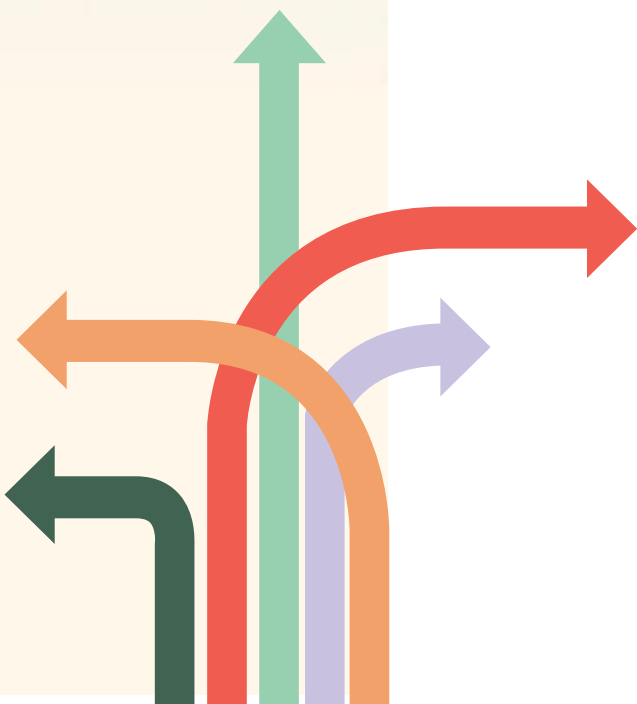




Plano Diretor Estratégico 2024-2028

Hospital Universitário da Universidade Federal
de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM



v. 02 – 05/11/2025



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSERH

Presidente

Arthur Chioro

Vice-Presidente

Daniel Gomes Monteiro Beltrammi

Superintendente

Humberto Moreira Palma

Gerente Administrativo

João Batista de Vasconcellos

Gerente de Atenção à Saúde

Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Gerente de Ensino e Pesquisa

Gustavo Nogara Dotto

Este Plano Diretor Estratégico foi aprovado em Reunião Extraordinária do Colegiado Executivo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 (HUSM-UFSM) realizada em 05 de novembro de 2025, constante no Processo - SEI nº 23541.001069/2025-03 e disponível no endereço:

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/husm-ufsm/governanca/superintendencia/setor-de-governanca-estrategica/plano-diretor-estrategico>

VERSÕES APROVADAS	PROCESSO - SEI
1ª versão - 29/04/2024	Documento SEI nº 38619014 – Processo nº 23541.011229/2024-33
2ª versão - 05/11/2025	Documento SEI nº 54998168 – Processo nº 23541.001069/2025-03

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

Aline Rigão de Vargas
Ana Lúcia Bortolin
Ana Paula Viero
Ana Valeria de Almeida Vaucher
Andre Luis Samuel Kessler
Andreia Antunes da Silva
Anna Aracy Barcelos Ourique
Antão Tadeu de Souza
Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues
Bruna Huth
Caroline Zottele Piasentin Giacomini
Chana Raguzzoni Schmidt
Claudia Rosane Perico Lavich
Claudio Maldaner Bulawski
Cristiane Bortoluzzi Scrimini
Daniele Casarotto
Debora Luiza dos Santos
Dioneia Antunes da Silva
Eder Wollenhaupt Costa
Edivane Portes Chielle
Eduardo de Oliveira
Elehu Moura de Oliveira
Elizeu de Albuquerque Jacques
Élson Fernandes Cozza
Emerson Alexandre Mortari
Eric Esteves da Rosa
Fabiana Baptista Goulart
Fabiano Pereira Vicente
Fabiano Puntel Germany
Fernada de Fatima Ferreira Pradella

Fernanda Refosco
Frank Leonardo Casado
Gerson Jacobi
Glimar de Aquino da Silva
Graziela Maria Rosa Cauduro
Guilherme Lopes Weis
Gustavo Benetti
Gustavo Brandão Fischer
Gustavo Nogara Dotto
Helder Ferreira de Souza
Humberto Moreira Palma
Iaçana Camara Martins
Iara Bertoncello
Iara Ribeiro dos Santos
Ivana Beatrice Manica da Cruz
Ivi Machado de Amarante
Janice Cristina Soares
Jacqueline Silveira de Quadros
João Batista de Vasconcelos
João Paulo Sampaio Alves
José Pozzobon
Jose Renato Ferraz da Silveira
Juliano da Silva Reis
Laura Quoos Dotto
Laura Vielmo
Leticia do Nascimento
Márcia Maria Hengemuhle
Marcio Marcelo Gross
Marco Aurelio Ferreira da Cunha
Maria Denise Schimith

Mariangela Recchia dos Santos
Marinez Josefina Casarotto de Oliveira
Mauri Hilgert Arenhardt
Miele Mendes Rodrigues
Murilo de Moraes Silva
Odair Moreira
Paulo Francisco dos Santos Pereira
Perla Cristian Rodrigues Dorneles
Priscila Radis Padoin
Rafael Paim Leal
Regis Simeão Saldanha Fagundes
Rodrigo de Quadros Leal
Rodrigo Lena Mattana
Rodrigo Marques de Almeida Guerra
Rosane Marli Diesel
Rosangela Marques Machado
Rubia Adrieli Sversut
Silvia Tatiana Nothen Severo
Susan Bublitz
Taiane Klein dos Santos
Taina Bianca Wendt Kruger
Tania Solange Bosi de Souza Magnago
Tháís Cauduro Dallasta
Vanessa da Costa Flores
Vilson Rosa
Vivakanand Satram
Yuri Masaharo Adachi

