



ufjf

**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO

GOVERNO  
FEDERAL

---

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

---

## ANEXO II – Plano de Ação



A caminho da excelência

## MP1 - Gestão da clínica insuficiente

NÓ CRÍTICO	ID	What	Why	How	Who		When		How Much	How Measure			
		AÇÕES / ATIVIDADES	POR QUE FAZER?	COMO FAZER?	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	DATA INÍCIO	DATA FIM	RECURSOS FINANCEIROS	VARIÁVEIS Unidades de medida	VALORAÇÃO Intervalos de medida	% EXECUÇÃO [E] Cálculo da execução	META DE EXECUÇÃO [E] Alcance
NC1 - Ausência de padronização na assistência	1	Criar e implementar Núcleo da Qualidade Assistencial (NQA)	Garantia da efetividade das ações de padronização da qualidade assistencial.	Atividades 1.1 a 1.4	GAS/Divisões	--	01/01/19	11/06/19	R\$ 13.000,00	A = atividades 1.1 a 1.4 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x, ~ (% atividades)	E = 100%
	1.1	Definir perfis e quantitativos para composição do NQA	Definição dos perfis e quantitativos antes da chegada dos novos profissionais e contemplação destes pontos nos respectivos planos de trabalho	Reunir com colaboradores com experiência no assunto para definir as características mais importantes dos membros	DGC	Colaboradores com experiência em gestão de qualidade	01/01/19	19/02/19	R\$ 3.000,00	A = reunião(ões) com os colaboradores realizadas B = participantes do NQA selecionados	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	1.2	Formalizar a criação do NQA	Garantia da dedicação integral ao objetivo do NQA e delegação de autoridade	Publicar portaria	Superintendência; DGC	--	19/02/19	05/03/19	R\$ 0,00	A = minuta da portaria encaminhada para publicação B = portaria publicada	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	1.3	Elaborar regimento interno	Norteamento da operacionalização do NQA	Usar referências de sucesso ( <i>benchmarking</i> )	DGC; NQA	--	05/03/19	09/04/19	R\$ 5.000,00	A = benchmarking realizado B = regimento interno homologado pelo NQA	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	1.4	Definir metodologia de criação e acompanhamento dos protocolos clínicos, Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) e Instruções de Trabalho (Its) com visão multiprofissional	Explicitação dos padrões aos quais as diversas áreas assistenciais devem considerar no sentido de desenvolverem seus respectivos protocolos clínicos, POPs e Its	Usar referências de sucesso ( <i>benchmarking</i> )	NQA	--	10/04/19	11/06/19	R\$ 5.000,00	A = benchmarking realizado B = metodologia definida	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	2	Definir, implantar e monitorar protocolos clínicos com impacto global na assistência	Diminuição da variabilidade em relação ao resultado esperado da assistência, baseado em um modelo de qualidade previamente aprovado	Atividades 2.1 a 2.4	GAS/Divisões	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 2.1 a 2.4 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x, ~ (% atividades)	E = 95%
	2.1	Definir os protocolos clínicos prioritários de impacto global a serem trabalhados	Priorização das atividades em relação às demandas mais importantes em nível global (que envolvem diversas áreas)	Basilar a priorização com as indicações da literatura, legislação e demandas institucionais, bem como utilizar dados do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)	GAS/Divisões	NQA; Setores/GAS	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = protocolos de ação global definidos para o primeiro ano B = protocolos de ação global definidos para o segundo ano C = protocolos de ação global definidos para o terceiro ano D = protocolos de ação global definidos para o quarto ano	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100] D = [0 a 100]	E = [(A+B+C+D) / 4]%	E = 100% Atividade contínua
	2.2	Identificar os protocolos clínicos existentes e sensibilizar as equipes assistenciais sobre a necessidade de mudança	Obtenção da aderência dos envolvidos aos protocolos para que haja efetividade na implantação	Elaborar capacitações para os públicos envolvidos	NQA	Unidades/GAS	05/03/19	01/10/19	R\$ 0,00	A = nº de unidades consultadas B = total de unidades	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	2.3	Elaborar/ revisar os protocolos clínicos prioritários	Padronização dos fluxos e rotinas relacionados à assistência, conforme metodologia definida	Promover a participação dos envolvidos, ajudando na sensibilização dos mesmos	Unidades/GAS	NQA	12/06/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de protocolos elaborados B = total de protocolos definidos para o ano (Atividade 2.1)	A ≤ B	E = [A/B(1º ano) + A/B(2º ano) + A/B(3º ano) + A/B(4º ano)] / (4x100)%	E = 100% Atividade contínua
	2.4	Implantar e monitorar conforme metodologia definida pelo NQA	Garantia da medição das eficiência e eficácia dos protocolos assistenciais, com base na metodologia desenvolvida	Implantar indicadores específicos que possam medir as eficiência e eficácia dos protocolos	Unidades/GAS	NQA; Divisões/GAS; Setores/GAS	12/06/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de protocolos implantados B = total de protocolos pactuados para o ano (Atividade 2.1)	A ≤ B	E = [A/B(1º ano) + A/B(2º ano) + A/B(3º ano) + A/B(4º ano)] / (4x100)%	80% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua

NC1 - Ausência de padronização na assistência	3	Definir, implantar e monitorar protocolos clínicos com impacto específico nas Unidades Assistenciais	Diminuição da variabilidade em relação ao resultado esperado da assistência, baseado em um modelo de qualidade previamente aprovado	Atividades 3.1 a 3.4	NQA	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 3.1 a 3.4 realizadas	$A = \sum (\text{atividades})$	$E = x_i^- (\% \text{atividades})$	E = 95%
	3.1	Definir os protocolos clínicos prioritários de impacto específico a serem trabalhados	Priorização das atividades em relação às demandas mais importantes em níveis operacional e intermediário (que envolvem as equipes assistenciais e suas respectivas chefias imediatas)	Basilar a priorização com as indicações da literatura, legislação e demandas institucionais, bem como utilizar dados do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)	Unidades/GAS	NQA; Divisões/GAS; Setores/GAS	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = protocolos de ação específica definidos para o primeiro ano B = protocolos de ação específica definidos para o segundo ano C = protocolos de ação específica definidos para o terceiro ano D = protocolos de ação específica definidos para o quarto ano	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100] D = [0 a 100]	$E = [(A+B+C+D) / 4]\%$	E = 100% Atividade contínua
	3.2	Identificar os protocolos clínicos existentes e sensibilizar as equipes assistenciais sobre a necessidade de mudança	Parametrizar profissionais envolvidos com os respectivos protocolos, visando a efetividade na sua implantação no nível operacional	Promover a aderência dos envolvidos aos protocolos	Unidades/GAS	NQA	05/03/19	01/10/19	R\$ 0,00	A = nº de unidades consultadas B = total de unidades	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	E = 100%
	3.3	Elaborar/ revisar os protocolos clínicos prioritários	Garantia da padronização dos fluxos e rotinas relacionados ao nível operacional da assistência	Promover a participação dos envolvidos, ajudando na sensibilização dos mesmos	Unidades/GAS	NQA	12/06/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de protocolos elaborados B = total de protocolos definidos para o ano (Atividade 3.1)	$A \leq B$	$E = [A/B(1^\circ \text{ ano}) + A/B(2^\circ \text{ ano}) + A/B(3^\circ \text{ ano}) + A/B(4^\circ \text{ ano})] / (4 \times 100)\%$	E = 100% Atividade contínua
	3.4	Implantar e monitorar conforme metodologia definida pelo NQA	Garantia da medição das eficiência e eficácia dos protocolos na assistência, com base na metodologia desenvolvida	Utilizar indicadores específicos que possam medir as eficiência e eficácia dos protocolos	Unidades/GAS	NQA; Divisões/GAS; Setores/GAS	12/06/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de protocolos implantados B = total de protocolos pactuados para o ano (Atividade 3.1)	$A \leq B$	$E = [A/B(1^\circ \text{ ano}) + A/B(2^\circ \text{ ano}) + A/B(3^\circ \text{ ano}) + A/B(4^\circ \text{ ano})] / (4 \times 100)\%$	$80\% \leq E \leq 100\%$ Atividade contínua
	4	Definir, implantar e monitorar processos de trabalho com impacto global na assistência	Padronização na execução dos procedimentos administrativos com impacto na assistência	Atividades 4.1 a 4.4	GAS/Divisões	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 4.1 a 4.4 realizadas	$A = \sum (\text{atividades})$	$E = x_i^- (\% \text{atividades})$	E = 95%
	4.1	Definir quais processos prioritários de impacto global na assistência	Priorização das atividades em relação às demandas mais importantes em nível global (que envolvem diversas áreas)	Basilar a priorização com as indicações da literatura, legislação e demandas institucionais, bem como utilizar dados do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente (SVSSP)	GAS/Divisões	NQA; Setores/GAS	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = processos de trabalho definidos para o primeiro ano B = processos de trabalho definidos para o segundo ano C = processos de trabalho definidos para o terceiro ano D = processos de trabalho definidos para o quarto ano	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100] D = [0 a 100]	$E = [(A+B+C+D) / 4]\%$	E = 100% Atividade contínua
	4.2	Identificar os processos existentes e sensibilizar as equipes assistenciais sobre a necessidade de mudança	Obtenção da aderência dos envolvidos aos protocolos para que haja efetividade na sua implantação.	Elaborar capacitações para os públicos envolvidos	NQA	Unidades/GAS	05/03/19	01/10/19	R\$ 0,00	A = nº de unidades consultadas B = total de unidades	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	E = 100%
	4.3	Elaborar os processos de trabalho	Padronização dos fluxos e rotinas relacionados à assistência, conforme metodologia definida	Fomentar a participação dos envolvidos, ajudando na sensibilização dos mesmos	Unidades/GAS	NQA	12/06/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de processos elaborados B = total de processos definidos para cada ano (Atividade 4.1)	$A \leq B$	$E = [A/B(1^\circ \text{ ano}) + A/B(2^\circ \text{ ano}) + A/B(3^\circ \text{ ano}) + A/B(4^\circ \text{ ano})] / (4 \times 100)\%$	E = 100% Atividade contínua
	4.4	Implantar e monitorar os processos de trabalho conforme metodologia definida pelo NQA	Promover a medição das eficiência e eficácia dos protocolos na assistência, com base na metodologia desenvolvida	Utilizando indicadores específicos que possam medir as eficiência e eficácia dos protocolos	Unidades/GAS	NQA; Divisões/GAS; Setores/GAS	12/06/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de processos implantados B = total de processos pactuados para cada ano (Atividade 4.1)	$A \leq B$	$E = [A/B(1^\circ \text{ ano}) + A/B(2^\circ \text{ ano}) + A/B(3^\circ \text{ ano}) + A/B(4^\circ \text{ ano})] / (4 \times 100)\%$	$80\% \leq E \leq 100\%$ Atividade contínua

