Hospital Universitário
UFSCar

# PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO 2021 - 2023

**Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos - HU-UFSCar**

**v. 03 – 01/08/2022**

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

## EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Presidente
**Osvaldo de Jesus Ferreira**

Diretor Vice-Presidente Executivo
**Eduardo Chaves Vieira**

Superintendente
**Fábio Fernandes Neves**

Gerente Administrativo
**Gilberto Taboga**

Gerente de Atenção à Saúde
**Valéria Cristina Gabassa**

Gerente de Ensino e Pesquisa
**Thiago Luiz de Russo**

Este Plano Diretor Estratégico foi aprovado na 96ª Reunião do Centro de Operações de Emergência (COE) de Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar) realizada em 18 de dezembro de 2020, constante no processo SEI nº 23763.001395/2020-93 - Extrato da Ata Deliberação SEI nº 10914694 e disponível no endereço https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufscar/governanca/gestao-estrategica.

| VERSÕES APROVADAS | PROCESSO SEI |
|---|---|
| 1ª versão – 18/12/2020 | Documento SEI nº10914694 – Processo 23763.001395/2020-93 |
| 2ª versão – 10/08/2021 | Alteração do indicador 2a (processo SEI n. 23763.000559/2021-46, documento 15599792)<br>Alteração do indicador 1b (processo SEI n. 23763.000559/2021-46, documento 16536897)<br>Alteração dos gerentes de projetos e projetos (processo SEI n. 23763.000559/2021-46, documento 15599969) |
| 3ª versão – 01/08/2022 | Adequações e melhorias nos projetos após as mentorias do Programa de Capacitação e Mentoria dos Gerentes de Projetos da Rede Ebserh.<br>Alteração do gerente de projeto do Projeto 1.02 (Doc. SEI 21170712)<br>Alteração do gerente de projeto do Projeto 1.03 (Doc. SEI 20774940)<br>Inclusão do indicador 1c – Nº de projetos clínicos viabilizados (1º Ciclo da RADE)<br>Alteração escopo do escopo do Projeto 5.01 (Doc. SEI 22275266) |

| | |
|---|---|
| | Inclusão da Ficha do Projeto 2.01 (Doc. SEI 18568152)<br>Atualização do plano de comunicação de forma a atender a não conformidade apontada pelo processo SEI 23477.008087/2021-03.<br>Inclusão do Cronograma das Reuniões de Análise do Desempenho da estratégia (RADE) de 2022. |

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

Anamaria Alves Napoleão
Ângela Merice De Oliveira Leal
Bruno Dantas Yamashita
Daniela Brassolatti
Denise Marçon
Domingos Afonso Junior
Flávia Gomes Pileggi Gonçalves
Fabio Fernandes Neves
Gilberto Taboga
Guilherme Canesin
Hugo Tadeu Amaral
Kleber Jose Maximiano Soares
Meliza Goi Roscani
Niarchos Prata Cione
Renata Elizabete Pagotti da Fonseca
Rita Cassia Ismail
Valéria Cristina Gabassa
Vivian Ramos Melhado

# SUMÁRIO

**1 APRESENTAÇÃO ..... 5**
1.1 O Plano Diretor Estratégico ..... 5
**2 CONTEXTO ..... 8**
2.1 O HU-UFSCar inserido no Contexto Local ..... 10
2.1.1 Inserção do HU-UFSCar na Rede de Atenção à Saúde ..... 12
2.1.2 Perfil de morbi-mortalidade de São Carlos e região ..... 13
2.1.3 Estrutura e limitações da rede de atenção à saúde de São Carlos ..... 15
2.1.4 Perfil ensino e pesquisa ..... 19
2.2 Histórico da Estratégia do HU-UFSCar ..... 21
**3 ANÁLISE SITUACIONAL ..... 22**
3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior (Vigente) ..... 22
3.2 Percepções dos Envolvidos ..... 27
3.2.1 Pesquisa “percepções e expectativas” ..... 28
3.2.2 Entrevistas ..... 34
3.2.3 Matriz SOWT ..... 37
3.2.4 Pesquisa de satisfação ..... 40
3.3 Desempenho do Contrato SUS ..... 42
3.4 Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade ..... 43
3.5 Contrato de Objetivos ..... 46
3.6 Principais achados e recomendações ..... 49
3.7 Painel de Contribuição da Rede Ebserh ..... 50
**4 ESTRATÉGIA DO HU-UFSCar ..... 52**
4.1 Declaração de Visão do HU-UFSCar ..... 52
4.2 Macroproblemas ..... 53
4.3 Painel de Contribuição do HU-UFSCar ..... 54
**5 MONITORAMENTO ..... 58**
5.1 Modelo de Gestão do PDE ..... 58
5.2 Modelo de Comunicação ..... 59
5.3 Calendário ..... 61
**6 ANEXOS ..... 63**
6.1 Fichas dos Indicadores Locais ..... 63
6.2 Fichas do Projetos Locais ..... 70
**7 BIBLIOGRAFIA ..... 77**

# 1 APRESENTAÇÃO

## 1.1 O Plano Diretor Estratégico

Em 2011 foi autorizada a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) pela Lei nº 12.550, cuja finalidade, conforme o art. 3º, é a "prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, assim como a prestação às instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, observada, nos termos do art. 207 da Constituição, a autonomia universitária".

Atualmente, a Rede Ebserh é composta por 40 Hospitais Universitários Federais (HUFs) com diferentes níveis de maturidade em gestão e perfis assistenciais, porém um objetivo comum: fornecer ensino, pesquisa e assistência de qualidade.

Desde 2011, quando foi criada, a Ebserh vem aprimorando sua estratégia de atuação, frente ao desafio de implementação de sua missão institucional. Em consequência dessa evolução contínua, em 2018, a estratégia organizacional foi revisada, em um movimento amplamente participativo, que contou com representantes de todos os hospitais da Rede e das diretorias, o que possibilitou elevar o nível de maturidade organizacional, a capacidade de atuação em rede, além de possibilitar adequações em relação ao que dispõe a Lei 13.303/2016.

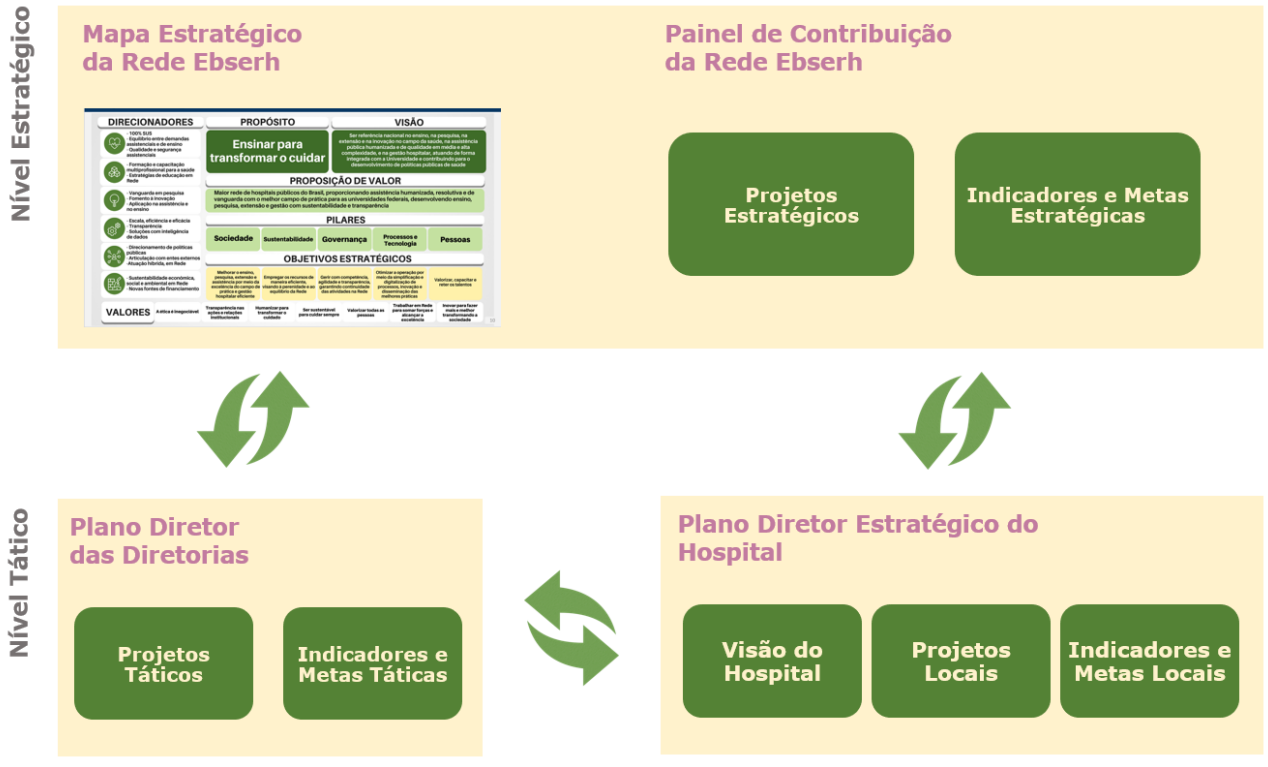
A Estratégia da Ebserh foi desenvolvida conforme as melhores práticas de gestão estratégica e está fortemente baseada no Balanced Scorecard (BSC), ou seja, "Indicadores Balanceados de Desempenho. Um dos principais componentes do BSC é o Mapa Estratégico, que descreve a estratégia da empresa através de objetivos relacionados entre si e distribuídos em perspectivas. O objetivo estratégico representa o que deve ser alcançado, portanto, indica o que é crítico para o sucesso da organização. Por sua vez, os indicadores definem como será medido e acompanhado o sucesso do alcance do objetivo.

A partir do Mapa Estratégico da Rede Ebserh (Figura 1) é possível observar que os objetivos estratégicos da Empresa indicam a direção em que a organização deve seguir como subsídio ao alcance da visão de futuro a partir de cinco perspectivas, que são os pilares da estratégia: sociedade; sustentabilidade; governança; processos e tecnologia; pessoas. Cada pilar é representado por um objetivo estratégico, que deve ser conduzido a partir da aferição do cumprimento das metas de indicadores estratégicos. Desde 2014, os HUFs definem sua estratégia por meio da elaboração de Planos Diretores Estratégicos (PDEs). Esses Planos possibilitaram padronizar a forma de identificar os desafios de gestão e criar estratégias para transpô-los, apresentando-se como um avanço na gestão da estratégia das unidades hospitalares.

**Figura 1 - Mapa Estratégico da Ebserh**

Nesse contexto, o HU-UFSCar realizou o desdobramento da estratégia, em atendimento a decisão dos administradores da Ebserh, Diretoria Executiva e Conselho de Administração, e segundo o Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh, no âmbito do Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh (Figura 2), sob a condução do Colegiado Executivo e com a participação de gestores, colaboradores e estudantes.

**Figura 2- Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh**



Considerando que o HU-UFSCar possui um planejamento estratégico vigente (PDE 2019-21) optou-se por fazer as adequações necessárias, observando as lacunas existentes entre o a proposta do guia e o planejamento vigente, sem prejudicar os resultados, conforme previsto na Resolução nº 116 de 30 de julho de 2020 e aprovado pelo COE na 67ª Reunião de 13/08/2020. O Quadro 1 - Desdobramento da EstratégiaQuadro 1 abaixo, apresenta as principais lacunas identificadas, que orientou os trabalhos desenvolvidos ao longo do desenvolvido deste PDE.

**Quadro 1 - Desdobramento da Estratégia**

| Proposto pelo Guia de Desdobramento da Estratégia | Realizado PDE 2019-2021 | Lacunas |
|---|---|---|
| **Análise Situacional**<br>Análise PDE anterior<br>Definição de Visão<br>**Identificação Macroproblemas** | **Diagnóstico organizacional e definição da identidade organizacional**<br>Oficina de lições aprendidas<br>Pesquisa percepções e expectativas<br>Definição de missão, visão e valores<br>Análise do ambiente<br>Reformulação da cadeia de valor<br>**Formulação Estratégica**<br>definição dos objetivos estratégicos<br>mapa estratégico<br>indicadores estratégicos | Validar a visão<br>Definir macroproblemas locais<br>Avaliar indicadores estratégicos da Rede<br>Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade<br>Desempenho do Contrato SUS<br>Contrato de Objetivos<br>Achados e recomendações da Auditoria |
| **Painel de Contribuição** | **Desdobramento estratégico**<br>definição dos projetos | Validar os projetos do PDE 2019-21, avaliar necessidades de novos e contribuição com os projetos da Ebserh Sede<br>Painel de contribuição |
| **Acompanhamento e Controle** | **Monitoramento** | |
| **Reflexão e Replanejamento** | | Reflexão e Replanejamento |

A elaboração do Plano Diretor Estratégico, definido para o período de 2021-2023, levou em consideração as construções realizadas no planejamento 2019-2021, que envolveu profissionais da instituição, bem como da comunidade acadêmica e lideranças municipais da área de saúde. Foram desenvolvidas várias atividades (pesquisa, entrevistas, workshops) pela equipe do hospital, com o objetivo de embasar a elaboração do plano de intervenção para os próximos anos. Além disso, considerou-se uma análise crítica e a ampliação das ações trabalhadas no PDE 2017-2018, o diagnóstico situacional da realidade, considerando as fragilidades e potencialidades do HU-UFSCar, a vocação do hospital para prover assistência integrada ao ensino e à pesquisa, e o perfil e necessidades epidemiológicas da população da cidade e região de São Carlos.

Para tanto, considerando que as atividades de planejamento e gestão exigem aperfeiçoamento e atualização contínua, o HU-UFSCar deu início a um novo ciclo de atualização da estratégia, a partir de uma perspectiva de planejamento integrado com a Rede EBSERH e formou-se uma Grupo de Trabalho (Portaria nº 138, de 19 de agosto de 2020, publicado no Boletim de

Serviços nº 117 de 20 de agosto de 2020) composto pelos seguintes membros: Chefe da Unidade de Planejamento, Superintendente, Gerente Administrativo, Gerente de Atenção à Saúde, Gerente de Ensino e Pesquisa, Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas e Chefe do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação e Chefe do Setor de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente.

O processo de desdobramento da estratégia que culminou no Planejamento Estratégico 2021-2023 contou com a colaboração da governança, sinalizando o compromisso da alta direção com o futuro da instituição e o cumprimento de seu propósito de ensinar para transformar o cuidar. Embora nessa adequação ao Guia de Desdobramento o grupo de trabalho tenha sido limitado, devido ao planejamento recém construído e ao contexto da pandemia do coronavírus, considerou-se todas as informações e contribuições obtidas no planejamento vigente (2019-21), no qual toda equipe do HU-UFSCar (alunos, docentes, chefes de unidades, setores, divisões, gerências) foi mobilizada a participar e a contribuir com as atividades de elaboração do planejamento via canais digitais, pesquisa interna e workshops, para subsidiar a alta direção nesse processo.

# 2 CONTEXTO

O Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar) localizado em São Carlos, interior do estado do Estado de São Paulo, foi inaugurado em novembro de 2007 e foi administrado pela Prefeitura Municipal até 2014; quando por meio da Lei Municipal nº 17.193 oi doada à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Em 2014, a UFSCar firmou uma parceria com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) para a gestão do hospital. O HU-UFSCar compõe a rede de 40 Hospitais Universitários Federais, administrados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

O município de São Carlos integra a Rede Regional de Atenção à Saúde 13, formada pelos Departamentos Regionais de Saúde – DRS de Ribeirão Preto, Araraquara, Barretos e Franca. O DRS III (Araraquara) possui, em sua área de abrangência, 24 municípios organizados em quatro Regiões de Saúde: Central, Centro-Oeste, Coração e Norte. O HU-UFSCar é a unidade pública de referência para municípios da região Coração, que é composta por seis municípios, inclui, além de São Carlos, que é o município de maior porte, as cidades de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito.

O hospital, em sintonia com as políticas públicas de saúde e com os princípios e diretrizes do SUS, definiu responsabilidades e estabeleceu metas quantitativas e qualitativas de assistência à saúde, gestão, ensino, pesquisa e gestão por meio da contratualização com o município de São Carlos, que define que o acesso à assistência hospitalar deve ser realizado de forma regulada, utilizando-se de protocolos, assegurando equidade e transparência, priorizado por meio de critérios que avalie riscos e vulnerabilidades, em consonância com a Política Nacional de Regulação do SUS. A continuidade do cuidado deverá ser garantida por meio da articulação do hospital com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), da implementação de mecanismos que assegurem a alta regulada, respeitadas as pactuações com o (s) gestor (es) do SUS.

O HU-UFSCar integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e presta serviços 100% gratuitos à população de São Carlos e região. É um hospital com atendimento de média e alta complexidade nas modalidades de atendimentos às emergências referenciadas, atendimento ambulatorial especializado para consultas e exames diagnósticos, internação clínica, cirurgias e UTI para pacientes COVID. Em todas as modalidades, o HU-UFSCar realiza assistência para pacientes adultos e pediátricos, exceto a UTI e Centro Cirúrgico que atende somente pacientes adultos.

Em 2020 foram inaugurados um moderno e completo Centro Cirúrgico com 5 salas operatórias, um novo Centro de Material e Esterilização e uma Unidade de Terapia Intensiva com capacidade operacional instalada de 10 leitos, que estão destinados desde a abertura em maio aos pacientes diagnosticados com a COVID-19". Não é referência para pacientes com outras patologias que necessitem de internação em leito de UTI não covid. Também foi instalado um Laboratório de Análises Clínicas para atendimento das demandas emergenciais de internação e procedimentos cirúrgicos.

A emergência imposta pela pandemia e pelo agravamento da doença em parte considerável da população, especialmente em relação a disponibilização de leitos de UTI e a dificuldade do gestor local de saúde de instalar leitos de UTI no hospital de referência da cidade, por diversas razões, fez com que houvesse a implantação antecipada desses leitos de terapia intensiva exclusivos para atendimento de pacientes com COVID-19, o que ocorreu no dia 08 de abril de 2020. Após essa aprovação, a Secretaria Municipal de Saúde formalizou a demanda por leitos de UTI no HU-UFSCar em 17 de abril de 2020.

A primeira UTI do HU-UFSCar foi inaugurada no dia 15 de maio de 2020 e desde essa data passou a receber pacientes confirmados para COVID-19. As limitações que existiam em relação aos serviços de laboratório de análises clínicas, suporte cirúrgico e suporte transfusional, que dependem de instalação física específica, ainda em fase de finalização de obras e instalação de equipamentos, foram alinhadas com a Vigilância Sanitária Municipal e resolvidas ao longo do processo de abertura dos leitos de UTI. Todos os serviços estão sendo supridos com suporte terceirizado já existente anteriormente, com ajuste de processo e contrato para atendimento dos leitos da UTI COVID.

Assim, os leitos de UTI foram habilitados exclusivamente para atendimento a pacientes com COVID-19, sendo rapidamente planejada em relação aos fluxos, processos de trabalho, contrato de serviços e possibilitou a contribuição de mais 10 leitos de terapia intensiva no contexto da pandemia COVID-19 do município e da região.

Além da assistência à saúde, enquanto hospital universitário, o HU-UFSCar dispõe de cenários de práticas para os cursos de saúde (medicina, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social, fisioterapia, educação física, gerontologia e terapia ocupacional). Os estudantes são oriundos da UFSCar e de outras instituições de ensino públicas e privadas, no nível de graduação e pós-graduação. No início de 2019, o HU-UFSCar estabeleceu os programas de residência médica em Medicina da Família e Clínica Médica.

## 2.1 O HU-UFSCar inserido no Contexto Local

O sistema de saúde no Estado de São Paulo caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP). Do ponto de vista da regionalização, são 17 Redes Regionais de Atenção (Figura 3) que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

**Figura 3 - Mapa do Estado de São Paulo com a distribuição das RRAS.**

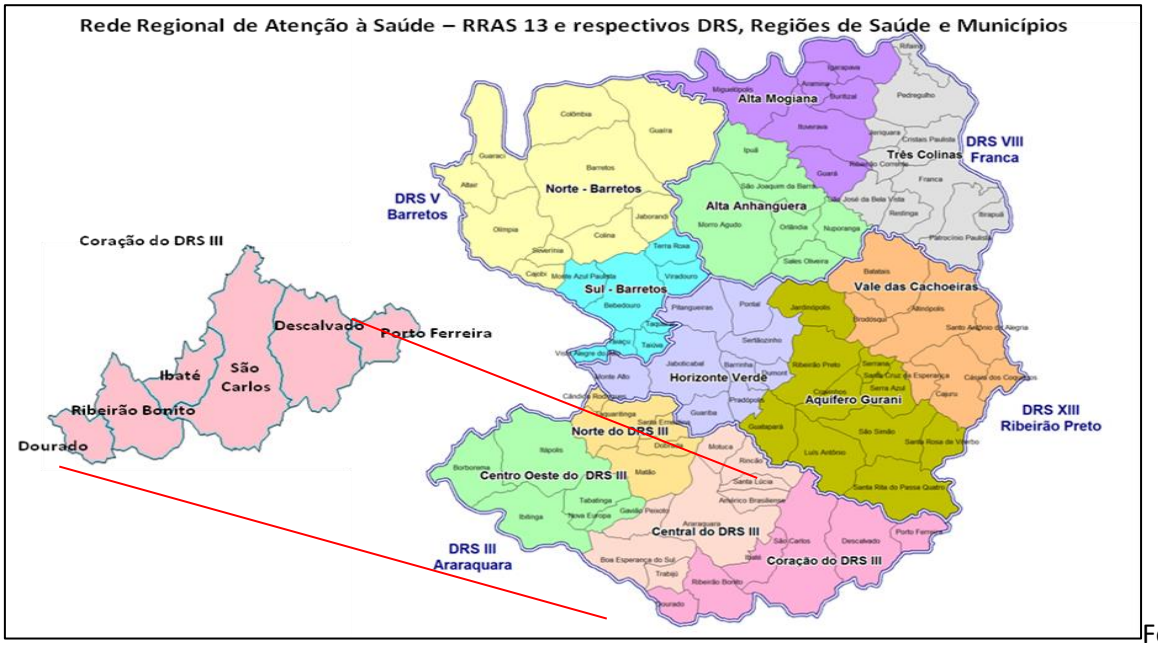
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde – SES/SP

Essas redes são compostas por diversos equipamentos de atenção em saúde, tais como unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integradas, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade, tendo como finalidade garantir a universalidade e integralidade da assistência a toda população paulista, independentemente do local de residência (Deliberação CIB nº 06 de 08/02/2012)

O município de São Carlos integra a RRAS 13, formada pelos Departamentos Regionais de Saúde – DRS de Ribeirão Preto, Araraquara, Barretos e Franca. Como pode ser visto na Figura 4, o DRS III (Araraquara) possui, em sua área de abrangência, 24 municípios organizados em quatro Regiões de Saúde: Central, Centro-Oeste, Coração e Norte.

A Figura 4 também destaca a região Coração, que é composta por seis municípios, inclui, além de São Carlos, que é o município de maior porte, as cidades de Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito. Esta região conta, como as demais, com um Colegiado Intergestores Regionais (CIR), cujo objetivo é discutir políticas públicas do seu território de abrangência, definindo o plano de ação regional.

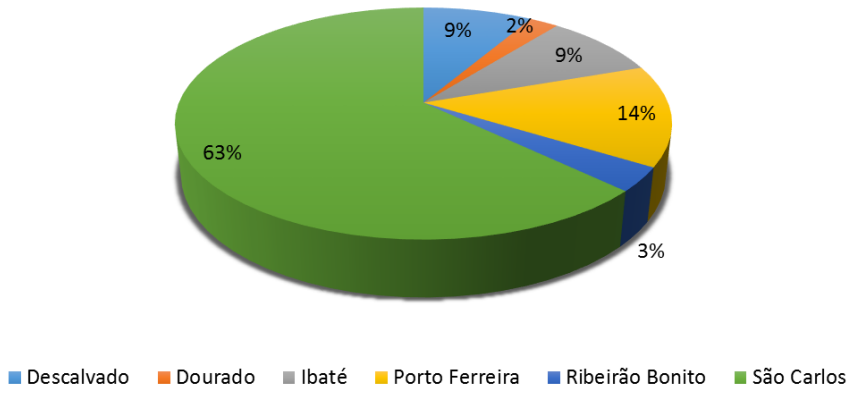
**Figura 4- Mapa da RRAS 13, com destaque da Região Coração e do município de São Carlos.**




Fonte: Secretaria de Estado da Saúde – SES/SP

Os municípios da Região Coração têm uma população de aproximadamente 379.870 habitantes, distribuídos conforme o Gráfico 1. Observa-se que a população de São Carlos corresponde a 63% da população da região, seguida por Porto Ferreira (14%), Descalvado (9%), Ibaté (9%), Ribeirão Bonito (3%) e Dourado (2%). (SEAD, 2018). Esta significativa disparidade entre o menor e o maior município, no que se refere ao porte populacional, implica também em diversidade nas necessidades de saúde da população e nos recursos envolvidos no seu atendimento.

**Gráfico 1 – Porcentagem da população por região**



São Carlos, o maior município da região coração, possui uma densidade demográfica de 210,07 hab./km2, PIB per capita de R$41.281,81 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,805.[1]

### 2.1.1 Inserção do HU-UFSCar na Rede de Atenção à Saúde

O HU-UFSCar está integrado à rede e recebe demandas de atendimento das urgências e emergências: demanda referenciada das UPAs do SAMU, conforme regulação da gestão municipal, e demanda do Centro de Especialidades Médicas, das UBSs e das USFs.

A articulação formal com os demais equipamentos de saúde do município ocorre por meio do Fórum Municipal de Regulação. O fórum está instituído com a realização de reuniões mensais onde são apresentados e discutidos os casos regulados e referenciados ao HU-UFSCar e deste à Santa Casa de São Carlos, com a finalidade de analisar a efetividade da regulação de urgência.

A regulação de urgência ocorre com o apoio da Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde – CROSS que está vinculada à Secretaria de Saúde do Estado. A CROSS disponibiliza um software de regulação que possibilita que de forma rápida, uniformizada e imparcial todos os casos de urgência e emergência sejam inseridos e regulados para fim de dar desfecho aos casos com no máximo 3 horas de espera.

A porta de entrada hospitalar de urgência presta atendimento ininterrupto nas 24 horas do dia e em todos os dias da semana. Até o início de 2020, o hospital contava com serviços de pronto-atendimento referenciado de clínica médica adulto, saúde mental, e pediatria. A pandemia do coronavírus trouxe mudanças nos serviços oferecidos pelo HU-UFSCar. Em abril de 2020, os leitos de Saúde Mental foram transformados em leitos Covid.

Ressalta-se, entretanto, que, por não dispor ainda de serviços como UTI para outras patologias que não Covid e Centro Cirúrgico ainda em implantação, Ressonância Magnética e Hemodinâmica, as urgências e emergências atendidas no HU-UFSCar que demandam tais estruturas são transferidas para a Santa Casa.