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	5
1.1	O Plano Diretor Estratégico	5
2	CONTEXTO.....	9
2.1	O HUSM-UFSM inserido no Contexto Local	9
2.2	Histórico da Estratégia do HUSM-UFSM	10
3	ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
3.1	O Plano Diretor Estratégico Anterior.....	12
3.2	Percepções dos Envolvidos.....	13
3.3	Desempenho do Contrato SUS	25
3.4	Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade	27
3.5	Acordo Organizativo de Compromissos	31
3.6	Principais achados e recomendações.....	31
3.7	Painel de Contribuição da Rede Ebserh.....	32
4	ESTRATÉGIA DO HUSM-UFSM	33
4.1	Declaração de Visão do HUSM-UFSM	33
4.2	Macroproblemas	33
4.3	Painel de Contribuição do HUSM-UFSM	34
5	MONITORAMENTO	40
5.1	Modelo de Gestão do PDE.....	40
5.2	Modelo de Comunicação.....	41
5.3	Calendário.....	42
6	ANEXOS.....	43
6.1	Fichas dos Indicadores Locais – Ciclo Estratégico de 2024.....	43
6.2	Fichas do Projetos Locais – Ciclo Estratégico de 2024	64
6.3	Fichas dos Indicadores Locais – Ciclo Estratégico de 2025.....	73
6.4	Fichas dos Projetos Locais – Ciclo Estratégico de 2025.....	91

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



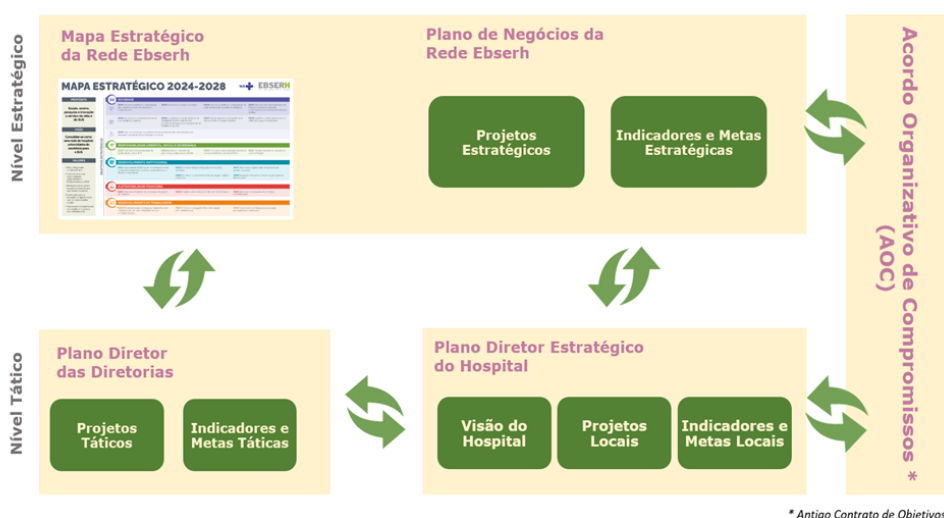
Desde 2014, os HUFs definem sua estratégia por meio da elaboração de Planos Diretores Estratégicos (PDEs). Esses Planos possibilitaram padronizar a forma de identificar os desafios de gestão e criar estratégias para transpô-los, apresentando-se como um avanço na gestão da estratégia das unidades hospitalares.

Nesse contexto, o HUSM-UFSM 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 (36268765), no âmbito do Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh (FIGURA 2), sob a condução do Colegiado Executivo e com a participação de cerca de 120 pessoas, entre gestores, colaboradores e estudantes.

A primeira reunião formal para a elaboração do Plano Diretor Estratégico 2024-2028 do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ocorreu em 08/02/2024. Este evento inicial contou com a participação do seguintes profissionais do HUSM: Superintendente e titulares ou representantes das Gerências; o Chefe e a Chefe Substituta do Setor de Governança e Estratégia (SEGOV); e o Chefe da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG). Participaram também deste evento os seguintes profissionais da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que foram convidados para acompanhar e assessorar as atividades de planejamento do PDE 2024-2028: Frank Leonardo Casado, Pró-Reitor de Gestão de Pessoas; Rodrigo Marques de Almeida Guerra, docente vinculado ao Departamento de Ciências Administrativas, e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) e do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas (PPGOP) da Universidade Federal de Santa Maria;

e Jose Renato Ferraz da Silveira, vinculado ao Departamento de Economia e Relações Internacionais, da Universidade Federal de Santa Maria. Destacamos a presença da mestrande Bruna Huth, aluna do Programa de Pós-graduação em Arquitetura, Urbanismo e Paisagismo (PPGAUP), da UFSM. O objetivo desta primeira reunião foi delinear as atividades de planejamento com base nas orientações propostas pelo Guia de Gestão Estratégica dos Hospitais da Rede Ebserh, 3 edição.

Figura 2
Modelo de Desdobramento da Estratégia da Rede Ebserh



O cronograma estabelecido no HUSM para o desdobramento das atividades de planejamento, que figura no Portal de Projetos da Ebserh Sede, foi pauta da segunda reunião executiva, ocorrida no dia 15/02/2024, na qual participou o grupo de profissionais presentes na primeira reunião. A validação do cronograma de planejamento e a abordagem das atividades, em consonância com as disposições do Guia de Gestão Estratégica, permitiu avançar com segurança nas atividades seguintes.

Em 07/03/2024 realizou-se a primeira reunião plenária com todas as chefias do HUSM, assumindo a forma de um Colegiado Amplo. Nesta reunião, realizada no Espaço Coworking da Pró-Reitoria de Inovação/UFSM, foi consolidada a Análise Situacional realizada nos dias anteriores. É importante destacar que foram consideradas informações obtidas dos seguintes respondentes: Reitoria da UFSM, por meio de manifestação pessoal ao Superintendente e por e-mail; Diretoria do Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSM), por meio de manifestação pessoal ao Superintendente e por documento enviado por e-mail; representação local do Gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de manifestações por ocasião das reuniões da Comissão de Avaliação do Contrato (CAC) e dirigidas à UPLAG/HUSM; Auditor, por meio de manifestações nas reuniões periódicas com o Superintendente e síntese por e-mail; usuários do SUS – pacientes e familiares de pacientes em atendimento no HUSM, por meio de pesquisa local, com amostra não probabilística; estudantes de graduação, residentes e docentes, por meio de formulário eletrônico. As fontes documentais consultadas abrangeram: relatório da AVAQUALIS, o Plano Diretor Estratégico 2021-2023; o

relatório de desempenho do Contrato SUS; o Acordo Organizativo de Compromissos, contido no Relatório de Gestão 2023; e o Balanço Contábil de 2023.