NC2 - Regulação Insuficiente\	5	Implementar o Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial (MRA)	Garantia da sinergia com as diretrizes assistenciais da rede Ebsersh	Cumprir o cronograma estabelecido pela Ebsersh/Sede	DADT	Núcleo Operativo	15/01/18 (*)	31/12/18 (*)	R\$ 0,00	A = percentual de cumprimento do Projeto MRA (**)	A = [0 a 100]	E = A%	70% ≤ E ≤ 100%
-------------------------------------	---	---	--	---	------	------------------	-----------------	-----------------	----------	---	---------------	--------	----------------

∑ (atividades) = somatório das valorações de cada atividade.

$\bar{x}$  (% atividades) = média aritmética simples dos percentuais de execução de cada atividade.

(\*) O período de execução da Ação 5 (15/01/2018 a 31/12/18) compreendeu o período de discussão e elaboração (05/05/17 a 28/09/18) do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2019-2022. Portanto, esta Ação 5 apresenta datas início e fim anteriores ao início da vigência do PDE 2019-2022 (01/01/19).

(\*\*) O Projeto de Expansão do Modelo de Regulação Assistencial (MRA) consiste em Plano de Ação próprio. O Projeto é composto por 4 macroproblemas e 4 planos de ação específicos (Serviço de Arquivo Médico; Internação Assistencial; Circuito Cirúrgico; Atendimento Integral), cujo percentual de cumprimento é monitorado apartadamente.

#### RESPONSÁVEIS e PARCEIROS

**DADT** Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

**DGC** Divisão de Gestão do Cuidado

**Divisões/GAS** Divisões da Gerência de Atenção à Saúde

**GAS/Divisões** Gerência de Atenção à Saúde e respectivas Divisões

**NQA** Núcleo de Qualidade Assistencial

**Setores/GAS** Setores da Gerência de Atenção à Saúde

**Unidades/GAS** Unidades da Gerência de Atenção à Saúde

## MP2 - Modelo de gestão e execução do orçamento insuficiente

Nº CRÍTICO	ID	What	Why	How	Who		When		How Much	How Measure			
		AÇÕES / ATIVIDADES	POR QUE FAZER?	COMO FAZER?	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	DATA INÍCIO	DATA FIM	RECURSOS FINANCEIROS	VARIÁVEIS	VALORAÇÃO	% EXECUÇÃO [E]	META DE EXECUÇÃO [E]
NC3 - Insuficiência de planejamento, priorização e rastreabilidade dos processos de aquisições/contratações	6	Otimizar a governança em compras e contratações	Garantia da eficiência no planejamento, execução e rastreamento das aquisições e contratações	Atividades 6.1 a 6.8	DAF	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 5.000,00	A = atividades 6.1 a 6.8 realizadas	$A = \sum (\text{atividades})$	$E = x, \bar{\quad} (\% \text{ atividades})$	$85\% \leq E \leq 100\%$
	6.1	Elaborar e Implementar o Plano Estratégico de Compras e Contratações <sup>1</sup>	Obtenção da integração entre as gerências na priorização do que se deve comprar e contratar, bem como integração das áreas envolvidas com aquisições e contratações	Realizar bechmarking com órgãos que possuam planos estratégicos de compras e contratações; definição do escopo a ser utilizado (cronogramas a serem utilizados, atores envolvidos); implementação do plano; monitoramento do cumprimento do plano	SA; SS	Chefias do organograma envolvidas com os processos de aquisições/ contratações, a serem convocadas pelo SA e pelo SS	01/06/18 (*)	01/06/20	R\$ 5.000,00	A = nº de ações implementadas	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	$90\% \leq E \leq 100\%$
										B = total de ações previstas			
	6.2	Implementar a gestão por processos em todas as áreas que adquirem e contratam	Garantia da transparência do sequenciamento das atividades, reduzindo erros, evitando retrabalhos e desperdícios e obtendo segurança jurídica	Mapear, modelar e publicar os fluxos dos processos mais relevantes; avançar para gestão por indicadores de desempenho e gestão dos riscos; oferecer, através da Comissão de Governança de Processos (CGP), cursos sobre indicadores (prazos, inconformidades, etc), buscando conferir maior rastreabilidade aos processos; implementar, através da CGP, mecanismos para conferir visão integrada entre os subprocessos já publicados (por exemplo, via fórum de gestores de processos); perseguir a meta de 8 processos publicados por ano, em cada área envolvida (DAF = 4 processos / DLH = 4 processos)	CGP; Chefias do organograma	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de processos publicados por Divisão (DAF e DLH)	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	$80\% \leq E \leq 100\%$ Atividade contínua
										B = 32 (8/ano)			
	6.3	Implementar a gestão de riscos no Hospital	Estabelecimento das prioridades de cada área do Hospital, evitando a concretização de eventos de risco	Finalizar, através da Comissão de Controle Interno (CCI), a elaboração do Modelo de Gestão de Riscos (MGR); capacitação dos gestores para implementar o MGR; mapeamento, pelos gestores, dos riscos dos processos que conduzem; monitoramento dos respectivos processos	CCI; Chefias do organograma	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de mapas de riscos publicados por área	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	$80\% \leq E \leq 100\%$ Atividade contínua
										B = total de processos publicados por área			
	6.4	Preparar, administrativa e juridicamente, o Hospital para a implementação da Lei nº 13.303/2016 (Estatuto Jurídico da Empresa Pública) <sup>2</sup>	Adequação dos procedimentos de aquisições e contratações à luz da nova legislação	Capacitação da Comissão do Estatuto Jurídico da Empresa Pública (CEJEP) sobre o tema; oferecer cursos e auxiliar a mapear novos processos de acordo com os ditames do novo regulamento	CEJEP	Chefias do organograma que adquirem materiais e contratam serviços	01/06/18 (*)	30/06/18 (*)	R\$ 0,00	A = nº de processos obrigatórios aderentes à Lei nº 13.303/16 implementados (ou refinados)	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	$E = 100\%$
										B = total de processos que precisam ser implementados (ou refinados)			
6.5	Implementar a gestão documental no Hospital	Mitigação dos riscos legais e de auditoria; garantia do gerenciamento dos documentos e processos, desde a origem até o descarte; promoção da rastreabilidade dos processos e documentos	Elaborar um projeto de implementação de gestão documental de assuntos administrativos no Hospital à luz do Sistema Eletrônico de Informação (SEI)	GA; DAF; UAC	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de ações implementadas	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	$70\% \leq E \leq 100\%$ Atividade contínua	
									B = total de ações previstas no relatório				
6.6	Definir e implementar a ferramenta para controle, monitoramento e rastreabilidade dos processos de planejamento das contratações, seleção dos fornecedores, gestão e fiscalização contratual	Ampliação da rastreabilidade dos processos, compilação dos dados e cálculo dos indicadores	Análisar a viabilidade das ferramentas disponíveis	SA; SS	GA; DLH; DAF; SEC; SIF; SHH; SGPTI	01/06/18 (*)	31/12/19	R\$ 0,00	A = viabilidade das ferramentas disponíveis analisada e realizada	$A = [0 \text{ a } 100]$	$E = [(A \times 2) + B] / [3] \times 100$	$E = 100\%$	
									B = ferramenta implantada	$B = [0 \text{ a } 100]$			
6.7	Definir os prazos de tramitação dos processos críticos pactuados (entre setores)	Obtenção da efetividade entre planejamento e execução, bem como redução de riscos operacionais	Estabelecer prazo para execução de cada atividade/processo, bem como medidas que visem minimizar os descumprimentos de prazos	SA; SS	Chefias do organograma	01/06/18 (*)	31/12/18 (*)	R\$ 0,00	A = nº de prazos pactuados	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	$80\% \leq E \leq 100\%$	
									B = total de processos críticos identificados				
6.8	Monitorar os prazos de tramitação dos processos críticos pactuados (entre setores)	Obtenção da efetividade no cumprimento dos prazos que garantem o planejamento e a execução dos processos	Monitorar o prazo para execução de cada atividade/processo de forma a minimizar os descumprimentos de prazos	SA; SS	Chefias do organograma	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = nº de prazos monitorados	$A \leq B$	$E = (A/B \times 100)\%$	$80\% \leq E \leq 100\%$	
									B = total de prazos pactuados				

