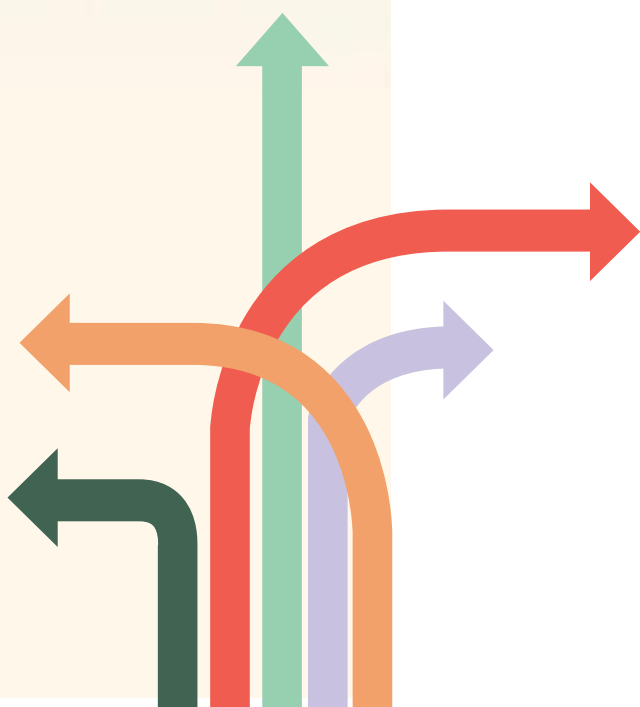


Plano Diretor Estratégico 2024-2028

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Santa Catarina, 2ª versão - HU-UFSC



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Presidente

Arthur Chioro

Vice-Presidente

Daniel Gomes Monteiro Beltrammi

Superintendente

Spyros Cardoso Dimatos

Gerente Administrativo

Nélio Francisco Schmitt

Gerente de Atenção à Saúde

Monique Mendes Marinho

Gerente de Ensino e Pesquisa

Jane da Silva

Chefe do Setor de Governança e Estratégia

Rodolfo Amando Schmitz

Chefe da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos

Maísa de Souza Silva

Este Plano Diretor Estratégico foi aprovado em Reunião do Colegiado Executivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2ª versão (HU-UFSC), em reunião realizada em 28 de fevereiro de 2025, constante no processo SEI 23820.004047/2024-70 e disponível no endereço <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc/governanca/gestao-estrategica/plano-diretor-estrategico-pde>.

| VERSÕES APROVADAS | PROCESSO SEI |
|------------------------|--|
| 1ª versão – 30/04/2024 | Documento SEI 38649917 - Processo 23820.004047/2024-70 |
| 2ª versão – 28/02/2025 | Documento SEI 47634215 - Processo 23820.004047/2024-70 |

Este documento foi elaborado e revisado pelo Chefe do Setor de Governança e Estratégia, Rodolfo Amando Schmitz, e pela Chefe da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos, Maísa de Souza Silva. A segunda versão contou com a colaboração e revisão do Superintendente, Spyros Cardoso Dimatos, do Gerente Administrativo, Nélio Francisco Schmitt, da Gerente de Atenção à Saúde, Monique Mendes Marinho, e da Gerente de Ensino e Pesquisa, Jane da Silva.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | APRESENTAÇÃO..... | 5 |
| 1.1 | O Plano Diretor Estratégico | 5 |
| 2 | CONTEXTO..... | 7 |
| 2.1 | O HU-UFSC inserido no Contexto Local | 7 |
| 2.2 | Histórico da Estratégia do HU-UFSC | 8 |
| 3 | ANÁLISE SITUACIONAL..... | 8 |
| 3.1 | O Plano Diretor Estratégico Anterior..... | 8 |
| 3.2 | Percepções dos Envolvidos..... | 10 |
| 3.2.1 | Percepções do Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)..... | 10 |
| 3.2.2 | Percepções do Gestor SUS..... | 11 |
| 3.2.3 | Percepções dos Trabalhadores..... | 12 |
| 3.2.4 | Percepções dos estudantes, docentes e pesquisadores | 12 |
| 3.2.5 | Percepção dos Usuários SUS..... | 13 |
| 3.2.5.1 | Ouvidoria | 13 |
| 3.2.5.2 | Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) | 14 |
| 3.3 | Desempenho do Contrato SUS | 14 |
| 3.3.1 | Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MC)..... | 15 |
| 3.3.2 | Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (AC)..... | 15 |
| 3.3.3 | Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (FAEC)..... | 15 |
| 3.4 | Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade | 15 |
| 3.5 | Acordo Organizativo de Compromissos | 16 |
| 3.5.1 | Comparação AOC 2024 e o Contrato de Objetivos 2023..... | 16 |
| 3.5.2 | Indicadores do AOC 2024 | 17 |
| 3.6 | Principais achados e recomendações de Auditoria..... | 18 |
| 3.7 | Painel de Contribuição da Rede Ebserh..... | 19 |
| 4 | ESTRATÉGIA DO HU-UFSC..... | 19 |
| 4.1 | Declaração de Visão do HU-UFSC..... | 19 |
| 4.2 | Macroproblemas | 20 |
| 4.3 | Painel de Contribuição do HU-UFSC..... | 22 |
| 5 | MONITORAMENTO | 24 |
| 5.1 | Modelo de Gestão do PDE..... | 24 |
| 5.2 | Modelo de Comunicação..... | 25 |
| 5.3 | Calendário 2025..... | 26 |

| | | |
|-------|--|----|
| 5.4 | Fichas dos Indicadores Locais..... | 27 |
| 5.4.1 | Pilar Sociedade – Usuário SUS (1.04)..... | 27 |
| 5.4.2 | Pilar Sociedade – Estudante (1.02)..... | 28 |
| 5.4.3 | Pilar Sociedade – Pesquisador (1.03)..... | 29 |
| 5.4.4 | Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.01)..... | 30 |
| | <i>(continuação)</i> Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.02)..... | 31 |
| 5.4.5 | Pilar Desenvolvimento Institucional (3.01)..... | 31 |
| 5.4.6 | Pilar Sustentabilidade Financeira (4.03)..... | 32 |
| 5.4.7 | Pilar Desenvolvimento do Trabalhador (5.01)..... | 33 |
| 5.5 | Fichas do Projetos Locais..... | 34 |
| 5.5.1 | Pilar Sociedade – Usuário SUS (1.04)..... | 34 |
| 5.5.2 | Pilar Sociedade – Estudante (1.02)..... | 35 |
| 5.5.3 | Pilar Sociedade – Pesquisador (1.03)..... | 36 |
| 5.5.4 | Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.01)..... | 37 |
| | <i>(continuação)</i> Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.02)..... | 38 |
| 5.5.5 | Pilar Desenvolvimento Institucional (3.01)..... | 39 |
| 5.5.6 | Pilar Sustentabilidade Financeira (4.03)..... | 40 |
| 5.5.7 | Pilar Desenvolvimento do Trabalhador (5.01)..... | 41 |
| 5.6 | Modelo Ficha de Monitoramento e Avaliação PDE (SEI nº 46136153)..... | 41 |

1 APRESENTAÇÃO

1.1 O Plano Diretor Estratégico

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

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

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

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

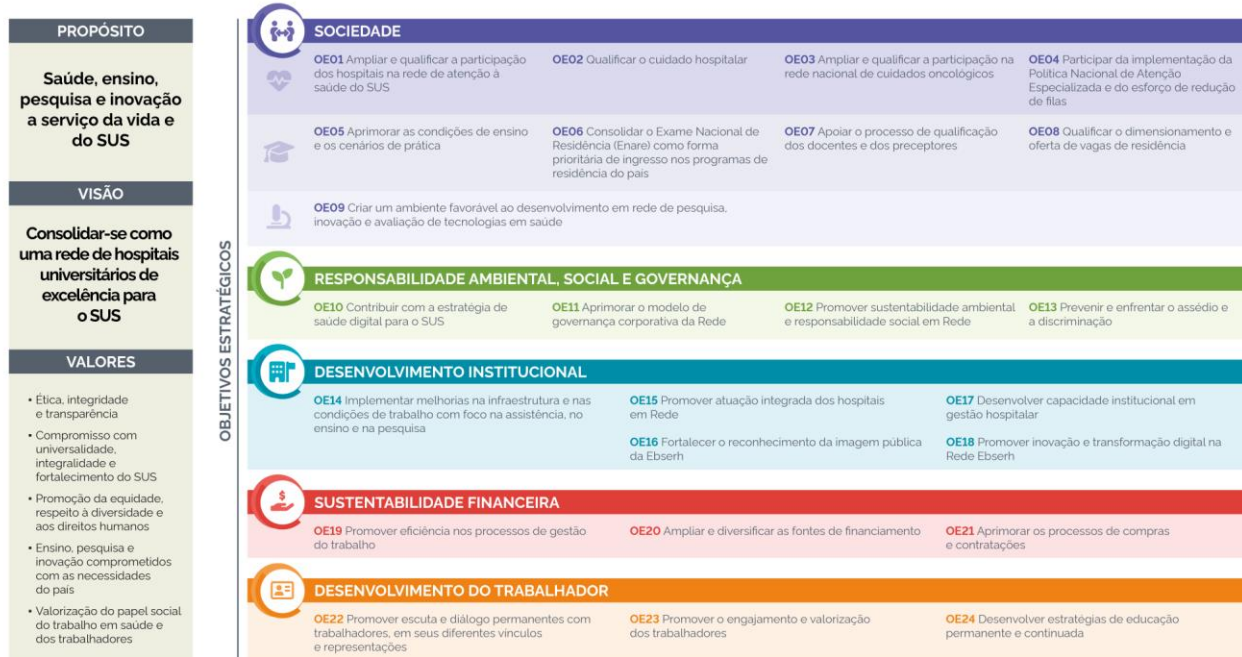
Nesse sentido, considerando o propósito definido pela alta gestão da Ebserh: **Saúde, ensino, pesquisa e inovação a serviço da vida e do SUS**, foi concebida a visão estratégica da Rede Ebserh para o próximo ciclo estratégico: **Consolidar-se como uma rede de hospitais universitários de excelência para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

A partir das principais perspectivas da visão estratégica, foram definidos 5 (cinco) pilares estratégicos: **Sociedade**, compreendendo o público dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), além dos estudantes/residentes, docentes e pesquisadores da Rede; **Responsabilidade Ambiental, Social e Governança**, que compreende a contribuição social da empresa, em especial sobre a ampliação da integração da Ebserh no SUS; **Desenvolvimento Institucional**, que se refere ao aprimoramento dos processos internos da empresa frente aos desafios de promoção da atuação integrada dos hospitais em rede; **Sustentabilidade Financeira**, que representa o compromisso com o equilíbrio entre receitas e despesas, mantendo a saúde financeira da empresa e **Desenvolvimento do Trabalhador**, referindo-se ao compromisso de desenvolvimento da força de trabalho frente aos desafios estratégicos da empresa.

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

Figura 1
Mapa Estratégico da Ebserh

MAPA ESTRATÉGICO 2024-2028



Desde 2014, os HUFs definem sua estratégia por meio da elaboração de Planos Diretores Estratégicos (PDEs). Esses Planos possibilitaram padronizar a forma de identificar os desafios de gestão e criar estratégias para transpô-los, apresentando-se como um avanço na gestão da estratégia das unidades hospitalares.

Nesse contexto, o HU-UFSC realizou o desdobramento da estratégia conforme o Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh, instituído pela Portaria - SEI nº 3, de 06 de fevereiro de 2024, no âmbito do Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh, sob a condução do Colegiado Executivo e com a participação de, aproximadamente, 50 pessoas, entre gestores e colaboradores.

Figura 2

Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh



* Antigo Contrato de Objetivos

O desdobramento da estratégia no HU-UFSC ocorreu de maneira colaborativa, envolvendo profissionais de diversas áreas do hospital e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Durante oficinas síncronas, esses profissionais trabalharam conjuntamente na construção da visão estratégica, na identificação de macroproblemas e no desenvolvimento de soluções de alto nível. Este processo promoveu uma ampla discussão e permitiu a validação das propostas pelo grupo participante.

Após a definição da visão, foram identificados macroproblemas que dificultavam o alcance dos Objetivos Estratégicos da Ebserh. Em resposta, indicadores e projetos locais foram criados para resolver esses problemas, considerando as discussões e as soluções apresentadas nas oficinas. Estas atividades, realizadas em reuniões com grupos temáticos compostos por especialistas, aprofundaram as soluções propostas e resultaram na construção de projetos e indicadores sólidos.