Na segunda parte do encontro foram realizadas oficinas com o objetivo de definir a Visão do Hospital Universitário de Santa Maria para o ciclo estratégico de 2024-2028. Participaram também deste evento a prof^a Maria Denise Schimith, Diretora do Centro de Ciências da Saúde – CCS/UFSM, e os assessores externos referidos por ocasião da primeira reunião formal. Observou-se que não foram registradas dificuldades no sentido de propor alternativas coerentes de Visão.

No dia 14/03/2024, em continuidade aos trabalhos do evento anterior e adotando-se um formato similar, reuniram-se as chefias do HUSM para a realização de oficinas voltadas para a consolidação da Visão. Aproveitou-se a ocasião para proposição de reflexões preparatórias obre os macroproblemas do HU, que constituíram o tema da reunião seguinte.

A reunião do dia 21/03/2024 prosseguiu em caráter plenário, sendo realizada no Anfiteatro Gulerpe, nas dependências do HUSM. Os trabalhos reuniram as chefias, os membros do Colegiado Executivo e os assessores da UFSM no esforço conjunto de identificação dos macroproblemas do HU e das suas respectivas causas raízes. A divisão em grupos de trabalho e o uso do método dos cinco porquês facilitaram atingir os objetivos propostos sem dificuldades aparentes.

Em 04/04/2024 a Direção do HUSM reuniu-se para apreciar os resultados das etapas diagnósticas anteriores e deliberar sobre a atividades propositivas referentes à definição de indicadores e de projetos locais capazes suportar um duplo propósito: (a) responder de modo eficaz aos macroproblemas identificados para o HU; e, ao mesmo tempo, (b) atender aos Objetivos Estratégicos propostos escolhidos coerentemente no Mapa Estratégico 2024-2028 da Ebserh. Nesta ocasião as principais dificuldades identificadas foram: (a) o pouco tempo restante para as atividades propositivas referentes à formulação de indicadores e projetos locais; e (b) as dificuldades inerentes em migrar as propostas para um formato de projeto, uma vez que os conhecimentos de gerenciamento de projetos não estão plenamente disseminados no HU. Para contornar estas dificuldades, o SEGOV e a UPLAG orientaram-se no sentido de efetuar o assessoramento direto das Gerências e demais equipes.

A partir das orientações do Colegiado Executivo, realizaram-se oficinas de assessoramento ao longo da primeira quinzena de abril de 2024. Estas oficinas setoriais facilitaram às Gerências e demais equipes formadas, quando necessário, o apoio técnico para a proposição de indicadores e de projetos locais adequados e consistentes com as diretrizes propostas no Guia de Gestão Estratégica da Ebserh.

A semana do dia 21/04/2024 ao dia 26/04/2024 foi dedicada à consolidação, finalização e validação dos indicadores propostos pelo HUSM e dos projetos vinculados a tais indicadores. É relevante destacar que a principal dificuldade observada neste período se referiu ao estabelecimento de ações e entregas para períodos muito distantes no tempo, como é o caso de um ciclo estratégico de 5 (cinco) anos. Neste sentido, optou-se por contornar esta dificuldade estabelecendo cronogramas e entregas de projeto para 1 (um) ano. Este expediente garante as entregas, a manutenção dos objetivos, possibilitando também a avaliação anual dos projetos e do

portfólio estratégico do HU. Nesta mesma semana foi concluída e validada a redação final do Plano Diretor Estratégico 2024-2028 do Hospital Universitário de Santa Maria.

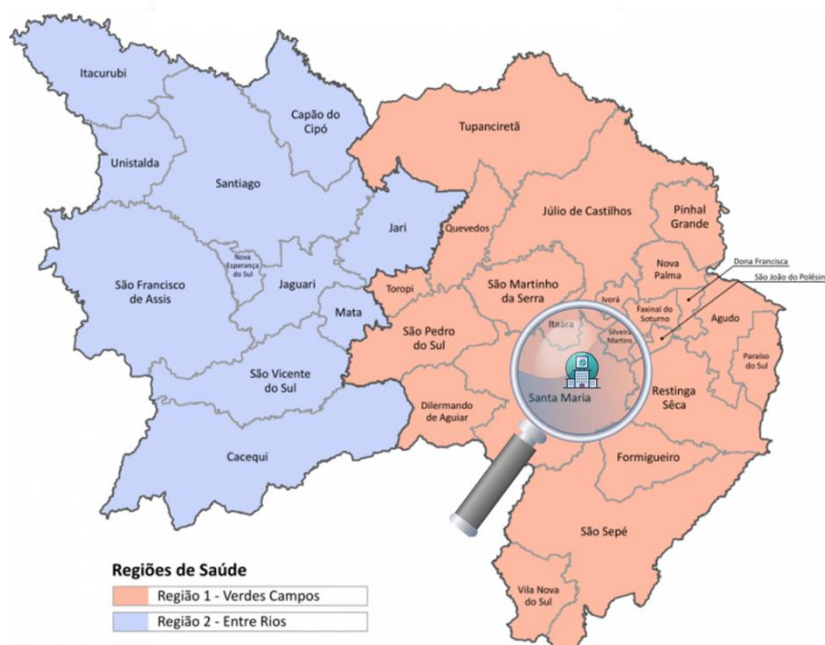
2 CONTEXTO

2.1 O HUSM-UFSM inserido no Contexto Local

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) foi inaugurado em 1970 e funcionou até 1982 no centro da cidade de Santa Maria. A construção do atual prédio foi iniciada em 1961 junto com a construção dos demais setores da Universidade, mas sua inauguração oficial ocorreu em 06 de outubro de 1982. O pronto socorro foi inaugurado em 2002 e seu projeto foi baseado nos centros de emergência norte-americanos. Em 2020 foi finalizada a obra da Central de UTI's, acima do pronto socorro, ampliando a capacidade para 82 leitos de UTI. Juntamente foi finalizada a obra da central de laboratórios, estrutura conectada ao HUSM por uma passarela.

O HUSM é o maior hospital de ensino público do interior do Rio Grande do Sul, com 100% dos atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo uma população de 1,2 milhões de habitantes de 45 municípios da Região Centro-Oeste do RS.