NC4 - Logística de pós-compras inadequada	7	Implementar a gestão descentralizada da logística de pós-compras	Garantia da racionalidade e da efetividade da logística de ressurgimentos no Hospital	Atividades 7.1 a 7.3	SS	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 5.000,00	A = atividades 7.1 a 7.3 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x <sub>i</sub> <sup>-</sup> (% atividades)	86% ≤ E ≤ 100%
	7.1	Implementar e gerenciar os trabalhos da Comissão de Logística de Ressurgimento (CLR)	Garantia de decisões colegiadas visando racionalizar a utilização dos insumos no Hospital	Capacitar a Comissão de Logística de Ressurgimento (CLR); oferecimento periódico, através da CLR, cursos para os gestores que adquiram, armazenem ou utilizem insumos (tais como: curva ABC, curva XYZ, ponto de ressurgimento, lote econômico de compra, gestão de estoques, dentre outros); compor a CLR com representatividade das áreas envolvidas visando a legitimidade das atividades e o olhar multidisciplinar	CLR; SS	Chefias do organograma envolvidas com processos de aquisições, armazenagem e utilização de insumos, a serem convocadas pela CLR	01/01/19	31/12/22	R\$ 5.000,00	A = n° de ações de capacitação desenvolvidas pela CLR B = 8 (2/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	80% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua
	7.2	Mapear e publicar os processos mais críticos da fase pós-compras <sup>4</sup>	Garantia da transparência dos procedimentos evitando retrabalhos e desperdício de recursos, obtendo conformidade legal e auxiliando a gestão da logística de ressurgimentos; Criação de ambiente que permita avanço para gestão por indicadores e gestão de riscos	Sinalizar, através da CLR em conjunto com a GA, aos gestores quais os processos são mais críticos para visando gestão mais efetiva do ressurgimento e garantindo o mapeamento e a publicação dos principais fluxos; alinhar cursos periódicos sobre o tema entre gestores, CLR e CGP	CLR; SS; SA	CGP; Chefias do organogramas	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de processos publicados B = 12 (3/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	80% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua
	7.3	Implementar e gerenciar o Núcleo de Gestão e Fiscalização de Contratos (NGFC) <sup>4</sup>	Fomento da normatização da gestão e a da fiscalização de contratos, bem como capacitação dos envolvidos	Compor o NGFC com representantes das áreas envolvidas; capacitar o NGFC sobre o tema; publicar, através do NGFC, os fluxos de processos de gestão e fiscalização de contratos; prover a capacitação periódica da comunidade interna envolvida com os procedimentos	SA; NGFC	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de ações de capacitação desenvolvidas pelo NGFC B = 16 (4/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
NC5 - Ineficiência da informação de custos para tomada de decisão	8	Implantar efetiva gestão de custos	Promoção para os gestores do Hospital de informações de custos úteis para a tomada de decisão	Atividades 8.1 a 8.3	UCC	Chefias do organograma	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 6.200,00	A = atividades 8.1 a 8.3 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x <sub>i</sub> <sup>-</sup> (% atividades)	E = 100%
	8.1	Implementar sistema informatizado de custos	Geração de informações de custos com maior velocidade e fidedignidade, visando o auxílio na tomada de decisões	Identificar e implementar sistema de custos compatível com a realidade do Hospital, adotando estratégia adequada para capacitar gestores	UCC	--	01/06/18 (*)	31/12/18 (*)	R\$ 6.200,00	A = sistema compatível identificado B = sistema implantado C = usuários capacitados	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	E = 100%
	8.2	Trabalhar junto às equipes na sistematização de práticas de controle interno, capacitando os colaboradores para fornecer dados fidedignos	Garantia da melhoria das informações repassadas à UCC, evitando desperdícios de recursos	Reunir e capacitar as unidades administrativas envolvidas; promover visitas técnicas às unidades administrativas envolvidas	UCC	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de visitas técnicas às unidades organizacionais realizadas B = 144 (36/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	8.3	Avançar no levantamento dos custos de procedimentos realizados no Hospital, com ênfase naqueles contratualizados <sup>5</sup>	Garantia da promoção das informações e das análises de custos essenciais para a tomada de decisão dos gestores, bem como fornecendo subsídio para as contratualizações com o gestor local do Sistema Único de Saúde (SUS)	Analisar dados recebidos, apresentá-los aos gestores e gerar relatórios	UCC	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de relatórios de custos realizados B = total de centro de custos	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
NC6 - Falta de clareza da informação orçamentária e financeira para tomada de decisão	9	Divulgar os processos e informações orçamentárias e financeiras	Garantia do auxílio à tomada de decisão gerencial	Atividades 9.1 a 9.5	SOF	--	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 9.1 a 9.5 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x <sub>i</sub> <sup>-</sup> (% atividades)	E = 100%
	9.1	Mapear e publicar os processos mais críticos do Setor de Orçamento e Finanças (SOF)	Garantia da transparência do sequenciamento das atividades, reduzindo erros, evitando retrabalhos, obtendo segurança jurídica e orientando os gestores.	Mapear e publicar no Caderno de Processos, pelo menos, 6 processos/ano mais importantes do SOF; realizar a priorização em conjunto entre SOF, DAF e GA	UPOF; ULG; UPD	Chefias do organograma a serem convocadas pelo SOF quando do mapeamento	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de processos publicados pelo SOF B = 24 (6/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	9.2	Capacitar/reciclar o Hospital em temas de orçamento e finanças	Criação de ambiente de conhecimento dos principais dispositivos legais sobre os temas e mitigação dos riscos legais, financeiros e operacionais	Capacitar a equipe SOF; prover treinamentos periódicos no Hospital para difundir os conhecimentos de orçamento e finanças	SOF; UPOF; ULG; UPD	Chefias do organograma a serem convocadas pelo SOF quando do treinamento	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de eventos de capacitação realizados B = 16 (4/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	9.3	Publicar dados orçamentários e financeiros	Auxílio na tomada de decisão gerencial, evitando retrabalhos e conflitos inter-equipes, obtendo ganhos de governança corporativa com elementos de transparência	Definir, através do SOF e respectivas Unidades, a partir do detalhamento dos controles internos e dos relatórios expedidos, ferramentas adequadas de divulgação da informação orçamentária e financeira, definindo: escopo, periodicidade, formato (cartilha, boletim, fluxo, vídeo em flash, apresentação) e canal de divulgação adequados	SOF; UPOF; ULG; UPD	GA; COLEX; DAF; Chefias do organograma que trabalham com informações orçamentárias e financeiras	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de relatório trimestrais expedidos B = 16 (4/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	9.4	Buscar esclarecimentos junto a atores externos (Ebserh/Sede, Prefeitura de Juiz de Fora, Ministério da Saúde e outros) sobre as disponibilidades orçamentária e recursos financeiros recebidos	Compatibilizar as previsões contratuais (diante da legislação e do planejamento orçamentário anual da Ebserh) com os ingressos nas contas de orçamento do Hospital	Elaborar relatórios através da Comissão de Rastreabilidade dos Recursos SUS (CR-SUS) e diligenciar junto aos atores externos no caso de dúvidas; elaborar planejamento orçamentário anual	SOF; CR-SUS	DAF; SOF; DADT; UPM; SRAS	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de relatório trimestrais expedidos B = 16 (4/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	9.5	Estabelecer metodologia adequada de elaboração e divulgação do planejamento orçamentário anual	Criação de instrumento orçamentário que norteie os gestores para a tomada de decisão e revele a restrição orçamentária	Otimizar a forma de diagnosticar as informações para elaboração do planejamento; utilizar informações de planos de contratações e aquisições já elaborados no Hospital	SOF; UPOF	COLEX; SA; SS	01/06/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = n° de processos de planejamento orçamentário anual publicados B = 4 (1/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua

NCT - Insuficiência orçamentária	10	Buscar fontes alternativas de recursos complementares	Garantir o fomento do Hospital com recursos orçamentários e financeiros para a execução do custeio e visando a oferta assistencial	Atividade 10.1	Superintendência	UPLAN	01/07/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividade 10.1	A = Σ (atividade)	E = x, ¯ (% atividade)	E = 100% R\$ 400.000,00
	10.1	Articular com órgãos e agentes públicos no sentido de granjear recursos extras (orçamentários e financeiros)	Diminuição do déficit do Hospital	Buscar recursos orçamentários com deputados e senadores de Minas Gerais por meio de emendas parlamentares, bem como programas de fomento; contatar órgãos públicos e realizar parcerias para o fomento orçamentário e financeiro do Hospital	Superintendência	UPLAN	01/07/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = recursos captaneados	A ≥ R\$ 0,00	E = A	E ≥ R\$ 400.000,00 Atividade contínua

Σ (atividades) = somatório das valorações de cada atividade.

x, ¯ (% atividades) = média aritmética simples dos percentuais de execução de cada atividade.

(\*) Esta ação/atividade apresenta data(s) início e/ou fim de execução que compreendeu o período de discussão e elaboração (05/05/17 a 28/09/18) do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2019-2022. Portanto, esta ação/atividade observa período de execução anterior ao início da vigência do PDE 2019-2022 (01/01/19).

<sup>1</sup>Atividade, para aquisição de material de consumo, já se encontra em desenvolvimento desde 2017.

<sup>2</sup>Atividade já se encontra em desenvolvimento desde 2016.

<sup>3</sup>Atividade já se encontra em desenvolvimento desde janeiro de 2018.

<sup>4</sup>Atividade já se encontra em desenvolvimento desde 2017.

<sup>5</sup>Atividade já vem sendo realizada pela Unidade de Contabilidade de Custos (UCC) mesmo sem o suporte de sistema informatizado.

#### RESPONSÁVEIS e PARCEIROS

CCI Comissão de Controle Interno

CGP Comissão de Governança de Processos

CLR Comissão de Logística e Ressuprimento

COLEX\* Colegiado Executivo

DADT Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

DAF Divisão Administrativa/Financeira

DLIH Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar

GA Gerência Administrativa

NGFC Núcleo de Gestão e Fiscalização de Contratos

SA Setor de Administração

SEC Setor de Engenharia Clínica

SGPTI Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

SHH Setor de Hotelaria Hospitalar

SIF Setor de Infraestrutura Física

SOF Setor de Orçamento e Finanças

SRAS Setor de Regulação e Avaliação em Saúde

SR-SUS Comissão de Rastreabilidade de Recursos SUS

SS Setor de Suprimentos

UAC Unidade de Apoio Corporativo

UCC Unidade de Contabilidade de Custos

ULD Unidade de Liquidação da Despesa

UPD Unidade de Pagamento da Despesa

UPIM Unidade de Processamento da Informação e Monitoramento

UPLAN Unidade de Planejamento

UPOF Unidade de Programação Orçamentária e Financeira

\*O COLEX é composto por: Superintendentes; Gerentes de Ensino e Pesquisa; Gerentes de Atenção à Saúde e Gerentes Administrativo

## MP3 - Modelo de gestão de pessoas insuficiente

Nº CRÍTICO	ID	What	Why	How	Who		When		How Much	How Measure			
		AÇÕES / ATIVIDADES	POR QUE FAZER?	COMO FAZER?	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	DATA INÍCIO	DATA FIM	RECURSOS FINANCEIROS	VARIÁVEIS	VALORAÇÃO	% EXECUÇÃO [E]	META DE EXECUÇÃO [E]
NC8 - Incipiência das chefias em relação à gestão de pessoas	11	Elaborar e implementar uma política interna de gestão de pessoas	Melhoria da eficiência do Hospital com relação à gestão de pessoas	Atividades 11.1 a 11.4	DivGP	COLEX e Chefias do organograma	15/05/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 11.1 a 11.4 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x, - (% atividades)	E = 100%
	11.1	Criar grupo de trabalho específico para realizar o diagnóstico da situação do Hospital em relação à gestão de pessoas	Garantia da legitimidade institucional ao diagnóstico	Definir e formalizar equipe que irá compor o grupo de trabalho específico	GA; DivGP	COLEX; UAC	15/05/18 (*)	15/06/18 (*)	R\$ 0,00	A = equipe do grupo de trabalho definida B = portaria publicada	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	11.2	Elaborar relatório apontando as práticas vigentes, bem como as principais diretrizes a serem adotadas, consolidando a política de gestão de pessoas	Conhecimento das praticas atuais de gestão de pessoas e identificação das oportunidades de melhorias	Propor, aprovar e implementar a política de gestão de pessoas através de atividades que possam contribuir para melhorias	Grupo de trabalho específico	Chefias do organograma; PROGEPE/UFJF	16/06/18 (*)	31/12/19	R\$ 0,00	A = política de GP proposta B = política de GP aprovada C = política de GP implementada	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	E = 100%
	11.3	Mapear, modelar, homologar e publicar os fluxos dos processos prioritários da DivGP	Padronização dos fluxos de trabalho visando um alinhamento com a política de gestão de pessoas; melhoraria da comunicação interna; busca pela conformidade legal	Listar todos os processos de trabalho priorizados e seguir as orientações do MGOP; 5 fluxos de trabalho = 3 fluxos do SOST (F1; F2; F3) + 1 fluxo do SDP (F4) + 1 fluxo da UAP (F5)	UAP; SOST; SDP	COLEX; DivGP; CGP	15/05/18 (*)	15/05/19	R\$ 0,00	A = (F1) publicado <sup>1</sup> B = (F1) priorizado <sup>1</sup> C = (F2) publicado <sup>1</sup> D = (F2) priorizado <sup>1</sup> E = (F3) publicado <sup>1</sup> F = (F3) priorizado <sup>1</sup> G = (F4) publicado <sup>1</sup> H = (F4) priorizado <sup>1</sup> I = (F5) publicado <sup>1</sup> J = (F5) priorizado <sup>1</sup>	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100] D = [0 a 100] E = [0 a 100] F = [0 a 100] G = [0 a 100] H = [0 a 100] I = [0 a 100] J = [0 a 100]	E = [(A+B+C+D+E+F+G+H+I+J) / 10]%	E = 100%
	11.4	Monitorar a implementação da política de gestão de pessoas	Garantia da efetividade da política de gestão de pessoas no contexto do Hospital	Divulgar amplamente a política; atualizar o documento; promover capacitação periódica; monitorar o cumprimento da política	DivGP	UCOM; SEJUR; Chefias do organograma	01/01/20	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de ações implementadas B = total de ações propostas	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	NC9 - Falta de uma política motivacional derivada de um diagnóstico do clima organizacional	12	Implementar ações para melhoria do clima organizacional	Melhoria da qualidade do clima motivacional, promovendo a satisfação dos colaboradores do Hospital	Atividades 12.1 a 12.3	Superintendência; GA; GAS; GEP	DivGP; Chefias de Unidade	13/05/18 (*)	31/12/22	R\$ 500.000,00	A = atividades 12.1 a 12.3 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x, - (% atividades)
12.1		Realizar diagnóstico do clima organizacional	Conhecimento da percepção dos colaboradores em relação aos pontos fortes e fracos da instituição	Criar comissão ou núcleo com a finalidade de elaborar diagnósticos de fatores motivacionais para subsidiar a construção de políticas motivacionais, escolhendo o método adequado (sujeitos de pesquisa - seja por carreiras, por vínculos jurídicos, etc; método de coleta de dados; métodos de análise dos dados; periodicidade; etc)	GA; DivGP; Grupo de trabalho específico	DAF; DivGP; Chefias do organograma; UFJF	01/07/18 (*)	01/07/19	R\$ 0,00	A = nº de questionários respondidos B = total de questionários propostos	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
12.2		Elaborar política motivacional	Aumento da qualidade de vida no trabalho, evitando absenteísmo, rotatividade e conflitos, bem como aumentando a efetividade	Utilizar o resultados do diagnóstico do clima organizacional para propor ações sinérgicas com os fatores motivacionais	Grupo de trabalho específico	GA; DivGP; DAF	01/08/19	31/12/20	R\$ 400.000,00	A = política motivacional elaborada B = política motivacional aprovada pelo COLEX	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
12.3		Implementar o programa de qualidade de vida em saúde no trabalho	Garantia do monitoramento da saúde dos colaboradores para melhorar a qualidade de vida no trabalho	Divulgar a participação dos empregados e chefias; analisar o alinhamento com a política motivacional para facilitar a montagem de ações específicas	SOST	DivGP; UCOM; Chefias do organograma; UFJF	13/05/18 (*)	31/12/22	R\$ 100.000,00	A = nº de ações realizadas B = total de ações propostas	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	70% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua

NC10 - Modelo de capacitação insuficiente	13	Fortalecer a execução do Plano de Desenvolvimento de Competências (PDC)	Desenvolvimento das competências fundamentais e gerenciais dos gestores e colaboradores	Atividades 13.1 a 13.4	DivGP; UAP	COLEX; SOST; NEPS	02/04/18 (*)	31/12/22	R\$ 200.000,00	A = atividades 13.1 a 13.4 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x, ¯ (% atividades)	87% ≤ E ≤ 100%
	13.1	Estabelecer parceria com outros órgãos (UFJF/SEBRAE/SENAC)	Enriquecimento do PDC, possibilitando a participação nos eventos organizacionais das entidades parceiras	Realizar reuniões com as entidades parceiras, apresentando e discutindo propostas	DivGP; NEPS	Superintendência; GA; GEP	02/04/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de contratos firmados B = total de contratos propostos	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	50% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua
	13.2	Fortalecer a equipe de desenvolvimento de pessoas, integrando profissionais e buscando o auxílio ao grupo nas capacitações, bem como a adesão da assistência (política única de capacitação)	Promoção de cursos/eventos e treinamentos voltados para a assistência com alinhamento às ações estratégicas	Alocar os profissionais da assistência do quadro EBSEERH no SDP, integrando as enfermeiras RJUS disponibilizadas pela Divisão de Enfermagem à DivGP/SDP; realizar reuniões mensais com a equipe do SDP para monitoramento do trabalho; realizar reuniões periódicas com as chefias do organograma para avaliação das ações; integrar as ações da GEP e da DivGP/SDP para planejamento e execução de ações em comum	DivGP	GA; GEP; GAS; DE; Chefias do organograma	02/04/18 (*)	31/12/22	R\$ 0,00	A = profissionais da assistência (quadro Ebserh) alocados no SDP B = 1 reunião mensal com a equipe SDP realizada C = reunião periódica com chefias do organograma realizada e(ou) agendada D = ações da GEP e da DivGP/SDP integradas	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100] D = [0 a 100]	E = [(A+B+C+D) / 4]%	E = 100% Atividade contínua
	13.3	Criar e implementar banco de instrutores internos e tutores com política de incentivo	Ampliação e fortalecimento do grupo de instrutores voluntários possibilitando o oferecimento de maior número de ações de capacitação	Criar um banco de dados tendo como referência o Banco de Talentos, a manifestação expressa de interesse do voluntário e a indicação das chefias; elaborar proposta de política interna de incentivo à instrutores e submetê-la à aprovação da Ebserh/Sede (contagem de horas em dobro para compensação, aumentar a pontuação para progressão vertical incluindo os colaboradores de nível técnico e médio); pontuar a instrutoria para fins de concorrência aos processos seletivos de cargos de chefia	GAS; GEP; DivGP	Chefias do organograma	02/04/18 (*)	31/12/21	R\$ 0,00	A = banco de instrutores criado B = política interna de incentivo a instrutores aprovada pelo COLEX C = metodologia de pontuação da instrutoria (para processos seletivos internos) elaborada	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	E = 100%
	13.4	Mapear e monitorar os treinamentos obrigatórios por função e legislação	Favorecimento da participação dos colaboradores nos cursos/treinamentos e melhoria da segurança, condições de saúde e qualidade dos serviços prestados	Elaborar uma planilha de controle dos cursos obrigatórios vinculada à suas periodicidades, por colaborador, acompanhando a respectiva frequência; envolver as chefias no projeto, como corresponsáveis no monitoramento e desenvolvimento de seus colaboradores; notificar as chefias e os colaboradores pelo não cumprimento da exigência dos treinamentos	DivGP; SDP; SOST	Superintendência; Chefias do organograma	02/04/18 (*)	31/12/22	R\$ 200.000,00	A = nº de colaboradores treinados por área B = total de colaboradores por área	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua

Σ (atividades) = somatório das valorações de cada atividade.

x, ¯ (% atividades) = média aritmética simples dos percentuais de execução de cada atividade.

(\*) Esta ação/atividade apresenta data(s) início e/ou fim de execução que compreendeu o período de discussão e elaboração (05/05/17 a 28/09/18) do Plano Diretor Estratégico (PDE) 2019-2022. Portanto, esta ação/atividade observa período de execução anterior ao início da vigência do PDE 2019-2022 (01/01/19).

<sup>1</sup>(F1); (F2); (F3); (F4); (F5) = ver coluna COMO FAZER.

#### RESPONSÁVEIS e PARCEIROS

CGP Comissão de Governança de Processos

COLEX Colegiado Executivo\*

DAF Divisão Administrativa/Financeira

DE Divisão de Enfermagem

DivGP Divisão de Gestão de Pessoas

GA Gerência Administrativa

GAS Gerência de Atenção à Saúde

GEP Gerência de Ensino e Pesquisa

NEPS Núcleo de Educação Permanente em Saúde

PROGEPE/UFJF Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas da Universidade Federal de Juiz de Fora

SDP Serviço de Desenvolvimento de Pessoas

SEJUR Setor Jurídico

SOST Serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho

UAC Unidade de Apoio Corporativo

UAP Unidade de Administração de Pessoal

UCOM Unidade de Comunicação

UFJF Universidade Federal de Juiz de Fora

\*O COLEX é composto por: Superintendentes; Gerente de Ensino e Pesquisa; Gerente de Atenção à Saúde e Gerente Administrativo