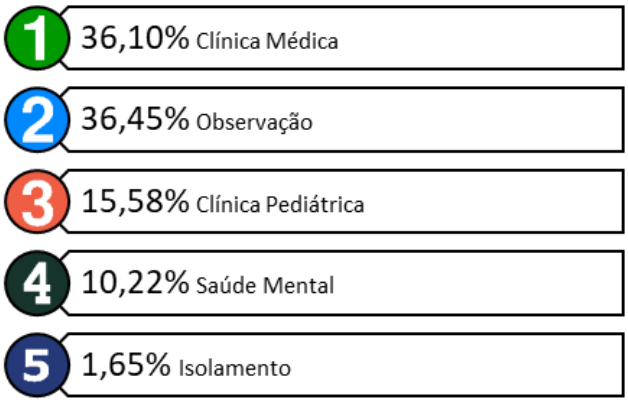
O HU-UFSCar apresenta, atualmente, 77 leitos conforme o registro oficial no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Os leitos existentes estão distribuídos de acordo com a especialidade: 48 leitos de clínica médica, 17 leitos de pediatria clínica, 02 isolamentos e 10 leitos de UTI Sindrome Respiratória Aguda Grave – COVID 19

Em 2019, no Pronto Atendimento foram realizados 25.256 atendimentos. O Ambulatório realizou 11.505 consultas em várias especialidades: tais como: cardiologia, alergia, cirurgia geral, cirurgia vascular, educação física, endocrinologia, fisioterapia, fonoaudiologia, gastroenterologia, hematologia, hepatologia, nefrologia, neurologia, nutrição clínica, pneumologia, psicologia, psiquiatria e serviço social.

[1] Os dados foram retirados da base do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. IDH são de 2010 e o rendimento per capita refere-se ao ano de 2016.

Em relação as internações, em 2019 foram 2310, distribuídas da seguinte forma: 35,9% das internações foram na Clínica Médica, 32,39% na Observação, 20,51% na Clínica pediátrica, 9,99% na Saúde Mental e 1,2% no Isolamento (Figura 5)

**Figura 5 – Internações por tipo de leito**



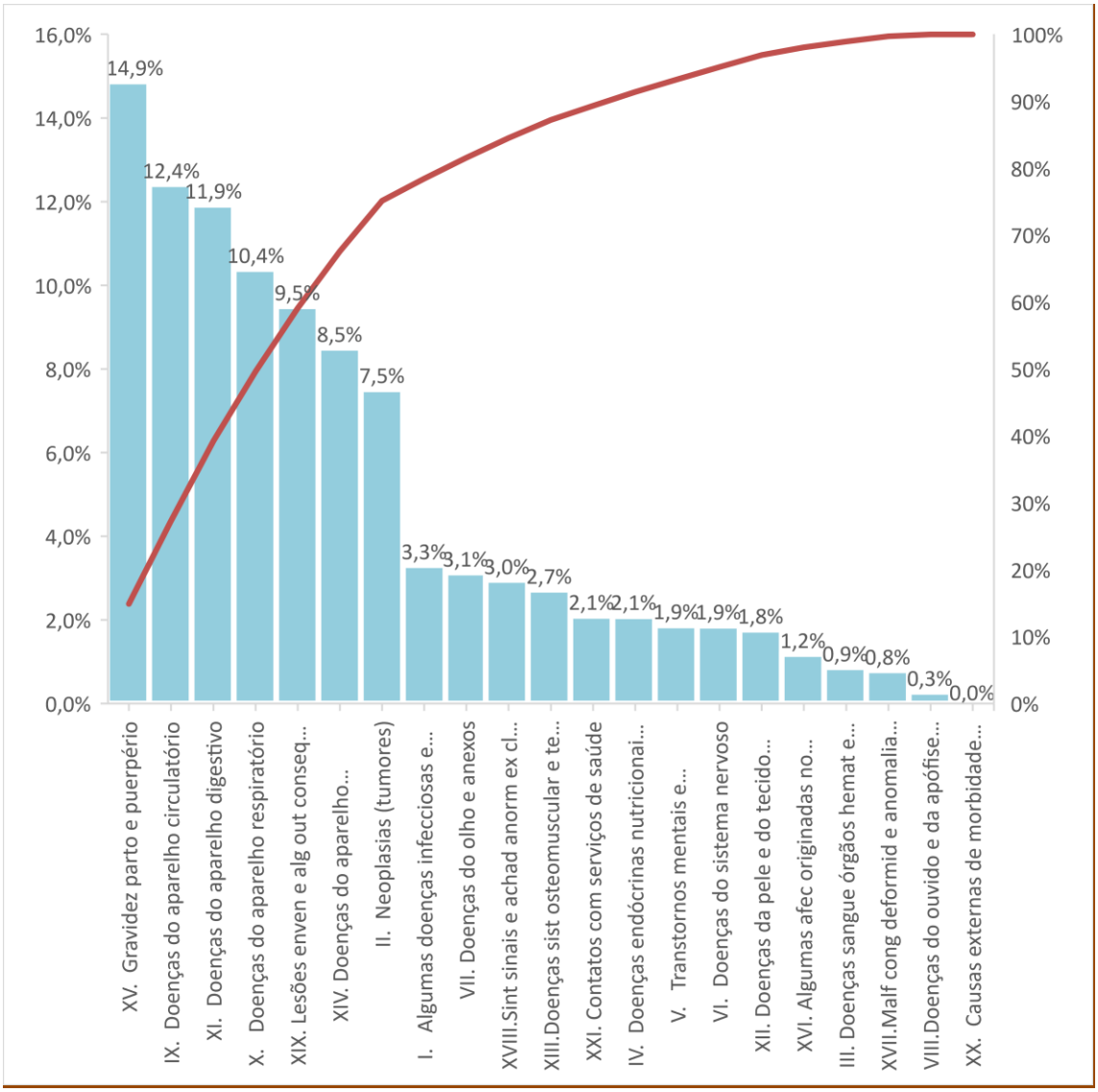

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, que realiza exames radiológicos, ultrassonográficos, de tomografia computadorizada, endoscopia e de métodos gráficos (eletrocardiograma, ecocardiograma, eletroencefalograma e espirometria), para pacientes internados e referenciados. Em 2019 foram realizados 121.647 exames, sendo 84.686 laboratoriais, 3.495 ultrassonografias, 1.187 mamografias, 1.899 ecocardiogramas, 4.681 tomografias, 3.803 métodos gráficos, 20.948 raios X, 536 endoscopias, 177 espirometrias, 4 clister, 3 colonoscopias, 79 monitorização, 31 angiotomografias e 118 testes ergométricos.

### 2.1.2 Perfil de morbi-mortalidade de São Carlos e região

As principais causas de internações do município de São Carlos e Região Coração do DRSIII estão demonstradas Gráfico 2, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID10).

É possível verificar por meio do gráfico abaixo que as doenças como gravidez e parto puerpério, do aparelho circulatório; digestivo; respiratório; lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; doenças do aparelho genitourinário; e neoplasias são as causas de internação mais frequentes na região Coração e representam, juntas, 80% das internações do município. Entre elas, as que mais se destacam e constituem-se os maiores motivos de internação na DRSIII foram a gravidez, doenças do aparelho circulatório e digestivo nessa ordem.

**Gráfico 2 – Morbidade por local de internação e CID-10 (2018)**




Fonte: DataSUS (2018)

No Quadro 2 abaixo está demonstrado o perfil de mortalidade da Região Coração do DRSIII. Considerando os dados de mortalidade, as causas mais frequentes com base no CID10 são: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas de morbidade e mortalidade e doenças do aparelho digestivo, que acumuladas representam 74,8% dos óbitos da região coração.

**Quadro 2 – Mortalidade da Região Coração por CID-10 (2008-2017)**

| Capítulo CID-10 | 2017 | % | mini gráficos (2008 a 2017) |
|---|---|---|---|
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 98 | 3,6% | |
| II. Neoplasias (tumores) | 537 | 19,5% | |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 7 | 0,3% | |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 147 | 5,3% | |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 24 | 0,9% | |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 98 | 3,6% | |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 769 | 27,9% | |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 349 | 12,7% | |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 169 | 6,1% | |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 7 | 0,3% | |
| XIII.Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 7 | 0,3% | |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 121 | 4,4% | |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 6 | 0,2% | |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 13 | 0,5% | |
| XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 14 | 0,5% | |
| XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 150 | 5,4% | |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 237 | 8,6% | |
| Total | 2753 | 100,0% | |

Fonte: DataSUS (2018)

Observa-se que há um relevante crescimento durante a década de 2008 a 2017 nas internações de neoplasias, doenças endócrinas e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e circulatório, doenças do sistema nervoso e do aparelho geniturinário.

Os aspectos acima descritos, relacionados às causas de internação e mortalidade, demonstram a necessidade da oferta de serviços hospitalares em nível ambulatorial, de internação e de apoio diagnóstico, sobretudo nas áreas de cardiologia, cirurgia geral, clínica médica, pneumologia e oncologia, que atendam às necessidades da população do município.

Percebe-se também uma considerável queda no número de óbitos nos capítulos XIII, XVI e XVIII do CID-10. Embora as doenças do aparelho circulatório sejam atualmente o maior motivo de óbitos, na última década apresenta decrescimento.

### 2.1.3 Estrutura e limitações da rede de atenção à saúde de São Carlos

A estrutura da rede de atenção à saúde do município de São Carlos dispõe de:

- Rede de atenção básica: 22 Unidades de Saúde da Família – USF;12 Unidades Básicas de Saúde – UBS; 1 Centro de Especialidades Médica – CEM geral; 1 Ambulatório Oncológico; 1 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO; 3 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (1

infantil; 1 para adultos e 1 específico para álcool e drogas – AD); 1 Centro de Atendimento de Infecções crônicas – CAIC;

- Rede de urgência e emergência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; 3 Unidades de Pronto Atendimento – UPA;
- Rede hospitalar: 3 hospitais, sendo; 1 público federal; 1 filantrópico; e 1 privado.

No que diz respeito à rede de atenção básica, segundo dados da SMS de São Carlos a cobertura pela estratégia de saúde da família atualmente abrange 27% da população, com previsão de chegar a 34%. Parte das USF (7 unidades) foram consideradas como de alta vulnerabilidade por estarem localizadas em bairros de baixa renda e condições precárias de saneamento básico. As equipes dessas unidades são responsáveis pela cobertura de 31.470 pessoas cadastradas no programa.

Por outro lado, os serviços ambulatoriais também não têm dado vazão às demandas, traduzindo-se em filas para consultas, sobretudo em algumas especialidades, e exames de apoio diagnóstico, conforme apresentado no Quadro 3 abaixo:

**Quadro 3 - Especialidades médicas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutivo com maior demanda reprimida**

| CONSULTAS - ESPECIALIDADES | EXAMES |
|---|---|
| • Alergologia pediátrica<br>• Cardiologia<br>• Dermatologia<br>• Endocrinologia*<br>• Fisioterapia<br>• Gastroenterologia<br>• Ginecologia*<br>• Neurologia<br>• Neurologia pediátrica<br>• Nutrição<br>• Oftalmologia<br>• Ortopedia<br>• Otorrinolaringologia<br>• Proctologia*<br>• Psicologia<br>• Psiquiatria*<br>• Reumatologia<br>• Urologia<br>• Vascular* | • Cirurgia geral<br>• Eletrocardiograma*<br>• Eletroencefalograma<br>• Neurocirurgia*<br>• Raio X*<br>• Ultrassom abdômen*<br>• Ultrassom geral* |
| *mais críticos, maior demanda | |

Fonte: SMS de São Carlos, setembro de 2019.

Esses dados demonstram a fragilidade da atenção básica no município, o que provoca uma sobrecarga natural dos equipamentos em nível secundário e terciário e desequilibra o fluxo regulatório.

Da mesma forma, a rede de urgência e emergência também é insuficiente, pois as três UPAs não conseguem atender à demanda de uma população de aproximadamente 250 mil pessoas e o atendimento de casos mais graves concentra-se nos dois únicos serviços hospitalares para atendimento das emergências do município: a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos (sobretudo para trauma e cirurgia) e o HU-UFSCar (emergências clínicas de adultos e pediátricas). De acordo com o Protocolo de Demanda de Urgência e Emergência de São Carlos, os pacientes portadores de emergências mais complexas (politrauma; infarto agudo do miocárdio; acidente vascular cerebral; fraturas de qualquer natureza; e parto) não serão referenciados para o HU-UFSCar e sim para a Santa Casa.

Cabe salientar que, com relação à atenção hospitalar, a maior parte do atendimento de alta complexidade da região concentra-se também na Santa Casa. Tal como ocorre em relação aos serviços ambulatoriais, a SMS relata a existência de demanda reprimida na área cirúrgica, nas especialidades: cirurgia geral (com aproximadamente quatro meses de espera); otorrinolaringologia; ortopedia; cirurgia vascular (realiza apenas média complexidade, gerando fila para procedimentos complexos);

Existem, ainda, outros serviços que também não estão disponíveis no município, porém estão pactuados com a Regional, a saber: cirurgia cardiológica infantil; cirurgia torácica; pneumologia infantil (não disponível para menores de seis anos de idade); cirurgia endovascular (a referência é Ribeirão Preto, embora não absorva toda a demanda).

Uma das razões para a carência desses serviços é o déficit de leitos de terapia intensiva para dar suporte aos procedimentos mais complexos na região, como ocorre em todo o interior do estado de São Paulo. A Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS, lida com filas desproporcionais às necessidades dos usuários portadores de condições de saúde que requerem terapia intensiva, especialmente unidades neonatais.

A Tabela 1 demonstra como estão distribuídos os leitos hospitalares na Região Coração e no município de São Carlos Observa-se que na Região Coração estão disponíveis 675 leitos, destes 360 (53%) são Leitos SUS e 315 (47%) Leitos Não SUS. Desse total de leitos, 256 (38%) são clínicos; 156 (23%) cirúrgicos; 99 (15%) obstétricos; 66 (10%) pediátricos; e 86 (13%) complementares, onde estão incluídos os leitos de UTI de adultos, pediatria e neonatologia.

Do total de leitos da região, 516 estão no município de São Carlos e, desses, 241(46%) são Leitos SUS e 270 (54%) Leitos Não SUS.

Uma vez que a relação leito/habitante não está mais sendo recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para identificar a necessidade de leitos de um estado, região ou município, há a necessidade de uma análise conjuntural aprofundada em relação às condições de saúde e aos equipamentos disponíveis nos diferentes níveis de atenção, tanto local como regionalmente, para estabelecer de forma adequada essa necessidade.

**Tabela 1-Distribuição dos leitos SUS e não SUS por especialidade na Região Coração e em São Carlos. São Carlos – SP, 2019**

| Tipo/Especialidade | DRSII | | | São Carlos | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Quantidade existente | Quantidade SUS | Quantidade Não SUS | Quantidade existente | Quantidade SUS | Quantidade Não SUS |
| **CIRÚRGICOS** | **156** | **60** | **96** | **117** | **36** | **81** |
| Buco maxilo facial | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Cardiologia | 5 | 4 | 1 | 5 | 4 | 1 |
| Cirurgia geral | 106 | 47 | 59 | 81 | 32 | 49 |
| Endocrinologia | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Gastroenterologia | 5 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 |
| Ginecologia | 8 | 2 | 6 | 5 | 0 | 5 |
| Nefrologia/urologia | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 2 |
| Neurocirurgia | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Oftalmologia | 3 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| Oncologia | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| Ortopedia/traumatologia | 11 | 4 | 7 | 5 | 0 | 5 |
| Otorrinolaringologia | 6 | 1 | 5 | 4 | 0 | 4 |
| Plástica | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| Toráxica | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| **CLÍNICOS** | **256** | **160** | **96** | **192** | **112** | **80** |
| Cardiologia | 14 | 12 | 2 | 10 | 10 | 0 |
| Clínica geral | 202 | 129 | 73 | 148 | 86 | 62 |
| Geriatria | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Nefro/urologia | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Neonatologia | 31 | 16 | 15 | 31 | 16 | 15 |
| Neurologia | 4 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| Pneumologia | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| **OBSTÉTRICOS** | **99** | **49** | **50** | **65** | **25** | **40** |
| Obstetrícia Cirúrgica | 71 | 28 | 43 | 50 | 14 | 36 |
| Obstetrícia Clínica | 28 | 21 | 7 | 15 | 11 | 4 |
| **PEDIÁTRICOS** | **66** | **44** | **22** | **50** | **30** | **20** |
| Pediatria Clínica | 53 | 40 | 13 | 37 | 26 | 11 |
| Pediatria Cirúrgica | 13 | 4 | 9 | 13 | 4 | 9 |
| **OUTRAS ESPECIALIDADES** | **8** | **8** | **0** | **8** | **8** | **0** |
| Psiquiatria | 8 | 8 | 0 | 8 | 8 | 0 |
| **HOSPITAL/DIA** | **4** | **0** | **4** | **4** | **0** | **4** |
| Cirúrgicos/Diagnóstico/Terapêutico | 4 | 0 | 4 | 4 | 0 | 4 |
| **Total** | **589** | **321** | **268** | **436** | **211** | **225** |
| **LEITOS COMPLEMENTARES** | **86** | **39** | **47** | **80** | **35** | **45** |
| Unidade isolamento | 11 | 10 | 1 | 11 | 10 | 1 |
| UTI adulto I | 4 | | 4 | 4 | | 4 |
| UTI adulto II | 36 | 19 | 17 | 30 | 15 | 15 |
| UTI adulto III | 9 | | 9 | 9 | | 9 |
| UTI pediátrica II | 5 | 5 | | 5 | 5 | |
| UTI pediátrica III | 2 | | 2 | 2 | | 2 |
| UTI neonatal II | 13 | 5 | 8 | 13 | 5 | 8 |
| UTI neonatal III | 6 | | 6 | 6 | | 6 |

Fonte: TABNET/DATASUS. Acesso em: outubro de 2019

A análise da estrutura da rede de atenção à saúde do município e da região permite concluir que:

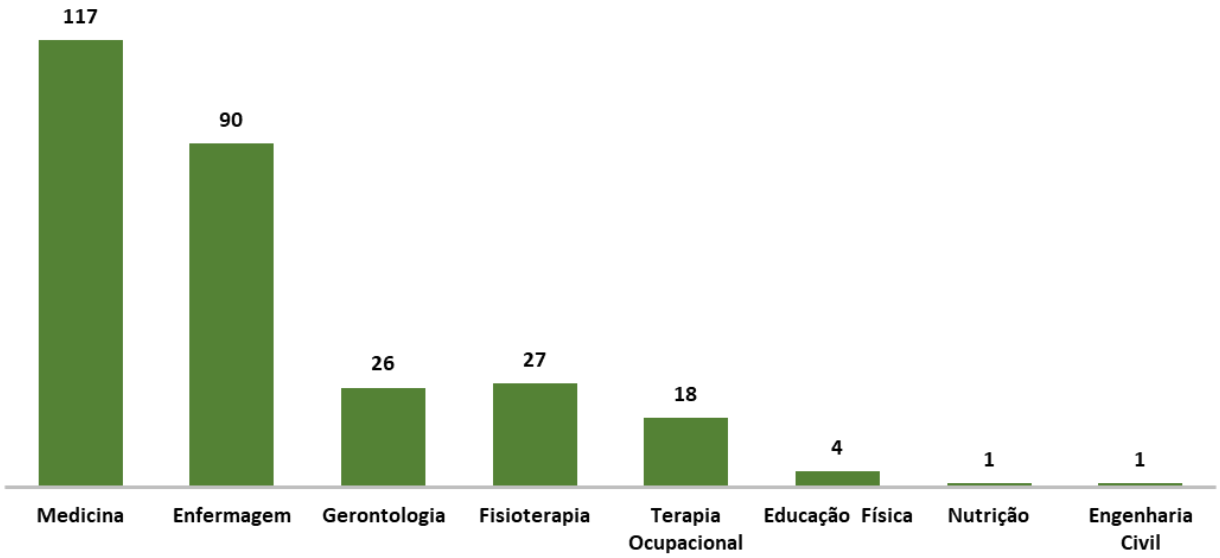
- Existe uma cobertura inadequada na atenção básica, seja na estratégia de saúde da família, seja no atendimento ambulatorial;
- Há carência na oferta de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico;
- O fluxo de urgência e emergência é sobrecarregado pelas carências na atenção básica;
- Tanto os leitos atualmente existentes no município e região quanto os serviços de média e alta complexidade ofertados ao SUS não atendem às reais demandas da população.

### 2.1.4 Perfil ensino e pesquisa

O HU-UFSCar contribui para a formação profissional por propiciar cenários de prática para os diversos cursos da UFSCar no nível de graduação e pós-graduação, principalmente na área de saúde, mas também para outras áreas afins que possam desenvolver atividades no hospital.

No que diz respeito às atividades de ensino, o Gráfico 3 demonstra que em 2019 o HU-UFSCar recebeu o total de 284 alunos de graduação vinculados a estágios curriculares e práticas supervisionadas, provenientes dos seguintes cursos: Medicina (117); Enfermagem (90); Gerontologia (26); Fisioterapia (27); e Terapia Ocupacional (18), Educação Física (4), Nutrição (1) e Engenharia Civil (1).

**Gráfico 3 - Atividades de ensino de graduação realizadas no HU-UFSCar, segundo os departamentos acadêmicos, 2019.**




Quanto às atividades de extensão, foram realizados 20 projetos em 2019, das áreas de Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Medicina, Engenharia de Produção e da Santa Casa de São Carlos.

No que diz respeito ao desenvolvimento de Projetos de Pesquisa e Inovação Tecnológica, 30 projetos de diferentes áreas do conhecimento e de atuação profissional (Administração,

Enfermagem, Engenharia de Produção, Medicina, Ecologia, Ciências Farmacêuticas, Ciências Sociais, Saúde Pública, Bioquímica, Ciência da Computação, Arquitetura, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) foram submetidos em 2019.

A estrutura física e humana do Hospital Universitário possibilitou a concepção e elaboração das Residências Médicas em Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade da UFSCar, com início em 2019, e assim destaca-se como principal cenário de suas atividades teórico-práticas; conta com um total de 6 vagas anuais destes programas.

Além disso, recebe em seus cenários residentes dos Programas de Residência Médica da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos em Pediatria (desde 2016), Clínica Médica e Ortopedia (início em 2019), que participam de atividades nos cenários de pronto atendimento, ambulatórios e diversas discussões teóricas organizadas semanalmente. Em 2019, 25 residentes participaram das atividades no HU-UFSCar.

Atualmente está em elaboração o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFSCar, que deve contar também com nosso hospital como importante cenário.

No segundo semestre de 2018 foi implementado a Unidade de e–Saúde do HU-UFSCar com a participação nos SIG´s (grupos de interesse especial) na Rede RUTE. Isto implica no fortalecimento da utilização da Telessaúde como ferramenta de ensino nos programas de residência em saúde, a promoção de cursos, workshops, congressos, teleconferências e demais.

Desde março de 2020, o Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar/Ebserh) realizou mais de 3 mil consultas por Telemedicina em diversas especialidades, para pacientes que já eram atendidos nos ambulatórios. O atendimento remoto é feito por meio de prontuário eletrônico e tecnologia de comunicação apropriada. As especialidades disponíveis nas teleconsultas do HU são: Cardiologia, Neurologia, Imunopediatria, Nefrologia, Hematologia, Psiquiatria, Endocrinologia, Pneumologia e Cirurgia Vascular.

Com essa modalidade de atendimento, o profissional da saúde e o paciente podem trocar informações clínicas, laboratoriais e de imagens, com possibilidade de prescrição e atestado médico. No início da pandemia, as consultas presenciais foram suspensas e esse serviço foi de suma importância para a manutenção do bom estado de saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas seguidos no HU-UFSCar

Em média, 400 atividades são realizadas por ano na Unidade de Simulação. Dentre as atividades realizadas, pode-se destacar as de graduação (para estudantes da UFSCar), extensão, pós-graduação, cursos de capacitação para profissionais da de saúde do município e de colaboradores do HU-UFSCar.

Apesar da importante contribuição que o hospital tem proporcionado à formação dos alunos dos Cursos de Graduação da área da Saúde da UFSCar, considera-se que atualmente o hospital atende ainda de modo bastante limitado as demandas desses cursos. Somente com a expansão da infraestrutura física e de recursos humanos, que permitirá ampliar a oferta de suas atividades assistências, como a implantação da unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, laboratório de

análises clínicas e anatomopatológico, entre outros; será possível atender de forma mais ampla e adequada as demandas dos diferentes projetos curriculares desses cursos.

## 2.2 Histórico da Estratégia do HU-UFSCar

O HU-UFSCar, completou em 2020 seis anos de Gestão Ebserh, sendo cindo deles em gestão plena, e ao longo desse período tem aprimorado continuamente seu processo de planejamento estratégico em busca de resultados cada vez mais efetivos para a sociedade

Em 2016 foi construído o primeiro Plano Diretor Estratégico (PDE) do HU-UFSCar, produto do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS, desenvolvido numa parceria iniciada um julho de 2013 entre a EBSERH e o Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês – IEP/HSL e viabilizada por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – PROADI-SUS, do Ministério da Saúde.

O HU-UFSCar foi incluído na terceira turma deste curso, composta por 12 HUFs, e realizada no período de fevereiro a dezembro de 2016, por meio de duas etapas distintas e inter-relacionadas que se constituíram na forma dos projetos: “Análise Situacional de 12 HUFs” e “Capacitação e Planos Diretores dos HUFs”.

A construção do Plano Diretor Estratégico (PDE) teve como objetivo de orientar às prioridades da administração do hospital para o biênio 2017-2018. A proposta de intervenção para construção do plano, que utilizou a metodologia do planejamento estratégico situacional focou em quatro macroproblemas: a) Insuficiência de Articulação Externa; b) Ausência de Planejamento Estratégico; c) Incipiência de processos; e d) Insuficiência de Infraestrutura física e tecnológica. A proposta apresenta não só as ações a serem realizadas, mas também, as atividades, os recursos necessários, os parceiros, o cronograma de operacionalização e de acompanhamento de execução das ações e dos resultados a serem conseguidos por meio de indicadores e de metas a serem atingidas.

O processo de construção do PDE 2017-2018, com duração de aproximadamente um ano e participação de diferentes atores, mais do que uma oportunidade de se estabelecer um conjunto de ações que contribuíram na direcionalidade do HU-UFSCar, tanto em termos da gestão quanto em termos da reorganização do modelo de atenção, de ensino e pesquisa, foi uma oportunidade de reflexão sobre razão de ser do HU-UFSCar (papel e vocação), além de demandar novas posturas institucionais e daqueles que a compõem.

No entanto, há considerações sobre o método e os resultados do PDE 2016-2018 que foram importantes para a construção, o monitoramento e a avaliação do Plano 2019-2021. Quanto às ações e responsáveis definidos no PDE 2017--2018, destacam-se as seguintes dificuldades: elevado número de ações previstas para o período; mudanças de gestores com alteração dos responsáveis pelas ações; falta de esclarecimentos e compreensão dos novos gestores sobre o PDE; e frequentes atrasos na execução de tarefas que dependiam da conclusão das tarefas antecedentes;

Tendo em vista o final do PDE2017-18, o HU-UFSCar revisitou sua estratégia, em um processo conduzido pela Unidade de Planejamento, em conjunto com o Setor da Qualidade e Segurança do

Paciente e da equipe de Governança, redefinindo o ciclo para o horizonte de 2019-21 (PDE 2019-21), desdobrado nas seguintes etapas:

1. Diagnóstico e definição da identidade organizacional: oficina de lições aprendidas, pesquisa percepções e expectativas; definição de missão, visão e valores, análise do ambiente, e definição da cadeia de valor);
2. Formulação Estratégica (definição dos objetivos estratégicos, mapa estratégico e indicadores estratégicos);
3. Desdobramento estratégico (definição dos projetos)
4. Monitoramento.