Figura 3
Mapa das Regiões de Saúde abrangidas pelo Hospital Universitário de Santa Maria



Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Além das internações, partos e consultas o HUSM conta com exames, fisioterapia, transplantes, nefrologia, hemoterapia e farmácia. Sob a gestão plena da Empresa Brasileira de

Serviços Hospitalares (EBSEH), constitui um hospital de ensino de alta complexidade, contando com 380 leitos e o trabalho de 2498 profissionais, constituídos por 760 Servidores RJU, 1095 empregados EBSEH, 643 funcionários terceirizados, e 26 cedidos da UFSM e outras instituições. Apesar do baixíssimo quociente de funcionários por leito, em uma situação aquém da quase totalidade dos outros HUs da Rede Ebserh, o HUSM destaca-se como um hospital com alta produtividade na sua categoria.

Sob o enfoque de ensino o HUSM possui 258 alunos matriculados nos Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais, e atende 1.226 alunos de graduação em estágios obrigatórios e atividades teórico-práticas. Na dimensão da pesquisa são 196 pesquisas em andamento atualmente.

Uma visão retrospectiva do ano de 2023 evidenciou o constante esforço pela reestruturação administrativa e assistencial, o que acompanha as tendências da rede pública de assistência hospitalar, de modo específico, e as organizações públicas brasileiras, de modo geral. É relevante dizer que a operação de um hospital com 54 anos traz desafios constantes que se projetam para além dos processos organizacionais, passando pela superação das limitações infraestruturais e a da obsolescência das instalações.

O conclusão do Plano Diretor Estratégico 2021-2023, gerando entregas aderentes com os planos propostos e alinhadas com o Painel de Contribuição da Rede Ebserh, promoveu uma maior maturidade no planejamento e execução de projetos abrangentes. Destacou-se, em função de da abrangência inédita e da efetividade, o Projeto dos Contratos Internos de Gestão, que propiciou o acompanhamento da produção de modo preciso pelos agentes finalísticos e pelo compromisso explícito com as metas contratualizadas. No mesmo sentido, o ano de 2023 trouxe o amadurecimento do Programa e Selo Ebserh de Qualidade no HUSM, assim como a disseminação da importância dos requisitos entre as chefias das diversas áreas.

A clarificação das competências dos diferentes órgãos e a busca pela melhoria dos fluxos de informações nas cadeias de atividades foram priorizadas nas áreas assistenciais e nas áreas de apoio, principalmente no que se refere ao abastecimento de insumos médico-hospitalares.

O incentivo à qualificação do ensino e da pesquisa permeou o ano de 2023 derivando na implantação de painéis de qualificação do ensino e em iniciativas para qualificar as pesquisas e as inovações tecnológicas em saúde.

2.2 Histórico da Estratégia do HUSM-UFSM

As concepções estratégicas, os métodos e as ferramentas de planejamento utilizados pelo HUSM nos períodos anteriores a 2014 ocorreram no contexto da Universidade Federal de Santa Maria e da Pró-Reitoria de Planejamento. Nessa época os planos passaram a exigir ênfases crescentes em aspectos como profissionalização, alinhamento sinérgico, integração e exequibilidade dos planos. Estes valores tornam-se explícitos no PDE elaborado em 2013/2014, realizado em convênio com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa.

O ciclo de planejamento estratégico que resultou no PDE 2021-2023 do HUSM-UFSM teve como base em uma parceria com a Pró-Reitoria de Planejamento (PROPLAN) da Universidade Federal de Santa Maria. A Comissão Executiva era constituída pelo Pró-Reitor de Planejamento à época, Frank Leonardo Casado, pela Superintendente do HUSM, Elaine Verena Resener e pelas Gerências.

As reflexões e reuniões diagnósticas sucessivas avaliaram as expectativas da Reitoria da UFSM, o PDE anterior do HUSM, o desempenho e os principais indicadores, bem como os demais documentos de base capazes de fornecer subsídios para as formulações estratégicas posteriores. Verificou-se que esta condução metodológica acabou por revelar-se inteiramente aderente àquela proposta posteriormente pelo Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh.

Procedeu-se a revisão e validação da missão, visão e valores do HUSM, bem como coletaram-se dados para a elaboração da matriz SWOT. Na sequência, foram validados e priorizados os itens levantados, permitindo a definição dos macroproblemas.

Em janeiro de 2020, os resultados e avaliações, amplamente discutidos nas fases precedentes, resultaram em uma primeira formulação de objetivos e metas, validadas pelo Colegiado Executivo em 05/03/2020. Esta primeira formulação, ao mesmo tempo que refletiu as aspirações da comunidade do HUSM, também se alinhou com precisão ao Mapa Estratégico da Ebserh.

Em março de 2020, a crescente ameaça da pandemia do COVID-19 exigiu rápidas respostas por parte do Hospital Universitário de Santa Maria, desencadeando a mobilização de todas as equipes frente à magnitude do desafio. Neste sentido e, sobretudo, pela exigência sanitária de reduzir e limitar os contatos pessoais, fez-se necessário reprogramar as datas dos cronogramas estabelecidos para o processo de planejamento estratégico.

Tendo sido implementadas as medidas administrativas e assistenciais de combate à pandemia, e em face da retomada das atividades que haviam sido reduzidas no período anterior, as atividades de elaboração do PDE foram reprogramadas. Destaca-se que o crescente domínio das ferramentas digitais de comunicação entre equipes de trabalho, bem como a perspectiva de retorno gradual ao curso do que havia sido planejado, tornou-se fundamental para o reestabelecimento de um novo cronograma de trabalho. Neste sentido, a publicação oficial do Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh foi o aspecto central que fundamentou o direcionamento estratégico para as atividades, as quais passaram a ser conduzidas operacionalmente pela Unidade de Planejamento do HUSM.

Em 01/10/2020, a Comissão Coordenadora do PDE, nomeada pela Portaria – SEI nº 199/2020 revalidou os ajustes na definição de visão do HUSM, bem como revalidou os macroproblemas, e reconheceu a pertinência da inserção dos objetivos estratégicos do HUSM naqueles estabelecidos para a Rede Ebserh. Nesta mesma reunião, foram pré-validados o pacote local de indicadores estratégicos.