2 CONTEXTO

2.1 O HU-UFSC inserido no Contexto Local

Inaugurado em 1980, o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC) está localizado em Florianópolis e atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Reconhecido como uma instituição de saúde referencial para a Grande Florianópolis e todo o Estado de Santa Catarina, é o único hospital federal do estado. Como órgão complementar¹ da UFSC, o HU-

¹ Fonte: Regimento Geral da Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em <https://conselhouniversitario.ufsc.br/regimento-geral-da-ufsc/>

UFSC é gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) sob um contrato de gestão especial.

O hospital oferece serviços em clínica médica, cirurgia, ginecologia obstétrica e pediatria, além de assistência especializada, diagnóstico e terapêutica ambulatorial, hospitalar e de emergência, em níveis de alta e média complexidade.

2.2 Histórico da Estratégia do HU-UFSC

Ao longo de sua história, o HU-UFSC vivenciou um significativo amadurecimento do planejamento estratégico, marcado por várias iniciativas importantes:

- I. Plano Diretor Estratégico 2006-2012: iniciado em 2005, este plano foi denominado “Plano 2012” em referência ao período de sua vigência. Foi desenvolvido pelos servidores do HU-UFSC com suporte técnico da UFSC.
- II. Revisão do Plano Diretor Estratégico, em 2008.
- III. Plano Diretor Estratégico 2017-2018: a elaboração começou em 2016 e foi conduzida através de um curso de formação para nove gestores, em parceria entre a Ebserh e o Instituto de Ensino e Pesquisa Sírio Libanês (IEP).
- IV. Plano Diretor Estratégico 2019-2021: este plano foi desenvolvido colaborativamente pelos trabalhadores e gestores do HU-UFSC, sob a coordenação do Colegiado Executivo e da Unidade de Planejamento do HU-UFSC.
- V. Plano Diretor Estratégico 2021-2023: foi discutido e elaborado de forma colaborativa, culminando na elaboração de sete projetos nos temas assistência, ensino, pesquisa, sustentabilidade, governança, processos e tecnologia e pessoas.

Em 2024, com a aprovação do novo guia de desdobramento da estratégia da rede Ebserh, o HU-UFSC alinhou-se às novas diretrizes, o que levou à formulação do atual Plano Diretor Estratégico 2024-2028, cujos detalhes serão expostos ao longo deste documento.

3 ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior

O Plano Diretor Estratégico (PDE) de 2021-2023 representou um período crucial de avaliação e transição para o novo PDE de 2024-2028. Os resultados alcançados e os desafios não superados do período anterior foram analisados para informar e moldar o desenvolvimento do próximo plano.

Os PDEs da Rede Ebserh, incluindo os 40 hospitais participantes, são componentes fundamentais da estratégia de longo prazo da organização, conforme estipulado pela Lei das Estatais. Estes planos são coordenados para garantir que cada hospital contribua para a visão geral da rede.

O modelo de visão estratégica, adotado para o triênio 2021-2023, introduziu inovações significativas, respondendo à necessidade de aprimorar os atributos da visão e definir uma nova

posição estratégica para o hospital no planejamento futuro. As dificuldades foram progressivamente superadas através do amadurecimento das discussões em oficinas estratégicas, onde ficou evidente que a priorização dos objetivos é essencial para a eficácia do plano.

O PDE 2021-2023 foi estruturado em torno do Mapa Estratégico da Rede Ebserh, que definiu a direção até 2023. Baseado neste mapa, foi desenvolvido um mapa específico para o HU-UFSC, que esclareceu os objetivos estratégicos do hospital. Esses objetivos estavam alinhados com cinco pilares estratégicos: sociedade, sustentabilidade, governança, processos e tecnologia, e pessoas, cada um sustentado por metas específicas e monitorados por indicadores estratégicos.

A eficácia geral dos projetos implementados no âmbito do PDE foi avaliada em 79%. Uma análise detalhada desses resultados e projetos é apresentada a seguir, destacando tanto os sucessos quanto as áreas que requerem atenção contínua.

Quadro 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 de Modelo de Gestão da Atenção Hospitalar | 67% | Deficiência do modelo clínico assistencial, centrado no usuário e com aderência às políticas do SUS. | O tempo do projeto foi subestimado, considerando sua dimensão. Para implantação completa, seria necessário esforço coletivo adicional. Houve impacto negativo considerando a pandemia. Os resultados obtidos agregaram ganho às equipes, em especial à Unidade de Produção de Oncologia; painéis kanbans em unidades de internação, Escritório de Gestão de Altas, Contrato Interno de Gestão, diagnóstico em linhas de cuidado, entre outros. |
| Alinhamento das necessidades de ensino com melhorias no campo de prática do HU-UFSC/Ebserh | 84% | Fragilidade na conciliação das necessidades de ensino da graduação e pós-graduação com as ações assistenciais em saúde. | O Projeto avançou em relação à normatização e controles do campo de estágio, preceptoria, necessidades de ensino e espaços físicos, gerando aumento da maturidade da gestão do campo de prática. O projeto precisa ser aprimorado e continuado para atender aos objetivos. |
| Escritório de Projetos de Pesquisa e Inovação | 100% | Ausência de estrutura específica para suporte aos pesquisadores e potenciais pesquisadores da instituição. | O Escritório foi implantando, por meio do Programa PAPITS, em apoio ao pequeno e médio pesquisador. O programa constitui parte das ações necessárias para aumentar a atratividade do pesquisador, portanto deverão ser elaborados novos projetos na temática. |

| | | | |
|--|-----|---|--|
| Articulação da assistência à realidade orçamentária-financeira | 85% | Falta de planejamento e articulação entre a realidade orçamentária e contratualização com o gestor SUS. | O projeto, apesar de não concluído, elevou a maturidade das equipes quanto em relação a custos e estruturação de análises de sustentabilidade. Com o desenvolvimento de atividades de apuração de custos via APURASUS, o projeto foi interrompido, não havendo tempo hábil para a retomada do projeto. Quanto ao faturamento, a identificação de procedimentos alinhados ao plano de entidades foi parcialmente realizada, porém com muitas intervenções manuais, o que inviabiliza o desenvolvimento da atividade, havendo a necessidade de aprimorar o modelo. |
| Implementação do contrato de objetivos como ferramenta interna de gestão | 78% | Baixa efetividade no processo de contrato de objetivos. | Este projeto trouxe a organização dos processos, priorizações de investimentos, aumento do controle dos processos licitatórios. Verifica-se espaço para avanços na automatização dos processos, porém com necessidade de investimentos em sistemas de informação voltados ao tema. |
| Implantação do Escritório de Processos no âmbito do HU-UFSC/Ebserh | 79% | Inconsistências de informações assistenciais e gerenciais | O Escritório foi implantado, porém sem recursos humanos específicos, o que inviabilizou a continuidade da implantação de atividades relativas ao tema. |
| Institucionalizar práticas integrativas entre servidores RJU e empregados Ebserh | 61% | Dificuldade de integração entre servidores RJU e empregados Ebserh. | As diferenças entre as carreiras foram verificadas, e algumas práticas foram aplicadas. Contudo, o trabalho precisa ser ampliado e fazer parte da rotina de todas as equipes para haver maior sucesso. |

3.2 Percepções dos Envolvidos

O objetivo desta etapa na elaboração do Plano Diretor Estratégico foi identificar as expectativas do Reitor, com ênfase nas demandas ainda não atendidas em ensino e pesquisa, e as do Gestor do SUS, focadas nas necessidades assistenciais pendentes. Além disso, foram consideradas as percepções de estudantes, usuários do SUS, pesquisadores e docentes sobre os futuros desafios e direções do hospital. Essa abordagem permitiu desenvolver uma visão estratégica alinhada às necessidades da comunidade acadêmica onde o hospital está inserido.

Conforme orientações da 3ª edição do Guia de Gestão Estratégica dos Hospitais da Rede Ebserh, foram realizadas coletas de dados e análises detalhadas, cujos resultados serão apresentados ao longo desta seção.

3.2.1 Percepções do Reitor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Ao refletir sobre o futuro do HU-UFSC, o Reitor vislumbra um hospital de referência em alta complexidade, tanto em assistência quanto em ensino e pesquisa, dentro de um período de cinco anos.

Entre os **desafios internos** identificados, destaca-se a necessidade de promover uma maior integração entre os funcionários da EBSERH e do RJU.

No **âmbito externo**, o Reitor reconhece a oportunidade de estabelecer parcerias estratégicas com o gestor local, incluindo a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde, assim como o Ministério da Educação (MEC), além de buscar uma maior integração com o corpo docente da UFSC.

Os **valores** que considera fundamentais para a cultura do hospital incluem o atendimento humanizado, o compromisso com a saúde pública e a formação de novos profissionais.

Identifica as áreas de infraestrutura e gestão de pessoas como prioritárias para **investimento e desenvolvimento**.

Na **gestão de recursos humanos**, ressalta a importância da aprovação de um Plano de Carreira com melhores salários para os funcionários da EBSERH.

Quanto à **inovação e transformação digital**, o Reitor enfatiza a importância de aprofundar o programa de telemedicina, bem como outros sistemas informatizados (prontuário, faturamento, entre outros) e ampliar a capacitação na área de TI para os trabalhadores do HU.

Os **indicadores-chave** para avaliação do sucesso do HU-UFSC incluem o aumento do número de leitos e atendimentos assistenciais, ampliação das vagas para residência médica e multiprofissional, além do progresso nas pesquisas na área da saúde.

3.2.2 Percepções do Gestor SUS

Na entrevista realizada para a elaboração do plano diretor do HU-UFSC, o profissional entrevistado apresentou uma **visão** sobre o futuro e os desafios do hospital, assim como oportunidades de crescimento e áreas prioritárias para investimento e desenvolvimento. Ele espera que, em cinco anos, o HU-UFSC esteja **habilitado** para todos os serviços que presta, funcionando de forma plena e **atendendo a demanda ofertada conforme o plano operativo**.

Entre os principais **desafios internos**, destacou-se a necessidade de ampliar o quadro funcional para atender completamente ao plano operativo, além da urgência em fortalecer a comunicação com a rede de atenção básica à saúde para evitar a sobrecarga de atendimentos. A reforma e ampliação de estruturas críticas, como a emergência para adultos, setor de hemodiálise, maternidade e centro cirúrgico, também foram apontadas como cruciais, assim como a ampliação da oferta de serviços ambulatoriais e cirúrgicos especializados.

Externamente, o entrevistado enxerga a oportunidade de participar ativamente de comissões e grupos que envolvem a rede de atenção à saúde, além da importância de expandir o escopo da educação permanente, compartilhando a vasta experiência da instituição com outros profissionais da rede.

Os **valores fundamentais** para a cultura do hospital incluem atendimento humanizado, qualidade no atendimento aos usuários, referência no ensino e pesquisa, comprometimento, ética profissional e respeito ao ser humano.

Quanto às áreas que necessitam de **maior investimento ou desenvolvimento**, foram mencionados os setores de emergência, UTI, maternidade, pediatria, nefrologia, urologia, vascular e a área de ensino, destacando a importância de focar na primeira infância para mitigar complicações de saúde na vida adulta.

Os desafios na **gestão de recursos humanos** incluem a ampliação do quadro profissional e a constante educação permanente, visando fortalecer as práticas humanizadas no atendimento.

Em relação à **inovação ou transformação digital**, o entrevistado apontou a necessidade de projetos que melhorem a segurança do paciente e otimizem os atendimentos e registros, permitindo uma gestão mais assertiva. Se não houvesse limitações tecnológicas ou orçamentárias, buscaria inovações que alinhassem ainda mais o hospital às necessidades dos pacientes e à eficiência dos serviços prestados.

Os **indicadores-chave** mais relevantes para avaliar o sucesso do HU-UFSC foram identificados como **produtividade, qualidade, estratégia e eficiência**, ressaltando a complexidade e a multidimensionalidade dos desafios e oportunidades enfrentados pela instituição.

3.2.3 Percepções dos Trabalhadores

A etapa de coleta de percepções dos colaboradores do HU-UFSC/Ebserh, realizada de 26/02 a 11/03/2024, visou entender os desafios e expectativas para o futuro do hospital, obtendo 35 respostas em um formulário de entrevista. Os colaboradores identificaram diversos **desafios internos**, como questões de infraestrutura, gestão de recursos humanos e processos organizacionais, e expressaram um desejo de ver o hospital como referência em excelência. Destacaram a importância de uma gestão apolítica, valorização dos profissionais e integração efetiva de ensino, pesquisa e assistência.