## MP4 - Integração insuficiente entre a gestão de ensino/pesquisa, assistência e administração

Nó crítico	ID	What	Why	How	Who	When	How Much	How Measure					
		AÇÕES / ATIVIDADES	POR QUE FAZER?	COMO FAZER?	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	DATA INÍCIO	DATA FIM	RECURSOS FINANCEIROS	VARIÁVEIS	VALORAÇÃO	% EXECUÇÃO [E]	META DE EXECUÇÃO [E]
NC11 - Falta de integração de metas entre o serviço assistencial e o ensino	14	Mapear os campos de ensino	Melhoria da gestão das atividades desenvolvidas nos campos de ensino	Atividades 14.1 a 14.8	Superintendência; GEP	USAU; SRA; Coordenação do Ambulatório	01/01/19	31/01/20	R\$ 0,00	A = atividades 14.1 a 14.8 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x <sub>i</sub> ( % atividades)	E = 100%
	14.1	Identificar os consultórios	Melhoria da gestão das atividades desenvolvidas nos campos de ensino	Realizar busca ativa <i>in loco</i>	USAU	USAU; SRAS; Coordenação do Ambulatório	01/01/19	31/03/19	R\$ 0,00	A = nº de consultórios assistenciais mapeados B = total de consultórios assistenciais	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	14.2	Levantamento dos ambulatórios ativos (por especialidades)	Melhoria da gestão das atividades desenvolvidas nos campos de ensino	Realizar busca ativa <i>in loco</i>	USAU	USAU; SRAS; Coordenação do Ambulatório	01/01/19	31/03/19	R\$ 0,00	A = nº de espaços ambulatoriais mapeados B = total de espaços ambulatoriais	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	14.3	Levantar os responsáveis pelos ambulatórios	Melhoria da gestão das atividades desenvolvidas nos campos de ensino	Realizar busca ativa <i>in loco</i> ; relação de profissionais cadastrados na coordenação dos ambulatórios e agendas do AGHU(*)	USAU	GEP; SGPT; Coordenação do Ambulatório	01/01/19	31/03/19	R\$ 0,00	A = nº de responsáveis ambulatoriais mapeados B = total de responsáveis ambulatoriais	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	14.4	Levantar as agendas no AGHU(*)	Identificação dos responsáveis pelos ambulatórios e garantia da checagem da conformidade da agenda e da ocupação	Checar a busca ativa <i>in loco</i> ; relação de profissionais cadastrados na coordenação dos ambulatórios e agendas do AGHU(*)	USAU	GEP; SGPT; Coordenação do Ambulatório	01/01/19	31/03/19	R\$ 0,00	A = nº de agendas auditadas B = total de agendas AGHU(*)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	14.5	Analisar preliminarmente os Planos Individuais de Trabalho (PITs) dos docentes e Planos de Trabalho dos empregados públicos Eberh	Identificação do envolvimento dos profissionais nas atividades de ensino	Verificar a conformidade entre as informações de atuação e os PITs/Planos de Trabalho	Superintendência; GEP	USAU; SRAS; Coordenação do Ambulatório	01/01/19	30/06/19	R\$ 0,00	A = nº de PITs avaliados B = total de PITs	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	14.6	Mapear a distribuição de alunos/residentes por ambulatório	Verificação da adequação da relação preceptor/ residente/ aluno	Verificar as atividades dos ambulatórios ( <i>in loco</i> ) e das informações contidas nos relatórios fornecidos pela COE	UGAGET	UGAPG	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = nº de ambulatórios assistenciais verificados B = total de ambulatórios assistenciais	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	14.7	Identificar no CNES a carga horária destinada pelo colaborador à assistência	Identificação do registro dos profissionais com atividades no Hospital e promover o subsídio à regularização do corpo clínico	Compatibilizar profissionais cadastrados no CNES com profissionais identificados no mapeamento dos ambulatórios	UCG	UPIM	01/10/19	31/01/20	R\$ 0,00	A = nº de profissionais cadastrados no CNES B = total de profissionais identificados no mapeamento dos ambulatórios	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	14.8	Propor metas institucionais de utilização dos espaços para ensino	Garantia da otimização da utilização dos espaços, contemplando os objetivos de assistência e do ensino	Utilizar os dados do mapeamento e propor distribuição de utilização em 3 turnos	Superintendência; GEP	USAU; SRAS; Coordenação do Ambulatório	01/07/19	01/09/19	R\$ 0,00	A = espaços de ensino mapeados B = proposta de utilização dos espaços realizada	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
NC12 - Execução das funções de supervisão e de preceptoria insuficiente	15	Parametrizar residência e graduação com os normativos correlatos	Garantia do atendimento às recomendações da legislação	Atividades 15.1 a 15.5	SGE; UGAGET; UGAPG	Supervisores de programas da Residência Médica (RM); Coordenadores de programas da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS); Coordenadores de curso da graduação	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 15.1 a 15.5 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x <sub>i</sub> ( % atividades)	82% ≤ E ≤ 100%
	15.1	Levantar o quantitativo e qualificação de preceptores em atividade	Adequação da relação preceptor/residente e preceptor/estagiário e a qualificação do preceptor	Cadastrar os preceptores de acordo com a normativa da Eberh	SGE; UGAGET; UGAPG	GAS; DivGP; Unidades Acadêmicas/UFJF	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = nº de preceptores cadastrados e qualificados B = total de preceptores	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	70% ≤ E ≤ 100%
	15.2	Qualificar os preceptores	Melhoria da qualidade dos programas/cursos e atendimento à legislação	Implantar estratégias de educação permanente, numa frequência de 2 atividades por ano	SGE; UGAGET; UGAPG	PROGRADI/UFJF; PROPP/UFJF; Instituições Conveniadas	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de atividades educacionais oferecidas B = total de atividades educacionais previstas	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	15.3	Definir as atribuições de preceptoria no plano de trabalho	Inclusão da função de preceptoria nos planos de trabalhos	Pactuar estratégias entre a DivGP, GAS e departamentos das unidades	GEP; SGE; UGAPG	GAS; DivGP; Unidades Acadêmicas/UFJF	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de pactos realizados B = total de unidades preceptoras	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	15.4	Acompanhar os programas de residência em relação às inconformidades	Melhoria da qualidade dos programas/cursos e atendimento à legislação	Acompanhamento das inconformidades e implementação de ações para solucioná-las	SGE; UGAGET; UGAPG	COREME; COREMU	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de inconformidades solucionadas B = total de inconformidades	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	70% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua
	15.5	Estabelecer recomendações de melhorias frente às inconsistências	Melhorar a qualidade dos programas/cursos e atendimento à legislação	Definir ações corretivas a serem implementadas	SGE; UGAGET; UGAPG	Supervisores de programas da Residência Médica (RM) e Coordenadores de programas da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de recomendações realizadas B = total de inconformidades	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 70% Atividade contínua

NC13 -- Compartilhamento insuficiente entre projetos e decisões que afetam a missão do Hospital	16	Elaborar fluxo de participação das decisões gerenciais nas questões que envolvem ensino e assistência	Garantia do comprometimento dos diversos setores com a viabilização do ensino/assistência	Atividades 16.1 e 16.2	GEP; GA; GAS	Divisões/GAS; Divisões/GA; Setores/GEP	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 16.1 e 16.2 realizadas	A = $\sum$ (atividades)	E = $x_i$ ( % atividades)	E = 100%
	16.1	Implementar a participação de membro da GEP/SGE nas reuniões da Superintendência ampliada	Ampliação da representatividade do setor de ensino nas decisões institucionais	Indicar e nomear representante e substituto	Superintendência; GEP	Setores/GEP	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de participações em reuniões B = total de reuniões	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	16.2	Criar fluxo de participação das decisões nas áreas estratégicas: contratualização SUS; COAPES; planejamento interno de ocupação; distribuição de atividades profissionais	Garantia do comprometimento dos diversos setores com a viabilização do ensino/assistência	Indicar membros das 3 gerências para participação na elaboração do fluxo em cada área	GEP; GA; GAS	Divisões/GAS; Divisões/GA; Setores/GEP	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = fluxo de participação [Contratualização] criado e implementado	A = [0 a 100]	E = [(A+B+C+D) / 4]%	E = 100% Atividade contínua
										B = fluxo de participação [COAPES] criado e implementado	B = [0 a 100]		
C = fluxo de participação [planej. interno de ocupação] criado e implementado										C = [0 a 100]			
D = fluxo de participação [distribuição de atividades] criado e implementado										D = [0 a 100]			

$\sum$  (atividades) = somatório das valorações de cada atividade.

$x_i$  ( % atividades) = média aritmética simples dos percentuais de execução de cada atividade.

(\* )AGHU = Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários.

RESPONSÁVEIS e PARCEIROS	
<b>COREME</b>	Comissão de Residência Médica
<b>COREMU</b>	Comissão de Residência Multiprofissional
<b>Divisões/GA</b>	Divisões da Gerência Administrativa
<b>Divisões/GAS</b>	Divisões da Gerência de Atenção à Saúde
<b>GA</b>	Gerência Administrativa
<b>GAS</b>	Gerência de Atenção à Saúde
<b>GEP</b>	Gerência de Ensino e Pesquisa
<b>PROGRAD/UFJF</b>	Pró-Reitoria de Graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora
<b>PROPP/UFJF</b>	Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora
<b>Setores/GEP</b>	Setores da Gerência de Ensino e Pesquisa
<b>SGE</b>	Setor de Gestão do Ensino
<b>SGPTI</b>	Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação
<b>SRAS</b>	Setor de Regulação e Avaliação em Saúde
<b>UCG</b>	Unidade de Cirurgia Geral
<b>UGAGET</b>	Unidade de Gerenciamento de Atividades de Graduação e Ensino Técnico
<b>UGAPG</b>	Unidade de Gerenciamento de Atividades de Pós-Graduação
<b>UPIM</b>	Unidade de Processamento da Informação e Monitoramento
<b>USAU</b>	Unidade de e-saúde