Nas semanas seguintes, a Unidade de Planejamento do HUSM organizou entrevistas com os integrantes do Grupo de Trabalho do PDE, nomeados pela Portaria – SEI nº 200/2020. Em cada área, os integrantes elaboraram projetos capazes de suportar os indicadores e foram definidas metas para o ciclo estratégico de 2021, 2022 e 2023.

Uma ampla discussão com os integrantes do Grupo de Trabalho do PDE, com as Gerências, e com as demais partes interessadas, subsidiou a versão final do Plano Diretor Estratégico do HUSM, aprovado pelo COLEX em reunião em 18 de dezembro de 2020.

O PDE 2021-2023 foi encerrado com as entregas finais dos 7 (sete) Projetos Locais em dezembro de 2024, conforme descrito na Subseção 3.1

O processo de planejamento do atual Plano Diretor Estratégico do HUSM-UFSM adotou a mesma metodologia do ciclo anterior, balizando-se pelo Guia de Gestão Estratégica da Ebserh, 3ª edição.

3 ANÁLISE SITUACIONAL

3.1 O Plano Diretor Estratégico Anterior

O Plano Diretor Estratégico anterior foi elaborado atendendo a todas as fases preconizadas pelo Guia de Gestão Estratégica da Ebserh e congregando os profissionais descritos na Subseção 2.2. A Tabela 1, a seguir, apresenta um resumo dos Projetos Locais do PDE 2021-2023, destacando os percentuais de conclusão de cada Projeto, a descrição dos macroproblemas levantados por ocasião da fase de diagnóstico; e as recomendações para melhorias futuras.

Tabela 1
Conclusão de Ações e Iniciativas do PDE anterior

Nome da ação/iniciativa do PDE	% de conclusão	Descrição dos problemas e de suas causas	Recomendações para melhoria futura
Selo Ebserh de Qualidade	90%	Macroproblema: Dificuldades em se implementar uma estratégia integrada de melhoria contínua Causas: Ausência de um modelo integrador que permita a gestão das melhorias.	Lições aprendidas: (a) necessidade de gerar o comprometimento das Chefias com o processo de qualidade; e (b) importância do apoio da Superintendência e Gerências para o avanço das iniciativas de qualidade. Próximos desafios: (a) avançar na conformidade dos Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade; e (b) expandir o monitoramento dos painéis de indicadores.
Painel do Programa de Residência Médica	100%	Macroproblema: Dificuldades de controle integrado capaz de auxiliar as ações de melhoria no ensino. Causas: Falta de um sistema de monitoramento do cumprimento da matriz de competências.	Lições aprendidas: (a) institucionalização da tecnologia de painéis na área de ensino; (b) geração de conhecimentos acumulados na proposição de indicadores; e (c) compreensão melhorada dos fluxos de dados referentes ao tema. Próximos desafios: (a) melhorar apresentação dos painéis; (b) incluir de linhas de tendência nas séries históricas; (c) amadurecimento de novos indicadores; e (d) adicionar dados referentes à graduação.

Sistema de inovação do HUSM	100%	<p>Macroproblema: Insuficiente articulação das ações de pesquisa com o viés de inovação.</p> <p>Causas: Falta de um regramento geral que contemple a articulação das ações de pesquisa.</p>	<p>Lições aprendidas: (a) necessidade de revisão e atualização dos projetos e/ou objetivos anualmente, devido a dinamicidade da pesquisa e da inovação, bem como a participação ativa do SGPITS.</p> <p>Próximos desafios: a) normatização e implantação de processos e fluxos projetos de inovação; (b) implantação de indicadores da pesquisa e da inovação; (c) emitir PTC pelo CT-NATS (envolve expertise e carga horária da equipe); e (d) firmar Termos de Compromisso com a UFSM e Termos de Cooperação Técnica com outras instituições.</p>
Contratos Internos de Gestão	100%	<p>Macroproblema: Dificuldades em manter o equilíbrio orçamentário.</p> <p>Causas: Insuficiência de recursos frente a matriz de gastos.</p>	<p>Lições aprendidas: (a) os Contratos Internos de Gestão cumpriu com os fins a que se destina, uma vez que tem o potencial de promover a utilização mais racional dos recursos financeiros e humanos, além de corroborar com a reformulação na tomada de decisão e das relações entre os atores envolvidos ou responsáveis pela realização das ações e serviços de saúde ofertada pelo HUSM; (b) Permitiu identificar que o engajamento e a participação ativa de todos atores envolvidos no processo de contratualização do CIG são fatores primordiais para o sucesso e alcance dos resultados almejados com a adoção dessa ferramenta de gestão.</p> <p>Próximos desafios: aprimorar o monitoramento trimestral ou mensal dos CIG's, com discussão ampla junto às Unidades de Produção, além dos monitoramentos de CAC's, possibilitando a identificação da eficiência e eficácia de cada Unidade de Produção.</p>
Gestão de Riscos Administrativos do HUSM	70%	<p>Macroproblema: Insuficiente acompanhamento e controle dos resultados planejados.</p> <p>Causas: Falta de alinhamento estratégico das subunidades.</p>	<p>Lições aprendidas: (a) ampliação da visão de riscos, contemplando áreas com atuação madura na gestão de riscos no HU; (b) compreensão de que diferentes áreas de riscos não podem ser sobrepostas, em função das diferentes normas e métodos específicos; (c) necessidade de capacitação contínua das Chefias para a Gestão de Riscos Administrativas.</p> <p>Próximos desafios: (a) efetuar o levantamento atualizado de riscos administrativos do HUSM em 2024; e (b) implementar um painel integrado de riscos do HUSM.</p>
Implantação do Escritório de Processos	90%	<p>Macroproblema: Dificuldade de coordenar e priorizar as ações e tarefas de modo estruturado e transparente. (No PDE original focalizou-se especificamente as ações referentes à manutenção e infraestrutura. Reconsiderou-se o problema em sua forma mais abrangente).</p> <p>Causas: Ausência de um órgão ou escritório estabelecido para tratar as questões de padrões e processos no HU.</p>	<p>Lições aprendidas: (a) compreensão de necessidade de promover a autonomia das chefias e demais partes interessadas na modelagem dos próprios processos; (b) visão compartilhada de que gestão de processos e por processos deve ser conduzida de modo integrado com os demais esforços do HU.</p> <p>Próximos desafios: (a) atualizar o Regimento do Escritório de Processos; (b) revisar a Portaria do Escritório de Processos; e (c) retomar as reuniões plenárias.</p>
Sistema de Levantamento de Impactos de Capacitações	100%	<p>Macroproblema: Sinergia insuficiente e falta de articulação das competências individuais com as necessidades coletivas e estratégicas do HUSM.</p> <p>Causas: Capacitação insuficiente para o trabalho estratégico integrado e com ferramentas e métodos de qualidade.</p>	<p>Lições aprendidas: (a) a importância de promover revisões periódicas no escopo do projeto no decorrer do tempo destinado a construção e aplicação; (b) a importância de buscar formação e fundamentação teórica para construção de novas ferramentas.</p> <p>Próximos desafios: (a) a aplicação do Instrumento, atingindo a maioria dos colaboradores que fazem capacitações no HUSM; (b) mensuração: comparações entre custos dos treinamentos e benefícios de modo a medir retornos sociais, financeiros, ou outros resultados organizacionais almejados.</p>

