:	02/03/2026			
Data de término do projeto:	31/12/2026			
Tema estratégico:	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	OE 11: Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede			
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Índice de Aderência às Práticas Ebserh – Ambiental, Social e Governança (IAPE-ASG) no HC-UFU			
Macroproblema:	A ausência de ordenamento das práticas de governança anteriormente à instituição do guia impactou diretamente a baixa aderência às boas práticas instituídas na Rede.			
Causa raiz:	Resultado da avaliação referente ao levantamento das Práticas Ebserh-ASG no HC-UFU (16%), em comparação ao percentual de conformidade da Rede (31%), evidenciado pela não apresentação de documentos comprobatórios das ações institucionais, bem como pela apresentação de documentos incompletos e pela baixa transparência dos atos administrativos da gestão.			
Objetivo do projeto:	Aumentar o índice de aderência às Práticas Ebserh - Ambiental, Social e Governança (IAPE-ASG) no HC-UFU.			
ENTREGAS DO PROJETO				
Descrição das principais entregas previstas do projeto		Data de início	Data limite	
Identificação das práticas não conformes e definição de quais serão adotadas		02/03/2026	02/04/2026	
Implementação do modelo de governança da Rede Ebserh no HC-UFU		03/04/2026	03/09/2026	
Monitoramento das ações previstas nos planos de ação do modelo de governança HC-UFU		03/05/2026	03/12/2026	
Validar e reportar ao Colegiado Executivo		07/12/2026	31/12/2026	
<b>Atualizado em 27/02/2026 12:00</b>				

### 6.2.5 Programa HC Sustentável e em Conformidade

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.4.02	SUP	1.0
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
<b>Nome do projeto:</b>	Programa HC Sustentável e em Conformidade			
<b>Nome do gerente do projeto:</b>	Fernando Aparecido dos Santos			
<b>Nome do gerente do projeto substituto:</b>	Elisandro de Sousa Batista			
<b>Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades do projeto:</b>	UHOSP, UPO, UGES, UDP, Fagen e USOST			
<b>Data de início do projeto:</b>	02/03/2026			
<b>Data de término do projeto:</b>	31/12/2026			
<b>Tema estratégico:</b>	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
<b>Objetivo estratégico impactado pelo projeto:</b>	OE 12: Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede			
<b>1º indicador estratégico impactado pelo projeto:</b>	Percentual de conformidade ambiental hospitalar (PCAH) do HC-UFU			
<b>Macroproblema:</b>	Elevado índice de não conformidades ambientais no HC-UFU, evidenciado pelo percentual de conformidade ambiental hospitalar (66,3% em 2024), abaixo do nível desejado para atendimento pleno às diretrizes da Política Ambiental da Ebserh.			
<b>Causa raiz:</b>	Fragilidade na cultura institucional de conformidade ambiental, caracterizada por baixa integração das áreas assistenciais e administrativas às diretrizes da Política Ambiental da Ebserh, resultando no cumprimento parcial das exigências legais e normativas.			
<b>Objetivo do projeto:</b>	Elevar o Percentual de Conformidade Ambiental Hospitalar (PCAH) do HC-UFU, por meio da implementação de um sistema estruturado de monitoramento, acompanhamento e tratamento das não conformidades ambientais, alinhado à Política Ambiental da Ebserh, visando aumentar o índice de conformidade a partir do patamar de 66,3% apurado em 2024.			
<b>ENTREGAS DO PROJETO</b>				
<b>Descrição das principais entregas previstas do projeto</b>	<b>Data de início</b>	<b>Data limite</b>		
Identificação e priorização das não conformidades ambientais.	02/03/2026	20/03/2026		
Definição de plano de ação junto ao Grupo de Trabalho para adequação às exigências ambientais.	23/03/2026	03/04/2026		
Estruturação de monitoramento periódico do indicador, garantindo o acompanhamento contínuo da evolução do desempenho ambiental.	03/04/2026	18/12/2026		
Formalização e organização documental das práticas ambientais existentes, assegurando a disponibilização de evidências para auditorias e avaliações futuras por parte da Sede.	04/04/2026	18/12/2026		