**MP5 - Infraestrutura deficiente e ineficiente**

Nº CRÍTICO	ID	What	Why	How	Who		When		How Much	How Measure			
		AÇÕES / ATIVIDADES	POR QUE FAZER?	COMO FAZER	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	DATA INÍCIO	DATA FIM	RECURSOS FINANCEIROS	VARIÁVEIS	VALORAÇÃO	% EXECUÇÃO [E]	META DE EXECUÇÃO [E]
NC 14 – Recursos escassos e falta de priorização para manutenção do parque tecnológico e da estrutura física	17	Priorizar as demandas com base em análise de viabilidade técnica e econômica	Garantia da otimização da utilização dos recursos públicos de acordo com os itens mais necessários para o Hospital	Atividades 17.1 e 17.2	DLIH; DAF	--	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = atividades 17.1 e 17.2 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x <sub>i</sub> <sup>-</sup> (% atividades)	90% ≤ E ≤ 100%
	17.1	Homologar e implementar os fluxos de intervenções físicas e aquisições de equipamentos	Garantia da organização e identificação dos participantes; promoção da visibilidade e transparência dos processos de captação de demandas da DLH e do SGPTI	Realizar reuniões; utilizar o ciclo BPM; validar e homologar pelas regras do MGOP. Os fluxos são: (F1) planejamento de aquisição de material permanente; (F2) planejamento de intervenção física e obras	SGPTI; SIF; SEC; DLIH; COLEX; SOST	GAS; GEP; GA; Chefias do organograma	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = (F1) homologado <sup>1</sup> B = (F1) implantado <sup>1</sup> C = (F2) homologado <sup>1</sup> D = (F2) implantado <sup>1</sup>	A = [0 a 100] B = [0 a 100] A = [0 a 100] D = [0 a 100]	E = [(A+B+C+D) / 4]%	E = 100%
	17.2	Definir a metodologia de priorização a ser aplicada nos fluxos da atividade 17.1 (como fazer)	Promoção da hierarquia das demandas de acordo com critérios previamente estabelecidos	Utilizar ferramenta de priorização levando-se em conta as condições de gravidade, urgência, tendência, facilidade e investimento	Superintendência; GA; DLIH; SEC; SIF; SGPTI	GAS; GEP; GA; Chefias do organograma	01/03/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = matriz de equipamento implantada B = matriz de intervenção física implantada C = matriz de TI implantada	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	80% ≤ E ≤ 100%
NC 15 – Gestão Local/Setorial ineficiente dos equipamentos/infraestrutura	18	Atualizar o Plano de Gestão de Equipamentos	Garantia da eficiência na gestão dos equipamentos	Atividades 18.1 a 18.10	SEC	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 18.1 a 18.10 realizadas	A = Σ (atividades)	E = x <sub>i</sub> <sup>-</sup> (% atividades)	91% ≤ E ≤ 100%
	18.1	Mapear os setores/equipamentos mais críticos/inseguros em quantidade de chamados	Diminuição do custo e aumento da vida útil e disponibilidade dos equipamentos	Utilizar o mapa de criticidade e indicadores de chamados	SEC	GAS; DLIH	01/01/19	30/09/19	R\$ 0,00	A = nº de equipamentos mapeados B = total de equipamentos existentes	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	90% ≤ E ≤ 100%
	18.2	Confeccionar programas de capacitações específicas para os equipamentos	Garantia da segurança na utilização dos equipamentos	Elaborar cronograma de capacitação anual	SEC	GAS; SDP	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de programas confeccionados B = 32 (8/ano)	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	90% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua
	18.3	Mapear nível de obsolescência, ausência de backup e equipamentos inservíveis para desfazimento	Conhecimento do parque de equipamentos para auxílio em tomadas de decisão	Listar todos os equipamentos obsoletos, inservíveis e sem back-up; elaborar parecer técnico junto à Comissão de Recebimento e Avaliação de Material Permanente	SEC	GAS; GA; DLIH; UP	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = levantamento de equipamentos obsoletos realizado B = levantamento de equipamentos inservíveis realizado	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	90% ≤ E ≤ 100%
	18.4	Melhorar a confiabilidade e controle da manutenção preventiva	Melhoria contínua e sistemática da manutenção preventiva	Disponibilizar para as áreas cronograma de manutenção preventiva e acesso às manutenções realizadas através do software	SEC	GAS	01/01/19	31/10/19	R\$ 0,00	A = nº de cronogramas disponibilizados para as áreas B = total de setores assistenciais	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	90% ≤ E ≤ 100%
	18.5	Criar plano de contingência	Criação de planejamento para garantir a assistência hospitalar em momentos de falta de equipamentos médicos	Elaborar documento identificando os setores e equipamentos críticos e formas de contingências caso necessário	SEC	GAS; GA	01/06/19	29/06/20	R\$ 0,00	A = nº de planos de contingência criados B = total de agrupamentos de equipamentos críticos	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	90% ≤ E ≤ 100%
	18.6	Definir os líderes setoriais dos equipamentos, bem como suas atribuições e responsabilidades	Envolvimento da assistência no zelo do parque de equipamentos e garantia de controles de movimentações internas de equipamentos	Elaborar um documento que liste as atribuições dos líderes; treinar os profissionais para esta ação	SEC	GAS; UP; DE	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = nº de conjunto de atribuições definidas por líderes B = total de setores assistenciais/ turno/ dia	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	18.7	Preparar um estudo de viabilidade da implantação de uma central e distribuição de equipamentos assistenciais, além de avaliar atuais áreas de guarda de equipamentos	Promoção do zelo pelo parque de equipamentos e garantia de controles de movimentações internas de equipamentos	Elaborar estudo que apresente local adequado, profissionais, custo estimado, escala, atribuições do setor para funcionamento da central	SEC	GAS; GA; SIF	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = estudo elaborado B = estudo implantado C = estudo atualizado	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	90% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua
	18.8	Realizar estudo de viabilidade de modelos de contratação para gestão de equipamentos	Melhoria do processo de contratação dos serviços de engenharia clínica, visando redução de custo e maior cobertura contratual	Revisar Termos de Referência de contratação, observando limitações do contrato vigente	SA	SEC; SS	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de contratos revisados B = total de contratos	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	90% ≤ E ≤ 100%
	18.9	Gerir os equipamentos em comodato ou locado, incluindo contribuição para elaboração de Termos de Referência e controles de manutenção	Auxílio às áreas assistências que, eventualmente, fazem toda a contratação e gestão sem o apoio técnico	Mapear todos os contratos com comodatos/locação e atuar junto as áreas gestoras	SEC	GAS; SS	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = nº de contratos revisados B = total de termos de referência para locação de equipamentos em comodato	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	90% ≤ E ≤ 100%
18.10	Aperfeiçoar a gestão e fiscalização técnica dos contratos	Melhoria contínua em ferramentas de fiscalização de contratos, garantindo e aumentando a qualidade na prestação do serviço	Criar instrumentos de medição de resultado para os modelos de contratações vigentes	SEC	SA, ULD, NGFC	01/01/19	30/12/20	R\$ 0,00	A = nº de contratos com instrumentos de medição de resultado criados B = total de contratos	A ≤ B	E = (A/Bx100)%	90% ≤ E ≤ 100%	

NC15 – Gestão Local/Setorial ineficiente dos equipamentos/infraestrutura	19	Atualizar o Plano de Gestão de Infraestrutura	Garantia da eficiência na gestão da infraestrutura	Atividades 19.1 a 19.7	SIF	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 19.1 a 19.7 realizadas	A = $\sum$ (atividades)	E = $x_i^-$ (% atividades)	92% $\leq$ E $\leq$ 100%
	19.1	Atualizar o mapa dos riscos dos setores/equipamentos mais críticos/inseguros	Garantia da visão macro dos problemas/ consequências de forma a nortear as ações para atenuar ou eliminar os riscos	Utilizar o mapa de criticidade e indicadores de chamados de manutenção	SIF	GA; DLH	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de revisões do mapa de risco realizada B = 32 (8/ano)	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	E = 100% Atividade contínua
	19.2	Confeccionar programas de capacitações específicas	Garantia da segurança na utilização dos equipamentos/ conservação dos ambientes	Elaborar cronograma de capacitação anual	SIF	GAS; SDP; UCOM; SHH	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = nº de programas confeccionados B = 12 (3/ano)	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	90% $\leq$ E $\leq$ 100% Atividade contínua
	19.3	Melhorar a confiabilidade e controle da manutenção preventiva	Busca pela excelência na sistemática da manutenção preventiva de forma a reduzir as corretivas	Acompanhar e aprimorar de forma contínua o plano de manutenção estabelecido	SIF	SOST; GAS	01/01/19	30/12/20	R\$ 0,00	A = nº de manutenções preventivas realizadas B = total de manutenções preventivas previstas	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	90% $\leq$ E $\leq$ 100%
	19.4	Definir as atribuições e responsabilidades dos líderes setoriais de infraestrutura	Zelo pela infraestrutura do Hospital de forma a minimizar problemas de deterioração da mesma	Elaborar um documento que liste as atribuições dos líderes	SIF	GAS; UP; DE; SHH	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = nº de conjunto de atribuições definidas para líderes/ setor/ turno/ dia B = total de setores assistenciais/ turno/ dia	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	19.5	Realizar estudo de viabilidade de modelos de contratação para gestão da infraestrutura	Melhoria do processo de contratação dos serviços ligados à infraestrutura de forma a compatibilizar custos x atendimento às necessidades do Hospital	Revisar Termos de Referência considerando as deficiências dos termos vigentes	SIF	SA; SS	01/01/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = nº de contratos revisados B = total de contratos	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	90% $\leq$ E $\leq$ 100%
	19.6	Aperfeiçoar a gestão e fiscalização técnica dos contratos	Garantia da execução eficiente dos recursos públicos com o emprego de materiais na qualidade e quantidade indicada na proposta, bem como de todas as obrigações legais	Adotar ferramentas que permitam o acompanhamento e a verificação do cumprimento das atividades estabelecidas em contrato	SIF	SA; ULD; SOST; NGFC	01/01/19	30/12/20	R\$ 0,00	A = nº de contratos com ferramentas de acompanhamento criados B = total de contratos	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	90% $\leq$ E $\leq$ 100%
	19.7	Estabelecer plano de ação em casos de parada de equipamentos e sistemas críticos	Garantia da execução de providências corretivas e tempstivas	Elaborar documento identificando as situações críticas e ações operacionais para resolver a situação	SIF	GAS; GA; DLH; SA; SOST	01/01/19	30/12/20	R\$ 0,00	A = nº de equipamentos/áreas críticas mapeados B = total de equipamentos críticos	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	90% $\leq$ E $\leq$ 100%
NC15 – Gestão Local/Setorial ineficiente dos equipamentos/infraestrutura	20	Elaborar e implementar o Plano de Gestão de Tecnologia da Informação e Comunicações	Garantia da eficiência na gestão da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)	Atividades 20.1 a 20.5	SGPTI	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 20.1 a 20.5 realizadas	A = $\sum$ (atividades)	E = $x_i^-$ (% atividades)	E = 100%
	20.1	Mapear os ativos mais críticos/inseguros	Diminuição do custo, aumento da vida útil e disponibilidade dos ativos	Levantar os riscos de funcionamento dos ativos (plano de riscos)	SGPTI	GAS; GA; GEP	01/01/19	31/10/19	R\$ 0,00	A = nº de equipamentos mapeados B = total de equipamentos críticos	A $\leq$ B	E = (A/Bx100)%	E = 100%
	20.2	Mapear o nível de obsolescência, ausência de backup e equipamentos inservíveis para desfazimento	Conhecimento do parque de equipamentos para auxílio em tomadas de decisão	Listar todos os equipamentos obsoletos, inservíveis e sem back-up; elaborar parecer técnico junto à Comissão de Recebimento e Avaliação de Material Permanente	SGPTI	--	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = lista de equipamentos obsoletos atualizada B = parecer técnico atualizado	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100% Atividade contínua
	20.3	Realizar a conformidade dos ativos com o inventário físico	Alinhamento das informações e aumento do controle sobre a utilização dos ativos	Mapear e modelar o fluxo de movimentação interna de ativos; comparar a lista de ativos com a lista do patrimônio	UP	SGPTI	01/07/19	31/12/19	R\$ 0,00	A = lista de ativos realizada B = inventário físico realizado C = conformidade entre A e B realizada	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	E = 100%
	20.4	Estabelecer plano de ação (plano de contingência) em casos de parada de ativos críticos	Garantia da execução de providências efetivas e tempestivas	Elaborar documento identificando as situações críticas e ações operacionais para resolver a situação	SGPTI	--	01/01/19	29/06/20	R\$ 0,00	A = situações críticas identificadas B = ações operacionais implantadas	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	20.5	Aperfeiçoar a gestão e fiscalização técnica dos contratos	Melhoria contínua em ferramentas de fiscalização de contratos, garantindo e aumentando a qualidade na prestação do serviço	Criar de planilhas e documentos que aumente o controle e diminua os riscos na gestão e fiscalização dos contratos (3 contratos = 1 de exames por imagens + 2 de links de acesso)	SGPTI	SA; ULD; NGFC	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = metodologia de controle e risco (1 contrato de imagem) implantada e atualizada B = metodologia de controle e risco (2 contratos de links de acesso) implantada e atualizada	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+Bx2) / 3]%	E = 100% Atividade contínua