3.2 Percepções dos Envolvidos

A promoção de entrevistas junto às principais partes interessadas do HUSM, inicialmente abordado aqui a Reitoria da UFSM, a Direção do CCS/UFSM, e Auditor, conforme o Guia de Gestão

Estratégica dos Hospitais da Rede Ebserh, 3 edição, foi realizada por meio das entrevistas usuais realizadas no âmbito da atuação do Superintendente do HUSM e, especificamente, por meio de um questionário estruturado baseado no modelo em anexo no referido Guia. A respostas encontram-se no Quadros a seguir.

Quadro1**Respostas para a questão 1, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 1	Qual é a sua visão para o futuro do HUSM? Em que condições Vossa Senhoria espera que o hospital esteja daqui 5 anos?
Resposta da Reitoria da UFSM	Um Hospital Escola, abrangendo pesquisa forte e atuação na assistência, com uma gestão no foco do atendimento ao usuário priorizando tecnologias facilitadoras, de forma sustentável.
Resposta da Direção do CCS	<p>Manter o HUSM 100% SUS, com ações de regulação, de assistência, de gestão de recursos e de pessoas, de ensino, pesquisa, extensão e Controle Social.</p> <p>HUSM deve abrir espaço para a comunidade na tomada das decisões importantes, por meio da criação de um Conselho Comunitário, com representantes dos usuários, profissionais, prestadores de serviço e gestores, no âmbito da região atendida. Assim, amplia a resiliência do hospital, ao incluir todos os atores nas principais tomadas de decisão.</p> <p>Em cinco anos, esperamos que o HUSM possa alcançar excelência em acreditação internacional, em especial pela <i>Joint Commission International</i>, garantindo assim um controle de qualidade rígido em todas as suas ações internas.</p> <p>Por ser um hospital universitário, espera-se que o HUSM possa equilibrar as ações de assistência com a constante formação de profissionais da saúde, dimensionando profissionais do hospital para setores em que hoje são assumidos por docentes e residentes. Implantação da cultura do Cuidado Centrado na Pessoa e de Segurança, com organização de linhas de cuidado para que assim os profissionais se reconheçam como agentes do cuidado com uma visão horizontal e compartilhada, tornando o HUSM um protagonista na articulação de práticas colaborativas e educação interprofissional.</p> <p>Como é um hospital universitário, é de suma importância de que a pesquisa esteja imbricada em todo o seu fazer. Sendo assim, acreditamos que devam existir ações de fortalecimento de vínculo do Hospital com todos os Programas de Pós-Graduação que possam contribuir de alguma forma com seu crescimento e desenvolvimento.</p> <p>Esperamos que a GEP seja capaz de fazer uma análise da necessidade e demandas, catalisando e fomentando as pesquisas estratégicas e produzir uma Agenda de Prioridades de Pesquisa e Extensão.</p> <p>HUSM deve ser provocador de políticas públicas de saúde pelo fato de receber pacientes de 46 municípios, compreendendo as lacunas existentes para implementar as linhas de cuidado com corresponsabilização dos municípios.</p> <p>A ampliação do HUSM por meio da incorporação do Hospital Regional de Santa Maria a EBSERH, conformando uma instituição capaz de ampliar a respostas as necessidades de saúde da Macrorregião Centro Oeste do Rio Grande de Sul e possibilitando a expansão das vagas nos cursos de graduação e residência da UFSM.</p> <p>Produção de inovações na gestão, na educação e na participação que contribuam para o desenvolvimento das instituições públicas. No caso dos hospitais do SUS a estratégia prioritária é de cooperação com os demais serviços, uma vez que o desafio é oportunizar a universalidade, a integralidade e a equidade do cuidado em saúde para toda a população.</p> <p>Políticas e estratégias tradicionais nas instituições de mercado, que se baseiam na competição, incorporadas acriticamente comprometem a atuação das organizações públicas cujo papel é fortalecer a cidadania, uma sociedade justa com garantia de direito e equidade.</p>
Resposta do Auditor	Consolidação da maturidade do ambiente de governança.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro2**Respostas para a questão 2, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 2	Quais são os principais desafios internos que Vossa Senhoria identifica no HUSM e que precisam ser superados?
Resposta da Reitoria da UFSM	Penso que o maior desafio é reinserir o HUSM no contexto Institucional da UFSM que, para nós gestores, é muito claro, mas os colaboradores muitas vezes veem um particionamento entre EBSERH e UFSM (em especial a parte acadêmica e de pesquisa do Centro de Ciências da Saúde). A união deve ser em torno do serviço apresentado ao usuário, com qualidade e refletir as pesquisas de ponta que lá são realizadas.
Resposta da Direção do CCS	Implementar processos de análise de dados epidemiológicos, da rede de atenção e das demandas insuficientes de cuidado no SUS da macrorregião centro oeste, gerados pelas diversas demandas recebidas pelo HUSM. Implantar linhas de cuidado. Equilíbrio entre profissionais, docente e acadêmicos nos serviços assistenciais. Garantir a continuidade de políticas pactuadas, por exemplo, Hospital Amigo da Criança, e contribuir para a qualificação de uma rede de atenção articulada com os serviços e municípios da macrorregião, com ênfase nas redes prioritárias quais sejam: atenção ao câncer, urgência e emergência, mãe bebê, pessoas com deficiência. A expansão dos serviços estarem pautadas pela necessidade de saúde do território para o qual o HUSM é referência, qualificando o SUS, o cuidado em saúde, a produção de conhecimento e propiciando a formação de profissionais coerente com as demandas do sistema de saúde brasileiro. Construção de políticas e estratégias para que as equipes do HUSM, reconhecidas pela excelência e por suas competências e habilidades na atenção e na gestão, contribuam com a educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS na macrorregião centro oeste do RS, apoiando a ampliação das respostas dos demais serviços da rede de atenção as necessidades de saúde da população o que pode contribuir com a redução das filas de espera e a sobrecarga do HUSM.
Resposta do Auditor	Implementação de uma cultura voltada para o gerenciamento de risco e controles internos.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro3**Respostas para a questão 3, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 3	Que oportunidades externas Vossa Senhoria percebe que o HUSM pode aproveitar?