No final de 2019, o PDE 2019-21 ficou pronto e seu processo de elaboração e consolidação permitiu o envolvimento e o comprometimento de várias áreas do HU-UFSCar em torno de um mesmo objetivo. Houve um avanço significativo em termos de visão estratégica no HU-UFSCar.

Nesse mesmo ano, no Encontro de Excelência Operacional em Brasília com os chefes das Unidades de Planejamento, a EBSERH Sede sinalizou a necessidade de adequação da estratégia dos hospitais à estratégia da Rede. Em julho de 2020, com a publicação do Guia de Desdobramento da Estratégia, o HU-UFSCar iniciou um novo ciclo de atualização da estratégia, com uma visão de planejamento integrado com a Rede Ebserh, de forma a contribuir com uma maior integração e alinhamento entre estratégia e operação.

# 3 ANÁLISE SITUACIONAL

## 3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior (Vigente)

O PDE 2017-2018 atingiu aproximadamente 80% de execução das ações, o que colaborou para o processo de mudança vigente na instituição. As atividades não concluídas foram contempladas no planejamento 2019-21. Para análise do processo de construção e execução do PDE2017-18 foi realizada uma oficina de lições aprendidas, com o objetivo principal evitar que os erros e os problemas encontrados não se repitam em futuros projetos, constituindo-se em oportunidades de compartilhamento dos principais aprendizados, de modo a promover a melhoria contínua e novos conhecimentos na organização. Os principais resultados da oficina foram:

- É importante utilizar uma metodologia que permita mudanças e que tenha mais flexibilidade;
- É necessário ter um planejamento mais tangível e menos ousado;
- É necessário desenvolver estratégia para engajar todos os trabalhadores - GDC alinhado ao PDE;
- Reuniões sistemáticas de ponto de controle devem acontecer com maior frequência;
- É necessário desenvolver estratégia para ter continuidade do plano independente da pessoa;
- Melhorar a comunicação e publicização das metas e ações alcançadas;
- Necessidade de capacitação planejamento estratégico;

- Identificar perfis de liderança para direcionar capacitação;
- É necessário ter os papeis bem definidos, divulgados e claros para todos os trabalhadores;
- É importante ter momentos para reflexão entre as áreas sobre as atividades e seu andamento.

Dada as dificuldades enfrentadas no Planejamento Estratégico 2017-18, principalmente aquelas relacionadas ao envolvimento e empoderamento das equipes, optou-se pela metodologia do *Balanced Scored Card* (BSC) e Gestão de Projetos na elaboração do PDE 2019-21, adaptados à lógica e as necessidades do HU-UFSCar. Para apoiar o alcance dos objetivos estratégicos estabelecidos no PDE 2019-21 (vigente), foram propostos 23 indicadores de desempenho e 31 projetos estratégicos. Os indicadores foram monitorados e discutidos nas Reuniões de Análise Crítica dos indicadores estratégicos, que aconteceram trimestralmente. Em 2020, por conta da pandemia do coronavírus essas reuniões foram temporariamente suspensas.

Dos 31 projetos do planejamento vigente, 08 foram concluídos, 14 estão em andamento e 09 não iniciados e os demais serão revisados na adaptação a ser realizada para o Guia de Desdobramento. O PDE 2019-21, ainda vigente, está sendo adaptado a lógica do Guia de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh, que culminará no PDE 2021-23. A Tabela abaixo apresenta a situação das iniciativas do PDE 2019-21.

**Tabela 1**
**Conclusão de Ações e Iniciativas do PDE anterior**

| Nome da ação/iniciativa do PDE | % de conclusão | Descrição dos problemas e de suas causas | Recomendações para melhoria futura |
|---|---|---|---|
| Implantação dos Programas de residências médicas no HU-UFSCar | *100%* | *Implantada residência em Clínica Médica e em Saúde da Família* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação da Residência Multiprofissional no HU-UFSCar | *90%* | *O governo não disponibilizou bolsas para pagamento dos residentes e com isso a COREMU desistiu de implantar* | *Ver Quadro 4* |
| Estruturação e Implantação da Pesquisa Clínica | *10%* | *Em estruturação* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação programas de pós-graduação lato/*strictu sensu*, aprimoramento e especialização | *100%* | *Programas são dos departamentos da UFSCar, considerados do HU-UFSCar* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação da tele-educação, telediagnóstico e tele consultoria | *70%* | *Faltou telediagnóstico porque o HU-UFSCar não tem plataforma e equipamentos necessários.* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação do centro cirúrgico | *60%* | *A obra do Centro Cirúrgico foi concluída, está operacionalizando com pequenas cirurgias e se estruturando para cirurgias maiores* | *Ver Quadro 4* |

| Nome da ação/iniciativa do PDE | % de conclusão | Descrição dos problemas e de suas causas | Recomendações para melhoria futura |
|---|---|---|---|
| Implantação da UTI | *60%* | *A UTI Covid está 100% implantada e em funcionamento. Será necessário implantar a UTI Geral* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação do 3º turno do Atendimento Ambulatorial | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação do 3º turno da realização de exames | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação dos dispositivos da Humanização | *20%* | *O grupo da humanização foi formado e está se apropriando dos dispositivos da Humanização* | *Ver Quadro 4* |
| Definição do perfil Assistencial do HU-UFSCar | *100%* | *Concluído* | *Ver Quadro 4* |
| Revisão e implementação do modelo de Gestão Assistencial alinhado ao projeto executivo | *50%* | *O modelo de Atenção assistencial não está completamento implantado.* | *Ver Quadro 4* |
| Implementação de ferramentas de transferência de informações entre as áreas assistenciais | *100%* | *Concluído* | *Ver Quadro 4* |
| Implementação da política e de ferramentas de comunicação | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Implementação de projeto de melhoria contínua por meio das ações da ouvidoria | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Estabelecimento e formalização da estrutura hierárquica institucional – responsabilidade e níveis | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Implementação da educação continuada | *100%* | *Concluído* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação programa de Educação Permanente | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação Programa de motivação aos colaboradores | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Certificação Hospital de Ensino | *60%* | *Número de leitos insuficiente para credenciamento em hospital de ensino* | *Ver Quadro 4* |

| Nome da ação/iniciativa do PDE | % de conclusão | Descrição dos problemas e de suas causas | Recomendações para melhoria futura |
|---|---|---|---|
| Acreditação ONA e Selo Ebserh de Qualidade | *79%* | *Pouco conhecimento das equipes para atingir conformidade aos requisitos; insuficiência nas ferramentas de gestão do hospital* | *Ver Quadro 4* |
| Otimização da força de trabalho do HU-UFSCar | *0%* | *Não iniciado* | *Ver Quadro 4* |
| Construção da UTI Pediátrica | *5%* | *Obra iniciada em dezembro de 2020 pela empresa EMIBM, prazo de execução em início de 2022.* | *Ver Quadro 4* |
| Construção do Laboratório Análise Clínicas | *100%* | *Concluído* | *Ver Quadro 4* |
| Construção do SAME | *5%* | *A empresa ARCHOS Projetos foi contratada para executar a construção do SAME. Contrato vigente e previsão de entrega até meio de 2021* | *Ver Quadro 4* |
| Construção da farmácia central | *20%* | *A Farmácia Central estará alocada no Bloco D. Empresa EMIBM está contratada e a previsão de entrega da área concluída em maio de 2022.* | *Ver Quadro 4* |
| Construção do prédio administrativo | *5%* | *A empresa ARCHOS Projetos foi contratada para executar o projeto executivo do Bloco A que atenderá áreas administrativas, áreas de ensino e auditório. Previsão de entrega até agosto de 2021* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação do PACS | *100%* | *Concluído* | *Ver Quadro 4* |
| Verticalização de estoques e implantação de rastreabilidade | *80%* | *Foi realizada a verticalização (a rastreabilidade depende de sistema informatizado, que está fora da governabilidade do HU-UFSCar)* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação de gestão de custos | *0%* | *Não iniciado. Fora da governabilidade do HU-UFSCar* | *Ver Quadro 4* |
| Implantação de um Programa de Sustentabilidade | *100%* | *Usina fotovoltaica implantada, aquecedores de água quente instalados, iluminação total por LED implantado.* | *Ver Quadro 4* |

* o percentual de conclusão refere-se à conclusão das atividades, sem indicadores de resultado para determinar o sucesso da iniciativa. Só houve monitoramento formal do projeto de Acreditação.

O Projeto Acreditação ONA, desdobrado em 25 sub projetos, considerando as seções do Manual da ONA (Organização Nacional de Acreditação) somado a seção de Ensino, foi escolhido

para ser o projeto piloto no gerenciamento de projetos. O projeto completou todo ciclo de gerenciamento de projetos, desde a elaboração do termo de abertura, passando pelo acompanhamento e reunião de encerramento do projeto.

O desenvolvimento desse projeto trouxe um amadurecimento da equipe e, pela primeira vez no HU-UFSCar, todo hospital trabalhou em prol de um mesmo objetivo, desmembrando a estratégia para todos os níveis organizacionais. Para acompanhamento dos projetos utilizou-se um método de gestão ágil, com quadro visual das informações dos projetos por meio de *post it*, e com reuniões rápidas. A Figura 6 mostra o momento de definição dos líderes e um dos acompanhamentos realizados.

**Figura 6 – Líderes de projetos e acompanhamento**

Embora os demais projetos não tenham sido estruturados e acompanhados formalmente, eles continuaram sendo desenvolvidos no HU-UFSCar.

Na etapa de encerramento, realizada em 20/02/2020 reuniu toda governança do HU-UFSCar e foi possível identificar os principais pontos positivos, problemas e lições aprendidas foram (Quadro 4).

**Quadro 4 – Lições aprendidas**

| Pontos positivos | Pontos negativos |
|---|---|
| • Trabalhar em prol de um mesmo objetivo<br>• Adequação de processos<br>• Envolvimento e participação da equipe para o cumprimento das metas<br>• Discussão contínua com a equipe para melhoria dos processos<br>• Amadurecimento e responsabilização do trabalho em equipe | • Envolvimento e comunicação com a equipe<br>• Dificuldade de realizar as reuniões periódicas<br>• Pouca experiência e compreensão da responsabilidade dos envolvidos no processo de acreditação<br>• Dificuldade de cumprimento de metas que dependem de ações intersetoriais<br>• Interpretação dos requisitos normativos<br>• Pouco conhecimento em gestão de projetos<br>• Dificuldade de cumprimento de cronograma<br>• Conciliar / Priorizar as atividades do projeto em detrimento de demandas que surgem diariamente |
| **As lições aprendidas foram do PDE 2019-21 (Vigente)** | |
| • Monitorar periodicamente o projeto/Realizar reuniões mais regulares e maior clareza na comunicação;<br>• Necessidade do trabalho em equipe e colaboração inter projetos / Promover a interação entre as áreas;<br>• Foco no cronograma e prazos estabelecidos desde início da pactuação;<br>• Assegurar-se de que todos os líderes tenham claramente o entendimento do que necessita ser desenvolvido;<br>• Definir diretrizes institucionais antes de iniciar o projeto;<br>• Realizar feedbacks com maior frequência;<br>• Empoderamento da equipe / Necessidade de conscientização dos participantes sobre a importância das suas contribuições para o atingimento das metas;<br>• Necessidade de capacitação para gerenciamento de projeto;<br>• A importância do líder do projeto;<br>• A importância da presença do colegiado executivo (alta gestão);<br>• A importância do alinhamento institucional;<br>• A necessidades de lidar com as incertezas; | |

## 3.2 Percepções dos Envolvidos

Nessa etapa são apresentadas as percepções levantadas com os diferentes públicos do hospital, quanto a formação profissional, pesquisa e atenção à saúde. Para tanto foi realizado uma pesquisa interna sobre as percepções e expectativas em relação do hospital; entrevista com lideranças internas e externas.

### 3.2.1 Pesquisa "percepções e expectativas"

Nessa etapa, foi realizado a pesquisa interna de diagnóstico com a participação dos colaboradores, alunos e docentes do HU-UFSCar, com o objetivo coletar informações e percepções quanto à realidade atual do hospital.

No período de 09 a 19 de outubro de 2018 foi realizada a "Pesquisa percepções e expectativas" com funcionários, alunos e docentes, com a campanha "**Você faz o HU que você quer**". Os resultados da pesquisa serviram de subsídios para o entendimento global das expectativas e ambições e, consequentemente, para formulação da visão do HU-UFSCar e análise do ambiente interno, etapas relevantes na construção das diretrizes estratégicas do HU-UFSCar.

Para realização da pesquisa foi elaborado um questionário com cinco perguntas conforme modelo abaixo (Figura 7).

**Figura 7 – Modelo de Pesquisa " Percepções e expectativas"**

VOCÊ FAZ O HU QUE VOCÊ QUER

Prezado(a) Colaborador (a), aluno (a) e docente

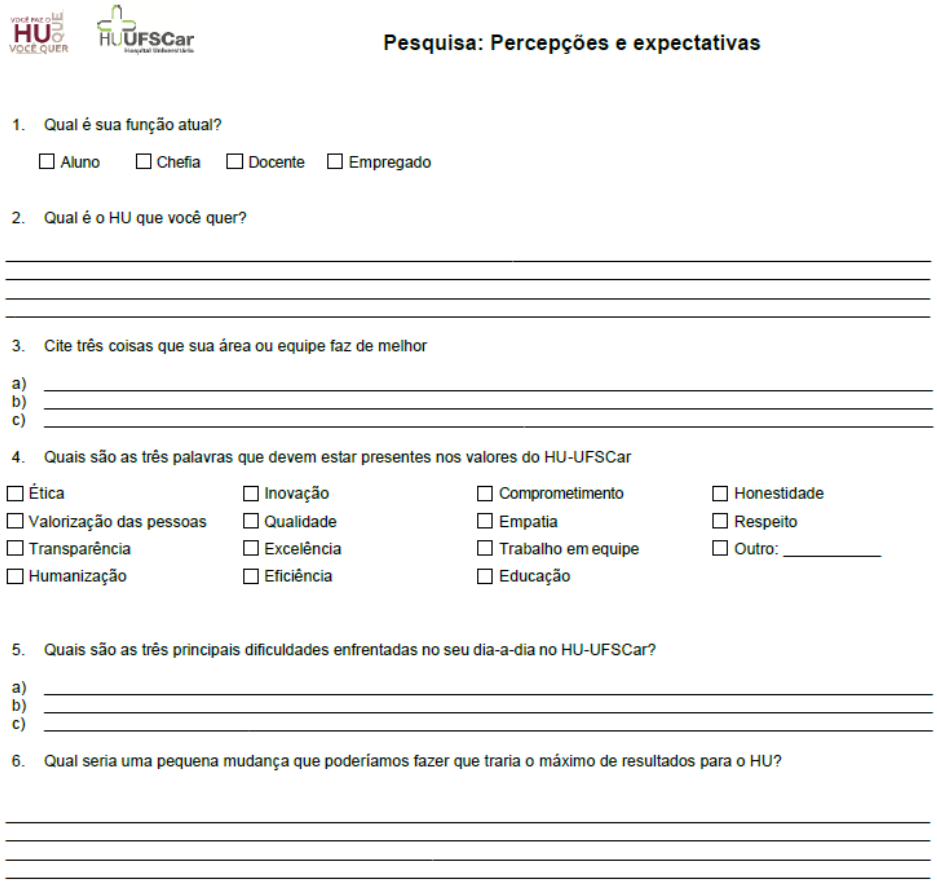
Convidamos vocês a participarem da pesquisa sobre as percepções e expectativas em relação ao HU-UFSCar. A pesquisa faz parte da 1ª etapa do **Planejamento Estratégico 2019-2021** do HU-UFSCar.

Os resultados da pesquisa darão subsídios para o entendimento global das expectativas e ambições e, consequentemente, para formulação da identidade organizacional e análise do ambiente interno, etapas relevantes na construção dos objetivos e diretrizes estratégicas do HU-UFSCar.

Sua participação é de extrema importância, uma vez que o processo de planejamento deve ser uma construção coletiva, considerando a perspectiva dos usuários, dos alunos, docentes, pesquisadores e toda equipe que trabalha na organização.

Participe! Esta é sua oportunidade de fazer o HU-UFSCar que você quer!

Para participar basta responder ao questionário, no período de 09 a 14 de outubro de 2018, que encontra-se disponível no endereço: https://docs.google.com/forms/d/1XSqJpJT_TScjOZ2ww0vl92TVmzawCcRQXUoIgzBnNq0/edit ou se preferir nas caixas de pesquisas distribuídas pelo HU.



HU UFSCar

**Pesquisa: Percepções e expectativas**

1. Qual é sua função atual?

☐ Aluno ☐ Chefia ☐ Docente ☐ Empregado

2. Qual é o HU que você quer?

3. Cite três coisas que sua área ou equipe faz de melhor

a)
b)
c)

4. Quais são as três palavras que devem estar presentes nos valores do HU-UFSCar

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Ética | ☐ Inovação | ☐ Comprometimento | ☐ Honestidade |
| ☐ Valorização das pessoas | ☐ Qualidade | ☐ Empatia | ☐ Respeito |
| ☐ Transparência | ☐ Excelência | ☐ Trabalho em equipe | ☐ Outro: _____ |
| ☐ Humanização | ☐ Eficiência | ☐ Educação | |

5. Quais são as três principais dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia no HU-UFSCar?

a)
b)
c)

6. Qual seria uma pequena mudança que poderíamos fazer que traria o máximo de resultados para o HU?

Ao todo participaram da pesquisa 85 pessoas, caracterizados da seguinte forma: 2 docentes, 8 alunos, 28 chefes e 47 empregados.

Os dados apresentados nos itens “a”, “c”, “d” e “e” foram processados pelo software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que tem por finalidade descobrir a informação essencial contida num texto, através de análise estatística textual.

Esse programa pode fazer vários tipos de análises de dados textuais, com destaque para análise de similitude, utilizada nesta pesquisa, que possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz indicações da conexidade entre elas.

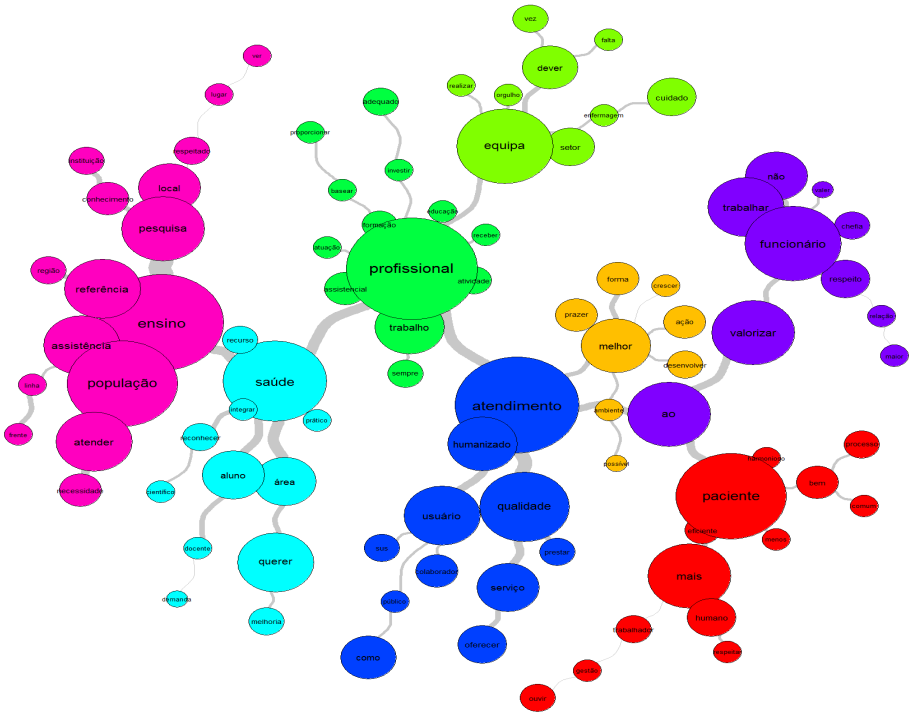
**a) HU que eu quero**

A árvore abaixo apresenta os resultados da análise de similitude com a identificação das coocorrências entre as palavras e indicações da conexidade entre os termos: profissional, saúde, equipe, funcionário, atendimento, paciente, humanizado, população, pesquisa, qualidade, valorizar, assistência e referência, auxiliando na identificação da estrutura do campo representacional do “HU que eu quero”. Conforme a árvore de coocorrência, os resultados indicam a predominância dos seguintes fatores relacionados ao “HU que eu quero”:

1. HU profissional que atue na assistência e formação

2. HU que atenda a população e seja referência em ensino e pesquisa
3. HU que tenha atendimento humanizado e de qualidade
4. HU que valorize o funcionário
5. HU que tenha foco no paciente

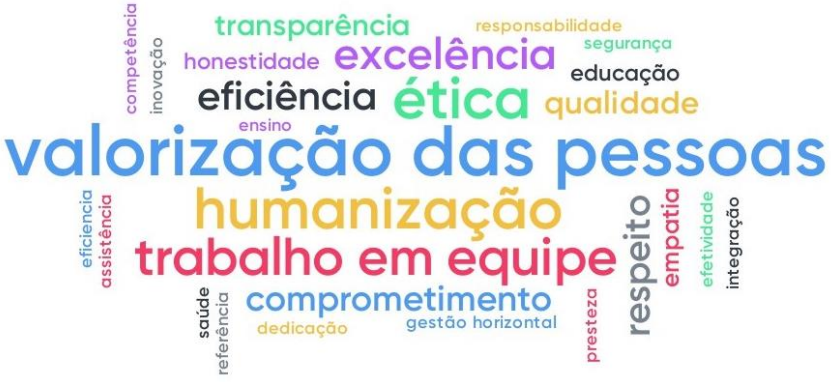
**Figura 8 – O HU que eu quero**




**b) Valores**

Em relação aos valores que o HU-UFSCar deveria possuir têm-se a seguinte situação representada na figura abaixo :Valorização das pessoas, humanização, ética, trabalho em equipe excelência.

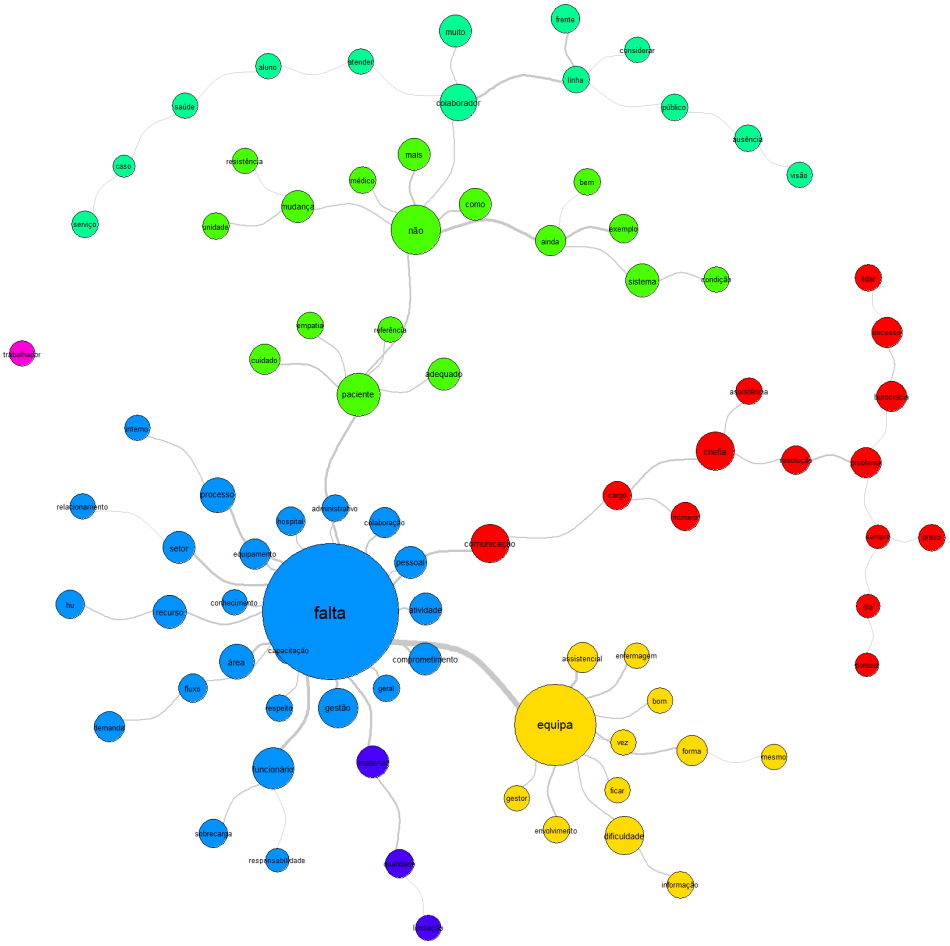
**Figura 9 – Valores do HU-UFSCar**



**c) Dificuldades encontradas no dia a dia**

Quando questionados sobre as dificuldades encontradas no dia a dia, os resultados da análise de similitude com a identificação das coocorrências entre as palavras e conexidade, indicam os seguintes termos representados na Figura 10: falta, equipe, paciente, não, comunicação, chefia. Observa-se que os resultados indicam que a principal dificuldade encontrada gira em torno da "FALTA": falta de equipe, comprometimento, recurso, equipamentos, colaboração, respeito, fluxo, comunicação, envolvimento, assistência, informação, empatia, atendimento e cuidado adequado ao paciente, material.