$\sum$  (atividades) = somatório das valorações de cada atividade.

$x_i^-$  (% atividades) = média aritmética simples dos percentuais de execução de cada atividade.

<sup>1</sup>(F1); (F2) = ver coluna COMO FAZER.

## MP6 - Comunicação interna ineficaz

NÓ CRÍTICO	ID	What	Why	How	Who		When		How Much	How Measure			
		AÇÕES / ATIVIDADES	POR QUE FAZER?	COMO FAZER	RESPONSÁVEIS	PARCEIROS	DATA INÍCIO	DATA FIM	RECURSOS FINANCEIROS	VARIÁVEIS	VALORAÇÃO	% EXECUÇÃO [E]	META DE EXECUÇÃO [E]
NC16 - Falta de listas de contatos estratificáveis e constantemente atualizadas	21	Organizar listas de contatos de forma estratificável e mantê-las atualizadas	Garantia do aumento da efetividade da comunicação interna	Atividades 21.1 a 21.4	UCOM	GEP; DivGP, COREME; COREMU; SGPTI; UPLAN; Chefias do organograma	01/01/19	31/07/19	R\$ 0,00	A = atividades 20.1 a 20.4 realizadas	A = $\sum$ (atividades)	E = $x, \bar{}$ (% atividades)	E = 100%
	21.1	Definir os grupos componentes das listas	Garantir a estruturação das listas	Solicitar informações aos grupos parceiros	UCOM; UPLAN	COLEX	01/01/19	31/03/19	R\$ 0,00	A = solicitações de informações aos grupos parceiros realizadas B = grupos componentes das listas definidos e justificados C = grupos componentes das listas aprovados pelo COLEX	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	E = 100%
	21.2	Definir método de atualização de cada grupo componente das listas	Observância à particularidade de cada grupo	Reunir com os grupos parceiros e estabelecer metodologia de atualização	UCOM; UPLAN; SGPTI	Chefias do organograma e Colaboradores indicados pelas GEP, GAS; GA	01/04/19	30/04/19	R\$ 0,00	A = reuniões com os grupos parceiros realizadas B = método de atualização definido e justificado	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	21.3	Definir canais de comunicação para acesso a cada grupo	Garantia ao acesso tempestivo da informação	Reunir com os grupos parceiros e estabelecer metodologia de canais	UCOM; UPLAN; SGPTI	Chefias do organograma e Colaboradores indicados pelas GEP, GAS; GA	01/05/19	31/05/19	R\$ 0,00	A = reuniões com os grupos parceiros realizadas B = canais de comunicação definidos e justificados	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
	21.4	Definir o conteúdo necessário de cada grupo	Garantia da inexistência de informações desnecessárias	Reunir com os grupos parceiros e estabelecer metodologia de conteúdo	UCOM; UPLAN; SGPTI	Chefias do organograma e Colaboradores indicados pelas GEP, GAS; GA	01/06/19	31/07/19	R\$ 0,00	A = reuniões com os grupos parceiros realizadas B = conteúdos necessários definidos e justificados	A = [0 a 100] B = [0 a 100]	E = [(A+B) / 2]%	E = 100%
NC17 - Ausência de uma diretriz de comunicação interna	22	Implementar diretriz de comunicação interna	Promoção da organização da comunicação interna	Atividades 22.1 a 22.3	UCOM; UPLAN; SGPTI	GEP; GAS; GA	01/01/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = atividades 22.1 a 22.3 realizadas	A = $\sum$ (atividades)	E = $x, \bar{}$ (% atividades)	90% ≤ E ≤ 100%
	22.1	Criar comissão específica	Garantia da representatividade na tomada de decisão	Definir os membros; publicar portaria; e elaborar/publicar o regimento interno da comissão	COLEX; Comissão específica	--	01/01/19	30/05/19	R\$ 0,00	A = membros da comissão definidos B = portaria publicada C = regimento interno elaborado/publicado	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100]	E = [(A+B+C) / 3]%	E = 100%
	22.2	Elaborar o documento de diretriz de comunicação interna	Busca pelo norteamento das ações de comunicação interna	Relaizar reuniões periódicas da comissão para definir: conteúdo das informações; canais adequados de divulgação; periodicidade da divulgação das informações, modelos e formatos de documentos; canais de feedback, dentre outros	Comissão específica	COLEX	01/06/19	30/09/19	R\$ 0,00	A = conteúdo das informações definidos B = canais de comunicação definidos C = periodicidade da divulgação das informações definida D = modelos e formatos de documentos definidos E = canais de feedback definidos F = documento de diretriz de comunicação interna elaborado G = documento de diretriz de comunicação interna aprovado	A = [0 a 100] B = [0 a 100] C = [0 a 100] D = [0 a 100] E = [0 a 100] F = [0 a 100] G = [0 a 100]	E = [(A+B+C+D+E+F+G) / 7]%	E = 100%
	22.3	Garantir o funcionamento permanente da diretriz de comunicação interna	Promover a otimização da comunicação interna	Sensibilizar e capacitar a comunidade interna para a observância da diretriz; viabilizar os meios (humanos e financeiros) para a implementação da diretriz de comunicação interna	Comissão específica	Chefias do organograma	01/10/19	31/12/22	R\$ 0,00	A = comunidade interna sensibilizada/capacitada B = reuniões previstas / reuniões realizadas	A = [0 a 100] B = [0 a 1] x 100	E = [(A+B) / 2]%	70% ≤ E ≤ 100% Atividade contínua

$\sum$  (atividades) = somatório das valorações de cada atividade.

$x, \bar{}$  (% atividades) = média aritmética simples dos percentuais de execução de cada atividade.

## RESPONSÁVEIS e PARCEIROS

**COLEX** Colegiado Executivo\*

**COREME** Comissão de Residência Médica

**COREMU** Comissão de Residência Multiprofissional

**DivGP** Divisão de Gestão de Pessoas

**GA** Gerência Administrativa

**GAS** Gerência de Atenção à Saúde

**GEP** Gerência de Ensino e Pesquisa

**SGPTI** Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

**UCOM** Unidade de Comunicação

**UPLAN** Unidade de Planejamento

*\*O COLEX é composto por: Superintendente; Gerente de Ensino e Pesquisa; Gerente de Atenção à Saúde e Gerente Administrativo*