Resposta da Reitoria da UFSM	Todas as oportunidades de parcerias envolvendo financiamentos públicos e privados para o desenvolvimento não só das pesquisas da área, mas também de melhoria na eficácia do sistema de gestão.
Resposta da Direção do CCS	Existem diversas entidades internacionais com as quais podem ser estabelecidas parcerias para aprimoramento dos serviços. Na área da farmácia, por exemplo, a Federação Internacional dos Farmacêuticos, possui uma secretaria específica sobre farmácia hospitalar, que pode contribuir com o desenvolvimento das ações dos hospitais. A Organização Pan-americana da Saúde também possui programas específicos que podem ter adesão do hospital. A iniciativa HEARTS por exemplo, que pretende reduzir o impacto das doenças cardiovasculares no continente americano, é um programa de excelência que ainda não possui parcerias no Estado do Rio Grande do Sul, por exemplo. A ampliação dos recursos federais para o Sistema Único de Saúde podem contribuir com o financiamento de projetos que resultem na expansão e qualificação dos serviços do HUSM. A criação da Política Nacional de Atenção Especializada que aponta inovações importantes na organização desses serviços, das redes de atenção e em especial na necessária e urgente articulação com a atenção primária em saúde. O reconhecimento do HUSM, pelos atores regionais, estaduais e nacionais, como serviço de referência para a atenção e gestão em saúde na macrorregião comprometido com a resposta as necessidades da saúde da população. Esta legitimidade foi construída ao longo do tempo uma vez que foi um dos primeiros hospitais universitários do país a serem 100% SUS, constrói seu planejamento conectado com o território em que atua e participa ativamente das instâncias de controle social e de gestão do SUS na sua região de atuação.
Resposta do Auditor	Otimização dos resultados existentes, estabelecimento de agendas positivas por meio de iniciativas das áreas assistenciais, administrativas e de ensino.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro 4**Respostas para a questão 4, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 4	Quais são os principais desafios externos que Vossa Senhoria identifica no HUSM e que precisam ser superados?
Resposta da Reitoria da UFSM	Por apresentar assistência 100% SUS, as relações com poder público municipal e estadual devem ser foco da gestão.
Resposta da Direção do CCS	<p>Um hospital universitário em um cenário de reestruturação da rede de saúde com programas como o Assistir, com diversos agravamentos de condições de saúde crônicas oriundo da impossibilidade de acompanhamento adequado durante a pandemia da Covid-19 e resultados da própria transição demográfica que passa a região, deve ser um bastião de inovação.</p> <p>A insuficiência de serviços de saúde na região e a ampliação das necessidades de saúde tornam o HUSM um dos poucos hospitais resolutivos na macrorregião e que resulta na superlotação e no comprometimento da continuidade do cuidado.</p> <p>A baixa cobertura de Atenção Primária em Saúde, no Município de Santa Maria, dificulta o acesso, compromete a qualidade e a resolutividade da assistência dos usuários do SUS, acarretando o agravamento de condições de saúde e a inviabilidade da continuidade do cuidado, que resultam na superlotação e o aumento da complexidade dos problemas de saúde das pessoas atendidas no HUSM.</p> <p>A relação promíscua entre o público e o privado no sistema de saúde regional tem consequências para o HUSM, porque este sofre pressões tanto para o atendimento privilegiado de pessoas usuárias de planos de saúde quanto a burla dos mecanismos de regulação.</p> <p>A pressão clientelista de atores políticos, econômicos e das relações particulares que tensionam a gestão para comprometer a regulação do sistema e estabelecer privilégios resultando na inequidade da atenção das pessoas.</p> <p>A integração e regulação com a rede de saúde é o principal desafio a ser cumprido.</p>
Resposta do Auditor	Orçamentários.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro 5**Respostas para a questão 5, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 5	Que valores são fundamentais para a cultura do HUSM?
Resposta da Reitoria da UFSM	Os valores que apoiam sua fundação, como ser um Hospital Escola, com inserção forte na sociedade, devem certamente permanecer.
Resposta da Direção do CCS	<p>Ser uma instituição pública reconhecida pela excelência no cuidado, formação, pesquisa e inovação e pelo compromisso ético e político com o direito à saúde:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comprometimento;• Equidade;• Eficiência;• Inovação;• Transparência- Participação;• Integração;• Sustentabilidade;• Cuidado Centrado na Pessoa;• Cultura de segurança;• Tomada de decisão baseada em evidência em todos os níveis (gestão, seleção de medicamentos, materiais e procedimentos; assistência direta aos usuários);• Geração de conhecimento;• Garantia da qualidade em todos os processos;• Transparência na prestação de contas; e• Gestão compartilhada com a comunidade.
Resposta do Auditor	Acredito que os valores do HUSM devem estar associados aos valores da Ebserh como um todo. Contudo, como órgão público federal, é de bom alvitre que seja observado os princípios e valores afetos a legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro 6**Respostas para a questão 6, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 6	Quais são as áreas do HUSM que necessitam de maior investimento ou desenvolvimento de capacidades?
Resposta da Reitoria da UFSM	Não tenho conhecimento a respeito.