Externamente, as oportunidades incluem parcerias e inovações tecnológicas, enquanto os desafios abrangem a remuneração desatualizada e a integração com o sistema de saúde regional. Os **valores** culturais enfatizados foram ética, responsabilidade social e compromisso com o ensino e o cuidado ao paciente. Quanto às áreas de **investimento**, foram destacadas a necessidade de melhorias no centro cirúrgico, emergências, infraestrutura física e capacitação profissional.

Os desafios na **gestão de recursos humanos** incluem a retenção de talentos e a valorização dos trabalhadores. Projetos de **inovação e transformação digital** foram sugeridos para modernizar os sistemas de ensino e gestão hospitalar. Os indicadores-chave para avaliar o sucesso do hospital cobrem aspectos como qualidade dos serviços, satisfação dos usuários, sustentabilidade e integração ensino-serviço. O relatório concluiu que é crucial superar desafios, investir estrategicamente, fomentar inovações e avaliar continuamente o desempenho para alinhar o hospital às suas metas de excelência.

3.2.4 Percepções dos estudantes, docentes e pesquisadores

A pesquisa de satisfação dos **discentes** revelou alto grau de satisfação com as experiências de estágio, valorizando o aprendizado prático e o suporte dos preceptores. Contudo, foram relatados problemas significativos relacionados à organização, infraestrutura e acolhimento, que

impactaram negativamente a experiência de alguns alunos. As principais sugestões dos estudantes incluíram a melhoria na organização dos horários, melhor acolhimento e integração nas atividades práticas, especialmente em áreas como a Hematologia.

Por outro lado, a pesquisa de satisfação dos **docentes** indicou percepções mistas. Embora a imersão na rotina hospitalar tenha sido positiva, houve críticas à falta de realização de análises específicas e à limitada demonstração da rotina hospitalar por parte de alguns funcionários. Foi sugerida a necessidade de designar pessoas responsáveis em cada setor que demonstrem um interesse genuíno em ensinar a rotina interna.

Adicionalmente, a gestão da pesquisa e inovação focou em otimizar os contratos de pesquisa clínica e promover a inovação tecnológica. Parcerias foram estabelecidas para fortalecer a pesquisa e a inovação, com resultados positivos na percepção dos **pesquisadores**, que expressaram satisfação com a comunicação e a execução das atividades de pesquisa, apesar de enfrentarem desafios como a falta de adesão dos participantes e a inadequação dos locais para a coleta de dados, agravados pela pandemia de COVID-19.

Em resumo, as percepções de alunos, docentes e pesquisadores no HU-UFSC refletem uma combinação de satisfação com os esforços educacionais e de pesquisa e desafios operacionais que necessitam de atenção para melhorar a eficácia e a qualidade das experiências educacionais e de pesquisa no hospital.

3.2.5 Percepção dos Usuários SUS

3.2.5.1 Ouvidoria

A Ouvidoria do HU-UFSC desempenha um papel crucial como meio de comunicação, transparência e controle social, influenciando melhorias nos serviços públicos e na formação profissional na saúde. Esta seção resume o desempenho da Ouvidoria com base nos relatórios de 2022 e 2023, incluindo uma análise comparativa dos dados desses anos.

Em 2022, foram registradas 971 demandas na Ouvidoria, que aumentaram para 1.214 em 2023, representando um crescimento de 25%. As manifestações subiram de 938 para 1.163, um aumento de quase 24%, e os Pedidos de Acesso à Informação (LAI) cresceram 54,55%, de 33 para 51 pedidos.

Entre 2022 e 2023, notou-se um aumento de 16,7% no número de reclamações, somando 85 reclamações adicionais. O número de elogios também aumentou significativamente, de 3,91% para 11,3%, equivalente a 90 elogios a mais. No entanto, houve uma redução de 40% nas demandas de comunicação das ouvidorias internas.

As principais reclamações foram relacionadas a cirurgias (cancelamentos, suspensões, longos tempos de espera, agendamentos e reagendamentos), atendimentos (internação e tempo de espera) e consultas (tempo de espera, cancelamentos, agendamentos e reagendamentos). O maior volume de queixas e solicitações concentra-se nessas áreas. Por outro lado, os elogios foram predominantemente direcionados aos profissionais de saúde.

3.2.5.2 Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

As Pesquisas de Satisfação desempenham um papel crucial como instrumentos de gestão, permitindo o levantamento de diagnósticos com base na percepção do público consultado. Elas auxiliam na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos, que são objeto de avaliação na pesquisa.

Além disso, os resultados obtidos geram dados que podem subsidiar a formulação e execução de ações direcionadas à melhoria institucional.

A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) tem como objetivo principal conhecer o nível de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que utilizam os serviços nos Hospitais Universitários com contrato de gestão firmado com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

O público-alvo da pesquisa são pacientes e familiares que utilizaram os serviços oferecidos nos hospitais geridos pela Rede Ebserh durante o período avaliativo.

No ciclo 2023², o HU-UFSC obteve um **índice de satisfação do Usuário SUS de 91,47%**, com a participação de 868 respondentes. A nota média geral dos serviços utilizados no HU-UFSC foi de 9,06 pontos, e o percentual de participantes que recomendam o HU-UFSC atingiu 96,77%. Para efeito comparativo, o resultado médio dos Hospitais da Rede Ebserh foi: satisfação 90,91%; 9,02 pontos quanto serviços utilizados nos hospitais; e 97,52% como percentual de participantes que indica os Hospitais Universitários.

3.3 Desempenho do Contrato SUS

A contratualização do Hospital Universitário é realizada por meio do **Instrumento Formal de Contratualização (IFC)**, celebrado entre a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (Gestor SUS) e o HU-UFSC/Ebserh. Este acordo visa à prestação de serviços de assistência à saúde, abrangendo atendimento ambulatorial (urgência/emergência, diagnóstico e tratamento) e internações hospitalares aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O IFC estabelece metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e gestão hospitalar que o hospital deve atender mensalmente para receber os recursos previamente acordados.

Atualmente, a contratualização entre o HU-UFSC/Ebserh e o gestor SUS (Secretaria Estadual de Saúde) está em vigor por meio do **Contrato nº 001/2021**, o qual foi prorrogado até 31/12/2024 pelo 17º Termo Aditivo. Este contrato prevê um valor anual de repasse de **R\$ 54.856.143,24³** (cinquenta e quatro milhões, oitocentos e cinquenta e seis mil, cento e quarenta e três reais e vinte e quatro centavos) ao hospital.

² Fonte: [Painel de Pesquisa de Satisfação do Usuário](#), ciclo 2023.

³ Fonte: [Painel Contratualização Hospitalar na Rede Ebserh](#), página Valores Mensais.

3.3.1 Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MC)

No ano de 2023, a produção de serviços de média complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, alcançou um total de R\$ 19.908.551,25 (dezenove milhões, novecentos e oito mil, quinhentos e cinquenta e um reais e vinte e cinco centavos), com uma média mensal de receita de R\$ 1.659.018,64 (um milhão, seiscentos e cinquenta e nove mil, dezoito reais e sessenta e quatro centavos). Este valor representa o cumprimento de **86%** da meta financeira mensal estabelecida no IFC.

3.3.2 Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (AC)

No ano de 2023, a produção de serviços de alta complexidade (AC), tanto ambulatorial quanto hospitalar, alcançou um total de R\$ 11.866.228,48 (onze milhões, oitocentos e sessenta e seis mil, duzentos e vinte e oito reais e quarenta e oito centavos), com uma média mensal de receita de R\$ 988.852,37 (novecentos e oitenta e oito mil, oitocentos e cinquenta e dois reais e trinta e sete centavos), superando a meta financeira mensal do IFC em 146%.

3.3.3 Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (FAEC)

Com relação ao FAEC, no ano de 2023 a produção de serviços de média e alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, alcançou um total de R\$ 11.412.454,11 (onze milhões, quatrocentos e doze mil, quatrocentos e cinquenta e quatro reais e onze centavos). A média mensal de receita foi de R\$ 949.162,23 (novecentos e quarenta e nove mil, cento e sessenta e dois reais e vinte e três centavos), atingindo a meta financeira mensal do IFC em **156%**.

3.4 Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade

O Programa de Gestão da Qualidade (PGQuali) da Ebserh é um sistema próprio de avaliação periódica cujo objetivo é fomentar a cultura de melhoria contínua dos serviços oferecidos à população pelos hospitais universitários federais integrantes da rede Ebserh, abrangendo as áreas de assistência, ensino, extensão, pesquisa e inovação em saúde.

Este programa estabelece níveis de cumprimento de metas, com o reconhecimento da conquista através do **Selo de Qualidade Ebserh**. O selo **Bronze** é concedido aos hospitais que alcançarem 80% dos requisitos essenciais e, ao menos, 60% do total dos requisitos estipulados pelo Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade. A categoria **Prata** é destinada aos que atingirem 90% dos requisitos essenciais e, no mínimo, 70% do total dos requisitos. O Selo **Ouro** é concedido aos hospitais que obtiverem no mínimo 100% dos requisitos essenciais e 80% do total dos requisitos. Já a categoria **Diamante** é reservada para aqueles que cumprirem 100% dos requisitos essenciais e, ao menos, 90% do total dos requisitos do Manual.

No ano de 2023, o desempenho do HU-UFSC foi suficiente para obter o Selo Bronze.

Quadro 2

Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade

| | 2023 | 2022 |
|---|-------|-------|
| % de requisitos conformes | 82,4% | 83,0% |
| % de Requisitos Essenciais (RE) conformes | 84,9% | 82,1% |

3.5 Acordo Organizativo de Compromissos

O Planejamento Anual da Aplicação de Créditos da Rede Ebserh para o ano de 2024 foi estabelecido através da formalização do Acordo Organizativo de Compromissos (AOC), em substituição ao Contrato de Objetivos que estava em prática até o ano de 2023.

Neste acordo, propõe-se a pactuação de cláusulas entre a Administração Central e os Hospitais Universitários Federais (HUFs), incluindo-se três anexos importantes: (i) os tetos orçamentários previstos, (ii) os valores propostos para o Plano Diretor de Investimento (PDI), e (iii) os indicadores e metas.

De acordo com o estipulado no AOC, os créditos previstos podem ser ajustados conforme o alcance das metas estabelecidas neste acordo, as alterações na produção do SUS de acordo com a contratualização com o gestor local, a arrecadação de receita própria, e as legislações pertinentes à programação orçamentária e financeira da Rede Ebserh, bem como as normativas do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde.

Uma das novidades introduzidas no AOC de 2024 é a previsão de recursos oriundos do PRHO-SUS (Decreto 11.674/23 - Programa Nacional de Qualificação e Ampliação dos Serviços Prestados por Hospitais Universitários Federais Integrantes do Sistema Único de Saúde).

3.5.1 Comparação AOC 2024 e o Contrato de Objetivos 2023

Em relação ao custeio de 2023, foi inicialmente previsto um montante de aproximadamente 61,5 milhões de reais, que, após complementações, alcançou o valor de empenho de aproximadamente 80 milhões de reais.

Para o orçamento de custeio de 2024, foi inicialmente prevista uma quantia oriunda do PRHOSUS de 20,6 milhões de reais, totalizando uma previsão inicial de custeio de 82,8 milhões de reais. Apesar desse aumento em comparação a 2023, o orçamento ainda se mostra insuficiente, considerando as estimativas da equipe técnica, que preveem um montante total acima do previsto no AOC 2024.

No que tange a investimentos, o hospital foi beneficiado pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para a reforma do Centro Obstétrico, com um valor previsto de 15 milhões de reais, e uma previsão orçamentária para 2024 de 6,6 milhões de reais.

Em relação aos demais investimentos em Obras, Reformas, aquisição de Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH), renovação do parque tecnológico, recursos de Tecnologia da Informação

e Comunicação (TIC) e outros bens permanentes, os recursos alocados foram de aproximadamente 8,3 milhões de reais.

A seguir, apresenta-se o detalhamento do orçamento de custeio e de investimentos.