### 6.2.6 Impressão consciente 1.0 - Menos papel, Mais cuidado

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.4.03	SUP	1.0
IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Impressão Consciente 1.0 - Menos papel, mais cuidado			
Nome do gerente do projeto:	Cleber Rezende			
Nome do gerente do projeto substituto:	Fábio dos Santos Oliveira			
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades do projeto:	SETISD/SUP			
Data de início do projeto:	01/03/2026			
Data de término do projeto:	31/12/2026			
Tema estratégico:	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	OE 12: Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede			
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Percentual de redução de impressões corporativas por impressoras no HC-UFU			
Macroproblema:	Elevado número de impressões corporativas no HC-UFU/Ebserh, acima das metas definidas, gerando desperdício de recursos, aumento de custos operacionais e impactos ambientais negativos, como maior consumo de papel e geração de resíduos.			
Causa raiz:	Falta de controle efetivo sobre os processos de impressão, ausência de políticas institucionais de conscientização e uso racional de impressoras, aliados à cultura de impressão excessiva, resultando no número de impressões acima da meta estabelecida para 2025.			
Objetivo do projeto:	Reduzir a quantidade de impressões do HC-UFU, atingido a meta de redução média de 3% por impressora.			
ENTREGAS DO PROJETO				
Descrição das principais entregas previstas do projeto	Data de início	Data limite		
Implementação da Configuração de Impressão Segura (uso PIN) em todo o hospital	01/03/2026	30/04/2026		
Implementação de campanhas de conscientização para os colaboradores no incentivo ao uso de documentos digitais	01/03/2026	30/11/2026		
Monitoramento e controle periódico do uso das impressoras	01/04/2026	30/11/2026		
Identificação de fluxos que podem reduzir impressão usando ferramentas digitais	01/03/2026	30/11/2026		
<b>Atualizado em 27/02/2026 12:08</b>				

## 6.2.7 Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e à Discriminação/HC-UFU

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.4.04	SUP	1.0
IDENTIFICAÇÃO				
<b>Nome do projeto:</b>	Programa de Prevenção e Enfrentamento ao Assédio e Discriminação			
<b>Nome do gerente do projeto:</b>	Lilian Do Nascimento Passos			
<b>Nome do gerente do projeto substituto:</b>	Kamilla Menezes Ramos			
<b>Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades</b>	SUP/CIPA/UDP/OUVIDORIA			
<b>Data de início do projeto:</b>	02/03/2026			
<b>Data de término do projeto:</b>	31/12/2026			
<b>Tema estratégico:</b>	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
<b>Objetivo estratégico impactado pelo projeto:</b>	013 - Prevenir e Enfrentar o Assédio e à Discriminação			
<b>1º indicador estratégico impactado pelo projeto:</b>	Percentual de colaboradores capacitados em relação à temática assédio e discriminação			
<b>Macroproblema:</b>	Lacuna de conhecimento dos colaboradores quanto à diferenciação das tipologias de assédio e discriminação, dificultando a identificação, prevenção e reporte dessas condutas no ambiente institucional.			
<b>Causa raiz:</b>	Dificuldade dos colaboradores em compreender conceitualmente as tipologias de assédio e discriminação, evidenciada pela confusão entre casos de assédio e situações de conflito interpessoal, problemas de gestão, comunicação inadequada ou outras questões relacionais, reforçando a necessidade de consolidar institucionalmente a prevenção e o enfrentamento dessas condutas para fortalecer um ambiente de trabalho ético e respeitoso.			
<b>Objetivo do projeto:</b>	Capacitar, até dezembro de 2026, no mínimo 75% dos colaboradores ativos, incluindo os novos colaboradores no momento da integração institucional, abordando a identificação, prevenção e enfrentamento do assédio e da discriminação.			
ENTREGAS DO PROJETO				
Descrição das principais entregas previstas do projeto	Data de início	Data limite		
Implantação do Programa de formação de lideranças, abordando prevenção e combate ao assédio e à discriminação.	02/03/2026	06/03/2026		
Incorporação da temática de prevenção ao assédio e à discriminação nos processos de integração de novos colaboradores, terceirizados e residentes	02/03/2026	31/12/2026		
Campanhas institucionais de conscientização( inclusão do tema assédio e discriminação nas semanas de educação continuada executadas no HC-UFU em 2026)	01/04/2026	31/12/2026		
Ações setoriais de treinamento -Aplicação do projeto Game Over no Assédio Moral	01/04/2026	31/12/2026		
<b>Atualizado em 25/02/2026 18:38</b>				

### 6.2.8 Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.5.01	GAD	1.0
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
Nome do projeto:	Promoção da qualidade dos serviços de manutenção predial e equipamentos			
Nome do gerente do projeto:	Wesley Roel Dutra			
Nome do gerente do projeto substituto:	Angelo Machado dos Santos			
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades do projeto:	DLIH/GAD			
Data de início do projeto:	2/3/2026			
Data de término do projeto:	31/12/2026			
Tema estratégico:	3.01 Desenvolvimento Institucional			
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	OE14 – Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa			
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Percentual de satisfação dos usuários dos serviços de manutenção predial e equipamentos			
Macroproblema:	Os serviços de manutenção predial e dos equipamentos apresentam desempenho irregular, decorrente de processos pouco eficientes e baixa capacidade de monitoramento sistemático, o que compromete a segurança, a funcionalidade e a disponibilidade das infraestruturas necessárias ao trabalho hospitalar.			
Causa raiz:	Carência de processos estruturados para planejamento, execução, fiscalização e avaliação dos serviços de manutenção, incluindo falhas na padronização de procedimentos, insuficiência de análise crítica dos dados e limitações na integração entre as áreas responsáveis.			
Objetivo do projeto:	Aprimorar os processos, práticas e resultados relacionados à manutenção das instalações físicas e dos equipamentos no âmbito deste hospital, a fim de garantir condições de trabalho seguras, funcionais e alinhadas às necessidades de assistência, ensino e pesquisa.			
<b>ENTREGAS DO PROJETO</b>				
Descrição das principais entregas previstas do projeto			Data de início	Data limite
Revisão e conferência dos processos de avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de manutenção predial e equipamentos			10/3/2026	10/4/2026
Implantação do processo SEI unificado de informação bimestral e do processo de validação mensal e análise bimestral			10/3/2026	10/4/2026
Criação e publicação de instrumentos de comunicação dos resultados, com estabelecimento de ciclo de acompanhamento e melhoria contínua.			10/4/2026	31/12/2026