**Figura 10 – Dificuldades encontradas no dia a dia**



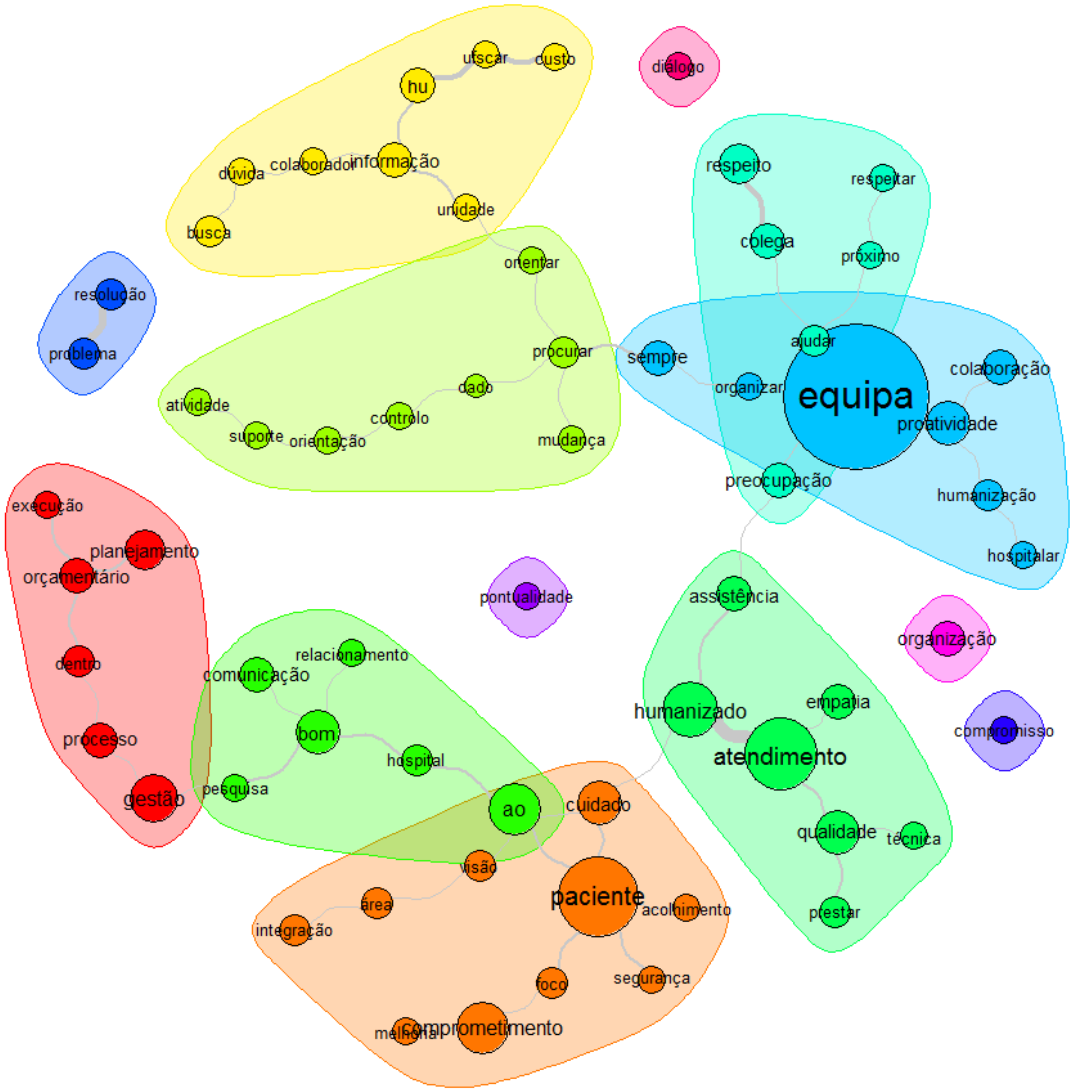

**d) Potencialidades das áreas**

Em relação as potencialidades, os resultados da análise de similitude com a identificação das coocorrências entre as palavras e conexidade, indicam os seguintes termos representados na Figura

11: equipe, paciente, atendimento, humanizado, proatividade, colaboração, qualidade. Conforme a árvore de coocorrência, os resultados indicam que as principais “Potencialidades das áreas” são:

1. Atendimento humanizado e de qualidade
2. Acolhimento e cuidado ao paciente
3. Foco no paciente
4. Proatividade e colaboração da equipe
5. Empatia
6. Boa comunicação e relacionamento
7. Respeito na equipe

**Figura 11 – Potencialidades das áreas**

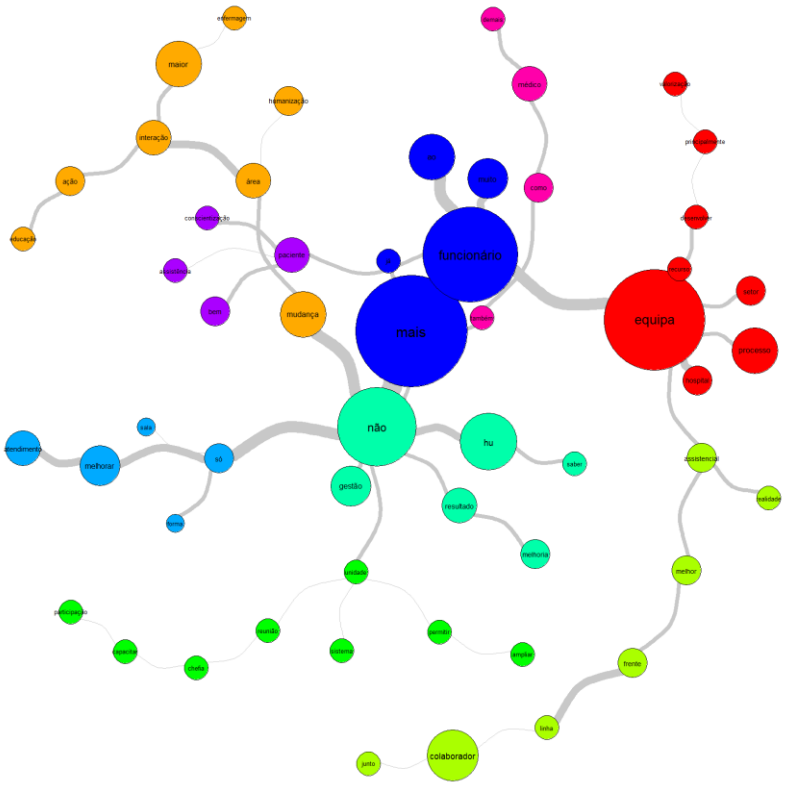


**e) Mudanças que gerariam melhores resultados**

No questionamento sobre uma "pequena mudança que geraria melhores resultados" a análise de similitude com a identificação das coocorrências entre as palavras e conexidade, indicam os seguintes termos representados na Figura 12**Erro! Fonte de referência não encontrada.**: mais, funcionário, equipe, não, processo. Conforme a árvore de coocorrência, os resultados indicam que as principais "Mudanças" são relacionadas a:

1. Mais funcionários
2. Mais equipe
3. Maior interação entre as áreas
4. Foco no paciente
5. Valorizar equipe
6. Equipe trabalhar com os processos

**Figura 12 – Mudanças que gerariam resultados**



### 3.2.2 Entrevistas

As entrevistas internas foram realizadas com nove lideranças internas. Os dados foram tabulados por semelhança e está representado no quadro abaixo.

**Quadro 5– Resultado das entrevistas internas**

| Perguntas | Resumo Respostas | Palavras-Chave |
|---|---|---|
| **Motivação trabalhar HU** | • Ser Hospital Universitário que ofereça um serviço de Excelência para população | • Excelência |
| **Proposta de futuro** | • Hospital de maior complexidade (alta e média)<br>• Finalizar o HU<br>• Mais resolutivo<br>• Referência em atendimento<br>• Referência em ensino e pesquisa/inovação<br>• Parceiro do munícipio nas questões de saúde | • Maior Complexidade e resolutividade<br>• Crescimento<br>• Referência atendimento, ensino e pesquisa |
| **Decisões atuais** | • Investir em estrutura física<br>• Melhorar comunicação com a rede de atenção à saúde<br>• Obter mais recursos financeiros e humanos | • Infraestrutura Física e Tecnológica<br>• Comunicação<br>• Recursos financeiros e humanos |
| **Prioridades estratégicas** | • Aumentar complexidade (UTI/CC adulto e infantil)<br>• Hemodinâmica e UTI coronarianas<br>• Implantar residenciais médica e multiprofissional<br>• Ser credenciado como hospital de ensino<br>• Aumentar a oferta e quantidade de exames<br>• Ter maternidade e centro obstétrico<br>• Aumentar oferta de leitos<br>• Construir unidade de pesquisa clínica<br>• Focar no atendimento da criança | • Maior complexidade<br>• Hospital de ensino<br>• Pesquisa clínica<br>• Residência médica e multiprofissional<br>• Focar atendimento criança |
| **Iniciativas em andamento** | • UTI/CC<br>• Laboratórios de análises clínicas e anatomopatológico<br>• Novos ambulatórios<br>• Preparação para ser hospital de ensino<br>• Projeto arquitetônico GEP<br>• Solicitação das residências<br>• Redimensionamento<br>• Revisão projeto executivo | • UTI/CC<br>• Laboratórios de análises clínicas e anatomopatológico<br>• Novos ambulatórios<br>• Preparação para ser hospital de ensino<br>• Projeto arquitetônico GEP<br>• Solicitação das residências<br>• Redimensionamento<br>• Revisão projeto executivo |
| **Bloqueios internos e externos** | **Internos:**<br>• Maior interação entre as áreas<br>• Alta taxa de absenteísmo<br>• Necessidade de maior foco no paciente<br>• Infraestrutura física e de recursos humanos<br>• Não é resolutivo<br>• Pouca capacitação<br>• Burocracia<br>• Conflitos entre as pessoas<br>• Comunicação ruim<br>**Externos:**<br>• Cumprimento da pactuação e fluxo da rede / Regulação do Município ruim<br>• Desarticulação de informações da Sede<br>• Liberação de recursos<br>• Alinhamento mais próximo da Universidade<br>• Mudança política a cada 4 anos<br>• Interagir com os diferentes agentes externos (prefeitura, universidade, estado e Ebserh sede)<br>• Dificuldades de agentes externos entender a lógica da saúde e a vocação do HU-UFSCar | **Internos:**<br>• Comunicação, interação entre as áreas e conflitos<br>• Resolutividade<br>• Burocracia<br>• Capacitação<br>• Absenteísmo<br>**Externos:**<br>• Pactuação e Fluxo<br>• Regulação<br>• Recursos<br>• Relação e comunicação com agentes externos<br>• Aproximação com UFSCar |

| Perguntas | Resumo Respostas | Palavras-Chave |
|---|---|---|
| **No que somos bons?** | • Cuidado Multidisciplinar<br>• Profissionais com boa formação/ Equipe capacitada<br>• Profissionais entram com a ideia do ensino<br>• Corpo clinico capacitado e comprometido<br>• Prestar assistência ao paciente<br>• Jovem<br>• Sem funcionário RJU<br>• Atendimento a criança<br>• Saúde Mental<br>• Comprometimento<br>• Busca pela qualidade<br>• Integração com a Universidade | • Cuidado Multidisciplinar<br>• Profissionais com boa formação/ Equipe capacitada<br>• Atendimento a criança<br>• Saúde Mental<br>• Assistência ao paciente |
| **O que fazemos que ninguém mais faz?** | • Saúde Mental<br>• Metodologia ativa<br>• Ser vinculado a universidade. Precisa explorar mais as oportunidades<br>• Começou do zero: oportunidade de fazer uma construção sem experiência prévia<br>• Pertencemos a uma Rede de Hospitais | • Saúde Mental<br>• Metodologia ativa<br>• Ser vinculado a universidade.<br>• Pertence a uma Rede de Hospitais |
| **Parar/Começar** | **Parar:**<br>• Reunião em excesso<br>• Desrespeitar a hierarquia<br>• Parar de gastar energia com o que não agrega valor<br>• Parar de fazer exames menos complexos<br>• Reclamar das dificuldades e ver as oportunidades que a instituição oferece<br>• De conseguir dinheiro e não usar<br>• Segregar o hospital em áreas<br>• Olhar para traz. Hu em outro patamar tirar mais do que tem<br>• Parar de lamentar<br>• Sair da zona de conforto<br>**Começar:**<br>• Ter mais visão de futuro<br>• Focar menos problemas operacionais e mais estratégicos<br>• Emponderar as pessoas<br>• Cobrar o que está no contrato<br>• Focar nas necessidades dos pacientes<br>• Ter mais integração entre as gerências<br>• Divulgar mais as ações do hospital na cidade<br>• Promover a empatia e confiança<br>• Olhar o seu trabalho e seu objetivo<br>• Cuidar das pessoas que cuidam<br>• Investir em comunicação interna e externa e capacitação | **Parar:**<br>• Parar de gastar energia com o que não agrega valor<br>• Reclamar das dificuldades e ver as oportunidades que a instituição oferece<br>• De conseguir dinheiro e não usar<br>• Segregar o hospital em áreas<br>• Olhar para traz. Hu em outro patamar tirar mais do que tem<br>• Sair da zona de conforto<br>**Começar:**<br>• Ter mais visão de futuro e estratégica<br>• Emponderar as pessoas<br>• Cobrar o que está no contrato<br>• Focar nas necessidades dos pacientes<br>• Ter mais integração entre as gerências<br>• Promover a empatia e confiança<br>• Cuidar das pessoas que cuidam<br>• Investir em comunicação interna e externa e capacitação |
| **Pequena mudança** | • Focar o paciente<br>• Melhorar a comunicação<br>• Aproximar as áreas<br>• Transparência | • Focar o paciente<br>• Melhorar a comunicação<br>• Aproximar as áreas<br>• Transparência |
| **Cliente daqui 5 anos** | • Pacientes referenciados da região<br>• Alunos UFSCar<br>• Residentes<br>• Alunos pós graduação<br>• Região coração: pacientes ginecológicas, urológico, cardio, oftalmo, gastro geral<br>• Mais paciente criança<br>• Alunos de outros cursos que nãos seja saúde<br>• Startups<br>• Indústria farmacêutica<br>• Aumentar abrangência/mínima regional<br>• Referência estadual | • Pacientes referenciados da região<br>• Residentes<br>• Alunos pós graduação<br>• Alunos de graduação da área da saúde e de outros cursos que nãos seja saúde<br>• Startups<br>• Indústria farmacêutica |
| **Palavra** | • Excelência ensino e assistência<br>• Como é bom ser atendido no HU-UFSCar<br>• Como é bom ter aprendido no HU-UFSCar | • Excelência ensino e assistência<br>• Humanizado |

| Perguntas | Resumo Respostas | Palavras-Chave |
|---|---|---|
| | • Excelência na assistência do ponto de vista técnico e humanizado<br>• Referência e excelência acadêmica e de pesquisa e humanizado<br>• Parabéns, São Carlos tem o melhor hospital. Hospital de respeito que cumpre sua missão<br>• Fui ao HU e tive meu problema resolvido<br>• Excelência e Qualidade<br>• Não podia ser melhor | • Qualidade |
| **Observação** | • Não desintegrar ensino e assistência (focar HU e não interesses pessoais)<br>• Criar fóruns para problemas estratégicos<br>• Deveríamos ser referência em Pediatria e Saúde Mental | • Cuidado para não desintegrar ensino e assistência<br>• Criar fóruns para problemas estratégicos<br>• Ser referência em Pediatria e Saúde Mental |

Observa-se pelas entrevistas internas a necessidade de o HU-UFSCar tornar-se um hospital de maior complexidade e mais resolutivo, de qualidade e humanizado, tornando-se referência em atendimento ensino e pesquisa. Neste sentido, algumas ações já estão em andamento, tais como implantação do centro cirúrgico e UTI não covid, implantação dos laboratórios de análise clínica e anatomopatológica, pesquisa clínica, entre outras.

As principais dificuldades internas apontadas foram: comunicação e interação entre as áreas, conflitos, resolutividade, burocracia, capacitação, absenteísmo. As dificuldades externas são: pactuação e fluxo com a rede, regulação, liberação de recursos, relação e comunicação com agentes externos.

Há uma preocupação no sentido de focar nas necessidades dos pacientes, melhorar a comunicação e transparência das informações, ter mais visão estratégica, gastar energia com o que agrega valor, investir na comunicação e capacitação; além de aproveitar melhor nossas potencialidades (Saúde Mental, ser vinculado a Universidade, pertencer a uma rede de hospitais).

As entrevistas externas foram realizadas com o pró-reitor de Administração, reitora e diretor CCBS da UFSCar, Secretário Municipal de Saúde e Diretora de Regulação do Município. Foram feitas tentativas de entrevista com os seguintes agentes externos, sem sucesso: pró-reitor de pós-graduação e graduação da UFSCar, representantes do Conselho Municipal de Saúde, Visam e DRS (Quadro 6).

**Quadro 6 - Resultado das entrevistas externas**

| Perguntas | Respostas externas | Palavras-chave |
|---|---|---|
| **Ambições e expectativas** | • Suprir necessidades curso de medicina<br>• Melhorar o atendimento<br>• Ter CC e UTI<br>• Abrir porta pediatria e clínica<br>• Ser consolidado como hospital de ensino<br>• CC/UTI/Ampliação de leitos<br>• Apoio Ebserh infraestrutura e pessoas e prédio ensino e pesquisa<br>• Adequação dos ambientes de prática para alunos, professores e servidores<br>• Fortalecer a formação e ampliar a atenção a saúde | • Ser consolidado como hospital de ensino<br>• Suprir necessidades curso de medicina<br>• Maior complexidade<br>• Abrir a porta<br>• Melhor infraestrutura para assistência e ensino<br>• Melhorar o atendimento |

| Perguntas | Respostas externas | Palavras-chave |
|---|---|---|
| **Preocupação** | • Ter infraestrutura e recursos humanos para atender a expansão<br>• Ainda não está estruturado<br>• Não reflete as ações do munícipio<br>• Comunicação ruim com o munícipio<br>• Diminuir a dependência de recursos da Santa Casa (paciente, estrutura física, preceptoria)<br>• HU atende 10% da carga horária dos cursos da saúde da UFSCar<br>• Falta de estrutura física para ensino e pesquisa (ambiência, climatização, lousa, cadeiras, sala para docente e aluno)<br>• Ter estruturação mínima para atrair financiamentos<br>• Falta comunicação - Não tem comunicação com os docentes e nem espaço para discussão<br>• Perder apoio da Ebserh<br>• Enfraquecimento do SUS | • Infraestrutura para o crescimento assistencial e de ensino; e para atração de fontes financiadoras<br>• Menor dependência da Santa Casa<br>• Melhor comunicação com a Universidade (docentes) e Município<br>• Perder apoio da Ebserh<br>• Enfraquecimento do SUS |
| **Potencialidade** | • Ser um centro de referência público em saúde<br>• Mudar de patamar com CC e UTI<br>• Ter ensino multiprofissional e interdisciplinar<br>• Equipe qualificada<br>• Potencial para pesquisa em rede<br>• Ser um a ambiente de prática para formação de qualidade<br>• Ser equipamento de saúde de alta complexidade para região - referência na região | • Ser um centro de referência público em saúde e ensino<br>• Potencial para pesquisa em rede<br>• Maior complexidade |
| **Prioridades estratégicas** | • Ampliar e fortalecer a infraestrutura física e de recursos humanos<br>• Saúde Mental<br>• Estruturação da parte hospitalar<br>• Ter interlocução boa com a Ebserh e Prefeitura | • Ampliar infraestrutura física e de recursos humanos<br>• Saúde Mental<br>• Estruturação da parte hospitalar<br>• Melhora comunicação agentes externos |
| **Foco** | • Residência<br>• Internato<br>• Desenvolvimento de pesquisa na área da saúde<br>• Ensino | • Residência<br>• Internato<br>• Desenvolvimento de pesquisa na área da saúde<br>• Ensino |
| **Observação** | • Consolidar o HU-UFSCar para consolidar os docentes<br>• Reuniões semanais com a Secretaria de Saúde<br>• Ponto positivo - acolhimento do estagiário, sentem-se valorizados, equipe acolhedora<br>• Sugestão: agenda semanal com os docentes<br>• Ter crachá com foto para alunos - igual a todos | • Consolidar o HU-UFSCar para consolidar os docentes<br>• Reuniões semanais com a Secretaria de Saúde e com docentes<br>• Ter crachá com foto para alunos - igual a todos |

Observa-se pelas entrevistas externas uma preocupação no sentido de o HU-UFSCar ser um hospital mais resolutivo, de maior complexidade e com melhor infraestrutura para as atividades de ensino e pesquisa, de forma a aproveitar o seu potencial, tornando-se um centro de referência em saúde e ensino.

### 3.2.3 Matriz SOWT

A Análise SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities e threats*) foi uma das etapas utilizadas na elaboração do plano. O objetivo da aplicação da SWOT é possibilitar o desenho de estratégias para, no contexto do planejamento estratégico, manter e potencializar pontos fortes,

reduzir a intensidade de pontos fracos, aproveitando-se de oportunidades e protegendo-se de ameaças. A análise também é útil para revelar fortalezas que ainda não foram, plenamente, utilizadas e identificar fraquezas que podem ser corrigidas.

Com o objetivo de estimular o grupo a identificar possíveis riscos, com a finalidade de contingenciá-los, bem como potencializar as capacidades e explorar as oportunidades, no que tange à elaboração do planejamento estratégico, no dia 29/01/2019 realizou-se o **II Workshop do Planejamento Estratégico – Análise do Ambiente,** com a presença de 42 gestores do HU-UFSCar (Figura 13). Para realização do diagnóstico, foram utilizadas as informações consolidadas pela pesquisa "Percepções e Expectativas" e das entrevistas internas e externas, citadas anteriormente, buscando uma visão estruturada do ambiente interno e externo da instituição.

**Figura 13 – Workshop análise do ambiente**

Com esse diagnóstico traçou-se o perfil das Forças e Fraquezas, geradas pelas variáveis que compõem o cenário interno HU-UFSCar. Entre elas, os recursos humanos, orçamentários, de tecnologia da informação e de infraestrutura, assim como os fluxos dos procedimentos de trabalho que impactam diretamente o resultado da prestação serviço assistencial e de ensino simultaneamente, foi possível identificar as Oportunidades e Ameaças geradas pelas variáveis que integram o cenário externo do HU-UFSCar, composto principalmente pelas questões políticas e sociais (Figura 14).

**Figura 14 – Matriz SWOT**

| Forças |
|---|
| • Cuidado multiprofissional<br>• Saúde mental<br>• Ensino humanizado e baseado em evidências científicas<br>• Utilização de metodologia ativa<br>• Profissionais com boa formação e corpo clínico comprometido e capacitado<br>• Implementar residências e capacitações como fonte de expansão<br>• Potencial de ampliação de ensino e pesquisa pelo envolvimento de outras áreas de conhecimento<br>• Referência no atendimento da criança e atendimento pediátrico 24 horas<br>• Jovem /predominância funcionário Ebserh<br>• Implantação de novos ambulatórios, que ampliam o atendimento à comunidade e fortalecem o vínculo com a UFSCar<br>• Vínculo com a Universidade<br>• Crescimento continuado da capacidade instalada<br>• Ter gestão plena e poder de decisões institucionais<br>• Possibilidade de ampliação de serviços e especialidades |
| **Fraquezas** |
| • Política insuficiente de gestão de pessoas: Pouco engajamento e comprometimento dos profissionais, dificuldade de trabalho em equipe e conflitos interpessoais, baixa motivação e desvalorização profissional, alta taxa de absenteísmo da equipe assistencial, carência de líderes, indisponibilidade de horas e/ou políticas internas para atividades de instrução, participação em capacitações ou atualizações da equipe Ebserh, equipe gestora pouco capacitada em gestão<br>• Fragilidade na comunicação interna e interação entre as áreas<br>• Ambiente de trabalho extremamente hierarquizado, com baixa comunicação entre as equipes<br>• Excesso de burocracia<br>• Processos e fluxos não estão estabelecidos. Os que estão estabelecidos não são seguidos<br>• Pouca preocupação com as dimensões da humanização<br>• Ausência de visão sistêmica das equipes e falta de conhecimento do HU como todo<br>• Falta de oportunidades em explanar sobre possíveis melhorias<br>• Infraestrutura física e de recursos humanos inadequados e sem previsão de adequação final<br>• Limitação no campo de ensino<br>• Equipe gestora pouco capacitada em gestão<br>• Não ser credenciado como hospital de ensino<br>• Não ter laboratórios de análises clínicas e anatomopatológico<br>• Não ter unidade de pesquisa clínica<br>• Não tem estrutura para aumentar oferta de leitos<br>• Planejamento de compras e contratações deficientes<br>• Dificuldade de reposição de docentes cedidos ao HU-UFSCar<br>• Resolução dos problemas sem o foco no paciente<br>• Perfil assistencial não definido e divulgado<br>• Reuniões pouco resolutivas<br>• Excesso de verborragia aliado a ausência de ações<br>• Falta equipe para educação continuada e permanente<br>• Insuficiência de software e/ou informatização para gestão |

| Oportunidade |
|---|
| • Cidade carente de locais que oferecem atendimentos as crianças<br>• Aplicação de metodologias e tecnologias permite a redução de absenteísmo nas consultas ambulatoriais<br>• Necessidade da RAS por capacitação e educação continuada/permanente de seus profissionais<br>• Possibilidade de ser referência em atendimento em Saúde Mental e Geriatria<br>• Estar situado num polo de tecnologia e inovação<br>• Boa relação do HU-UFSCar com o gestor municipal<br>• Possibilidade de ser referência em atendimento em Saúde Mental e Geriatria<br>• Possibilidade de abertura de novos programas de residência médica e multiprofissional<br>• Potencial de rede - Pertence a uma rede com mais de 40 HUs: maior poder de negociação com o governo por pertencer a uma rede de hospitais, com possibilidade de permuta de conhecimento entre os hospitais |
| **Ameaça** |
| • Dificuldades de agentes externos entenderem a lógica do SUS e a vocação do HU-UFSCar<br>• Crise econômica e política<br>• Privatização e/ou extinção<br>• Ausência de representatividade do HU-UFSCar nos colegiados da UFSCar<br>• Mudança política a cada 4 anos<br>• Falta de recursos<br>• Dificuldade de cumprimento da pactuação de fluxo, de interlocução e comunicação com a rede de saúde |

### 3.2.4 Pesquisa de satisfação

A Pesquisa de Satisfação realizada no HU-UFSCar seguiu as diretrizes estabelecidas pela Ouvidoria-Geral da Ebserh e do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, que visa a promoção da gestão de excelência na Administração Pública, contribuindo para a qualidade dos serviços prestados ao cidadão. A pesquisa teve como público-alvo os usuários dos serviços de saúde ambulatorial e de internação do HU-UFSCar, apresentou os seguintes resultados (Figura 15 e Figura 16):