Tabela 1: Tetos Orçamentários Previstos 2024.

| Fonte | 3 - Corrente | 4 - Capital | Total |
|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Receita SUS | R\$ 61.977.512,11 | R\$ 0,00 | R\$ 61.977.512,11 |
| Receita Própria | R\$ 212.317,25 | R\$ 0,00 | R\$ 212.317,25 |
| PRHOSUS | R\$ 20.610.170,64 | R\$ 0,00 | R\$ 20.610.170,64 |
| Rehuf e outros | * | * | * |
| PAC | R\$ 0,00 | R\$ 6.619.670,00 | R\$ 6.619.670,00 |
| Emendas | R\$ 0,00 | R\$ 300.000,00 | R\$ 300.000,00 |
| Total Geral | R\$ 82.800.000,00 | R\$ 6.919.670,00 | R\$ 89.719.670,00 |

Fonte: AOC 2024 do HU-UFSC, disponível no documento SEI nº 36410826.

Tabela 2: Valores propostos para o PDI, 2024.

| Grupo | Subgrupo | Valor (R\$) |
|--|---|----------------------|
| 5. Reestruturação Física e Tecnológica | 5.1 – Equipamento médico-hospitalar (EMH) | R\$ 2.877.315,86 |
| | 5.2 – Mobiliário | R\$ 384.894,63 |
| | 5.3 – Obras (inclusive PAC) | R\$ 10.619.670,00 |
| | 5.4 – TI (equipamento, software, serviço) | R\$ 878.000,00 |
| | 5.5 – Outros | R\$ 145.976,51 |
| Total do Grupo | | 14.905.857,02 |

Fonte: AOC 2024 do HU-UFSC, disponível no documento SEI nº 36410826.

3.5.2 Indicadores do AOC 2024

O AOC estabelece indicadores e metas definidos pela Ebserh em conjunto com o Ministério da Saúde (indicadores 1 a 3) e pactuados entre o HU-UFSC e a Ebserh.

O Colegiado Executivo do hospital será responsável por monitorar esses indicadores e organizar reuniões de análise de resultados com as equipes do hospital. O objetivo dessas reuniões é aprimorar os processos e incentivar o cumprimento das metas estipuladas. Se alguma meta não for atingida, a equipe do hospital deverá desenvolver e submeter um Plano de Ação à área correspondente da Administração Central, seguindo um modelo previamente disponibilizado. Esse plano deve incluir a implementação de ações estratégicas, a designação de responsáveis e a definição de prazos para garantir o alcance das metas propostas.

Tabela 3: Indicadores e Metas do AOC 2024.

| Nº | Indicadores | Meta 2024 | Resultado 2023 |
|----|---|--|----------------|
| 1 | Taxa de Ocupação Hospitalar | > 70% | 69% |
| 2 | Tempo Médio de Permanência Hospitalar | reduzir 10% no ano | 5,8 dias |
| 3 | Índice de Giro de Leito | maior ou igual 3 | 3,6 |
| 1 | Aderência entre o valor executado e o valor planejado por grupo | 80% a 120% | - |
| 2 | Relação de Funcionários (Terceiros) por Leito | 1 | - |
| 3 | Cobertura de Estoque de Medicamentos | 90 dias | - |
| 4 | Índice de obsolescência do parque tecnológico | j=1 + j=2 > 85%; j=3 < 10% e, j=4 < 5% | - |
| 5 | Taxa de Parto Cesáreo (TPC) | HUF com Tx ≥ 50% - red. 10%; HUF entre 40% ≤ Tx < 50% - red. 5% | 40% |
| 6 | Percentual de vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência - Enare | 100% das vagas credenciadas ofertadas no Enare | 0% |
| 7 | Percentual de Preceptores capacitados nos HUFs da Rede Ebserh | Crescimento de 10% ao ano | - |
| 8 | Número de profissionais por Leitos Ajustados | IPLA ≥ 6,6 – redução de 10% a.a. até chegar ao intervalo entre 5,6 e 6,6 | - |
| 9 | Percentual de Registros Manuais de Ponto dos Empregados Ebserh | Reduzir em 10% da média do ano anterior | 31,26% |
| 10 | Taxa de liquidação mensal | 7% | 7,2% |
| 11 | Maturidade em Segurança Cibernética do HUF | ≥ 0,30 | - |
| 12 | Percentual de saídas com sumário de alta médica ou óbito preenchido no AGHU | HUF 0% a 29,9% Meta: 50%; HUF 30% a 49,9% - Meta: 75%; HUF 50% a 69,9% - Meta: 85%; HUF ≥ 70% - Meta: 99% | - |

3.6 Principais achados e recomendações de Auditoria

A Auditoria Interna da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) é uma atividade independente, de avaliação e assessoramento aos gestores da entidade, no acompanhamento da

execução dos programas de governo, visando comprovar o nível de execução das metas, o alcance dos objetivos e a adequação do gerenciamento, que recebe orientação normativa e supervisão técnica do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, de acordo com o caput do artigo 15, do Decreto nº 3.591/2000.

A Ebserh realiza o monitoramento e a gestão dos apontamentos de auditoria por meio do sistema E-AUD, administrado pela Controladoria Geral da União (CGU). Internamente, o HU-UFSC emprega, além dessa ferramenta, controles internos adicionais para o aprimoramento da gestão desses apontamentos, através de:

1. Painel BI da Auditoria Geral;
2. Painel BI de Auditoria Interna do HU-UFSC, focando no detalhamento dos apontamentos;
3. Relatórios mensais de auditoria, destinados ao Colegiado Executivo e às Unidades Auditadas;
4. Procedimento Padrão para resposta aos apontamentos.

Nos anos de 2022 e 2023, o indicador de resposta às auditorias foi alcançado, apresentando o seguinte resultado:

Tabela 4: Resultado do índice de arquivamento dos apontamentos de auditoria interna.

| Exercício | Meta | Resultado |
|-----------|------|-----------|
| 2022 | 50% | 55,91% |
| 2023 | 60% | 60,31% |

3.7 Painel de Contribuição da Rede Ebserh

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

4 ESTRATÉGIA DO HU-UFSC

4.1 Declaração de Visão do HU-UFSC

Ser um hospital escola de excelência no ensino, pesquisa, inovação e na assistência à saúde de alta e média complexidade, atuando de forma qualificada, humanizada e sustentável, no Estado de Santa Catarina, a serviço do SUS

4.2 Macroproblemas

| | Descrição do Macroproblema | Causa Raiz do Macroproblema | Proposta de Solução |
|---|--|---|---|
| Sociedade (Assistência) | Ausência de um modelo assistencial instituído alinhado à visão da instituição. | Os objetivos dos entes não são alinhados para definição de um perfil assistencial do HU-UFSC. | Elaboração de perfil assistencial e adequação dos serviços existentes. |
| Sociedade (Ensino) | Dificuldades na integração entre o ensino, as atividades assistenciais e a contratualização no HU-UFSC. | Há precariedade dos espaços de diálogo e ausência de integração no processo de planejamento. | Aprimoramento da integração entre ensino, atividades assistenciais e contratualização |
| Sociedade (Pesquisa) | Dificuldades na articulação e integração dos normativos para o desenvolvimento e aplicabilidade de pesquisas e inovação no HU-UFSC. | Os espaços de discussão dos temas pesquisa e inovação não são organizados e ocupados adequadamente junto à assistência e à universidade. | Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde. |
| Responsabilidade Ambiental, Social e Governança | Falta de um modelo de governança estruturado e integrado à rede Ebserrh. Dificuldades na implementação de políticas de combate ao assédio | A atividade não figurou como prioritária na estratégia da instituição. As ações existentes não fazem parte de um programa eficaz de educação do que configura assédio e não proporcionam canal para a mitigação em tempo hábil para tratamento de denúncias. | Aplicação de ações de governança orientadas pelo modelo o TCU. Programa de conscientização, prevenção e enfrentamento ao assédio e a discriminação |
| Desenvolvimento Institucional | Falta de planejamento (a longo prazo) e recursos insuficientes para a melhoria na infraestrutura física e no parque tecnológico do HU-UFSC. | Não existe PDFH (Plano Diretor Físico Hospitalar) elaborado para definição das necessidades de melhorias na infraestrutura física e no parque tecnológico do HU-UFSC. | Elaboração do Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH) |

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|---|
| Sustentabilidade Financeira | Insuficiência de recursos financeiros alinhados às necessidades assistenciais, de ensino e pesquisa. | <p>Falta a obrigatoriedade/ corresponsabilidade de planejamento assistencial tempestivo que defina parâmetros/ critérios para utilização de insumos, serviços e registros da produção assistencial para faturamento.</p> <p>Há baixo conhecimento de como captar novas fontes de recursos orçamentários para a melhoria na infraestrutura física e no parque tecnológico do HU-UFSC.</p> | <p>Implementar um conjunto de iniciativas visando fortalecer a sustentabilidade financeira, atuando nos processos de abastecimento, aquisição de insumos não padronizados, perdas por materiais vencidos e relação de funcionários terceiros por leito.</p> <p>Captação de novas fontes de recursos orçamentários</p> |
| Desenvolvimento do Trabalhador | Dificuldades no processo de valorização dos trabalhadores. | Não há um programa contínuo de prevenção/promoção à saúde do trabalhador e de formação continuada, e o local de trabalho não é aderente à expectativa do trabalhador. | Programa de desenvolvimento do trabalhador e da saúde no trabalho |

Fonte: Oficinas do PDE 2024-2028 do HU-UFSC.

4.3 Painel de Contribuição do HU-UFSC

Tabela 5

Painel de Contribuição do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, 2ª versão

| Tema Estratégico | Cód. | Objetivo Estratégico | Indicador Local | Metas | | | | | Projeto Local | Área Responsável |
|---|------|--|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|------------------|
| | | | | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | | |
| Sociedade (Assistência) | OE04 | Participar da implementação da Política Nacional de Atenção Especializada e do esforço de redução de filas | Percentual de implantação do sistema | n/a | 100% | - | - | - | Implementação do Sistema de Lista de Espera Cirúrgica | STCOR |
| Sociedade (Ensino) | OE05 | Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática | Percentual de Preceptores capacitados | Cresc. 10% a.a. | Cresc. 10% a.a. | Cresc. 10% a.a. | Cresc. 10% a.a. | Cresc. 10% a.a. | Aprimoramento da integração entre ensino, atividades assistenciais e contratualização | GEP |
| | | | Percentual de adequação do campo de prática | * | * | * | * | * | | |
| | | | Percentual de vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência – Enare | 60% | * | * | * | * | | |
| Sociedade (Pesquisa) | OE09 | Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde | Percentual de crescimento do número de pesquisas | * | * | * | * | * | Fortalecimento da pesquisa no HU-UFSC | GEP |
| | | | Percentual de crescimento do número de pesquisadores | * | * | * | * | * | | |
| | | | Percentual de crescimento do número de avaliações de tecnologias em saúde | * | * | * | * | * | | |
| | | | Percentual de crescimento do número de produtos submetidos para validação | * | * | * | * | * | | |
| Responsabilidade Ambiental, Social e Governança | OE11 | Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede | Percentual de adesão aos requisitos aplicáveis do IESGO-TCU | n/a | 50% | 60% | 80% | 100% | Implementação de ações de Governança | SUP |
| | OE13 | Prevenir e enfrentar o assédio e a discriminação | Índice de satisfação dos envolvidos na mediação | n/a | 85% | 90% | 90% | 90% | Programa de conscientização, prevenção e | GAD |

| Tema Estratégico | Cód. | Objetivo Estratégico | Indicador Local | Metas | | | | | Projeto Local | Área Responsável |
|--------------------------------|------|--|---|-------|-----------------|-----------------|------|------|---|------------------|
| | | | | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | | |
| | | | | | | | | | enfrentamento ao assédio e a discriminação | |
| Desenvolvimento Institucional | OE14 | Implementar melhorias na infraestrutura e nas condições de trabalho com foco na assistência, no ensino e na pesquisa | Percentual de aderência de obras e reformas planejadas em relação ao previsto no projeto de zoneamento. | n/a | 50% | 60% | 80% | 100% | Elaboração do Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH) | GAD |
| | | | Percentual de elaboração do PDFH | 15% | 35% | 55% | 75% | 100% | | |
| Sustentabilidade Financeira | OE21 | Aprimorar os processos de compras e contratações | Tempo médio de execução das fases do macroprocesso de compra | n/a | Reduz. 25% a.a. | Reduz. 25% a.a. | - | - | Aprimoramento dos Processos de Compras e Contratações de Insumos | GAD |
| | | | Percentual de itens fracassados e desertos | n/a | Reduz. 25% a.a. | Reduz. 25% a.a. | - | - | | |
| | | | Número de dispensas de licitação | n/a | Reduz. 25% a.a. | Reduz. 25% a.a. | - | - | | |
| Desenvolvimento do Trabalhador | OE23 | Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores | Índice de satisfação e percepção de efetividade das ações para chefias | n/a | 80% | 80% | 80% | 80% | Programa de desenvolvimento do trabalhador e da saúde no trabalho | GAD |