### 6.2.9 Projeto Controle de Estoques e Faturamento

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.6.01	GAD	1.0
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
Nome do projeto:	Projeto Controle de Estoques e Faturamento			
Nome do gerente do projeto:	Eduardo Reisdorfer Kist Lima			
Nome do gerente do projeto substituto:	Aristides Rocha Cunha Mendonça			
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução das atividades do projeto:	UACE/SAFS/UPIA/GAD			
Data de início do projeto:	02/03/2026			
Data de término do projeto:	31/12/2026			
Tema estratégico:	SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA			
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	PROMOVER EFICIÊNCIA NOS PROCESSOS DE GESTÃO DE TRABALHO			
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Índice de eficiência do faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais-OPME			
Macroproblema:	Perdas recorrentes de receita decorrentes da baixa eficiência no faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME), impactando a sustentabilidade financeira e a gestão eficiente dos recursos hospitalares.			
Causa raiz:	Ausência de processos estruturados e de sistemas de rastreabilidade dos itens OPME, aliada à falta de profissionais capacitados para o correto registro e acompanhamento das informações de utilização e perdas, resultando em inconsistências entre o consumo real e os itens faturados, especialmente nos materiais com maior histórico de perdas.			
Objetivo do projeto:	Melhorar a eficiência do faturamento de itens OPME do HC-UFU, garantindo maior precisão no registro e controle dos materiais, recuperação adequada de receitas e fortalecimento da gestão dos recursos hospitalares.			
<b>ENTREGAS DO PROJETO</b>				
<b>Descrição das principais entregas previstas do projeto</b>			<b>Data de início</b>	<b>Data limite</b>
Levantamento e registro quantitativo das amostras em estoque			03/03/2026	10/03/2026
Implantação da planilha de controle e critérios de monitoramento			10/03/2026	17/03/2026
Ciclo de monitoramento contínuo e identificação de falhas			17/03/2026	31/12/2026
Elaboração e execução de plano de ação para melhoria do indicador			02/05/2026	27/11/2026
Validação do Índice de Eficiência do faturamento de itens de Órtese, Prótese e Materiais Especiais-OPME			02/05/2026	31/12/2026
Atualizado em 25/02/2026				

### 6.2.10 Programa de Qualidade de Vida no Trabalho

FICHA DO PROJETO		Código do Projeto	Sigla da Área	Versão
		P.7.01	GAD	1.0
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				
Nome do projeto:	Programa de Qualidade de Vida no Trabalho do HC-UFU/Ebserh			
Nome do gerente do projeto:	Raniery Dos Santos Marcelino			
Nome do gerente do projeto substituto:				
Sigla das áreas envolvidas na condução e execução da atividades do projeto:	DivGP, USOST, UDP, UTI Adulto			
Data de início do projeto:	02/03/2026			
Data de término do projeto:	31/12/2026			
Tema estratégico:	Desenvolvimento do Trabalhador			
Objetivo estratégico impactado pelo projeto:	OE23 - Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores			
1º indicador estratégico impactado pelo projeto:	Percentual de colaboradores da UTI Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais			
Macroproblema:	Predominância de vivências de mal-estar relacionadas às interações socioprofissionais na UTI Adulto			
Causa raiz:	Percepção negativa dos colaboradores sobre as relações socioprofissionais evidenciadas pelo IA-QVT			
Objetivo do projeto:	Aumentar em 15% o Percentual de colaboradores da UTI Adulto com percepção positiva sobre as relações socioprofissionais do Projeto de Qualidade de Vida no Trabalho do HC-UFU			
<b>ENTREGAS DO PROJETO</b>				
<b>Descrição das principais entregas previstas do projeto</b>			<b>Data de início</b>	<b>Data limite</b>
Idealização das ações a serem desenvolvidas na UTI Adulto			02/03/2026	31/03/2026
Implementação das atividades na UTI Adulto			06/04/2026	30/10/2026
Monitoramento e Validação dos resultados			03/11/2026	23/12/2026
Atualizado em 25/02/2026 16:26				