**Figura 15 – Perfil dos respondentes, índice de satisfação geral e nível de confiança na internação**

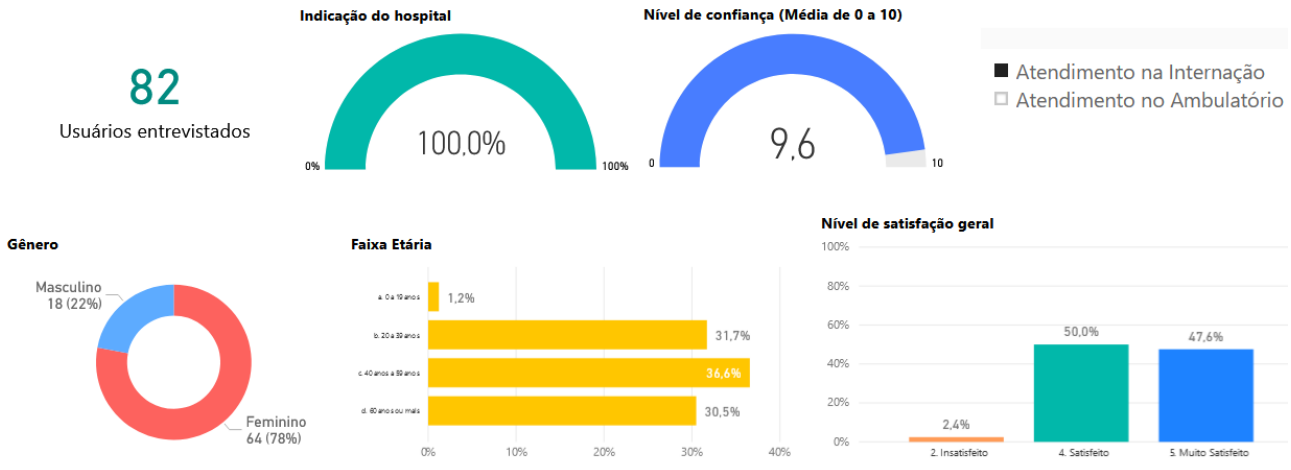
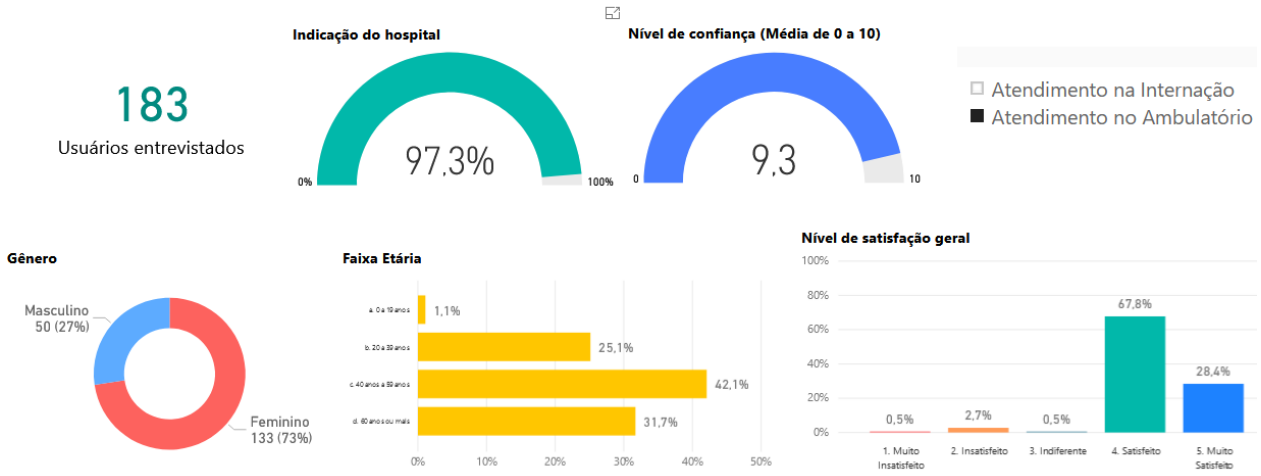


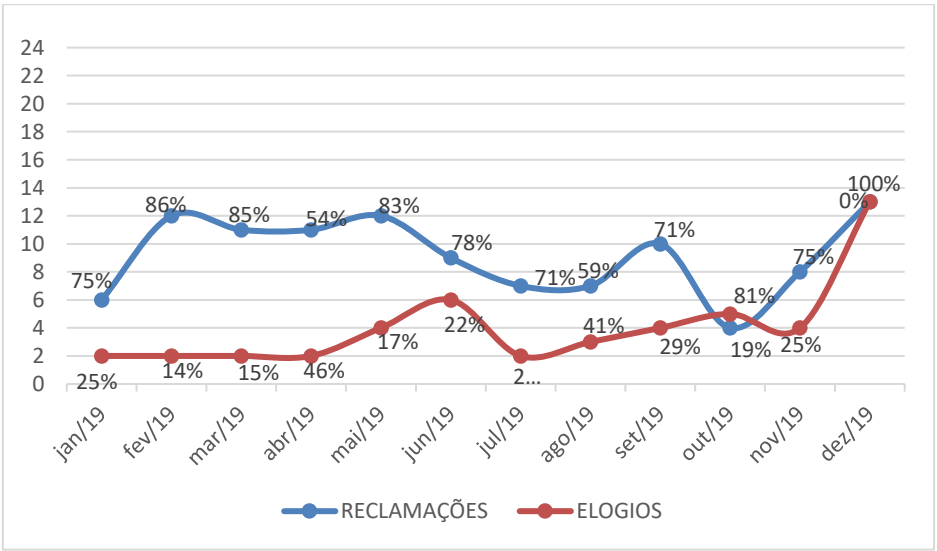
**Figura 16– Perfil dos respondentes, índice de satisfação geral e nível de confiança no ambulatório**




O Índice de Satisfação relacionado com a indicação do hospital, no atendimento no ambulatório, alcançou 97,3% e o seu Índice de Confiança atingiu 9,3 em uma escala de 0 a 10.

O mapa de registros no Fala.BR é atualizado mensalmente, onde a Ouvidoria acompanha a evolução da taxa de elogios e reclamações, conforme Gráfico 4.

**Gráfico 4 – Evolução reclamações e elogios**




A maioria das reclamações estão relacionadas ao atendimento aos usuários do HU-UFSCar, ao atendimento de enfermagem, ao atendimento médico, com as atividades dos terceiros, hotelaria e infraestrutura, demora nos resultados de exames, cancelamento de consulta sem aviso prévio, utilização do estacionamento e da equipe de saúde mental.

## 3.3 Desempenho do Contrato SUS

O Contrato SUS, celebrado com o Município de São Carlos, tem por objeto integrar o HU-UFSCar, na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Carlos, formalizando a prestação de serviços de saúde hospitalar e ambulatorial, bem como definição de sua atuação na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando à garantia da atenção integral à saúde dos usuários do SUS.

Conforme previsto no Contrato, a análise quanto ao atingimento das metas deve ser efetuada trimestralmente, devendo ainda ser submetida à apreciação pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização – CAC.

Para o último período de avaliação pela Comissão de Acompanhamento da Contratualização (4º trimestre do ano de 2019), o HU-UFSCar teve desempenho de 92% quanto ao atingimento das metas qualitativas.

Em relação a esse mesmo período de avaliação, também houve o atingimento de 132% das metas quantitativas estabelecidas, tanto na média complexidade ambulatorial (Procedimento Diagnósticos; Procedimentos Clínicos e Procedimentos Cirúrgicos), na alta complexidade ambulatorial (procedimentos com finalidade diagnóstica) quanto na média complexidade hospitalar (Procedimentos Clínicos)

O HU-UFSCar encontra-se em fase de estudo preliminar para o estabelecimento de novas diretrizes, com possível ajuste das metas, para apresentação de proposta ao Gestor Local de Saúde, quando da efetivação do novo ajuste de Contratualização. O estudo tem como objetivo adequar o contrato SUS a realidade do HU-UFSCar.

Em 2020, por conta do contexto da pandemia, foi publicada uma portaria estabelecendo o repasse SUS independente do cumprimento de metas, prorrogada posteriormente até dezembro de 2020.

No HU-UFSCar vários ajustes foram necessários para atender a situação atual de pandemia, que provavelmente teve impacto nas metas qualitativas e quantitativas da contratualização. Impactos serão analisados após período de calamidade publica

- Suspensão dos serviços eletivos a partir de 17/03 até zerar no final do mês de março, limitando-se a pacientes internados;
- Suspensão visitas e acompanhantes;
- Suspensão consultas ambulatoriais, com a instalação de um processo de triagem para as prioridades ambulatoriais e realizar teleconsulta com pacientes crônicos (hepato, cardio e neuro).

Os serviços eletivos foram retomados em setembro de 2020 de forma gradativa, chegando a 100% em dezembro de 2020.

## 3.4 Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade

O Selo Ebserh de Qualidade, criado em 5 de novembro de 2018 por meio da Portaria SEI n° 23, é um sistema próprio de avaliação da Rede Ebserh, o qual tem por objetivo promover a cultura de melhoria contínua dos serviços prestados à população brasileira e visa reconhecer formalmente hospitais que realizam atividades de ensino, que atingirem os padrões estabelecidos no sistema de avaliação proposto pelo Selo.

Para tanto, foi instituída a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, a qual é responsável por realizar avaliações periódicas, com viés educacional, nos requisitos estabelecidos pelo selo, que são agrupados em processos de Ensino, Assistência, Apoio e Gerenciais.

A 1ª Avaliação interna do Selo Ebserh de Qualidade foi realizada no período de 27 de janeiro a 14 de fevereiro de 2019, cujos resultados são apresentados nas tabelas abaixo (Tabela 2 e Tabela 3).

**Tabela 2- Situação do HU-UFSCar em relação aos Requisitos Essenciais**

| REQUISITOS ESSENCIAIS (RE) | |
|---|---|
| Quantidade de RE aplicável ao HU-UFSCar | 432 |
| RE conformes | 369 |
| % Cumprimento RE | 85% |
| RE não conformes | 63 |
| % RE não conformes | 15% |

**Tabela 3 – Situação do HU-UFSCar em relação aos Requisitos Totais**

| TOTAL DOS REQUISITOS | |
|---|---|
| Quantidade de requisitos aplicáveis ao HU-UFSCar | 776 |
| Requisitos conformes | 615 |
| % Cumprimento conforme | 79% |
| Requisitos não conformes | 161 |
| % requisitos não conformes | 21% |

A partir dos resultados das avaliações, propôs-se as seguintes recomendações relacionadas aos requisitos de cada processo.

**a) Recomendações - processos de ensino**

Os principais resultados da avaliação dos processos de ensino destacam a necessidade de priorizar os requisitos essenciais identificados como “não conforme”, iniciando os processos de monitoramento da satisfação dos pacientes e escuta qualificada com os cuidados prestados por professores, alunos e residentes, e elaboração dos planos de ação para corrigir as não

conformidades; divulgar os resultados das pesquisas pela área de Ensino e Pesquisa; seguir todas as normas e resoluções vigentes que abordam a segurança, os direitos e o bem-estar de pacientes vulneráveis que possam correr o risco de coerção ou de influências; publicar os processos e documentos que já estão mapeados, padronizados, documentados e atualizados no Sistema de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente da instituição.

Além disso, recomenda-se iniciar a gestão de produção intelectual com apoio financeiro e técnico para publicações; inserir na avaliação dos residentes e alunos o cumprimento dos programas institucionais, ampliar a representação colegiada na Universidade; ampliar o acompanhamento dos alunos e residentes sobre a sua produção científica e frequência; elaborar uma política específica para residentes, incluindo aqueles com necessidades especiais; elaborar e implementar uma política para inovação; ampliar o monitoramento dos projetos de extensão; promover a integração de ensino, pesquisa e extensão utilizando a telessaúde; implantar pesquisa clínica e NATS.

**b) Recomendações processos assistenciais**

Os resultados da avaliação na área assistencial destacam a necessidade de priorizar os requisitos essenciais identificados como “não conforme”, iniciando os processos de elaboração do plano de alta hospitalar; ampliar a divulgação dos manuais, de normas, rotinas e procedimentos da internação; melhorar o espaço físico para tornar restrita a circulação na área de cirurgia ambulatorial; estabelecer e implementar rotinas que determinam como armazenar e controlar amostras grátis de medicamentos; criar campanhas periódicas de prescrição segura para prescritores; iniciar atividade de conciliação medicamentosa nas primeiras 24 horas de admissão; documentar no prontuário os incidentes relacionados ao uso de medicamentos; e notificar eventos adversos relacionados a medicação.

Recomenda-se, ainda, elaborar protocolo para cuidados paliativos; formalizar e registrar as ações relacionadas ao plano terapêutico singular; finalizar e implantar os protocolos de transferência de cuidado; elaborar e implantar plano para atender múltiplas vítimas e catástrofes; elaborar e implantar protocolo para identificar e administrar situações de superlotação e picos; monitorar os indicadores para análise crítica dos casos atendidos na UP da emergência; elaborar e implantar sistema de análise crítica dos procedimentos de reabilitação e a mesma participar da elaboração do plano terapêutico singular; na assistência farmacêutica buscar alternativas para um sistema informatizado que auxilie na identificação de interações medicamentosas e alergia, realizar procedimentos de orientação ao cliente/paciente e ofertar serviços de atenção farmacêutica ambulatorial.

**c) Recomendações processos gerenciais**

Após a avaliação interna da qualidade recomenda-se priorizar os requisitos essenciais identificados como “não conforme”, tais como: elaborar política de gestão da informação; programa de gestão de riscos; criar mecanismos para validação das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) cujo CID indique tratar-se de Internação por doença de notificação compulsória; desenvolver estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC no ambiente hospitalar, incluindo a avaliação de protocolos clínicos das DNC; criar mecanismos para informar ao paciente e

seus familiares sobre o processo de doação/obtenção de órgãos e outros tecidos; formalizar meios de transporte para a realização de transferências; divulgar os manuais de normas, rotinas e procedimentos de referência e contra referência; implantar protocolos de ações que garantam registros adequados e seguros nos prontuários dos pacientes; aplicar TCLE antes de procedimentos cirúrgicos e invasivos.

Além disso, recomenda-se estabelecer ações de melhorias para as compras de urgência de suprimentos; identifica e mapear os processos críticos da organização de acordo com o planejamento estratégico; analisar e notificam erros / desvios na jornada do paciente; possuir um processo de verificação das habilitações de todos profissionais assistencial na fonte original; avaliar os resultados do processo de integração e acompanhamento de novas pessoas na organização; realizar pesquisa de Clima Organizacional; possuir processo padronizado contínuo para avaliar a qualidade e a segurança do cuidado prestado aos pacientes, por cada membro do corpo clínico; identificar e avaliar a motivação do desligamento dos profissionais; promover e desenvolver a cultura da aprendizagem em equipe, o compartilhamento de informações, inovações e melhores práticas; desenvolver ações para a eliminação ou mitigação das vulnerabilidades; possuir inciativas para políticas afirmativas; oferecer acompanhamento a profissionais segunda vítima de eventos adversos ou incidentes de alta-vigilância (eventos sentinelas); implementar o Protocolo de Comunicação Efetiva; utilizar processo de triagem de risco de queda para os pacientes ambulatoriais; realizar registro de câncer conforme legislação vigente; estabelecer mecanismos para interação entre os processos considerando as entregas e prazos; monitorar e analisar o desempenho dos processos e apoiar as iniciativas de melhorias nas suas interrelações; realizar capacitação para escuta qualificada; possuir mecanismos e implementa medidas para proteger populações vulneráveis contra outros problemas de segurança; elaborar e implantar protocolos clínicos para atendimento ao cliente/paciente, na fase inicial e durante as transferências; elaborar protocolo de referência e contrarreferência que contemple as condutas e a avaliação de resultados dos procedimentos; informa aos pacientes são informados quando há atraso no cuidado e tratamento; capacitar os profissionais responsáveis para a comunicação de más notícias e possuir protocolo; implementar ações para reduzir barreiras físicas, de idioma, culturais e outras para o acesso e à prestação de cuidados.

**d) Recomendações processos de apoio**

As principais recomendações após a avaliação interna dos requisitos dos processos de apoio apontam a necessidade de priorizar os requisitos essenciais identificados como “não conforme”, tais como possuir Responsável Técnico para exames de métodos gráficos e para o serviço de Assistência Social; possuir manuais, normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados e disponíveis da área de assistência social; implantar o serviço estatístico; melhorar as condições de armazenamento para atender às condições de segurança de acordo com as normas vigentes do arquivo médico; possuir áreas separadas por barreira física e mecanismos adequados de comunicação entre as áreas e com o exterior para o processamento de materiais; possuir processos padronizados de higiene e manutenção desta no ambiente; implantar os procedimentos

padronizados de manutenção corretiva dos equipamentos; possuir programa de tecnologia médica implementado em todo o hospital.

Além disso, recomenda-se possuir Memorial Descritivo de Proteção Radiológica; o serviço de diagnóstico por imagem disponibilizar os resultados em tempo hábil de acordo com as diretrizes do hospital; elaborar padronização sobre o registro dos procedimentos e a guarda dos documentos do serviço de diagnóstico por imagem; serviço de diagnóstico por imagem possuir programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição; padronizar o registro dos procedimentos e a guarda dos documentos do serviço de exames de métodos gráficos; elaborar sistemas de análise crítica dos procedimentos de métodos gráficos, visando o controle de qualidade, mitigação de riscos e melhoria contínua dos processos; o responsável pela área assistencial acompanhar, controlar e dar ateste do recebimento do enxoval; a área de assistência social; possuir sistema de análise crítica dos casos atendidos, visando à melhoria da técnica, controle de problemas, melhoria de processos e minimização de riscos e possuir procedimentos de orientação aos usuários; elaborar indicadores referentes ao processo e resultados do faturamento e realizar melhorias a partir dos indicadores definidos; a área de processamento de materiais e esterilização atender às condições operacionais e estruturais de segurança, conforme normas e regulamentos do serviço; a área de processamento de materiais e esterilização possuir programa de segurança atualizado, documentado e em conformidade com o programa de controle de infecção da instituição; o possuir comitê de processamento de produtos para a saúde ativo, de acordo com a legislação vigente; elaborar procedimentos padronizados de manutenção preventiva dos equipamentos; possuir programa educação e treinamento continuado referente às atividades desenvolvidas de Processamento de Materiais e Esterilização e a importância dessas; verificar se a destinação final dos seus resíduos de saúde está sendo realizada em ambiente correto; criar mecanismos para controlar a entrada e saída de alimentos, roupas, materiais, entre outros do hospital; e possuir sistema de controle de problemas, análise crítica dos casos, melhoria de processos e minimização de riscos visando à melhoria contínua relacionada ao controle de acesso.

## 3.5 Contrato de Objetivos

Com o objetivo de realizar o planejamento da aplicação de recursos da Rede Ebserh, foi implementado um modelo de pactuação junto aos Hospitais que permite a previsibilidade, a sustentabilidade econômico-financeira, a transparência, o monitoramento e o controle das receitas e despesas de cada Unidade.

Em 2019, o HU-UFSCar, participou do projeto piloto em foram formalizados os Contratos de Objetivos dos Planos de Investimentos. As necessidades de investimento foram solicitadas pela EBSERH-Sede para o HU-UFSCar e foram avaliadas e priorizadas de acordo com critérios técnicos, viabilizando as ações propostas.

Em 2020, o escopo foi ampliado para todas as receitas e despesas abrangendo os Planos de Investimento, Custeio, Infraestrutura Física e Tecnológica, Capacitação, Tecnologia da Informação,

Passagens e Diárias, formalizando o Contrato de Objetivos. Além disso, em 2020 o contrato de objetivos estabeleceu janelas para correções de rotas em função das demandas e estratégias dos hospitais, facilitando o desenvolvimento dos projetos que surgiram durante o ano.

A Ebserh Sede coordenou as ações de planejamento do contrato de objetivo, com a criação de planilhas a serem preenchidas pelos Hospitais da Rede, contemplando todas as demandas referenciadas para 2020.

Quanto à execução, a Sede realiza a descentralização de créditos ao longo do ano e solicita aos Hospitais que esses créditos sejam executados conforme o que está previsto na planilha homologada inicialmente

Destaca-se que o contrato de objetivos estabeleceu uma lógica planejada para descentralização dos recursos, sendo um instrumento eficiente na utilização dos recursos destinados ao hospital e no equilíbrio entre as necessidades e a disponibilidade orçamentária, visando atender às melhores práticas de gestão, ensino, pesquisa e assistência hospitalar de qualidade.

Entretanto, cabe destacar a necessidade de aprimoramento da ferramenta, principalmente no sentido de evoluir para um sistema de planejamento informatizado e possibilitar uma maior flexibilização da execução orçamentária, tendo em vista a natureza de urgência que um Hospital impõe em relação ao seu orçamento, além da necessidade de estabelecer indicadores de execução.

O Plano de Aplicação 2020 dos recursos disponibilizados ao HU-UFSCar está em execução, conforme previsto pelo Contrato de Objetivos firmado com a EBSERH, dividido em ações de custeio e investimentos para insumos e medicamentos; obras e reformas, tecnologia da informação e capacitações.

O Plano de Custeio 2020 previsto para contratos de serviços, fornecimento de materiais, insumos e medicamentos possui disponibilidade orçamentária na ordem de R$ 14.546.000,00 e está distribuída conforme a participação indicada abaixo:

Com o objetivo de realizar o planejamento da aplicação de recursos da Rede Ebserh, foi implementado um modelo de pactuação junto aos Hospitais que permite a previsibilidade, a sustentabilidade econômico-financeira, a transparência, o monitoramento e o controle das receitas e despesas de cada Unidade.

Em 2019, o HU-UFSCar, participou do projeto piloto em foram formalizados os Contratos de Objetivos dos Planos de Investimentos. As necessidades de investimento foram solicitadas pela EBSERH-Sede para o HU-UFSCar e foram avaliadas e priorizadas de acordo com critérios técnicos, viabilizando as ações propostas.

Em 2020, o escopo foi ampliado para todas as receitas e despesas abrangendo os Planos de Investimento, Custeio, Infraestrutura Física e Tecnológica, Capacitação, Tecnologia da Informação, Passagens e Diárias, formalizando o Contrato de Objetivos. Além disso, em 2020 o contrato de objetivos estabeleceu janelas para correções de rotas em função das demandas e estratégias dos hospitais, facilitando o desenvolvimento dos projetos que surgiram durante o ano.

A Ebserh Sede coordenou as ações de planejamento do contrato de objetivo, com a criação de planilhas a serem preenchidas pelos Hospitais da Rede, contemplando todas as demandas referenciadas para 2020.

Quanto à execução, a Sede realiza a descentralização de créditos ao longo do ano e solicita aos Hospitais que esses créditos sejam executados conforme o que está previsto na planilha homologada inicialmente

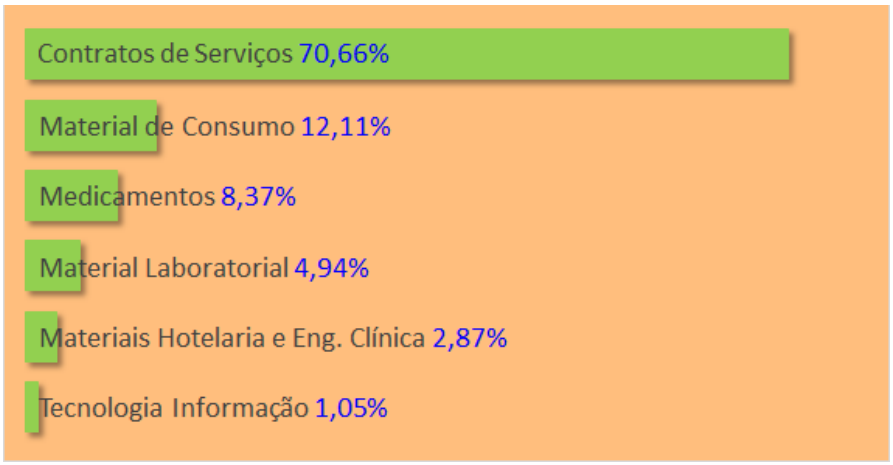
Destaca-se que o contrato de objetivos estabeleceu uma lógica planejada para descentralização dos recursos, sendo um instrumento eficiente na utilização dos recursos destinados ao hospital e no equilíbrio entre as necessidades e a disponibilidade orçamentária, visando atender às melhores práticas de gestão, ensino, pesquisa e assistência hospitalar de qualidade.

Entretanto, cabe destacar a necessidade de aprimoramento da ferramenta, principalmente no sentido de evoluir para um sistema de planejamento informatizado e possibilitar uma maior flexibilização da execução orçamentária, tendo em vista a natureza de urgência que um Hospital impõe em relação ao seu orçamento, além da necessidade de estabelecer indicadores de execução.

O Plano de Aplicação 2020 dos recursos disponibilizados ao HU-UFSCar está em execução, conforme previsto pelo Contrato de Objetivos firmado com a EBSERH, dividido em ações de custeio e investimentos para insumos e medicamentos; obras e reformas, tecnologia da informação e capacitações.

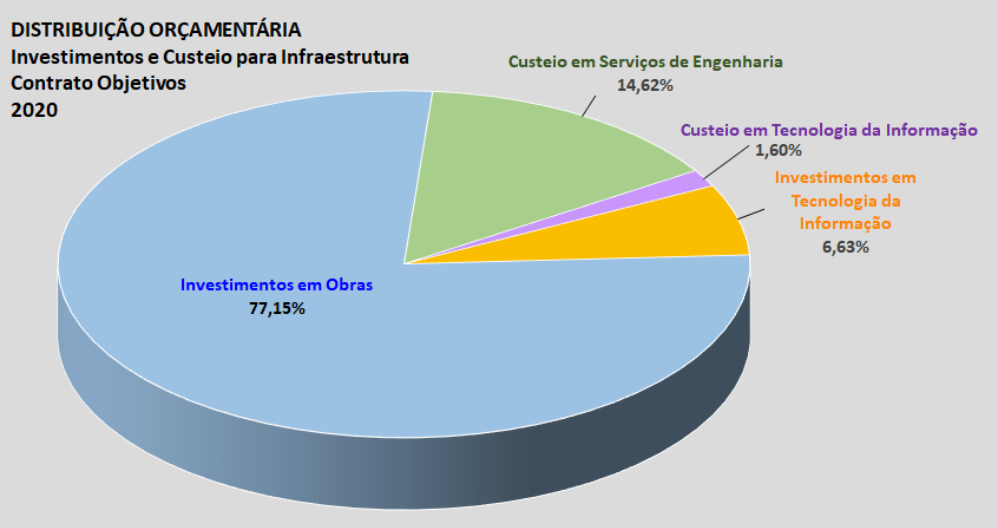
O Plano de Custeio 2020 previsto para contratos de serviços, fornecimento de materiais, insumos e medicamentos possui disponibilidade orçamentária na ordem de R$ 14.546.000,00 e está distribuída conforme a participação indicada abaixo (Gráfico 5).

**Gráfico 5 – Distribuição do Custeio -HU-UFSCar 2020**




O Plano de Aplicação em Infraestrutura Física de 2020 traz recursos de investimentos e custeio para obras e reformas bem como implementação e modernização do parque de equipamentos e necessidades do Setor de Tecnologia da Informação, totalizando orçamento anual em R$ 3.900.000,00, que ficaram assim distribuídos (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Distribuição Orçamentária (Investimento e Custeio em Infraestrutura)**




Com a finalização das obras do Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva, Central de Material Esterilizado e Laboratório de Análises Clínicas, foi dado início as próximas etapas de conclusão do Projeto Executivo como previsto no Planejamento Estratégico. Assim, foram iniciadas as obras para conclusão do Bloco D, onde abrigará os serviços logísticos e técnicos e a Obra do Térreo do Bloco C, que ampliará novos leitos e a UTI Pediátrica. Ao longo de 2020 percebeu-se a necessidade de adequar áreas físicas para atendimento dos ambulatórios de especialidades, sendo então proposto e aprovado a melhoria das condições no 2º andar do Bloco C para atender as demandas das consultas contratualizadas em um ambiente específico.

## 3.6 Principais achados e recomendações

A forma de atuação da Auditoria Interna se dá através de avaliação e consultoria, seguindo um plano de atividades, o qual é regulamentado pela Instrução Normativa da Controladoria Geral da União nº 9, de 09 de outubro de 2018, denominado Plano Anual de Atividades de Auditoria Interna (PAINT). O roteiro dos trabalhos de auditoria segue uma sequência de desdobramento, iniciando pelo PAINT, seguindo com ordem de serviço, solicitações de auditoria, relatórios de auditoria e Plano de Providência Permanente (PPP).