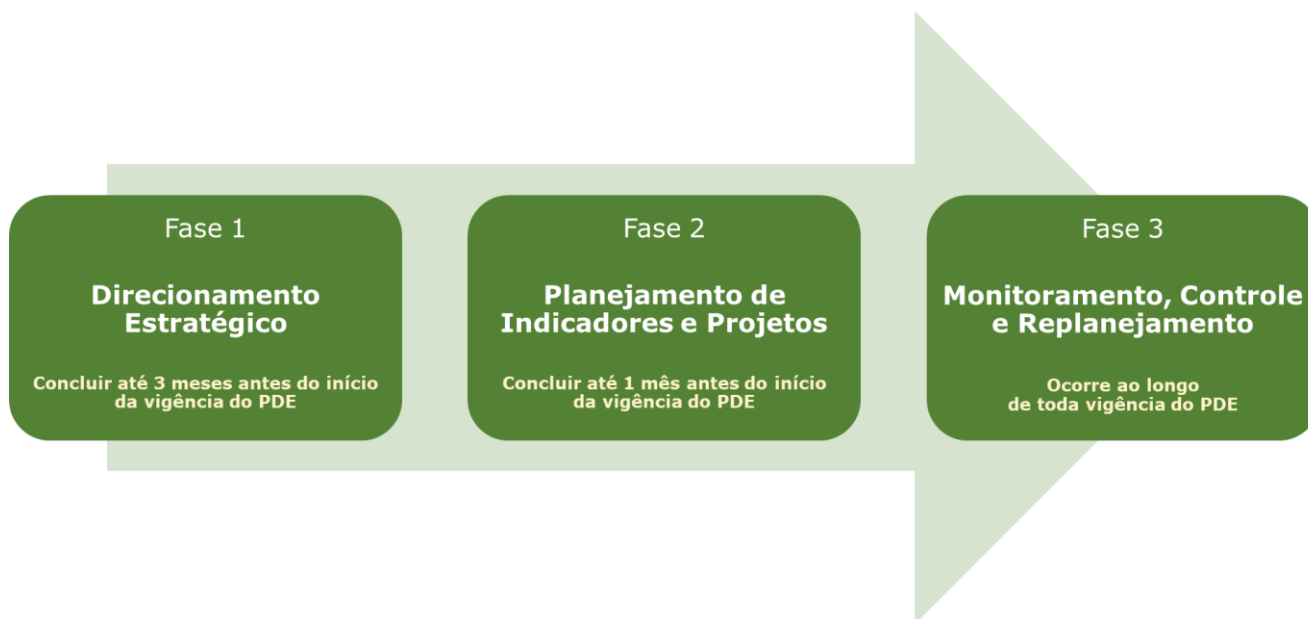
*a definir.

5 MONITORAMENTO

5.1 Modelo de Gestão do PDE

De acordo com a Metodologia de Gestão Estratégica dos Hospitais, após as fases de Direcionamento Estratégico e Planejamento de Indicadores e Projetos, inicia-se o processo de Monitoramento, Controle e Replanejamento do PDE.

Figura 3
Fases da Metodologia de Gestão Estratégica dos Hospitais



A eficácia na gestão e no controle do Plano Diretor Estratégico (PDE) é essencial para o sucesso de sua implementação. Diversos processos e ferramentas são empregados para facilitar a verificação e a medição dos resultados esperados, garantindo o alinhamento com os objetivos estratégicos da instituição.

Os níveis de controle são segmentados, cada um com seus objetivos específicos. A responsabilidade pelo controle de tarefas e atividades é de cada Gerente de Projeto, que pode solicitar suporte ao Gestor de Portfólio para ajustes no cronograma e resolução de eventuais dificuldades operacionais.

Para o acompanhamento estratégico, é utilizado o MS Project, ferramenta que permite o controle dos prazos de execução das atividades e a identificação dos responsáveis por cada etapa. Os Projetos cadastrados no Portal de Projetos da Rede Ebserh são monitorados pela Administração Central da Ebserh, tornando essa plataforma o principal instrumento de acompanhamento.

A operação dos projetos no MS Project é de responsabilidade dos Gerentes de Projeto, com suporte do Setor de Governança e Estratégia e da Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos. Além disso, as atividades de monitoramento seguem um modelo padronizado, detalhado na seção Modelo de Comunicação.

Conforme estabelecido no Ofício-Circular - SEI nº 3/2025/SEGES/CEIC/VP-EBSERH (SEI nº 46038495), o processo de Monitoramento e Avaliação (M&A) do PDE é fundamental para garantir a efetividade da execução dos indicadores e projetos locais.

As reuniões de monitoramento e avaliação devem ser conduzidas pelos gerentes de portfólio (Chefe da SEGOV, UGES ou UGERC), ocorrendo bimestralmente e, preferencialmente, de forma presencial.

Além disso, a avaliação dos resultados pelo Colegiado Executivo (COLEX) deve estar formalmente registrada na pauta das reuniões do COLEX e ocorrer pelo menos uma vez a cada quadrimestre.

Para assegurar transparência e rastreabilidade, o monitoramento e a avaliação devem ser documentados com evidências formais, registradas preferencialmente via SEI. As evidências aceitas incluem: lista de presença (seja em reunião presencial ou online), gravação autorizada, ficha de monitoramento e avaliação, relatórios gerenciais trimestrais e anuais.

A cada reunião bimestral, o gestor de portfólio deve preencher a ficha de monitoramento e avaliação, conforme modelo disponível no anexo SEI nº 46136153. Com base nos dados consolidados nessas fichas, o gestor de portfólio deve elaborar relatórios trimestrais e anual (1º, 2º, 3º e anual), registrá-los no SEI e apresentá-los ao Colegiado Executivo para avaliação.

5.2 Modelo de Comunicação

A comunicação é um elemento essencial no processo de trabalho e foi estruturada para proporcionar clareza e objetividade a todos os envolvidos no desenvolvimento do PDE.

São utilizadas ferramentas como Microsoft Teams, MS Project e outras soluções colaborativas da Microsoft, além do SEI, para assegurar uma comunicação eficiente e formal. O uso dessas ferramentas permite agilidade no compartilhamento de informações e na elaboração de relatórios periódicos. Após a nomeação do Gerente de Projeto, serão realizadas reuniões de sensibilização para alinhar as atividades e os papéis das equipes. A validação dos relatórios e entregas será realizada observando a temática envolvida, com aprovação necessária das instâncias hierárquicas superiores.

Após a nomeação do Gerente de Projeto, serão realizadas reuniões de sensibilização, a fim de alinhar as atividades e esclarecer os papéis e responsabilidades das equipes envolvidas. A validação dos relatórios e entregas será realizada considerando a temática do projeto e exigindo a aprovação das instâncias hierárquicas superiores.

A periodicidade dos relatórios, os canais e os meios de comunicação estão definidos no Quadro 3, que será incluído nos anexos do PDE como modelo de referência.

Quadro 3

Lista de Itens de Comunicação da Gestão Estratégica no Hospital, 2ª versão

| Objeto da Mensagem | Origem | Destino | Canal e Forma | Periodic. |
|--|---|---|---------------------------|--|
| Reunião de Monitoramento e Avaliação do PDE | Gerente do Projeto e Gestor de Portfólio | Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos | Presencial | Bimestral |
| Ficha de Monitoramento e Avaliação PDE (SEI nº 46136153) | Gestor de Portfólio | Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos | Documento em meio digital | Bimestral |
| Relatório de Monitoramento do PDE (indicadores, metas e projetos locais) | Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos | Colegiado Executivo | Documento em meio digital | Quadrimestral e Anual |
| Publicação / Revisões / Atualizações no PDE | Colegiado Executivo | - VP - Reitoria - Site do HU-UFSC | Documento em meio digital | Sempre que deliberado pelo Colegiado Executivo |

5.3 Calendário 2025


| janeiro | | | | | | | fevereiro | | | | | | | março | | | | | | | abril | | | | | | | | | | | | |
|----------|----|----|----|----|----|----|-----------|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|
| D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | | | | | |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | | | | | | |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 30 | 31 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| maio | | | | | | | junho | | | | | | | julho | | | | | | | agosto | | | | | | | | | | | | |
| D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | | | | | | |
| | | | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | 1 | 2 | | | | | | |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | | | | | |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | | | | | | |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 29 | 30 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| setembro | | | | | | | outubro | | | | | | | novembro | | | | | | | dezembro | | | | | | | | | | | | |
| D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | | | | | | |
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | | | | | | | 1 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | | | | | | |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | | | | | | |
| 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | | | | | | |
| 28 | 29 | 30 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 28 | 29 | 30 | 31 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---|---|---------------|
| Reunião de Monitoramento e Avaliação do PDE | Gerente do Projeto e Gestor de Portfólio | Bimestral |
| Relatório de Monitoramento do PDE | Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos | Quadrimestral |
| Relatório Anual de Monitoramento do PDE | Unidade de Gestão Estratégica, de Riscos e Controles Internos | Anual |

ANEXOS

5.4 Fichas dos Indicadores Locais


5.4.1 Pilar Sociedade – Usuário SUS (1.04)

|  | | Lista de Indicadores do Plano Diretor | | | | | | | Sigla do Hospital | Versão | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|-------------------------|--------------------------|--|--------------------|--|-------------------|-------------------|----------------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | | | HU-UFSC | 1 | | | | | | | | | | |
| INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade da coleta | Periodicidade da análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | polaridade | Parâmetros | Metas Anuais | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. |
| 1 | Percentual de implantação do sistema | Este indicador mede o progresso na implantação do sistema informatizado, acompanhando a conclusão das etapas necessárias para sua efetivação e garantindo a funcionalidade esperada. | Bimestral | Bimestral | Coleta: Gerente do Projeto. Validação: SETISD | Não aplicável | Cálculo automático do sistema ProjectWeb | Percentual | 100% | Quanto maior, melhor | As tarefas listadas na EAP podem sofrer atualizações, e o indicador poderá ser reavaliado conforme necessário. | - | - | 100% | - | - | - | - | - | - |

5.4.2 Pilar Sociedade – Estudante (1.02)

| | | Lista de Indicadores do Plano Diretor Estratégico | | | | | Sigla do Hospital | Versão | INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | |
|----|---|--|---------------------------|--------------------------|--|---------------------------------|---|-------------------|---|----------------------|---|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|---------------------------|--------------|---|--------------|
| | | | | | | | HU-UFSC | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade e da coleta | Periodicidade da análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | polaridade | Parâmetros | Metas Anuais | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. | 2028 Realiz. |
| 1 | Percentual de Preceptores capacitados | O indicador pretende monitorar a qualificação dos preceptores do HU-UFSC, de modo a promover o apoio ao ensino para formação de residentes e estudantes que utilizam o hospital como cenário de prática. | Semestral | Semestral | Coleta: UGETE e UGPOS; Validação: SEGE; Análise: GEP | Não aplicável | (Nº de preceptores capacitados / Nº total de preceptores) X 100 | Percentual | 100% | Quanto maior, melhor | São considerados preceptores todos os profissionais de nível superior (assistenciais ou analistas administrativos), Ebserrh e RJU que acompanham alunos de graduação, ensino técnico e residência no ambiente hospitalar. | Crescimento de 10% ao ano | | Crescimento de 10% ao ano | | Crescimento de 10% ao ano | | Crescimento de 10% ao ano | | Crescimento de 10% ao ano | |
| 2 | Percentual de adequação do campo de prática | O indicador tem como objetivo avaliar o nível de adequação do campo de prática oferecido pelo HU-UFSC para os residentes e estudantes, levando em consideração a sua conformidade com os padrões estabelecidos e a qualidade da experiência proporcionada. | Semestral | Semestral | Coleta: UGETE e UGPOS; Validação: SEGE; Análise: GEP | Não aplicável | (Nº de espaços de práticas considerados adequados / Nº total de espaços de prática disponíveis) X 100 | Percentual | 100% | Quanto maior, melhor | Os critérios de adequação do campo de práticas serão levantados na etapa 2.1.2 do projeto. | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | |
| 3 | Percentual de vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência Enare | O indicador pretende avaliar o percentual de adesão ao ENARE dos programas de residência médica e multiprofissional ofertados pelo HU-UFSC, considerando o número total de vagas credenciadas em relação ao número total de vagas ofertadas. | Anual | Anual | Coleta: UGPOS; Validação: SEGE; Análise: GEP | Sistema Enare e Sistema Sig-Res | (Nº total de vagas ofertadas pelo hospital por meio do Enare / Nº total de vagas credenciadas hospital) X 100 | Percentual | 100% | Quanto maior, melhor | O HU-UFSC não ofertou vagas por meio do ENARE até 2023. | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | 60% das vagas credenciadas ofertadas no Enare | |