A partir de informações obtidas no SIG Auditoria o HU-UFSCar possui 43 apontamentos da Auditoria, todos classificados como “recomendações”. Desses apontamentos 25 foram atendidos, 17 estão em análise e 01 não se aplica. O HU-UFSCar passou também por uma auditoria da Controladoria Geral da União no ano de 2018.

Os apontamentos realizados pelos Órgãos de Controle e Auditoria Interna estão relacionados a necessidades de adequações nas instalações, fluxos e processos de trabalho, mecanismos de controle, procedimentos padronizados, controle interno, gestão de risco e conformidade, hotelaria, implantação de boas práticas, fiscalização de contratos, movimentação de bens, estoques, manutenção de equipamentos médico-hospitalares, regularização de imóveis, bens

da Universidade, contratos de gestão, produção, faturamento, contratualização, REHUF e equipamentos sem utilização.

Todos os apontamentos realizados pelos órgãos de controle e auditoria interna no HU-UFSCar foram pertinentes e contribuíram para aperfeiçoamento dos controles internos, da governança, do gerenciamento de risco, a eficiência dos processos internos e estímulo às iniciativas de transparência. É um dos momentos em que o hospital tem a possibilidade de conhecer suas fragilidades e buscar oportunidades de melhorias que possam agregar valor para a organização. Além disso, culmina na adoção de providências preventivas e corretivas, promovendo o fortalecimento da gestão e racionalização das ações de controle.

Os principais desafios verificados a partir da análise e achados das auditorias estão foram:

1. Resistência de outras equipes, especialmente assistenciais, para implementação das ações necessárias para as adequações;
2. Ter um quadro de pessoal suficiente para atendimento de todas as demandas solicitadas;
3. Dificuldades de traçar medidas de prevenção e mitigação de riscos para apontamentos que não dependem exclusivamente do HU-UFSCar;
4. Ter sistema informatizado que contemple todas as necessidades e obrigatoriedades legais e que trazem segurança para todo processo, sem necessidade de controles paralelos;

## 3.7 Painel de Contribuição da Rede Ebserh

A análise dos desafios a serem superados pelo HU-UFSCar considera o Painel de Contribuição da Ebserh disponível no processo 23477.016100/2018-94 e no seguinte endereço: www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/metas-e-projetos-estrategicos.

O painel de contribuição da Rede Ebserh define as diretrizes estratégicas para os anos 2019-23, orientadas por cinco pilares estratégicos: sociedade, sustentabilidade, governança, processos e tecnologia e pessoas. A partir de cada pilar/objetivo estratégico foram propostos indicadores e metas que permitem a mensuração do desempenho da Rede Ebserh e desdobrados em projetos que promovem o atingimento das metas dos indicadores estratégicos.

Observa-se a partir da análise do painel de contribuição que nos anos de 2019-2023 que o foco estratégico da Rede está pautado nos seguintes itens:

a. Qualificação da assistência, o ensino e a pesquisa;
b. Organização dos processos e fluxos de trabalho e modelos de gestão;
c. Estruturação de um arcabouço tecnológico necessário para alavancar assistência, ensino e pesquisa;
d. Crescimento sustentável dos HUFs da Rede Ebserh;
e. Construção de um modelo de atuação em Rede;
f. Retenção, Valorização e capacitação dos profissionais da Rede.

A estratégia definida para o ciclo 2019-2023 deve nortear o desenvolvimento Rede e, consequentemente, as ações de planejamento dos hospitais para o horizonte 2021-2023. O Quadro 7 abaixo sintetiza os principais dos desafios a serem superados pelo HU-UFSCar a partir dos

resultados da análise do painel de contribuição da Rede Ebserh, categorizados de acordo com os pilares da estratégia.

**Quadro 7 -Análise dos desafios a serem superados pelo HU-UFScar**

| | |
|---|---|
| *Sociedade* | • Manter uma cultura de segurança e bem-estar dos pacientes e dos colaboradores;<br>• Ter um modelo de gestão do cuidado centrado no paciente de forma a atender suas necessidades e expectativas;<br>• Ampliar a oferta de vagas de residência e possuir cursos de pós-graduação diante da atual infraestrutura e do atual nível de complexidade do HU-UFSCar; |
| *Sustentabilidade* | • Possibilidade de aumentar os custos de saúde, com a implementação de novos procedimentos, equipamentos, medicamentos e serviços;<br>• Possibilidade do término do programa REHUF;<br>• Conciliar crescimento do HU-UFSCar com a contratualização SUS. |
| *Governança* | • Incorporar a estratégia no processo decisório e no processo de melhoria contínua;<br>• Garantir uma comunicação transparente e eficiente com pacientes e familiares, entre profissionais, alunos, docentes, pesquisadores e, em todos os processos;<br>• Garantir continuidade na execução dos projetos perante as mudanças dos gestores de órgãos públicos estratégicos;<br>• Aprimorar a contratualização interna/ Implantar os contratos interna de gestão (acordos de serviços); |
| *Processos e Tecnologias* | • Prover solução de Tecnologia da Informação e Comunicação para apoiar o ensino, a pesquisa e a gestão de forma que seja possível:<br>  ○ Coletar e analisar dados para dar suporte ao cuidado ao paciente e ao gerenciamento institucional;<br>  ○ Usar as informações para validar ou revisar as práticas assistenciais, administrativas e de ensino e para a tomada de decisões;<br>  ○ Assegurar os registros atualizados, completos e exatos, visando a continuidade da assistência;<br>  ○ Assegurar a privacidade, confidencialidade e segurança dos dados dos pacientes, alunos, pesquisadores, docentes e colaboradores;<br>• Vencer a resistência diante das mudanças necessárias nos processos de trabalho;<br>• Implantar e gerenciar os processos estratégicos de forma integrada;<br>• Desenvolver um processo contínuo de inovação e aprendizado no HU-UFSCar, de modo a adaptar-se de maneira mais rápida as mudanças de contexto e realinhar seus processos e serviços as necessidades da assistência, pesquisa e ensino. |
| *Pessoas* | • Conciliar as capacitações com as escalas de trabalho da assistência, sem gerar horas de trabalho excedente;<br>• Integração entre as diversas áreas do hospital, uma vez que a alta especialização não favorece uma compreensão sistêmica dos papeis de cada profissional, isso sem contar as diferentes culturas e formações;<br>• Criar mecanismos para criar e reter talentos |

# 4 ESTRATÉGIA DO HU-UFSCar

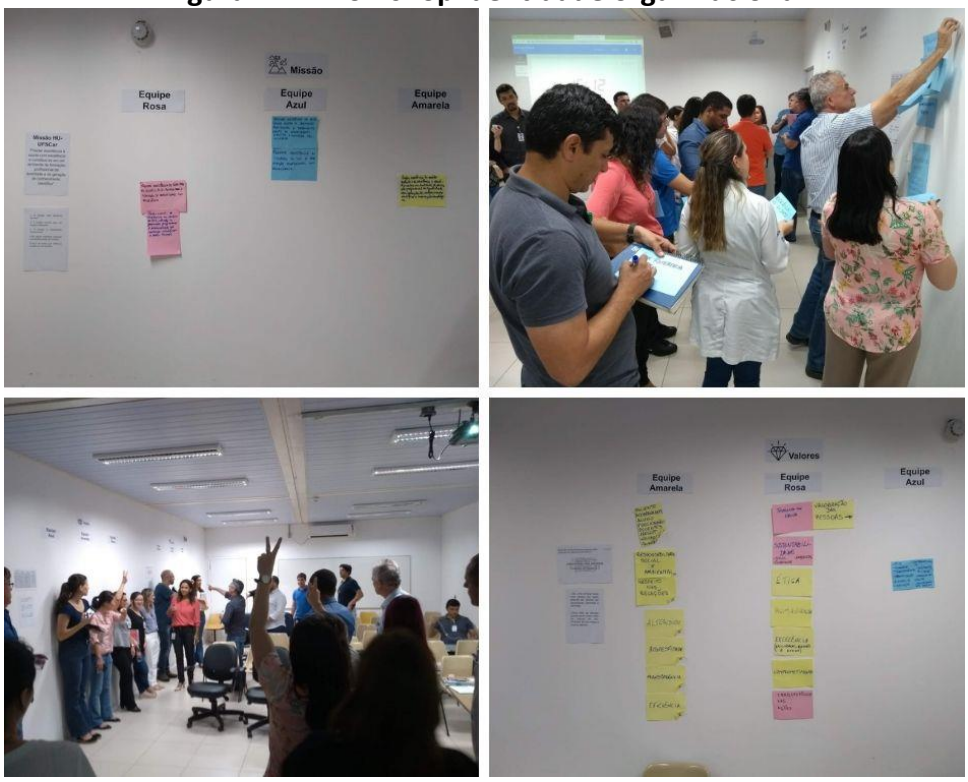
## 4.1 Declaração de Visão do HU-UFSCar

***Ser uma instituição acreditada e referência em ensino, pesquisa e assistência interprofissional em níveis de atenção à saúde de média e alta complexidade***

A declaração da visão do HU-UFSCar foi definida por meio dos dados coletados com a pesquisa "Percepções e Expectativas" e do Workshop com a equipe de Governança realizado no dia 27/11/2018 (Figura 17), alinhada às premissas da rede Ebserh, que buscam prestar atenção à saúde de excelência e fornecer cenário de prática adequado ao ensino, pesquisa e extensão para a comunidade universitária.

Diante da necessidade de adaptação em relação ao Guia de Desdobramento da Estratégia, realizou-se uma reunião via aplicativo *Teams,* com o Grupo de trabalho designado para a adequação do Planejamento, no dia 02/09/2020 para discutir e validar a visão de acordo os atributos (gestão, assistência, ensino e pesquisa) e os cinco pilares (sociedade, sustentabilidade, processos e tecnologia, pessoas e governança) da estratégia da Rede Ebserh. O grupo de trabalho considerou que a visão definida pela equipe no workshop comtemplava todos os atributos e pilares da Rede Ebserh, sendo, portanto, aprovada por unanimidade.

**Figura 17 – Workshop identidade organizacional**



## 4.2 Macroproblemas

A avaliação do ambiente interno e externo, as entrevistas com a os gestores locais da prefeitura Municipal, UFSCar e lideranças internas, a análise Contrato de Gestão, dos dados epidemiológicos e da estrutura assistencial da região deram base para identificar os grandes desafios a serem enfrentados pelo hospital, considerando o cenário atual em comparação às aspirações apresentadas na declaração da visão. Para tanto, realizou-se uma oficina com Grupo de Trabalho, via Teams, no dia 30/09/20 em que identificados os macroproblemas ligados a cada atributo da Rede, apresentado abaixo.

**Quadro 8 – Macroproplemas HU-UFSCar**

| | Descrição do Macroproblema | Causa Raiz do Macroproblema | Proposta de Solução |
|---|---|---|---|
| **Ensino** | *Cenários de práticas insuficientes para atender as demandas de ensino* | *Insuficiência de recursos humanos, físicos e tecnológicos para atender as necessidades de ensino e de cenários de práticas* | *Aumentar a complexidade e diversificar os cenários de prática e viabilizar a conclusão da infraestrutura física, ampliar parque tecnológico e articular o dimensionamento de pessoas* |
| **Pesquisa** | *Pouca atratividade para realização de pesquisas no HU-UFSCar* | *Insuficiência de recursos humanos, físicos e tecnológicos para atender as necessidades de pesquisa e projetos de inovação tecnológica* | *Aumentar a complexidade e diversificar os cenários de pesquisa e viabilizar a conclusão da infraestrutura física, ampliar parque tecnológico e articular o dimensionamento de pessoas* |
| **Assistência** | *Complexidade hospitalar insuficiente para atender as demandas assistenciais* | *Insuficiência de recursos humanos, físicos e tecnológicos para atender a demanda de alta complexidade assistencial*<br>*Modelo de atenção em linhas de cuidado incipiente* | *Ampliar a complexidade dos serviços ofertados e viabilizar a conclusão da infraestrutura física, ampliar parque tecnológico e articular o dimensionamento de pessoas*<br>*Implementar e consolidar o modelo assistencial* |
| **Sustentabilidade** | *Normativas, processos e ferramentas de planejamento, gestão e execução incipientes* | *Conhecimento e visão sistêmica das equipes insuficiente*<br>*Ausência de gestão de custos*<br>*Contratualização formalizada tardiamente* | *Capacitação das equipes*<br>*Implantar metodologia de gestão de custos hospitalares*<br>*Elaborar planejamento de contratualização, visando aumentar valor de forma a cobrir as despesas* |
| **Governança** | *Implantação insuficiente das boas práticas de governança corporativa* | *Não definição de ferramentas de governança corporativa utilizadas* | *Capacitar equipes e implementar boas práticas de governança corporativa de forma articulada*<br>*Desenvolver e aprimorar a comunicação institucional interna e externa* |

| | Descrição do Macroproblema | Causa Raiz do Macroproblema | Proposta de Solução |
|---|---|---|---|
| **Processos e Tecnologia** | *Processos, tecnologias e fluxos trabalho insuficientes e não definidos claramente* | *Incipiência na utilização de modelos de gestão por processos com foco em resultados* | *Implementar os processos de trabalho para atender os requisitos da ONA, Selo Ebserh de Qualidade e Certificação de Hospital de Ensino* |
| **Pessoas** | *Modelo de gestão de pessoas atual não atende às necessidades dos colaboradores* | *Pouca autonomia do HU-UFSCar frente ao modelo de gestão de pessoas vigente* | *Desenvolver a gestão de pessoas e capacitar lideranças e colaboradores.*<br>*Implantar mecanismos de valorização do colaborador*<br>*Implementar mecanismos de gerenciamento de Cultura organizacional* |

## 4.3 Painel de Contribuição do HU-UFSCar

O Painel de Contribuição é uma ferramenta de gestão composta por indicadores, metas e projetos locais que as unidades precisam desenvolver para a resolução dos macroproblemas identificados desdobramento da estratégia e para o alcance dos objetivos estratégicos da Rede Ebserh. É a forma de se visualizar como cada unidade contribui para o alcance da Estratégia, em níveis tático e operacional (Guia de desdobramento).

O HU-UFSCar realizou oficinas com o Grupo de trabalho nos dias 22/10/2020 e 10/11/2020 para definir os indicadores e os projetos estratégicos locais que serão implantados durante o triênio 2021-2023. Utilizando informações produzidas no plano vigente (PDE 2019-21), nas oficinas e reuniões anteriores, os participantes estabeleceram metas e indicadores para os próximos anos, nas áreas de ensino, pesquisa, assistência, governança, sustentabilidade, pessoas e processos/tecnologia.

Realizou-se as seguintes etapas para definição dos projetos estratégicos locais, representadas no Quadro 9 abaixo.

- Enquadramento dos projetos locais não concluídos definidos no PDE 2019-21 de acordo com os atributos da Rede;
- Avaliação dos projetos já comtemplados por algum projeto da Rede, para que não houvesse sombreamento de projetos;
- Definição dos projetos locais para 2021-23;
- Identificação das necessidades de novos projetos.

## Quadro 9 – Avaliação dos projetos

| Atributo | Projeto HU-UFSCar 2019-21 | Projeto Rede | Projeto HU-UFSCar 2021-23 |
|---|---|---|---|
| **Ensino** | Implantação dos Programas de residências médicas no HU-UFSCar<br>Implantação da Residência Multiprofissional no HU-UFSCar<br>Implantação programas de pós-graduação lato/*strictu sensu*, aprimoramento e especialização<br>Implantação da tele-educação, telediagnóstico e tele consultoria | *Fortalecimento do campo de prática* | |
| | Certificação Hospital de Ensino | | Certificação Hospital de Ensino |
| **Pesquisa** | Estruturação e Implantação da Pesquisa Clínica | | Estruturação e Implantação da Pesquisa Clínica |
| **Assistência** | Implantação do centro cirúrgico<br>Implantação da UTI<br>Implantação do 3º turno do Atendimento Ambulatorial<br>Implantação do 3º turno da realização de exames<br>Construção da UTI Pediátrica<br>Implantação do Laboratório Análise Clínicas<br>Implantação dos dispositivos da Humanização | | Ampliar e consolidar a oferta de novos serviços no HU-UFSCar |
| | Definição do perfil Assistencial do HU-UFSCar<br>Revisão e implementação do modelo de Gestão Assistencial alinhado ao projeto executivo<br>Implementação de ferramentas de transferência de informações entre as áreas assistenciais | *Implantação do Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar* | |
| | Acreditação ONA e Selo Ebserh de Qualidade | *Implantação da Avaliação de Qualidade na Rede Ebserh* | |
| **Governança** | Implementação da política e de ferramentas de comunicação<br>Implementação de projeto de melhoria contínua por meio das ações da ouvidoria | | Implantar boas práticas de governança corporativa |
| | Estabelecimento e formalização da estrutura hierárquica institucional – responsabilidade e níveis | *Definição de arquitetura organizacional* | |
| **Pessoas** | Implementação da educação continuada | *Desenvolvimento estratégico de pessoas com foco em resultado* | |
| | Implantação programa de Educação Permanente | | Implementar programa de Educação Permanente |
| | Implantação Programa de motivação aos colaboradores | *Revisão do Plano de Cargos, Carreiras e Salários*<br>*Implementação da Pesquisa de Clima Organizacional* | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Otimização da força de trabalho do HU-UFSCar | *Implementação do monitoramento de alocação de pessoas* | |
| **Processos e Tecnologias** | Implantação do PACS | Concluído | |
| | Implantação de sistemática de gestão e guarda de prontuários de pacientes (SAME) | *Implantação de prontuário eletrônico do paciente* | Mapeamento e Implantação dos processos estratégicos |
| | Implantação de rastreabilidade dos insumos e medicamentos (AGHU) | Sem governabilidade pelo HU | |
| **Sustentabilidade** | Implantação de gestão de custos<br><br>Implantação de um Programa de Sustentabilidade | *Implementação de Métodos de Apuração de Desempenho e Mensuração da Eficiência do Gasto na Rede Ebserh*<br>*Alcance de equilíbrio orçamentário dos hospitais*<br>*Implantação de metodologia de monitoramento das receitas e despesas dos hospitais*<br>*Implementação modelo de compras centralizadas da Rede*<br>*Implementação do monitoramento de alocação de pessoas* | Implementação da metodologia kanban na gestão de leito |

Os projetos previstos no PDE 2019-21, Construção da farmácia central e Construção do prédio administrativo foram considerados não estratégicos e, portanto, não estão comtemplados no Planejamento atual.

A partir da análise acima definiu-se o Painel de Contribuição do HU-UFSCar, com os indicadores, metas e projetos para os próximos 3 anos, representado pelo Quadro 10.

# Quadro 10 - Painel de Contribuição do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos

## Painel de Contribuição HU-UFSCar 2021 - 2023

| Pilar | | Objetivo Estratégico | Indicador Local | | Metas | | | Área responsável | Projeto Local | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 2021 | 2022 | 2023 | | | |
| Sociedade | Assistência | Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente | 1a | Taxa de faturamento dos serviços de média e alta complexidade | 75% | 80% | 85% | GAS | 1.01 | Ampliação, consolidação e habilitação dos serviços assistenciais especializados e de maior complexidade |
| | Ensino | | 1b | Percentual de requisitos atendidos para a certificação como HE-I. | 40% | 70% | 100% | GEP | 1.02 | Certificação do HU-UFSCar em Hospital de Ensino |
| | Pesquisa | | 1c | Número de projetos clinicos viabilizados no HU-UFSCar | 35 | 45 | 55 | GEP | 1.03 | Estruturação e Implantação da Unidade de Pesquisa Clínica |
| Sustentabilidade | | Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede | 2a | Taxa de sustentabilidade do Hospital com recursos SUS | 75% | 80% | 85% | SUP | 2.01 | Desenvolver e implantar sistemática para a Gestão Estratégica de Custos Hospitalares |
| Governança | | Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede | 3a | Taxa de adesão à lista de verificação das boas práticas de governança corporativa | 40% | 60% | 80% | SEGOV | 3.01 | Implantação das boas práticas de governança corporativa |
| Processos e Tecnologia | | Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas | 4a | Percentual de mapeamento e implementação dos processos estratégicos | 40% | 70% | 100% | SGPTI | 4.01 | Mapeamento e implantação dos processos estratégicos |
| Pessoas | | Valorizar, capacitar e reter os talentos | 5a | Taxa de absenteísmo | <2,5% | <2,5% | <2,5% | GAS | 5.01 | Implementação de programa de Educação Permanente |

# 5 MONITORAMENTO

## 5.1 Modelo de Gestão do PDE

Monitorar o desempenho da estratégia é um processo de gestão dinâmico e incremental de avaliação institucional. A etapa do monitoramento da estratégia é responsável por garantir que tudo o que foi construído durante a análise situacional e o painel de contribuição será implementado e internalizado pelo HU-UFSCar, possibilitando a definição de ações preventivas e correções de rumo ao longo do tempo

A gestão e avaliação da estratégia serão realizados nas seguintes etapas (Figura 18):

1. **Monitoramento dos resultados:** o levantamento dos resultados e monitoramento dos projetos, indicadores e metas será realizado mensalmente pelos responsáveis por estas atividades;
2. **Análise dos monitoramentos**: nesta etapa será realizada a análise dos monitoramentos e consolidação dos resultados pela Unidade de Planejamento mensalmente;
3. **Reunião de Avaliação Estratégica:** a apreciação e deliberação sobre os projetos, metas e indicadores estratégicos serão realizadas trimestralmente, tendo como pautas os resultados dos indicadores estratégicos, além do resumo dos projetos estratégicos, contando obrigatoriamente com a presença do superintendente, gerentes, gestores de projeto e outros gestores convidados. Será um momento de cooperação e internalização das lições aprendidas a partir dos desafios enfrentados, bem como de discussão sobre os rumos estratégicos do HU-UFSCar.

**Figura 18 – Ciclo de Monitoramento e Avaliação**

No HU-UFSCar a Unidade de Planejamento será responsável pelo monitoramento do plano estratégico junto aos responsáveis pelos projetos, indicadores e metas, assim comunicação dos resultados alcançados, utilizando a metodologia de gestão de projetos.

## 5.2 Modelo de Comunicação

A divulgação do Planejamento Estratégico do HU-UFSCar contará com o apoio da Unidade de Comunicação da instituição que desenvolverá campanhas alinhadas com as etapas de controle do PDE 2021-2023.

O objetivo da comunicação é disseminar o conteúdo do PDE 2021-2023 abordando cada projeto e indicador de maneira individualizada para levar ao conhecimento dos colaboradores que as estratégias abordadas no planejamento são fruto de discussões coletivas e, que foram identificadas a partir das rotinas de trabalho dentro da instituição e, dessa forma, mostrar que o alcance das metas estabelecidas pode contribuir diretamente com a melhoria das condições de trabalho, com a assistência prestada à população e com o desenvolvimento da instituição em diversas áreas, principalmente no campo do ensino.

Além da divulgação dos documentos e relatórios nos veículos institucionais como site e intranet, as publicações e campanhas também contarão com suporte dos meios digitais, murais físicos, produção e distribuição de material informativo, buscando aproximar os responsáveis pelos projetos e indicadores dos colaboradores que contribuem diretamente para a execução das tarefas.

No âmbito da Rede, a Comunicação será alinhada com as divulgações da sede sempre buscando apresentar como a atuação local está integrada e contribui para o alcance dos objetivos em Rede.

Para além da divulgação específica do PDE 2021-2023, a Estratégia definida em Rede e no HU-UFSCar deve ser abordada em todas as atividades desenvolvidas pelo Colegiado Executivo com atenção especial para a realização de projetos que estejam em concordância com os pilares institucionais e os objetivos estratégicos e para a linguagem utilizada pelas lideranças - e também nos materiais produzidos pela Comunicação - que deve estar sempre fundamentada nos valores e trazendo como referência a Visão institucional.

A comunicação é um importante instrumento na promoção e no alinhamento das ações de gestão estratégica do HU-UFSCar, facilitando a comunicação interna e externa. Abaixo o Quadro 11 lista os itens de comunicação da Estratégia do hospital

## Quadro 11 - Lista de Itens de Comunicação da Gestão Estratégica no Hospital

| Objeto da Mensagem | Origem | Destino | Canal e Forma | Periodic. |
|---|---|---|---|---|
| Anualmente | Comunicação | Público externo e interno | Site, intranet e outros meios digitais | Divulgação do PDE A cada atualização |
| Divulgação do Mapa Estratégico | Comunicação | Público externo e interno | Murais, site, intranet e outros meios digitais | A cada atualização |
| Relatório de Acompanhamento de Projeto Local | Gerente do Projeto no hospital | Unidade Planejamento | Documento em meio digital | Mensal |
| Relatório de Acompanhamento de Indicador Local | Responsável pelo indicador | Unidade Planejamento | Documento em meio digital | Quadrimestral |
| Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos locais) | Chefe da Unidade de Planejamento | Colegiado Executivo | Documento em meio digital | Mensal |
| Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos locais) | Chefe da Unidade de Planejamento | Reunião de Análise Estratégica (Colegiado Executivo-pauta única) | Apresentação membros do colegiado executivo, gerentes de projetos e responsáveis pelos indicadores | Quadrimestral |
| Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos locais) | Colegiado Executivo | - DVPE<br>- Reitoria<br>- Comissão de monitoramento do contrato de gestão | Documento em meio digital | Trimestral |
| Publicação/Revisões/Atualizaçõ es no PDE | Colegiado Executivo | - DVPE<br>- Reitoria<br>- Comissão de monitoramento do contrato de gestão<br>- Site do HUF<br>- Unidade de Comunicação Social | Documento em meio digital | Sempre que deliberado pelo Colegiado Executivo |
| Divulgação dos projetos e indicadores | Comunicação | Colaboradores | Site, intranet, murais, comunicação face a face e outros meios digitais e físicos | A definir com Gerente do Projeto |

## 5.3 Calendário

A Figura 19 abaixo apresenta o calendário da estratégia para o ano de 2021.