5.4.3 Pilar Sociedade – Pesquisador (1.03)

|  | | Lista de Indicadores do Plano Diretor Estratégico | | | | Sigla do Hospital | Versão | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------------------------|--------------------------|--|--------------------|---|-------------------|---------------------|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--|
| | | | | | | HU-UFSC | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | | Metas Anuais | | | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade e da coleta | Periodicidade de análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | polaridade | Parâmetros | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. | 2028 Realiz. | |
| 1 | Percentual crescimento número de pesquisas | Este indicador mede a variação na quantidade de pesquisas ao longo do tempo, sendo essencial para monitorar o progresso, avaliar o impacto, alocar recursos e tomar decisões estratégicas. Ele reflete o desenvolvimento das atividades de pesquisa, sua importância para a instituição e impacto na qualidade dos serviços de saúde. | Semestral | Semestral | Coleta: UGPESQ; Validação: SGPITS; Análise: SGPITS | A definir | $(N^{\circ} \text{ de pesquisas do ano corrente} / N^{\circ} \text{ de pesquisas do mesmo período do ano anterior}) \times 100$ | Percentual | Limite inferior: 0% | Quanto maior, melhor | - | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | |
| 2 | Percentual crescimento número de pesquisadores | Este indicador monitora a variação na quantidade de profissionais envolvidos em pesquisa ao longo do tempo. Ele é crucial para avaliar o crescimento da equipe de pesquisa, direcionar investimentos em talentos e capacitação, e orientar decisões estratégicas para fortalecer a pesquisa. O aumento no número de pesquisadores reflete a expansão das capacidades de pesquisa da instituição e sua competitividade. | Semestral | Semestral | Coleta: UGPESQ; Validação: SGPITS; Análise: SGPITS | A definir | $(N^{\circ} \text{ de pesquisadores cadastrados no ano corrente} / N^{\circ} \text{ de pesquisadores cadastrados no mesmo período do ano anterior}) \times 100$ | Percentual | Limite inferior: 0% | Quanto maior, melhor | - | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | |
| 3 | Percentual crescimento número de avaliações de tecnologias em saúde | Este indicador mede o aumento percentual no número de avaliações de tecnologias em saúde realizadas pelo HU-UFSC ao longo do tempo. Essas avaliações abrangem diversos aspectos, como novos equipamentos médicos e sistemas de informação de saúde. O crescimento neste indicador demonstra o compromisso da instituição em adotar tecnologias inovadoras para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Também indica uma maior capacidade da instituição em acompanhar os avanços tecnológicos na área da saúde. | Semestral | Semestral | Coleta: UGITS; Validação: SGPITS; Análise: SGPITS | A definir | $(N^{\circ} \text{ de avaliações de tecnologias em saúde do ano corrente} / N^{\circ} \text{ de avaliações de tecnologias em saúde do mesmo período do ano anterior}) \times 100$ | Percentual | Limite inferior: 0% | Quanto maior, melhor | - | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | |
| 4 | Percentual crescimento número de produtos submetidos para validação | Este indicador avalia o aumento percentual no número de produtos de saúde submetidos para validação no HU-UFSC em um período específico. A validação é crucial para garantir a eficácia, segurança e conformidade regulatória desses produtos antes de serem disponibilizados no mercado ou utilizados clinicamente. Um aumento neste indicador indica maior envolvimento da instituição na avaliação e desenvolvimento de novas terapias e tecnologias, refletindo um compromisso com a inovação e qualidade na área da saúde. | Semestral | Semestral | Coleta: UGITS; Validação: SGPITS; Análise: SGPITS | A definir | $(N^{\circ} \text{ de produtos submetidos para validação do ano corrente} / N^{\circ} \text{ de produtos submetidos para validação do mesmo período do ano anterior}) \times 100$ | Percentual | Limite inferior: 0% | Quanto maior, melhor | - | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | A definir | | |

5.4.4 Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.01)

| EBSEH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS | | Lista de Indicadores do Plano Diretor Estratégico | | | | Sigla do Hospital | Versão | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|--------------------------|--|--|---|-------------------|--------|----------------------|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | HU-UFSC | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | | Metas Anuais | | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade da coleta | Periodicidade da análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | polaridade | Parâmetros | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. | 2028 Realiz. |
| 1 | Percentual de adesão aos requisitos aplicáveis do IESGO-TCU | Este indicador mede o nível de adesão do hospital universitário com os requisitos aplicáveis estabelecidos pelo TCU, por meio do IESGO. A adesão a esses requisitos é fundamental para garantir a conformidade legal, mitigar riscos e promover a boa governança no ambiente hospitalar. Este indicador avalia a proporção de requisitos aplicáveis ao IESGO-TCU que são cumpridos pelo hospital universitário em relação ao total de requisitos aplicáveis. Uma alta porcentagem de adesão indica que o hospital está em conformidade com as melhores práticas e padrões estabelecidos pelo IESGO-TCU, demonstrando um compromisso com a transparência e a excelência na gestão de recursos públicos. Isso pode contribuir para a reputação da instituição, bem como para a confiança dos stakeholders, incluindo o governo, os pacientes e a comunidade em geral. | Anual | Anual | Setor Governança Estratégica | A validação se dará pela análise das evidências de cada item | $(\text{N}^\circ \text{ de requisitos aplicáveis cumpridos} / \text{N}^\circ \text{ total de requisitos aplicáveis ao HU-UFSC}) \times 100$ | Percentual | 100% | Quanto maior, melhor | Em 2024 o resultado foi 37,52% de subquestões foram consideradas atendidas. | | | 50% | | 60% | | 80% | | 100% | |

(continuação) Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.02)

| EBSEH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS | | Lista de Indicadores do Plano Diretor Estratégico | | | | | Sigla do Hospital | Versão | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|--------------------------|---|---|---|-------------------|---|------------------------|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | HU-UFSC | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | | | Metas Anuais | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade da coleta | Periodicidade da análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | polaridade | Parâmetros | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. | 2028 Realiz. |
| 1 | Índice de satisfação dos envolvidos na mediação | Mede o nível de satisfação dos envolvidos nos processos de mediação conduzidos pela CMC, garantindo que o processo seja eficaz e alinhado às boas práticas. | Semestral | Semestral | Coleta: CMC; Validação: DIVGP; Análise: COLEX | Pesquisa de satisfação com as partes envolvidas na mediação | $(\text{Número de avaliações positivas} / \text{Total de avaliações respondidas}) \times 100$ | Percentual | 85% de satisfação média até o final de 2025 | Quanto maior, o melhor | Boas práticas de mediação recomendam que índices de satisfação acima de 80% indicam um processo de mediação eficaz e bem aceito. | - | - | 85% | | 90% | | 90% | | 90% | |

5.4.5 Pilar Desenvolvimento Institucional (3.01)

| EBSEH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS | | Lista de Indicadores do Plano Diretor Estratégico | | | | | Sigla do Hospital | Versão | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--------------------------|---|---|---|-------------------|--------|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | HU-UFSC | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | | | Metas Anuais | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade da coleta | Periodicidade da análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | polaridade | Parâmetros | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. | 2028 Realiz. |
| 1 | Percentual de aderência de obras e reformas planejadas em relação ao previsto no projeto de zoneamento | Este indicador mede o quão bem as obras e reformas realizadas no hospital universitário estão alinhadas com o projeto de zoneamento previamente estabelecido. Uma alta aderência indica uma implementação eficaz do plano diretor físico, garantindo que as mudanças físicas no hospital estejam em conformidade com os objetivos estratégicos e as necessidades operacionais. | Semestral | Semestral | Coleta: SIF. Validação: DLIH. Análise: Colegiado Executivo. | Validação pela DLIH no momento da aprovação da obra/reforma | $(\text{Quantidade de obras e reformas conforme o projeto de zoneamento} / \text{Total de obras e reformas planejadas para o período})$ | Percentual | 100% | Quanto maior, melhor | - | - | - | 50% | | 60% | | 80% | | 100% | |
| 2 | Percentual de elaboração do PDFH | Este indicador mede a evolução da elaboração e entrega do Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH), garantindo o cumprimento das etapas planejadas e a implementação eficiente do projeto. | Mensal | Anual | Coleta: SIF. Validação: DLIH. Análise: Colegiado Executivo. | Validação pela DLIH, após avaliação do andamento do projeto | Cálculo automático pelo sistema ProjectWeb, conforme dimensionamento das etapas previstas para o projeto | Percentual | 100% | Quanto maior, melhor | - | 15% | 9% | 35% | | 55% | | 75% | | 100% | |

5.4.6 Pilar Sustentabilidade Financeira (4.03)


| | | Lista de Indicadores do Plano Diretor Estratégico | | | | | Sigla do Hospital | Versão | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|---|---------------------------|--------------------------|--|---|---|-------------------|----------|----------------------|--|--------------|--------------|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | HU-UFSC | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade e da coleta | Periodicidade da análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | polaridade | Parâmetros | Metas Anuais | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. | 2028 Realiz. |
| 1 | Tempo médio de execução das fases do macroprocesso de compra | Mede a eficiência na execução do processo de compras, identificando oportunidades de melhoria para reduzir atrasos e aumentar a previsibilidade no abastecimento. | Mensal | Trimestral | Coleta: UCL; Validação e análise: SAD | Análise das fases dos processos licitatórios via SEI. | Soma do tempo de execução das fases / Número total de processos | Dias | 176 dias | Quanto menor, melhor | O tempo médio será definido por grupos de materiais. | - | 176 | reduzir 25% em relação ao ano anterior | reduzir 25% em relação ao ano anterior | - | - | - | - | - | - |
| 2 | Percentual de itens fracassados e desertos | Avalia a taxa de insumos que não obtiveram propostas ou que não atenderam às especificações nos processos licitatórios, impactando a disponibilidade hospitalar. | Mensal | Trimestral | Coleta: UCL; Validação e análise: SAD | Análise dos resultados e dos processos licitatórios. | (Número de itens fracassados e desertos / Total de itens licitados) x 100 | Percentual | - | Quanto menor, melhor | Itens fracassados e desertos; Total de itens licitados | - | 27% | reduzir 25% em relação ao ano anterior | reduzir 25% em relação ao ano anterior | - | - | - | - | - | - |
| 3 | Número de dispensas de licitação | Mede a quantidade de processos realizados por dispensa de licitação, visando reduzir a dependência de compras emergenciais e aprimorar o planejamento. | Mensal | Trimestral | Coleta: UCL; Validação e análise: SAD | Monitoramento dos processos de dispensa de licitação. | Contagem total de dispensas de licitação realizadas | Número absoluto | - | Quanto menor, melhor | Dispensas de licitação | - | - | reduzir 25% em relação ao ano anterior | reduzir 25% em relação ao ano anterior | - | - | - | - | - | - |

5.4.7 Pilar Desenvolvimento do Trabalhador (5.01)

| | | Lista de Indicadores do Plano Diretor Estratégico | | | | | | Sigla do Hospital | Versão | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---------------------------|--------------------------|--|--|--|-------------------|--------|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | | | | | | | HU-UFSC | 2 | | | | | | | | | | | | |
| INDICADOR IMPACTADO PELO PROJETO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | Nome do Indicador | Descrição e Justificativa | Periodicidade e da coleta | Periodicidade da análise | Responsável pela coleta, validação e análise | Forma de Validação | Fórmula | Unidade de medida | Limite | Polaridade | Parâmetros | Metas Anuais | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 2024 Planej. | 2024 Realiz. | 2025 Planej. | 2025 Realiz. | 2026 Planej. | 2026 Realiz. | 2027 Planej. | 2027 Realiz. | 2028 Planej. | 2028 Realiz. |
| 4 | Índice de satisfação e percepção de efetividade das ações para chefias | Este indicador mede a satisfação das chefias e sua percepção sobre a eficácia das ações implementadas, avaliando melhorias na gestão de equipes, capacitação para feedback e otimização dos processos. Seu monitoramento possibilita ajustes estratégicos para fortalecer a atuação das chefias e alinhar as ações às necessidades institucionais. | Anualmente | Anualmente | UDP | Pesquisa de satisfação e percepção das chefias | (Número de chefias que consideram as ações implementadas como efetivas/ Total de chefias que participaram da pesquisa) x 100 | Percentual | - | Quanto maior, melhor | - | - | 80% | 80% | 80% | 80% | | | | | |