**Figura 19 – Calendário ano 2021**

JANEIRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

FEVEREIRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | | | | | | |

MARÇO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | 31 | | | |

ABRIL

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |

MAIO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
| 30 | 31 | | | | | |

JUNHO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | | | |

JULHO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

AGOSTO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

SETEMBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | |

OUTUBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| 31 | | | | | | |

NOVEMBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 | | | | |

DEZEMBRO

| D | S | T | Q | Q | S | S |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Relatório de Acompanhamento de Projeto Local | Responsável pelo projeto | Mensal | Primeira sexta-feira do mês |
| | Relatório de Acompanhamento de Indicador Local | Responsável pelo indicador | Mensal | Primeira sexta-feira do mês |
| | Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos locais) | Unidade de planejamento | Mensal | Segunda sexta-feira do mês |
| | Reunião de Análise Estratégica | Colegiado Executivo | Trimestral | Primeira semana do mês |

## CRONOGRAMA DAS REUNIÕES DE ANÁLISE DO DESEMPENHO DA ESTRATÉGIA (RADE) - APRESENTAÇÃO COLEX - ANO 2022

**1º Ciclo RADE (fevereiro à abril)**

| # | Projetos | Área Responsável | Gerente do Projeto | Grupo | Data reunião COLEX | Prazo envio apresentação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.01 | Ampliação e consolidação dos serviços assistenciais de maior | DCDT | Lucimar Avó | 1 | 15-fev-22 | 8-fev-22 |
| 1.02 | Certificação do HU-UFSCar em Hospital de Ensino | SEGE | Vivian Ramos Melhado | 1 | 15-fev-22 | 8-fev-22 |
| 1.03 | Estruturação e Implantação da Pesquisa Clínica | GEP | Thiago Luiz de Russo | 1 | 15-fev-22 | 8-fev-22 |
| 2.01 | Desenvolvimento de metodologia de gestão de custos hospitalares | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 15-mar-22 | 8-mar-22 |
| 3.01 | Implantação das boas práticas de governança corporativa | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 15-mar-22 | 8-mar-22 |
| 4.01 | Mapeamento e implantação dos processos estratégicos | SETISD | Niarchos Cione | 3 | 12-abr-22 | 5-abr-22 |
| 5.01 | Implementação de programa de Educação Permanente | DENF | Christiane Barbosa | 3 | 12-abr-22 | 5-abr-22 |

| | Indicadores | Área Responsável | Responsável pelo indicador | Grupo | Data reunião COLEX | Prazo envio apresentação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1a | Taxa de faturamento dos serviços de média e alta complexidade | STCOR | Juliana Ranali | 1 | 15-fev-22 | 8-fev-22 |
| 1b | Percentual de requisitos atendidos para certificação de Hospital de Ensino tipo I. | SEGE | Vivian Ramos Melhado | 1 | 15-fev-22 | 8-fev-22 |
| 1c | Em redefinição | GEP | Thiago Luiz de Russo | 1 | 15-fev-22 | 8-fev-22 |
| 2a | Taxa de sustentabilidade do Hospital com recursos da produção SUS | GAD | Gilberto Taboga | 2 | 15-mar-22 | 8-mar-22 |
| 3a | Taxa de adesão à lista de verificação das boas práticas de governança corporativa | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 15-mar-22 | 8-mar-22 |
| 4a | Percentual de mapeamento e implementação dos processos estratégicos | SETISD | Niarchos Cione | 3 | 12-abr-22 | 5-abr-22 |
| 5a | Taxa de absenteísmo | DIVGP | Guilherme Canesin | 3 | 12-abr-22 | 5-abr-22 |

**2º Ciclo RADE (maio à julho)**

| # | Projetos | Área Responsável | Gerente do Projeto | Grupo | Data reunião COLEX | Prazo envio apresentação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.01 | Ampliação e consolidação dos serviços assistenciais de maior | DCDT | Lucimar Avó | 1 | 10-mai-22 | 5-mai-22 |
| 1.02 | Certificação do HU-UFSCar em Hospital de Ensino | SEGE | Vivian Ramos Melhado | 1 | 10-mai-22 | 5-mai-22 |
| 1.03 | Estruturação e Implantação da Pesquisa Clínica | GEP | Thiago Luiz de Russo | 1 | 10-mai-22 | 5-mai-22 |
| 2.01 | Desenvolvimento de metodologia de gestão de custos hospitalares | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 14-jun-22 | 9-jun-22 |
| 3.01 | Implantação das boas práticas de governança corporativa | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 14-jun-22 | 9-jun-22 |
| 4.01 | Mapeamento e implantação dos processos estratégicos | SETISD | Niarchos Cione | 3 | 12-jul-22 | 5-jul-22 |
| 5.01 | Implementação de programa de Educação Permanente | DENF | Christiane Barbosa | 3 | 12-jul-22 | 5-jul-22 |

| | Indicadores | Área Responsável | Responsável pelo indicador | Grupo | Data reunião COLEX | Prazo envio apresentação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1a | Taxa de faturamento dos serviços de média e alta complexidade | STCOR | Juliana Ranali | 1 | 10-mai-22 | 5-mai-22 |
| 1b | Percentual de requisitos atendidos para certificação de Hospital de Ensino tipo I. | SEGE | Vivian Ramos Melhado | 1 | 10-mai-22 | 5-mai-22 |
| 1c | Em redefinição | GEP | Thiago Luiz de Russo | 1 | 10-mai-22 | 5-mai-22 |
| 2a | Taxa de sustentabilidade do Hospital com recursos da produção SUS | GAD | Gilberto Taboga | 2 | 14-jun-22 | 8-mar-22 |
| 3a | Taxa de adesão à lista de verificação das boas práticas de governança corporativa | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 14-jun-22 | 8-mar-22 |
| 4a | Percentual de mapeamento e implementação dos processos estratégicos | SETISD | Niarchos Cione | 3 | 12-jul-22 | 5-jul-22 |
| 5a | Taxa de absenteísmo | DIVGP | Guilherme Canesin | 3 | 12-jul-22 | 5-jul-22 |

**3º Ciclo RADE (agosto à outubro)**

| # | Projetos | Área Responsável | Gerente do Projeto | Grupo | Data reunião COLEX | Prazo envio apresentação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.01 | Ampliação e consolidação dos serviços assistenciais de maior | DCDT | Lucimar Avó | 1 | 9-ago-22 | 2-ago-22 |
| 1.02 | Certificação do HU-UFSCar em Hospital de Ensino | SEGE | Vivian Ramos Melhado | 1 | 9-ago-22 | 2-ago-22 |
| 1.03 | Estruturação e Implantação da Pesquisa Clínica | GEP | Thiago Luiz de Russo | 1 | 9-ago-22 | 2-ago-22 |
| 2.01 | Desenvolvimento de metodologia de gestão de custos hospitalares | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 13-set-22 | 8-set-22 |
| 3.01 | Implantação das boas práticas de governança corporativa | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 13-set-22 | 8-set-22 |
| 4.01 | Mapeamento e implantação dos processos estratégicos | SETISD | Niarchos Cione | 3 | 18-out-22 | 13-out-22 |
| 5.01 | Implementação de programa de Educação Permanente | DENF | Christiane Barbosa | 3 | 18-out-22 | 13-out-22 |

| | Indicadores | Área Responsável | Responsável pelo indicador | Grupo | Data reunião COLEX | Prazo envio apresentação |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1a | Taxa de faturamento dos serviços de média e alta complexidade | STCOR | Juliana Ranali | 1 | 9-ago-22 | 2-ago-22 |
| 1b | Percentual de requisitos atendidos para certificação de Hospital de Ensino tipo I. | SEGE | Vivian Ramos Melhado | 1 | 9-ago-22 | 2-ago-22 |
| 1c | Em redefinição | GEP | Thiago Luiz de Russo | 1 | 9-ago-22 | 2-ago-22 |
| 2a | Taxa de sustentabilidade do Hospital com recursos da produção SUS | GAD | Gilberto Taboga | 2 | 13-set-22 | 8-set-22 |
| 3a | Taxa de adesão à lista de verificação das boas práticas de governança corporativa | SEGOV | Bruno Dantas Yamashita | 2 | 13-set-22 | 8-set-22 |
| 4a | Percentual de mapeamento e implementação dos processos estratégicos | SETISD | Niarchos Cione | 3 | 18-out-22 | 13-out-22 |
| 5a | Taxa de absenteísmo | DIVGP | Guilherme Canesin | 3 | 18-out-22 | 13-out-22 |

# 6 ANEXOS

## 6.1 Fichas dos Indicadores Locais

Abaixo são apresentadas as fichas dos indicadores locais, exceto do indicador 1c, que está em redefinição.

| **Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital** | |
|---|---|
| **Nome e Sigla do HUF** | *Hospital Universitário da universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar)* |
| **Objetivo Estratégico*** | *Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente* |
| **Número do indicador*** | *1a* |
| **Nome do indicador*** | *Taxa de faturamento dos serviços de média e alta complexidade* |
| **Descrição e Justificativa*** | *O indicador mede a relação percentual do faturamento de alta e média complexidade do HU-UFSCar, que é fundamental para identificar o aumento da complexidade dos serviços oferecidos pelo hospital.* |
| **Fórmula*** | *(Faturamento de média e alta complexidade hospitalar (SISAIH+BPAI)/Faturamento total do HU-UFSCar (SISAIH+BPA-I+BPA-C))*100* |
| **Termos** | *Faturamento de média e alta complexidade hospitalar (SISAIH+BPAI): Somatório do faturamento de alta e média complexidade aprovados no SISAIH*<br>*Faturamento total do HU-UFSCar (SISAIH+BPA): somatório do faturamento de todos os serviços prestados pelo HU-UFSCar lançados e aprovados no SISAIH e BPA.*<br><br>*Sistema de Informações Hospitalares (SISAIH) - sistema no qual são lançadas as AIHs, documento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados sob o regime de internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do Sistema de Informação Hospitalar. Este documento viabiliza o faturamento dos serviços hospitalares prestados no SUS. A AIH é emitida exclusivamente pelos órgãos emissores próprios ou autorizados pelo SUS, com numeração própria.*<br>*Boletim de produção ambulatorial (BPA) – aplicativo de captação do atendimento ambulatorial que permitem ao prestador de serviço vinculado ao SUS, registrar o atendimento realizado no estabelecimento de saúde, em regime ambulatorial.*<br>*BPAI - Aplicativo no qual se registram os procedimentos realizados pelos prestadores de serviços do SUS, no âmbito ambulatorial de forma individualizada.* |
| **Metodologia de coleta e compilação** | |
| **Fonte*** | *A coleta dos dados de faturamento deve ser realizada utilizando o DATASUS* |
| **Unidade de Medida*** | *Percentual* |
| **Responsável*** | *Coleta de dados: Chefe da Unidade de Processamento da Informação Assistencial, Monitoramento e Avaliação*<br>*Validação dos dados: Chefe do Setor de Regulação e Informação Assistencial*<br>*Análise do indicador: Gerente de Atenção à Saúde* |
| **Validação** | |
| **Periodicidade da coleta*** | *Mensal* |
| **Periodicidade da análise** | *Mensal* |
| **Metas*** | |
| **Meta 2021** | 75% |
| **Meta 2022** | 80% |
| **Meta 2023** | 85% |
| **Parâmetros*** | Não se aplica |
| **Limitações e vieses** | |
| **Referências** | |
| *Preenchimento prioritário | |

| Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital | |
|---|---|
| **Nome e Sigla do HUF** | *Hospital Universitário da universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar)* |
| **Objetivo Estratégico*** | *Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente* |
| **Número do indicador*** | *1b* |
| **Nome do indicador*** | *Percentual de requisitos atendidos para certificação de Hospital de Ensino tipo I.* |
| **Descrição e Justificativa*** | *A portaria interministerial no. 285, de 24 de Março de 2015 redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino com os seus requisitos descritos nos artigos 5º e 6º (seção I) e sua tipologia (tipo I ou II) nos artigos 8º, 9º e 10º (seção II). Dessa maneira, considerando o relatório emitido pela GEP, cada requisito avaliado como "atendido" receberá a nota "1", cada requisito considerado "parcialmente atendido receberá a nota "0,5" e cada requisito considerado "não atendido" receberá a nota "0".* |
| **Fórmula*** | *(Número de requisitos atuais/Número de requisitos necessários)*100* |
| **Termos** | |
| **Metodologia de coleta e compilação** | *Reunião para apresentação dos requisitos com as áreas envolvidas, levantamento e armazenamento de documentção pertinente e formulação de relatório para subsidiar o pedido.* |
| **Fonte*** | *Relatório da GEP* |
| **Unidade de Medida*** | *Percentual* |
| **Responsável*** | *Coleta de dados: Chefe do Setor Ensino*<br>*Validação dos dados: Gerencia Ensino Pesquisa*<br>*Análise do indicador: Gerencia Ensino e Pesquisa* |
| **Validação** | |
| **Periodicidade da coleta*** | *Quinzenal*<br>*Mensal* |
| **Periodicidade da análise** | *Mensal* |
| **Metas*** | |
| **Meta 2021** | 40% |
| **Meta 2022** | 70% |
| **Meta 2023** | 100% |
| **Parâmetros*** | não se aplica |
| **Limitações e vieses** | |
| **Referências** | |

| | |
|---|---|
| **Nome e Sigla do HUF** | *Hospital Universitário da universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar)* |
| **Objetivo Estratégico*** | *Melhorar o ensino, pesquisa, extensão e a assistência por meio da excelência do campo de prática e gestão hospitalar eficiente* |
| **Número do indicador*** | *1c* |
| **Nome do indicador*** | *Número de projetos clínicos viabilizados* |
| **Descrição e Justificativa*** | *A entrega da Unidade de Pesquisa Clínica (UPC) do HU-UFSCar permitirá o aumento do número de projetos clínicos sendo conduzidos. Atualmente, o HU-UFSCar conta com infraestrutura mínima de pesquisa, o que dificulta a condução de pesquisas em seres humanos.* |
| **Fórmula*** | *Somatória dos projetos aprovados* |
| **Termos** | |
| **Metodologia de coleta e compilação** | |
| **Fonte*** | *Rede pesquisa* |
| **Unidade de Medida*** | *numero absoluto* |
| **Responsável*** | *Renata Vanelli* |
| **Validação** | |
| **Periodicidade da coleta*** | *Mensal* |
| **Periodicidade da análise** | *Trimestral* |
| **Metas*** | |
| **Meta 2021** | 35 |
| **Meta 2022** | 45 |
| **Meta 2023** | 55 |
| **Parâmetros*** | não se aplica |
| **Limitações e vieses** | |
| **Referências** | |

*Preenchimento prioritário

| Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital | |
|---|---|
| **Nome e Sigla do HUF** | *Hospital Universitário da universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar)* |
| **Objetivo Estratégico*** | *Empregar os recursos de maneira eficiente, visando à perenidade e ao equilíbrio da Rede* |
| **Número do indicador*** | *2a* |
| **Nome do indicador*** | *Taxa de sustentabilidade do Hospital com recursos da produção SUS* |
| **Descrição e Justificativa*** | *Este indicador é fundamental para avaliar a capacidade do hospital em financiar suas operações durante todo o exercício sem que sejam necessárias outras subvenções. Avalia a capacidade do hospital em financiar suas operações durante todo o exercício sem a necessidade de créditos suplementares (Rehuf) à receita da contratualização SUS*<br>*A Administração Central da Ebserh vem constantemente informando aos hospitais da Rede a necessidade de adequação das despesas de custeio à receita da contratualização SUS, pois os créditos extras (Rehuf - Programa de Reestruturação dos Hospitais Públicos Federais) se tornarão cada vez mais escassos.* |
| **Fórmula*** | *∑Receita da Produção SUS / ∑ Total das Despesas de Custeio*100* |
| **Termos** | *Receita da Produção SUS é o montante orçamentário repassado ao HU-UFSCar, por meio da contratualização com o Gestor SUS, durante o exercício fiscal.*<br>*Total das Despesas de Custeio é o montante orçamentário empenhado pelo HU-UFSCar, na aquisição dos insumos e na contratação de serviços terceirizados, durante o exercício fiscal* |
| **Metodologia de coleta e compilação** | *Relatórios Gerenciais obtidos no SIAFI contendo os valores das entradas dos recursos orçamentários e das Notas de Empenhos emitidas pela UG do HU-UFSCar, operacionalizado por meio do SIAFI* |
| **Fonte*** | *SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal.* |
| **Unidade de Medida*** | *Percentual* |
| **Responsável*** | *Coleta de dados: Setor de Orçamento e Finanças*<br>*Validação dos dados: Divisão Administrativa Financeira*<br>*Análise do indicador: Gerência Administrativa* |
| **Validação** | |
| **Periodicidade da coleta*** | *Mensal* |
| **Periodicidade da análise** | *Mensal* |
| **Metas*** | |
| **Meta 2021** | 75% |
| **Meta 2022** | 80% |
| **Meta 2023** | 85% |
| **Parâmetros*** | Uma taxa ideal de sustentabilidade será a mais próxima possível de 100%, ou seja, quanto maior for a receita SUS que possibilite ao HU-UFSCar executar a totalidade do seu custeio, melhor para a gestão, não dependendo de recursos extraorçamentários ou de programas específicos. |
| **Limitações e vieses** | |
| **Referências** | |
| *Preenchimento prioritário | |

| Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital | |
|---|---|
| **Nome e Sigla do HUF** | *Hospital Universitário da universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar)* |
| **Objetivo Estratégico*** | *Gerir com competência, agilidade e transparência, garantindo continuidade das atividades na Rede* |
| **Número do indicador*** | *3a* |
| **Nome do indicador*** | *Taxa de adesão à lista de verificação das boas práticas de governança corporativa* |
| **Descrição e Justificativa*** | *Para garantir a consistência e integridade do indicador, será elaborada uma lista de verificação que contém todos os requisitos identificados como necessários para identificar a implementação das as boas práticas de governaça corporativa no HU-UFSCar. Dessa maneira, cada requisito avaliado como "conforme" receberá a nota "1", cada requisito considerado "parcialmente conforme" receberá a nota "0,5" e cada requisito considerado não conforme receberá a nota "0". Para efeitos de análise do indicador, será considerado somente o somatório dos itens "conformes"* |
| **Fórmula*** | *(Requisitos conformes/ total de requisitos)*100* |
| **Termos** | |
| **Metodologia de coleta e compilação** | |
| **Fonte*** | *Relatório de auditoria* |
| **Unidade de Medida*** | *% percentual* |
| **Responsável*** | *Coleta de dados: Chefe do Setor de Qualidade*<br>*Validação dos dados: Chefe do Setor de Qualidade*<br>*Análise do indicador: Chefe do Setor de Qualidade* |
| **Validação** | |
| **Periodicidade da coleta*** | *Semestral* |
| **Periodicidade da análise** | *Semestral* |
| **Metas*** | |
| **Meta 2021** | 40% |
| **Meta 2022** | 60% |
| **Meta 2023** | 80% |
| **Parâmetros*** | Não se aplica |
| **Limitações e vieses** | |
| **Referências** | |
| *Preenchimento prioritário | |

| Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital | |
|---|---|
| **Nome e Sigla do HUF** | *Hospital Universitário da universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar)* |
| **Objetivo Estratégico*** | *Otimizar a operação por meio da simplificação e digitalização de processos, inovação e disseminação das melhores práticas* |
| **Número do indicador*** | *4a* |
| **Nome do indicador*** | *Percentual de mapeamento e implementação dos processos estratégicos* |
| **Descrição e Justificativa*** | *O mapeamento de processos hospitalares é fundamental para garantir uma gestão eficiente e eliminar atividades que não agregam valor ao hospital.* |
| **Fórmula*** | *Número de processos estratégicos mapeados e implementados/total de processos estratégicos do HU-UFSCar*100* |
| **Termos** | |
| **Metodologia de coleta e compilação** | |
| **Fonte*** | |
| **Unidade de Medida*** | *percentual* |
| **Responsável*** | *Coleta de dados: Analista de Processos*<br>*Validação dos dados: Analista de Processos*<br>*Análise do indicador: Analista de Processos* |
| **Validação** | |
| **Periodicidade da coleta*** | *mensal* |
| **Periodicidade da análise** | *mensal* |
| **Metas*** | |
| **Meta 2021** | 40% |
| **Meta 2022** | 70% |
| **Meta 2023** | 100% |
| **Parâmetros*** | não há |
| **Limitações e vieses** | |
| **Referências** | |
| *Preenchimento prioritário | |

| Ficha de Indicador do Plano Diretor Estratégico do Hospital | |
|---|---|
| **Nome e Sigla do HUF** | *Hospital Universitário da universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar)* |
| **Objetivo Estratégico*** | *Valorizar, capacitar e reter os talentos* |
| **Número do indicador*** | *5a* |
| **Nome do indicador*** | *Taxa de absenteísmo* |
| **Descrição e Justificativa*** | *No contexto hospitalar o absenteísmo tem impacto direto na qualidade da assistência prestada aos usuários, constituindo-se em uma variável relevante no dimensionamento dos serviços, como por exemplo no caso de plantões. Causa transtorno na equipe de trabalho, gerando descontentamento e sobrecarga das tarefas para os membros da equipe. Entender o absenteismo e suas causas é fundamental para uma assistência segura, de qualidade e eficiente.*<br>*O indicador tem como objetivo medir a disponibilidade de hora/pessoa para o desempenho das atividades.* |
| **Fórmula*** | *Número de horas/homem ausentes/Número de horas/homem contratadasX 100* |
| **Termos** | *NUMERADOR*<br>*É o número mensal de horas ausentes dos empregados próprios em qualquer regime de contratação do hospital onsiderando todas as faltas e licenças, inclusive as justificadas. Não incluir período de férias e de licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos).*<br>*DENOMINADOR*<br>*É o número total de horas contratadas de empregados próprios em qualquer regime de contratação do hospital em um determinado período. Não inclui as horas extras, o descanso semanal remunerado, o período de férias e de licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos)* |
| **Metodologia de coleta e compilação** | |
| **Fonte*** | *Coletado no sistema eletrônico MENTORH e no controle de licenças médicas do SOST.* |
| **Unidade de Medida*** | *Percentual* |
| **Responsável*** | *Coleta de dados: Chefe da DivGP*<br>*Validação dos dados: Chefe da DivGP*<br>*Análise do indicador: Chefe da DivGP* |
| **Validação** | |
| **Periodicidade da coleta*** | *Mensal* |
| **Periodicidade da análise** | *Mensal* |
| **Metas*** | |
| **Meta 2021** | <2,5% |
| **Meta 2022** | <2,5% |
| **Meta 2023** | <2,5% |
| **Parâmetros*** | |
| **Limitações e vieses** | |
| **Referências** | |
| *Preenchimento prioritário | |

## 6.2 Fichas do Projetos Locais

Abaixo encontra-se as fichas dos projetos estratégicos do HU-UFSCar, exceto do projeto 2.01 que está em redefinição.

| **Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Ampliação e consolidação dos serviços assistenciais de maior complexidade** | **1.01** | | | |
| **Objetivo do projeto** | **Informações do projeto** | | | |
| *Implantar o serviço de Terapia Intensiva adulto e serviço de cirurgia, a fim de consolidar os serviços assistenciais de maior complexidade no HU-UFSCar e, assim, garantir sua sustentabilidade.* | ■Área Responsável: GAS<br>■Gerente do Projeto: Lucimar Avó<br>■Chefia imediata: Valéria C. Gabassa<br>■Áreas envolvidas: SUP, GAS, GAD e GEP (Divisões, Setores e Unidades)<br>■Início: jan/2021<br>■Fim: dez/23 | | | |
| **Escopo** | **Indicadores** | | | |
| ***1. Gestão do Projeto*** *: elaboração do plano d trabalho e acompanhemento do projeto*<br>***2. Estudo de viabilidade de novos serviços:*** *dimensionamento de equipes, justificativa economico financeira, assistencial e de ensino/pesquisa para abertura dos serviços, definir escopo do serviço e pactuar com gestor do SUS;*<br>***3. Fluxos e processos de trabalho:*** *abordará a definição dos fluxos e processos de trabalho da UTI e do Centro Cirúrgico*<br>***4. Protocolos assitenciais*** *: serão definidos os protocolos assistênciais da UTI e do CC de acordo com a legislação e melhores práticas clinicas*<br>***5. Aquisições e contratos:*** *realizar os processos de aquisição e contrato de produtos dpara saude, medicamentos, gases medicinais para o funcionamento da UTI e CC, e instrumentais para o CC.*<br>***6. Aquisição e manuntenção de equipamentos:*** *realizar os processos de aquisição de manutenção dos equipamentos para o funcionamento do CC e UTI*<br>***7. Contratação equipes*** *: realizar a solicitação de liberação das vagas e acompanhar a realização de concurso pela Ebserh Sede*<br>***8. Simulação e Capacitação:*** *realizar simulação de escalas, processos e fluxos de trabalho, protocolos clínicos e técnicos na UTI e CC;*<br>***9. Serviços de Apoio:*** *Implantação dos Serviços de apoio necessários para o funcionamento da UTI E CC: CME e Laboratório de análises clinicas 24horas, agência transfusional;* | *Número de internações UTI Geral Adulto/mês*<br>*Número de cirurgia/mês* | | |
| | **Custo estimado** | | | |
| | **Principais riscos** | **Prob.** | **Imp.** | **Grau** |
| | *Atraso/não contratação de novos profissionais* | *2* | *3* | *6* |
| | *Perder a habilitação do serviço de UTI se não estiver implantada até ago/22* | *2* | *3* | *6* |

| **Cronograma de marcos** | | |
|---|---|---|
| **Macroatividade** | **Entregável** | **Data** |
| ***1. Gestão do Projeto*** | | |
| *1.1 Plano do Projeto* | | |
| *1.2 Acompanhamento do Projeto* | | |
| ***2. Estudo de viabilidade de Novos Serviços*** | *Estudo de viabilidade* | *fev/21* |
| ***3. Fluxos e Processos de Trabalho*** | | |
| *3.1. Denifição de Fluxos e processos de trabalho da UTI* | *Fluxos e processos elaborados* | *dez/22* |
| *3.2 Denifição de Fluxos e processos de trabalho do CC* | *Fluxos e processos elaborados* | *nov/21* |
| ***4. Protocolos assistenciais*** | | |
| *4.1 Definição de protocolos UTI* | *Protocolos elaborados* | *dez/22* |
| *4.2 Definição de protocolos CC* | *Protocolos elaborados* | *nov/21* |
| ***5. Aquisições e Contratos*** | | |
| *5.1 Processos Aquisição/Contrato UTI* | *Processos abertos* | *mar/21* |
| *5.2 Processos Aquisição/Contrato CC* | *Processos abertos* | *mar/21* |
| ***6. Equipamentos e manutenção*** | | |
| *6.1 Equipamentos e manutenção UTI* | *Contrato de manutenção* | *jun/22* |
| *6.2 Equipamentos e manutenção CC* | *Contrato de manutenção* | *jun/22* |
| ***7. Contratação das equipes*** | | |
| *7.1 Contratação das equipes UTI* | *Equipe contratada* | *ago/23* |
| *7.2 Contratação das equipes CC* | *Equipe contratada* | *ago/23* |
| ***8. Simulação e Capacitação*** | | |
| *8.1 Simulação e Capacitação UTI* | *Equipe capacitada* | *set/23* |
| *8.2 Simulação e Capacitação CC* | *Equipe capacitada* | *set/23* |
| ***9. Implantação Serviços de Apoio CC e UTI*** | *Serviços de apoio implantados* | *dez/23* |
| *9.1 Implantação dos Serviços de apoio necessários: CME e Laboratório de análises clinicas 24horas, agencia transfusional;* | | |

| Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Preparar o HU-UFSCar para Certificação em Hospital de** | **1.02** | | | |
| **Objetivo do projeto** | **Informações do projeto** | | | |
| *Este projeto tem como objetivo preparar o HU-UFSCar par atender aos critérios da Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, necessários para o credenciamento do HU-UFSCar como Hospital de Ensino tipo I (HE-I) até dezembro de 2023. Percepção de valor: O credenciamento em HE garante a melhoria da qualidade do ensino, assistência, pesquisa e gestão de maneira contínua, progressiva e planejada, garantindo qualidade na formação de recursos humanos e inclusive de educação* | ■Área Responsável: GEP<br>■Gerente do Projeto: Letícia Pancieri<br>■Chefia imediata: Thiago Russo<br>■Áreas envolvidas: GEP, GAS e GAD<br>■Início: jan 2021<br>■Fim: dezembro 2023 | | | |
| **Escopo** | **Indicadores** | | | |
| ***1 Gestão do Projeto** : plano do projeto e acompanhamento do projeto*<br><br>***2 Estudo da Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015:** elaboração de um checklist de acompanhamento dos requisitos gerais, específicos e, inclusive adicionais, para a certificação para Hospital de Ensino tipo I (HE-I);*<br>***3. Realização de um diagnóstico situacional para avaliação dos requisitos gerais e especificos da Portaria para a certificação para Hospital de Ensino tipo I (HE-I)** : no 4o trimestre de 2021 será construido um quadro para materialização das conformidades e não conformidades e construído um plano de ação para atendimento das não conformidades.*<br>***4. Reunião e organização da documentação encontrada para a certificação:** os documentos comprobatórios para cada conformidade serão arquivados em pastas digitais e institucionais do Setor de Gestão do Ensino, organizados e titulados pelo ítem correspondente.*<br>***5. Elaboração dos planos de ação pelas áreas para os requisitos não conformes:** a partir do diagnóstico realizado, as áreas com requisitos não conforme deverão fazer os planos para atendimento. O cronograma atualizado prevê reuniões com as áreas relacionadas.*<br>***6**. Apresentar relatórios periódicos de acompanhamento dos requisitos, incluindo as documentações exigidas para comprovação requisitos atendidos.* | *Percentual de requisitos atendidos para a certificação como HE-I*<br><br>**Custo estimado**<br><br>*Não se aplica* | | | |
| | **Principais riscos** | **Prob.** | **Imp.** | **Grau** |
| | *A falta de investimento para a construção da infra-estru* | *2* | *3* | *6* |
| | *A ausência do número de leitos mínimos exigidos.* | *2* | *3* | *6* |
| | *Não implantação das comissões obrigatórias* | *1* | *1* | *1* |

| **Macroatividade** | **Entregável** | **Data** |
|---|---|---|
| *1 - Estudo da Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015 e criação de checklist dos requisitos gerais e específicos para a certificação para Hospital de Ensino tipo I (HE-I).* | *Instrumento - checklist* | *fev/21* |
| *2 - Realização de um diagnóstico situacional para avaliação dos requisitos contemplados e faltantes para a certificação para Hospital de Ensino tipo I (HE-I).* | *Relatório do diagnóstico com a avaliação de todos os requisitos* | *abr/21* |
| *3 - Elaboração dos planos de ação pelas áreas para os requisitos não conformes.* | *Plano de Ação* | *jan/22* |
| *4 - Reunião e organização da documentação encontrada para a certificação.* | *Arquivos especificos para cada requisito* | *jan/22* |
| *5 - Apresentar relatórios periódicos de acompanhamento dos requisitos, incluindo as documentações exigidas para comprovação dos mesmos.* | *Relatório de Acompanhamento* | *dez/22* |
| *6 - Processo de credenciamento* | *Ofício endereçado à Coord Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS/MS)* | *dez/23* |

| Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Estruturação e Implantação da Unidade de Pesquisa Clínica (UPC)** | **1.03** | | | |

| **Objetivo do projeto** | **Informações do projeto** |
|---|---|
| *Este projeto tem como objetivo estruturar e implementar a Unidade de Pesquisa Clínica no HU-UFSCar, de forma a qualificar e prospectar pesquisas de alto impacto científico e social, bem como capacitar recursos humanos em boas práticas de pesquisas clínicas.* | ■Área Responsável: GEP<br>■Gerente do Projeto: Renata P. Basso Vanelli<br>■Chefia imediata: Thiago Luiz de Russo<br>■Áreas envolvidas: GEP, GAD e GAS<br>■Início: jan/21<br>■Fim: dez/23 |
| **Escopo** | **Indicadores** |
| *Para a implantação da Unidade de Pesquisa Clínica será necessário:*<br>***1 Gestão do projeto:*** *plano do projeto e acompanhamento*<br>***2.Projeto Infraestrutura UPC:*** *Projeto Arquitetônico da Unidade de Pesquisa Clinica: Levantamento das normativas, visitas a Unidades de pesquisa clinica, elaboração do projeto arquitetônico, aprovação interna e orçamentária, aprovação da vigilância sanitária; também será construido o Projeto Executivo da Unidade de Pesquisa Clínica: monitorar com a FAI as etapas do projeto executivo;*<br>***3. Construção da Unidade de Pesquisa Clínica*** *: prover informações para a publicação do edital, acompanhar a licitação e execução da obra; Aprovação nos órgãos competentes das licenças de funcionamento: vigilância sanitária, bombeiro, etc.*<br>***4. Gestão de Insumos, serviços de terceiros e equipamentos:*** *definir mobiliários, equipamentos, insumos, serviços de segurança de acesso, controle ambiental e guarda de arquivo;*<br>***5. Modelo de gestão:*** *modelo de negócio, definir intervenientes;*<br>***6. Processos e fluxos de trabalho:*** *mapeamento de processos, pops, regimentos, normas, diretrizes, templates e formulários, articulação interna para execução e*<br>***7. Definição da equipe da UPC:*** *membros da UPC, capacitação em boas práticas em pesquisas clínicas.* | *% de POPs elaborados** = no. POPs elaborados/no. total POPs mapeados*<br>**Custo estimado**<br>*Infraestrutura - R$1.600.000,00* |

| **Principais riscos** | **Prob.** | **Imp.** | **Grau** |
|---|---|---|---|
| *Falta de infraestrutura física necessária* | *1* | *3* | *3* |
| *Falta de recursos humanos para realização das pesquisas clínicas* | *3* | *3* | *9* |
| *Definição da interveniente* | *1* | *3* | *3* |

**Cronograma de marcos**

| **Macroatividade** | **Entregável** | **Data** |
|---|---|---|
| *1. Gestão do Projeto* | | |
| *2 Projeto Infraestrutura UPC* | *Projeto arquitetônico e projeto Executivo* | *abr/22* |
| *3. Construção da Unidade de Pesquisa Clínica* | *Obra UPC entregue* | *set/23* |
| *4. Gestão de Insumos, serviços de terceiros e equipamentos: definir mobiliários, equipamentos, insumos, serviços de segurança de acesso, controle ambiental e guarda de arquivo;* | *Contratos de terceiros aprovados/ insumos e equipamentos disponiveis* | *set/23* |
| *5. Modelo de gestão* | *Modelo de negócio e intervenientes definidos* | *jul/22* |
| *6. Processos e fluxos de trabalho* | *Fluxos e processos de trabalho definidos* | *fev/23* |
| *7. Definição da equipe da UPC* | *Equipe definida e capacitada* | *out/23* |

| Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Desenvolver e implantar sistemática para a Gestão Estratégica de Custos Hospitalares** | **2.01** | | | |

| **Objetivo do projeto** | **Informações do projeto** |
|---|---|
| *Este projeto tem como objetivo desenvolver e implantar sistemática para a gestão estratégica de custos hospitalares no HU-UFSCar visando gerir recursos de forma eficiente, com a utilização de ferramentas adequadas e envolvimento de todas as áreas do HU-UFSCar na busca pelos melhores resultados.* | ■Área Responsável: SEGOV<br>■Gerente do Projeto: Bruno Dantas Yamashita<br>■Chefia imediata: Fabio Neves<br>■Áreas envolvidas: SUP, GAS, GAD e GEP<br>■Início: jan/22<br>■Fim: dez/23 |

| **Escopo** | **Indicadores** |
|---|---|
| ***1. Gestão do Projeto:*** *Plano do projeto e acompanhamento*<br>*2.* ***Estudo preliminar de gestão de custos no HU-UFSCar*** *: será elaborado um diagnóstico situacional, posteriormente um documento com sugestões para gestão de custo e por fim um plano de ação para implantação*<br>*3.* ***Adesão ao PNGC*** *: Realizar adesão ao programa nacional de gestão de custos (PNGC), por meio de ofício enviado pelo superintendente. Apresentar o programa, sensibilizar os gestores e capacitar sobre o PNGC.*<br>*4.* ***Levantamento e classificação dos custos*** *: Será realizado o levantamento e identificação dos centros de custo, adequar os centros de custo do PNGC ao sistema AGHU, classificar os centros de custo (fianl, intermediário e administrativo), levantar os dados de infraestrutura (infraestrutura física e equipamentos das unidades), classificar os custos em diretos/ indiretos, preencher o mapa de relacionamento (medida em que os custos intermediários e administrativos serão alocados entre eles e para os finais) e levantar os dados de gastos e produção.*<br>*5.* ***Operacionalização do Sistema de Gestão de Custos*** *: Será realizada a operacionalização do sistema com a capacitação dos envolvidos, simulação e parametrização do sistema. Depois o sistema será alimentado e retroalimentado mensalmente para então ser possível monitorar e avaliar os resultados através dos relatórios do APURASUS.* | *Taxa de implantação dos centros de custos por classificação (administrativos, intermediários e finalísticos)*<br><br>**Custo estimado**<br>*Horas trabalhadas da equipe envolvida* |

| **Principais riscos** | **Prob.** | **Imp.** | **Grau** |
|---|---|---|---|
| *Baixo comprometimento das áreas funcionais* | *3* | *3* | *9* |
| *Falta de apoio da governança* | *3* | *3* | *9* |
| *Falta de equipe dedicada* | *3* | *3* | *9* |
| *Insuficiência dos sistemas informatizados* | *3* | *3* | *9* |

**Cronograma de marcos**

| ***Macroatividade*** | ***Entregável*** | ***Data*** |
|---|---|---|
| ***1. Gestão do Projeto*** | | |
| *1.1 Plano do projeto* | *Plano* | |
| *1.2 Método de trabalho* | *Método* | |
| *1.3 Acompanhamento do Projeto* | | |
| ***2. Estudo preliminar de gestão de custos no HU-UFSCar*** | | ***dez/21*** |
| *2.1 Diagnóstico situacional* | *Relatório com o diagnóstico* | *dez/21* |
| *2.2 Sugestões para gestão de custos* | *Relatório com as sugestões* | *dez/21* |
| *2.3 Plano de ação para implantação* | *Relatório com o plano de ação* | *dez/21* |
| ***3. Adesão ao PNGC*** | | ***abr/22*** |
| *3.1 Realizar adesão ao programa nacional de gestão de custos (PNGC)* | *Documento de adesão realizado* | *fev/22* |
| *3.2 Apresentar o programa, sensibilizar os gestores e capacitar sobre o PNGC* | *Capacitação realizada* | *abr/22* |
| ***4. Levantamento e classificação dos custos*** | | ***jul/23*** |
| *4.1 Levantamento/Identificação dos Centros de Custos* | *Centros de custo identificados* | *set/22* |
| *4.2 Inserção dos Centros de Custos no AGHU* | *Centros de custos inseridos no AGHU* | *dez/22* |
| *4.3 Classificação os Centros de Custos* | *Relatório de classificação* | *dez/22* |
| *4.4 Levantamento dados de infraestrutura* | *Relatório com os dados levantados* | *mai/23* |
| *4.5 Classificação custos direto/indireto* | *Relatório com os custos classificados* | *mai/23* |
| *4.6 Mapa de Relacionamento* | *Mapa de relacionamento preenchido* | *jun/23* |
| *4.7 Levantamento gastos e produção* | *Gastos e produção levantados* | *jul/23* |
| ***5. Operacionalização do Sistema de Gestão de Custos*** | | ***dez/23*** |
| *5.1 Capacitação, simulação e parametrização no APURASUS* | *Capacitação realizada* | *ago/23* |
| *5.2 Alimentação e Retroalimentação no APURASUS* | *Sistema alimentado* | *set/23* |
| *5.3 Monitoramento e avaliação através de relatórios APURASUS* | *Monitoramento realizado* | *dez/23* |

**Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital**

## Implementação de boas práticas de governança corporativa na prevenção à corrupção — 3.01

**Objetivo do projeto**

*O objetivo do projeto é implementar boas práticas de governança corporativa nas medidade de prevenção à corrupção com base no Programa Nacional de Prevenção à Corrupção (PNPC).*

**Informações do projeto**

- Área Responsável: Superintendência
- Gerente do Projeto: Bruno Dantas Yamashita
- Chefia imediata: Fabio Neves
- Áreas envolvidas: SUP, GAS, GEP, GAD
- Início: janeiro/2021
- Fim: dez/2023

**Escopo**

***1. Gestão do projeto*** *: Plano do projeto e acompanhamento*
***2. Lista de verificação*** *: Elaborar uma lista de verificação utilização da lista de verificação de adesão às boas práticas de governança corporativa com base no PNPC*
***3. Estratégia para realização do diagnóstico*** *: Elaboração do plano para realização do diagnóstico envolvendo o colegiado executivo, apresentação de um plano de ação para as áreas envolvidas.*
***4. Realização do diagnóstico e elaboração do plano de ação de melhoria*** *: realizar o diagnóstico com base na lista de verificação e estratégia definida e elaborar o plano de ação de melhoria para as não conformidades identificadas nas categorias de ética, fornecedores e riscos.*
***5. Execução do plano de ação de melhoria de questões relacionadas a ética*** *: promover ações de conscientização (programas, eventos e/ou treinamentos) sobre ética e integridade.*
***6. Execução do plano de ação de melhoria de questões relacionadas a fornecedores*** *: estabelecer práticas de gestão de relacionamento com entidades e pessoas que recebam delas recursos financeiros ou dependam do seu poder de compra e/ou regulação.*
***7. Execução do plano de ação de melhoria de questões relacionadas a riscos*** *: estabelecer processo de gerenciamento de riscos e instituir mecanismos de controle interno para prevenção e o combate a fraude e à corrupção.*
***8. Finalização do projeto e lições aprendidas:*** *Realizar a finalização do projeto*

**Indicadores**

*Taxa de adesão à lista de verificação das boas práticas de governança corporativa*

**Custo estimado**

*Não há*

| Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
|---|---|---|---|
| *Não comprometimento das áreas com a gestão de risco devido a falta de priorização na realização das atividades* | *2* | *3* | *6* |
| *Falta de apoio da governança devido a falta de priorização na realização das atividades* | *2* | *3* | *6* |
| *Inexperiência da equipe na realização controle interno* | *2* | *3* | *6* |

**Cronograma de marcos**

| Macroatividade | Entregável | Data |
|---|---|---|
| ***1. Gestão do projeto*** | | |
| *1.1 Plano do projeto* | *Plano aprovado e divulgado* | *abr/21* |
| *1.2 Método de trabalho* | *Método definido* | *abr/21* |
| *1.3 Acompanhamento do Projeto* | *Monitoramento realizado* | *abr/21* |
| ***2. Lista de verificação*** | | |
| *2.1 Elaboração de uma lista de verificação de adesão às boas práticas de governança corporativa na prevenção à corrupção* | *Lista de verificação elaborada* | *jul/21* |
| *2.2 Aprovar a lista de verificação em reunião do colegiado executivo* | *Lista de verificação aprovada* | *jul/21* |
| ***3. Elaboração do plano para realização do diagnóstico*** | | |
| *3.1 Elaboração do plano para realização do diagnóstico* | *Plano aprovado e divulgado* | *dez/21* |
| *2.2 Aprovar plano em reunião do colegiado executivo* | *Ata de reunião do colegiado executivo* | *dez/21* |
| ***4. Realização do diagnóstico e execução do plano de ação de melhoria*** | | |
| *4.1 Realizar o diagnóstico e elaborar o relatório* | *Relatório de diagnóstico* | *jul/22* |
| *4.2 Aprovar relatório em reunião do colegiado executivo* | *Relatório aprovado* | *jul/22* |
| ***5. Execução do plano de ação de melhoria de questões relacionadas a ética:*** | | |
| *5.1 Executar as atividades do plano de ação estabelecido* | *Apresentação de execução da RADE* | *dez/22* |
| *5.2 Elaborar relatório de execução* | *Relatório aprovado* | *dez/22* |
| ***6. Execução do plano de ação de melhoria de questões relacionadas a forncedores*** *:* | | |
| *6.1 Executar as atividades do plano de ação estabelecido* | *Apresentação de execução da RADE* | *jul/23* |
| *6.2 Elaborar relatório de execução* | *Relatório aprovado* | *jul/23* |
| ***7. Execução do plano de ação de melhoria de questões relacionadas a riscos:*** | | |
| *7.1 Executar as atividades do plano de ação estabelecido* | *Apresentação de execução da RADE* | *nov/23* |
| *7.2 Elaborar relatório de execução* | *Relatório aprovado* | *nov/23* |
| ***8. Finalização do projeto e lições aprendidas*** | *Relatório de finalização do projeto* | *dez/23* |

| Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Mapeamento e implantação dos processos estratégicos** | **4.01** | | | |

**Objetivo do projeto**

*Identificar, mapear e implantar os processos estratégicos no HU-UFSCar a fim de permitir o monitoramento do desempenho dos processos críticos da instituição através de indicadores pré-definidos e consequente proposição de melhorias que se fizerem necessárias*

**Informações do projeto**

- Área Responsável: Superintendencia
- Gerente do Projeto: Niarchos Cione
- Chefia imediata: Fabio Neves
- Áreas envolvidas: GAS, GEP, GAD e SUP (a depender da definição dos processos estratégic
- Início: fev/2021
- Fim: dez/2023

**Escopo**

*O projeto tem previsão de realização no período de fevereiro de 2021 a dezembro de 2023, nas seguintes etapas:*

***1. Gestão do Projeto:*** *Plano de trabalho e Acompnhamento do projeto*

***2 Incorporação da nova cadeia de valor da Sede:*** *Realizar o pareamento da cadeia de valor atual com a nova a fim de incorporar os processos existentes (legado) na nova estrutura evitando retrabalho em processos já institucionalizados.*

***3. Definição do processos estratégicos:*** *O Colegiado definirá os processos estratégicos a serem considerados neste projeto e nomeará Grupos de Trabalho para operacionalizar a metodologia definida.*

***4. Definição de metodologia de gestão de processos*** *: Elaborar a metodologia de trabalho para mapear e implantar os processos no HU-UFSCar e posterior monitoramento, gestão do dia-a-dia e tranformação de processos. Definir a abordagem às áreas envolvidas, etapas do trabalho, levantamento AS-IS e TO-BE, rotina de aprovação pelas chefias/gerências, produtos e resultados esperados.*

***5. Elaboração de fichas de processos:*** *Realizar a capacitação dos grupos de trabalho para a elaboração das fichas de processo (orientando a definição de donos de processos, pactuação entre clientes-fornecedores, entradas e saídas e indicadores dos processos). Utilizar técnica de workshops para os envolvidos nos diferentes turnos de trabalho.*

***6. Mapeamento dos processos*** *: Orientar os grupos de trabalho para mapear os processos com base na metodologia BPMN e software Bizagi.*

***7. Elaboração dos documentos dos processos*** *: Orientar os grupos de trabalho na elaboração dos POPs de Processo e POPs de Apoio associados aos processos.*

***8. Publicação dos processos:*** *Orientar a realização da publicação oficial dos documentos dos processos na intranet do HU-UFSCar*

***9. Implantação dos processos:*** *Capacitar os envolvidos em relação às possíveis mudanças nos processos e apresentar os objetivos e benefícios esperados com a implantação da gestão dos processos.*

*Não faz parte do escopo do projeto os processos não estratégicos*

**Indicadores**

*Taxa dos processos estratégicos mapeados (Número de processos estratégicos mapeados/número total de processos estratégicos)*100*

*Taxa dos processos estratégicos implantados (Número de processos estratégicos implantados/ número total de processos estratégicos mapeados)*100*

**Custo estimado**

*Não há*

| Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
|---|---|---|---|
| *Falta de adesão dos envolvidos nos processos (implantação)* | *2* | *3* | *6* |
| *Processos não representarem a realidade (a prática)* | *1* | *3* | *3* |
| *Falta de apoio da governança* | *1* | *3* | *3* |

**Cronograma de marcos**

| | Entregável | Data |
|---|---|---|
| *1 Gestão do Projeto* | | |
| *2. Incorporação da nova Cadeia de Valor da EBSERH* | *Lista de todos os processos da nova cadeia e respectivo processo HU-UFSCar da cadeia de valor antiga* | *ago/21* |
| *3. Definição dos processos estratégicos* | *Processos estratégicos a serem implantados* | *mai/21* |
| *4. Metodologia de gestão dos processos* | *Metodologia para caracterização, mapeamento, documentação e implantação dos processos* | *ago/21* |
| *5. Elaboração das Fichas dos processos* | *Fichas dos processos elaboradas* | *fev/22* |
| *6. Mapeamento dos processos estratégicos* | *Mapeamentos dos processos realizados* | *ago/22* |
| *7. Elaboração dos documentos dos processos* | *Documentação dos processos elaborada* | *fev/23* |
| *8. Publicação dos processos* | *Processos (documentação geral) publicados* | *ago/23* |
| *9. Implantação dos processos* | *Processos em andamento e monitorados* | *dez/23* |

**Ficha de Projeto do Plano Diretor Estratégico do Hospital**

## Implementação de um Programa de Educação Permanente — 5.01

**Objetivo do projeto**

Estruturar e implementar um programa de educação permanente em saúde (EPS) no HU-UFSCar, com o objetivo de qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão.

**Informações do projeto**

- Área Responsável: GAS
- Gerente do Projeto: Christiane Barbosa
- Chefia imediata: Valeria C. Gabassa
- Áreas envolvidas: GEP, GAS, GAD, áreas transversais ligadas à Superintendência
- Início: agosto/2021
- Fim: setembro/2023

**Escopo**

**1. Discussão e definição do modelo de Sistematização da Educação Permanente.**

Nesta etapa do projeto, será necessário conhecer os processos e documentos relacionados à educação que já existem no HU-UFSCar. Além disso, deve-se realizar uma busca na literatura sobre as possibilidades de sistematização do Processo de Educação Permanete no ambiente hospitalar para, após análise do material encontrado e avaliação do diagnóstico situacional, fazer uma proposta de educação permanente voltada para a realidade do HU UFSCar.

**2. Formação em Educação Permanente em Saúde.**

Nesta etapa, se faz necessário selecionar pessoas importantes para o sucesso dos processos de mudança na instituição para que participem de curso de formação em Educação Permanente. Além disso, deve-se compor grupo de tutores em EP que atuarão em diversos fóruns e diversas áreas do hospital.

**3. Educação Permanente nas unidades assistenciais.**

desenvolvida. Criar calendários para a execução de ações de EP e desenvolver ações de EP e avalia-las.

**4. Fluxos dos processos de Educação Permanente no HU UFSCar.**

Construir a documentação necessária para institucionalizar a forma de desenvolver EP no hospital.

**5. Programa de Educação Permanente em HU UFSCar**

**Indicadores**

*Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas*
*Número de multiplicadores capacitados em educação permanente*
*Satisfação dos profissionais com a atividade*

**Custo estimado**

*não há*

| Principais riscos | Prob. | Imp. | Grau |
|---|---|---|---|
| *Pouco envolvimento da equipe nas atividades* | *2* | *3* | *6* |
| *Falta de apoio da governança* | *1* | *3* | *3* |

**Cronograma de marcos**

| Macroatividade | Entregável | Data |
|---|---|---|
| ***1. Discussão e definição do modelo de Sistematização da Educação Permanente*** | | |
| *1.1 Diagnóstico situacional dos processos e documentos relacionados à educação* | *Relatórios mensais* | *ago/21 à jun/22* |
| *1.2 Busca na literatura* | *Relatório descritivo* | *fev/22* |
| *1.3 Avaliação e definição do modelo* | *Proposta de Educação Permanente em Saúde* | *jun/22* |
| *1.4 Construção da proposta de Sistematização de Educação Permanente* | *Documento para apresentar ao COLEX* | *jun/22 à ago/22* |
| *1.5 Apresentação e aprovação da proposta pelo colegiado executivo* | *Ata da reunião com a aprovação* | *ago/22* |
| ***2. Formação em Educação Permanente em Saúde dos colaboradores*** | | |
| *2.1 Definir junto às gerências e unidades os colaboradores para participação da formação em EPS;* | *Ata da reunião com as lideranças* | *jun/22* |
| *2.2 Realizar curso de formação em EPS para os colaboradores;* | *Oficinas de trabalho - apoio externo* | *jun/22 à ago/22* |
| *2.3 Construir projeto de multiplicadores de Educação Permamente nas áreas assistenciais;* | *Núcleo de EP* | *ago/22* |
| ***3. Acompanha e apoiar processos de Educação Permanente nas unidades*** | | |
| *3.1 Eleger em conjunto com as Gerências e Unidades Assistenciais fóruns para busca de situações a serem abordadas nas ações de Educação Permanente;* | | *ago/22* |
| *3.2 Eleger em conjunto com as Unidades Assistenciais prioridades de ação;* | *Relatório descritivo* | *ago/22* |
| *3.3 Construir em conjunto com as Unidades Assistenciais calendário de ações de Educação Permanente;* | *Calendário de ações* | *ago/22* |
| *3.4 Realizar em conjunto com as Unidades Assistenciais e de acordo com prioridades e calendários as ações de Educação Permanente;* | *Relatórios mensais* | *out/22 à fev/23* |
| ***4. Construição dos fluxos dos processos de Educação Permanente no HU UFSCar.*** | *Relatório descritivo* | |
| *4.1 Definir as ferramentas de identificação de problemas;* | *Oficinas de validação* | |
| *4.2 Definir e instituir espaços discussão da prática de trabalho;* | *Oficinas de validação* | |
| *4.3 Definir ferramentas de busca de soluções dos problemas levantados;* | *Oficinas de validação* | *mar/23* |
| *4.4 Definir ferramentas de avaliação e processos e resultados das ações de Educação Permanente;* | *Oficinas de validação* | *à jul/23* |
| ***5. Publicação o Programa de Educação Permanente em HU UFSCar*** | *Programa de Educação Permanente em HU UFSCar* | *set/23* |

# 7 BIBLIOGRAFIA


DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Disponível em: http://www.datasus.gov.br. Acesso em: maio a setembro de 2019.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). Disponível em: http://www.datasus.gov.br. Acesso em: maio a setembro de 2018.

EBSERH. **Contrato de Objetivos**. São Carlos, SP, 2020.

EBSERH. **Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh**. Fase 1 e 2. 2ªedição. Outubro de 2020.

EBSERH. **Relatório da ouvidoria**: índice de satisfação dos usuários. São Carlos/SP, 2020.

HU-UFSCar. Planejamento estratégico do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos 2019-21. São Carlos/SP, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/documentos-institucionais.

HU-UFSCar. **Plano de contingência para prevenção e controle da infecção humana pelo Sars-Cov-2 causador da COVID-19**. V. 2. São Carlos/SP, julho de 2020.

HU-UFSCar. **Relatório AVAQUALIS**. São Carlos/SP, fev. 2020.

HU-UFSCar. Relatório do diagnóstico do Selo Ebserh de Qualidade. São Carlos/SP, 2020.

HU-UFSCar. Relatório final do PDE 2017-18. São Carlos/SP, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/hu-ufscar/documentos-institucionais . Acesso em: 13 de outubro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/. Acesso em: maio a setembro de 2019.

SEADE. Perfil dos municípios paulistas. Disponível em:http://www.perfil.seade.gov.br/?. Acesso em: 01 de setembro de 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Governo do Estado de São Paulo. Regionais de Saúde. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude. Acesso em: 03 de julho de 2019.