5.5 Fichas do Projetos Locais

5.5.1 Pilar Sociedade – Usuário SUS (1.04)

|  | | FICHA DO PROJETO | | | | Versão |
|---|--|--|---------------------|--------------------------------------|----------------|-------------|
| | | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Implementação do Sistema de Lista de Espera Cirúrgica | | | | | |
| Gerente do projeto: | Fernanda de Conto | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Setor de Contratualização e Regulação / Gerência de Atenção à Saúde | | | | | |
| Data de início do projeto: | 03/2025 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 01/2026 | | | | | |
| Tema estratégico: | 1.01 Assistência | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto: | Percentual de implantação do sistema | | | | | |
| Macroproblema: | Ineficiência no processo de gestão da fila cirúrgica. | | | | | |
| Causa raiz: | Ausência de um sistema informatizado adaptado para a gestão da lista de espera cirúrgica e necessidade de revisão dos processos de trabalho para viabilizar a implantação eficaz. | | | | | |
| Objetivo do projeto | Implementar um sistema informatizado de Lista de Espera Cirúrgica no HU-UFSC, que integre dados da fila estadual, aprimore a gestão da fila e garanta maior transparência ao cidadão. O progresso será monitorado através do indicador de implantação do sistema informatizado, com revisões bimestrais para ajustes necessários e relatório final previsto para dezembro de 2025. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | | Data de início | Data limite |
| 4 | Definição da solução informatizada | Documento de definição e deliberação | | | 03/2025 | 05/2025 |
| 5 | Elaboração de plano de implantação | Plano de implementação finalizado e validado | | | 05/2025 | 07/2025 |
| 6 | Implantação do sistema | Sistema implantado | | | 07/2025 | 01/2026 |
| Versão: 1 | Data de criação da ficha do projeto: 25/04/2024 14:30 | | | Última atualização: 12/03/2025 09:37 | | |
| Identificador: 802 | | | | | | |

5.5.2 Pilar Sociedade – Estudante (1.02)

| | | FICHA DO PROJETO | | | | Versão |
|---|---|---|---------------------|----------|----------------------------|------------------|
| | | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Aprimoramento da integração entre ensino, atividades assistenciais e contratualização | | | | | |
| Gerente do projeto: | Jane da Silva | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Gerência de Ensino e Pesquisa | | | | | |
| Data de início do projeto: | 05/2024 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 11/2028 | | | | | |
| Tema estratégico: | 1.02 Ensino | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 1 | Percentual de Preceptores capacitados | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 2 | Percentual de adequação do campo de prática | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 3 | Percentual de vagas disponibilizadas por meio do Exame Nacional de Residência – Enare | | | | | |
| Macroproblema: | Dificuldades na integração entre o ensino, as atividades assistenciais e a contratualização no HU-UFSC. | | | | | |
| Causa raiz: | Há precariedade dos espaços de diálogo e ausência de integração no processo de planejamento. | | | | | |
| Objetivo do projeto | O objetivo do projeto é implementar ações concretas para melhorar a integração entre ensino, atividades assistenciais e contratualização no HU-UFSC. O progresso será avaliado por meio de métricas específicas, como o percentual de Preceptores capacitados no HU-UFSC e a adequação do campo de prática. As metas estabelecidas serão realizáveis dentro dos recursos e prazos disponíveis para o projeto. As ações serão implementadas e avaliadas ao longo de um período definido, com marcos e prazos estabelecidos para cada macroatividade. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | | Data de início | Data limite |
| 2.1 | Elaboração de diagnóstico do campo de prática | Diagnóstico do campo de prática e relatório de necessidades da UFSC | | | 06/2024 | 05/2025 |
| 2.2 | Proposição de projeto de pesquisa sobre o campo de prática | Projeto de pesquisa elaborado | | | 05/2025 | 09/2025 |
| 2.3 | Aprimoramento da integração do ensino à contratualização | Proposição de alteração do IFC conforme as necessidades do ensino | | | 09/2025 | 04/2026 |
| 2.4 | Capacitação da preceptoria | Cadastro atualizado de preceptores capacitados | | | 04/2026 | 12/2026 |
| 2.5 | Diálogo com os usuários dos espaços de ensino | Criação do Fórum dos Estudantes que utilizam o HU como campo de prática | | | 12/2026 | 04/2027 |
| 3.1 | Atuação nos espaços de interlocução | Procedimentos / processos de interlocução definidos (cronograma, calendário, relatório) | | | 04/2027 | 01/2028 |
| 3.2 | Promoção do ENARE junto à Universidade | Proposição de adesão ao ENARE apresentado à Universidade | | | 01/2028 | 09/2028 |
| Versão: | 1 | Data de criação da ficha do projeto: | 25/04/2024 16:03 | | Última atualização: | 30/04/2024 10:59 |
| Identificador: | 802 | | | | | |

5.5.3 Pilar Sociedade – Pesquisador (1.03)

| | FICHA DO PROJETO | | | | | Versão |
|------------------------------------|--|--|----------|-----------------------|--------------------|--------|
| | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: | 1 |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Fortalecimento da pesquisa no HU-UFSC | | | | | |
| Gerente do projeto: | André Tiago Dias Da Silva | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Gerência de Ensino e Pesquisa | | | | | |
| Data de início do projeto: | 05/2024 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 07/2027 | | | | | |
| Tema estratégico: | 1.03 Pesquisa | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 1 | Percentual de crescimento do número de pesquisas | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 2 | Percentual de crescimento do número de pesquisadores | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 3 | Percentual de crescimento do número de avaliações de tecnologias em saúde | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 4 | Percentual de crescimento do número de produtos submetidos para validação | | | | | |
| Macroproblema: | Dificuldades na articulação e integração dos normativos para o desenvolvimento e aplicabilidade de pesquisas e inovação no HU-UFSC. | | | | | |
| Causa raiz: | Os espaços de discussão dos temas pesquisa e inovação não são organizados e ocupados adequadamente junto à assistência e à universidade. | | | | | |
| Objetivo do projeto | O objetivo do projeto é fortalecer a pesquisa no HU-UFSC, aumentando o número de pesquisas, pesquisadores, avaliações de tecnologias em saúde e produtos submetidos para validação, através da integração dos normativos e ocupação adequada dos espaços de discussão, dentro de um período definido e com recursos realistas e alcançáveis. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | Data de início | Data limite | |
| 2 | Participação nos espaços de discussão que envolvam os interesses dos temas pesquisa e inovação no hospital | Relatório de mapeamento e atuação nos espaços de discussão do HU | | 06/2024 | 11/2024 | |
| 3 | Elaboração de normativos e necessidades de pesquisa e inovação e guia | Guia com os normativos para a pesquisa e inovação no HU | | 02/2025 | 08/2025 | |
| 4 | Aproximação com redes de pesquisa e inovação | Relatório de identificação de redes de pesquisa e inovação | | 02/2025 | 05/2026 | |
| 5 | Incentivo a inserção de novos pesquisadores | Revista da pesquisa e inovação do HU criada | | 07/2026 | 05/2027 | |
| Versão: | 1 | Data de criação da ficha do projeto: 25/04/2024 18:15 | | Última atualização: | 30/04/2024 11:00 | |
| Identificador: | 802 | | | | | |

5.5.4 Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.01)

| | | FICHA DO PROJETO | | | | Versão |
|---|--|--|---------------------|---------------------------|---|--------|
| | | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Implementação de ações de Governança | | | | | |
| Gerente do projeto: | Rodolfo Amando Schmitz | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Superintendência | | | | | |
| Data de início do projeto: | 06/2024 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 12/2027 | | | | | |
| Tema estratégico: | Responsabilidade, Ambiental, Social e Governança | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 1 | Percentual de adesão aos requisitos aplicáveis do IESGo-TCU | | | | | |
| Macroproblema: | Falta de um modelo de governança estruturado e integrado à rede Ebserh. | | | | | |
| Causa raiz: | A atividade não figurou como prioritária na estratégia da instituição. | | | | | |
| Objetivo do projeto | O objetivo do projeto é criar e implementar um modelo de governança alinhado com as práticas da rede Ebserh no HU-UFSC, assegurando a gestão efetiva e a integração das operações do hospital à rede. Para medir o sucesso, vamos definir e acompanhar etapas concretas de desenvolvimento e aplicação das políticas, processos e estruturas de responsabilidade, alinhadas com os padrões Ebserh. Este modelo será desenvolvido dentro das capacidades do HU-UFSC, buscando apoio quando necessário na rede Ebserh, e com foco em um uso eficiente dos recursos disponíveis. O projeto será realizado até final de 2027, com verificações de progresso em intervalos regulares para assegurar a implementação completa e eficaz do modelo de governança monitorado. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | Data de início (proposta) | Data limite (proposta) | |
| 4 | Avaliação do nível de adesão do HU-UFSC em relação às práticas ESG (IESGo 2024) | - Estruturação documentação de avaliação - nível de adesão IESGo; - Avaliação nível de adesão IESGo por temas | | 06/2024 | 04/2025 | |
| 5.1 | Priorização das ações | - Prioridades definidas | | 04/2025 | 04/2025 | |
| 5.2 | Desenvolvimento de ações prioritárias - bloco 1 | - Desenvolvimento da ação priorizada - bloco 1 | | 05/2025 | 12/2025 | |
| 5.3 | Desenvolvimento de ações prioritárias - bloco 2 | - Desenvolvimento da ação priorizada - bloco 2 | | 01/2026 | 06/2026 | |
| 5.4 | Desenvolvimento de ações prioritárias - bloco 3 | - Desenvolvimento da ação priorizada - bloco 3 | | 07/2026 | 12/2026 | |
| 5.5 | Desenvolvimento de ações prioritárias - bloco 4 | - Desenvolvimento da ação priorizada - bloco 4 | | 01/2027 | 06/2027 | |
| Versão: | 2 | Data de criação da ficha do projeto: 24/04/2024 16:23 | | | Última atualização: 12/03/2025 09:38 | |
| Identificador: | 802 | | | | | |

(continuação) Pilar Responsabilidade Ambiental, Social e Governança (2.02)

| | | FICHA DO PROJETO | | | | Versão |
|---|--|--|---------------------|--------------------------------------|-------------|--------|
| | | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Programa de conscientização, prevenção e enfrentamento ao assédio e a discriminação | | | | | |
| Gerente do projeto: | Márcia Aparecida da Silva Creminácio | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Gerência Administrativa | | | | | |
| Data de início do projeto: | 05/2024 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 04/2027 | | | | | |
| Tema estratégico: | 2.01 Responsabilidade Ambiental, Social e Governança | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 1 | Índice de satisfação dos envolvidos na mediação | | | | | |
| Macroproblema: | Dificuldades na implementação de políticas de combate ao assédio | | | | | |
| Causa raiz: | As ações existentes não fazem parte de um programa eficaz de educação do que configura assédio e não proporcionam canal para a mitigação em tempo hábil para tratamento de denúncias. | | | | | |
| Objetivo do projeto | Desenvolver e implementar um programa abrangente de combate ao assédio no HU-UFSC até meados do ano 2027, com o objetivo específico de reduzir as incidências de assédio, através da criação de programas e canais eficazes de denúncia, garantindo que seja realizada uma abordagem realista e alcançável, dentro dos recursos disponíveis, e definindo um cronograma para a conclusão das atividades até o prazo estabelecido. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | Data de início | Data limite | |
| 4.1 | Diagnóstico das ações existentes quanto ao combate ao assédio e discriminação | Relatório de diagnóstico de ações existentes | | 06/2024 | 08/2024 | |
| 5.1 | Revisão e Definição da Nova Estrutura da CMC | Portaria publicada | | 01/2025 | 03/2025 | |
| 5.2 | Elaboração e Aprovação do Regimento Interno | Regimento publicado | | 03/2025 | 03/2025 | |
| 5.3 | Capacitação dos Membros da CMC | Membros da CMC capacitados | | 04/2025 | 05/2025 | |
| 5.4 | Implementação do Processo de Mediação e Conciliação | Processo de mediação e conciliação implementado | | 05/2025 | 09/2025 | |
| 5.5 | Implementação de Indicadores de Monitoramento da CMC | Indicadores implementados | | 09/2025 | 09/2025 | |
| 6.1 | Estruturação do projeto de capacitação | Programa de capacitação elaborado | | 09/2025 | 10/2025 | |
| 6.2 | Execução do programa de capacitação - 1º ciclo | Programa de capacitação 1º ciclo realizado | | 10/2025 | 01/2026 | |
| 7 | Desenvolvimento de ações de combate ao assédio e discriminação | Ações de combate ao assédio e discriminação realizadas | | 01/2026 | 02/2027 | |
| Versão: 2 | Data de criação da ficha do projeto: 25/04/2024 16:50 | | | Última atualização: 12/03/2025 09:39 | | |
| Identificador: 802 | | | | | | |

5.5.5 Pilar Desenvolvimento Institucional (3.01)

| | | FICHA DO PROJETO | | | | Versão |
|---|--|--|---------------------|----------|---|-------------|
| | | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Elaboração do Plano Diretor Físico Hospitalar (PDFH) | | | | | |
| Gerente do projeto: | Daniela Quadros | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Gerência Administrativa | | | | | |
| Data de início do projeto: | 05/2024 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 10/2028 | | | | | |
| Tema estratégico: | 3.01 Desenvolvimento Institucional | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 1 | Percentual de aderência de obras e reformas planejadas em relação ao previsto no projeto de zoneamento | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 2 | Percentual de elaboração do PDFH | | | | | |
| Macroproblema: | Falta de planejamento (a longo prazo) e recursos insuficientes para a melhoria na infraestrutura física e no parque tecnológico do HU-UFSC. | | | | | |
| Causa raiz: | Não existe PDFH (Plano Diretor Físico Hospitalar) elaborado para definição das necessidades de melhorias na infraestrutura física e no parque tecnológico do HU-UFSC. | | | | | |
| Objetivo do projeto | O projeto tem como objetivo elaborar o zoneamento e Plano Diretor Físico Hospitalar para o HU-UFSC, que determinará as necessidades e o planejamento de melhorias na infraestrutura física e tecnológica do hospital. Esse plano será desenvolvido com indicadores de progresso e adequação das obras e reformas ao zoneamento, incluindo sua conclusão e aprovação dentro de um prazo estipulado. O plano será alcançável com os recursos disponíveis e, se necessário, com apoio externo, e realista em relação às limitações orçamentárias e recursos do hospital. O cronograma prevê a finalização do PDFH até 2028. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | | Data de início | Data limite |
| 2.1 | Diagnóstico para elaboração do zoneamento funcional preliminar | Relatórios dos ciclos de diagnóstico | | | 06/2024 | 12/2024 |
| 2.2 | Elaboração da proposta de zoneamento funcional preliminar | Proposta de zoneamento funcional preliminar entregue | | | 12/2024 | 01/2025 |
| 2.3 | Aprovação da proposta de zoneamento pela Instituição | Proposta de zoneamento aprovada pela Instituição | | | 02/2025 | 05/2025 |
| 2.4 | Contratação do Plano Diretor Físico Hospitalar - PDFH | Contrato firmado com a empresa vencedora | | | 05/2025 | 01/2026 |
| 3.1 | Fiscalização do projeto de elaboração do PDFH | Fases de Análise (com consulta pública), Diagnóstico, Prognóstico, Proposta validados pela instituição | | | 01/2026 | 03/2028 |
| 3.2 | Aprovação do PDFH | PDFH aprovado e divulgado | | | 03/2028 | 08/2028 |
| Versão: | 2 | Data de criação da ficha do projeto: 24/04/2024 12:33 | | | Última atualização: 12/03/2025 09:40 | |
| Identificador: | 802 | | | | | |

5.5.6 Pilar Sustentabilidade Financeira (4.03)

| | | FICHA DO PROJETO | | | | Versão |
|---|--|--|---------------------|--|----------------|-------------|
| | | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Aprimoramento dos Processos de Compras e Contratações de Insumos | | | | | |
| Gerente do projeto: | Diovanio da Silva Reis | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Gerência Administrativa | | | | | |
| Data de início do projeto: | 03/2025 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 11/2025 | | | | | |
| Tema estratégico: | 4.01 Sustentabilidade Financeira | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 1 | Tempo médio de execução das fases do macroprocesso de compra | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 2 | Percentual de itens fracassados e desertos | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 3 | Número de dispensas de licitação | | | | | |
| Macroproblema: | Processos de compras e contratações de insumos ineficientes | | | | | |
| Causa raiz: | Falta um plano estratégico robusto que priorize e organize os ajustes necessários para eliminar as ineficiências nos processos de aquisição, promovendo integração entre as unidades e uma visão sistêmica do fluxo de compras e contratações. | | | | | |
| Objetivo do projeto | Otimizar os processos de compras e contratações de insumos no HU-UFSC, garantindo maior eficiência, previsibilidade e transparência. O projeto visa aprimorar o planejamento, a gestão de demandas e a execução dos processos de aquisição, reduzindo tempos de processamento, número de dispensas emergenciais e falhas na execução das licitações, promovendo integração entre as unidades e padronização das práticas. A implementação ocorrerá ao longo de 2025, com acompanhamento bimestral e ajustes contínuos até a conclusão em dezembro de 2025. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | | Data de início | Data limite |
| 4 | Implementação do cronograma anual de compras | Cronograma implementado | | | 03/2025 | 04/2025 |
| 5 | Revisão do relatório da EPC para licitações desertas ou fracassadas | Relatório revisado | | | 03/2025 | 03/2025 |
| 6 | Revisão do processo de planejamento interno dos insumos | Fluxos e diretrizes publicados | | | 03/2025 | 04/2025 |
| 7 | Revisão do processo de avaliação técnica de insumos | Processo de avaliação técnica de insumos revisado | | | 04/2025 | 08/2025 |
| 8 | Revisão dos fluxos de gestão da ata de registro de preços | Fluxos de gestão da ata de registro revisados | | | 08/2025 | 09/2025 |
| 9 | Implementação dos indicadores de processos de aquisição | Indicadores implementados | | | 03/2025 | 05/2025 |
| Versão: | 1 | Data de criação da ficha do projeto: 26/04/2024 17:27 | | ltima atualização: 12/03/2025 09:41 | | |
| Identificador: | 802 | | | | | |

5.5.7 Pilar Desenvolvimento do Trabalhador (5.01)

| | | FICHA DO PROJETO | | | | Versão |
|---|---|--|---------------------|----------------|-----------------------------------|--------|
| | | TIPO: | Projeto local (PDE) | UNIDADE: | HU-UFSC | CÓD: |
| IDENTIFICAÇÃO | | | | | | |
| Nome do projeto: | Programa de desenvolvimento do trabalhador e da saúde no trabalho | | | | | |
| Gerente do projeto: | Frederico Gomes e Silva Moreira | | | | | |
| Gerente do portfólio: | Maísa de Souza Silva | | | | | |
| Área responsável: | Gerência Administrativa | | | | | |
| Data de início do projeto: | 05/2024 | | | | | |
| Data de término do projeto: | 06/2028 | | | | | |
| Tema estratégico: | 5.01Desenvolvimento do Trabalhador | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 1 | Índice de Satisfação e Percepção de Efetividade das Ações para Chefias | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 2 | | | | | | |
| Indicador impactado pelo projeto 3 | | | | | | |
| Macroproblema: | Dificuldades no processo de valorização dos trabalhadores. | | | | | |
| Causa raiz: | Não há um programa contínuo de prevenção/promoção à saúde do trabalhador e de formação continuada, e o local de trabalho não é aderente à expectativa do trabalhador. | | | | | |
| Objetivo do projeto | Implementar um Programa de Desenvolvimento do Trabalhador e de Saúde no Trabalho no HU-UFSC, promovendo a integração, capacitação, saúde mental e formação continuada para melhorar o ambiente organizacional, valorizar os trabalhadores e fortalecer a atuação das chefias. | | | | | |
| Cód. da EAP | Macroatividade | Entregas previstas | | Data de início | Data limite | |
| 4.1 | Reestruturação da atividade de integração do novo trabalhador ou do trabalhador movimentado | Integração reestruturada (roteiro de boas práticas) | | 06/2024 | 10/2024 | |
| 4.2 | Capacitação das chefias e lideranças para o feedback e identificação de problemas | Capacitação das chefias | | 02/2025 | 06/2025 | |
| 4.3 | Implantação do Feedback (Escritório de Problemas) | Escritório de problemas implantado | | 06/2025 | 11/2025 | |
| 4.4 | Aprimoramento da participação da equipe de saúde mental do trabalhador nas atividades | Material e guia; desenvolvimento de conversar com chefias e rodas de visitas aos setores | | 11/2025 | 06/2026 | |
| 4.6 | Implantação do Núcleo de Saúde do Trabalhador (atendimento ao trabalhador) | Núcleo de saúde do trabalhador implantado | | 07/2026 | 10/2026 | |
| 5 | Implementação de critérios para afastamento e licenças para formação | Ações de incentivo de afastamento e licenças para formação implementadas | | 07/2024 | 11/2024 | |
| 6 | Implantação do programa de formação continuada | Programa de formação continuada publicado | | 10/2026 | 06/2027 | |
| 7 | Elaboração de Projetos de extensão para saúde do trabalhador | Projetos de extensão aprovados | | 06/2027 | 09/2027 | |
| 8.1 | Desenvolvimento de ações sociais que contemplem o trabalhador | Relatório de ações consolidado | | 09/2027 | 04/2028 | |
| Versão: 2 | | Data de criação da ficha do projeto: 26/04/2024 13:01 | | | ima atualização: 12/03/2025 09:41 | |
| Identificador: 802 | | | | | | |

5.6 Modelo Ficha de Monitoramento e Avaliação PDE (SEI nº 46136153)

| ESTRATÉGIA EBSERH 2024-2028 | | | | | | | | |
|--|---|------------|------------------|---|---------------------------|------------|-------------|--|
| MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO - PDE | | | | | | | | |
| Identificação do projeto | | | | | | | | |
| Projeto: | Cód. | Início | Término | Versão | Link de acesso ao project | | | |
| Gerente do Projeto: | | | Área de lotação: | | | | | |
| Pilar estratégico: | | | | | | | | |
| Objetivo Estratégico (OE): | | | | | | | | |
| Histórico do percentual de execução do projeto | | | | | | | | |
| Projeto | Cód. | 1º ciclo | 2º ciclo | 3º ciclo | 4º ciclo | 5º ciclo | 6º ciclo | Status do último ciclo monitorado |
| <i>Exemplo: Nome do projeto</i> | <i>P1.01</i> | <i>10%</i> | <i>38%</i> | <i>52%</i> | <i>66%</i> | <i>72%</i> | <i>100%</i> | Concluído (projeto com % execução = ou maior que 99%) |
| Histórico do resultado do(s) indicador(es) | | | | | | | | |
| Indicador(es) | Meta | 1º ciclo | 2º ciclo | 3º ciclo | 4º ciclo | 5º ciclo | 6º ciclo | Status do último ciclo monitorado |
| <i>Exemplo: Nome do indicador</i> | <i>8</i> | <i>2</i> | <i>2</i> | <i>4</i> | <i>6</i> | <i>7</i> | <i>8</i> | >=100 = Atingido |
| Análise dos resultados alcançados no projeto | | | | | | | | |
| 1º ciclo | <i>Exemplo: O projeto registriu progresso inesperado em virtude de repasse de recursos não previstos no mês de fevereiro.</i> | | | | | | | |
| 2º ciclo | ... | | | | | | | |
| 3º ciclo | | | | | | | | |
| 4º ciclo | | | | | | | | |
| 5º ciclo | | | | | | | | |
| 6º ciclo | | | | | | | | |
| Dificuldades na execução do projeto | | | | Ações corretivas | | | | |
| 1º ciclo | <i>Exemplo: Equipamento danificado.</i> | | | <i>Providenciar manutenção corretiva.</i> | | | | |
| 2º ciclo | | | | | | | | |
| 3º ciclo | | | | | | | | |
| 4º ciclo | | | | | | | | |
| 5º ciclo | | | | | | | | |
| 6º ciclo | | | | | | | | |
| Data, hora e local da realização do M&A | | | | Participantes | | | | |
| 1º ciclo | <i>Exemplo: 27/01/2024 às 10h na sala de reuniões da Clínica Cirúrgica</i> | | | <i>Nomes dos participantes</i> | | | | |
| 2º ciclo | | | | | | | | |
| 3º ciclo | | | | | | | | |
| 4º ciclo | | | | | | | | |
| 5º ciclo | | | | | | | | |