Resposta da Direção do CCS	<p>A ampliação dos serviços de apoio diagnóstico terapêutico, em especial a área de imagem e de diagnósticos intervencionista na oncologia e cardiologia.</p> <p>Qualificação da ambiência das unidades de internação, com oferta de conforto térmico e para a presença de acompanhantes.</p> <p>Realizar plano de investimento que respondam as necessidades de saúde da região, considerando estudos epidemiológicos e da capacidade instalada dos demais serviços para investir nas áreas de maior demanda reprimida do sistema.</p> <p>Ampliar o investimento para ofertar espaços coletivos, ferramentas e dispositivos para realização de reunião de equipes, de formação dos estudantes, desenvolvimento de pesquisa e educação permanente dos trabalhadores.</p> <p>Para a implantação do hospital regional, como unidade do HUSM, será necessário investimentos em recursos físicos e tecnológicos e também na gestão, formação e educação permanente dos trabalhadores. A implementação de novos serviços abre uma janela de oportunidade para transformações dos processos de trabalho, momento propício para a inovação e adoção de práticas de atenção e de gestão que superem problemas crônicos mantidos pela cultura institucional, pela cristalização das relações e pela dependência das trajetórias da organização.</p> <p>Profissionais de saúde qualificados e corretamente dimensionados, dando ênfase às áreas que a UFSM tem formação e o HUSM não tem serviço implantado, por exemplo, terapia ocupacional.</p> <p>Adequação da área física para serviços ofertados, como ambulatório, pediatria, bloco cirúrgico.</p> <p>Investir na saúde digital, em especial a Telessaúde, em áreas identificadas como prioritárias nos municípios atendidos.</p>
Resposta do Auditor	Além da atividade fim, as que sugerem suporte, como administrativa e de tecnologia da informação.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro 7**Respostas para a questão 7, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 7	Quais são os principais desafios na gestão de recursos humanos do HUSM?
Resposta da Reitoria da UFSM	Fazer a gestão de pessoas que atuam no HUSM, como um todo independente do regime de contratação e sua lotação. Esta gestão inclui dimensionamento adequado bem como as devidas capacitações.
Resposta da Direção do CCS	<p>Promover educação permanente, dos trabalhadores que oportunizem a aprendizagem no trabalho e em resposta aos problemas cotidianos enfrentados para a qualificação da gestão da atenção e da educação.</p> <p>Estabelecer uma política de incentivo a realização de pós-médio e pós-graduação dos trabalhadores do HUSM.</p> <p>Realizar processos de dimensionamento da força de trabalho em resposta as qualificação ampliação da atenção, da gestão e da educação nas áreas que são necessárias para a respostas as necessidades de saúde das pessoas e do país.</p> <p>Destaca-se a saúde do trabalhador. O setor saúde é um dos quais tem maiores índices de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Desenvolver políticas que contribuam para que o hospital seja um ambiente promotor de saúde, que previne acidentes e doenças e que cuidada é fundamental tanto para os trabalhadores, como estudantes e docentes que atuam no HUSM.</p>
Resposta do Auditor	Identificar, reter e promover talentos, muitas vezes negligenciando em função de escolhas e indicações sem a efetividade do processo de seleção ideal.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro 8**Respostas para a questão 8, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 8	Quais são os principais projetos de inovação ou transformação digital precisam ser perseguidos pelo HUSM?
Resposta da Reitoria da UFSM	Não conheço a gestão de documentos do HUSM, mas certamente um sistema integrado com gestão de arquivos de pacientes, e que proporcione a logística interna de funcionamento, por exemplo um sistema onde o médico lance a receita do paciente e a enfermaria possa fazer a devida administração da medicação, interligada também com o sistema de dispensação de medicamentos na farmácia. Talvez até já exista no HUSM essa dinâmica, mas falo por não conhecer. Além disso, a telemedicina pode ser forte em especial para os casos possíveis.
Resposta da Direção do CCS	<p>Ser protagonista na criação de um ecossistema de inovação articulando diversos elementos e promovendo a integração e cooperação de instituições governamentais, universidades, associações implicadas com o SUS para produzir um ambiente propício para o surgimento de novas ideias.</p> <p>Apresentar projetos aos Programa SUS Digital do Ministério da Saúde que tem o intuito de auxiliar na elaboração e na implementação dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital de estados e municípios.</p> <p>Ser protagonista na implementação de estratégias de telessaúde, priorizando o acesso às populações mais vulneráveis e a respostas as principais demandas reprimidas no SUS.</p> <p>Estimular o desenvolvimento de soluções digitais que contribuam para a melhoria da qualidade, da eficiência e da equidade dos serviços de saúde.</p> <p>Contribuir com o desenvolvimento de estratégias para implementar a interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde, em especial articulando as municípios e serviços que atuam na macrorregião centro oeste do RS.</p> <p>Contribuir com a articulação na região para os municípios e estados solicitem a adesão do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU) e contribuir com a implantação do mesmo, uma vez que esse sistema foi recentemente disponibilizado para o uso no SUS a partir de uma parceria entre a EBSERH e o Ministério da Saúde.</p> <p>A vinculação radical dos serviços com os cursos da saúde da UFSM. O HUSM é uma instituição que tem uma inserção destacada e reconhecimento no SUS locorregional, por isso pode ser protagonista na articulação entre os cursos da saúde e os atores regionais do SUS para que estudantes e professores possam conhecer as necessidades de saúde da população e contribuir com a definição do que é prioritário no hospital. Essa aproximação pode contribuir com a transformação da formação dos profissionais de saúde uma necessidade identificada pelos organismos internacionais da saúde para que se cumpra o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável de garantir cobertura universal de saúde.</p> <p>Propor estratégias de reorganização dos processos de trabalho com a incorporação de práticas colaborativas enfatizando a atuação e educação interprofissional, contribuindo para a superação da fragmentação dos serviços e da atenção às pessoas.</p> <p>Criar estratégias e recursos de avaliação constante dos serviços e dos projetos que forem implementado. Em especial, fortalecer o papel dos usuários, pacientes e estudantes, na avaliação da atenção, potencializando a ouvidoria e criando outras ferramentas de escuta e participação. As questões apontadas por esses usuários devem ter centralidade nas decisões e na organização dos serviços e das práticas no HUSM.</p> <p>Inclusão da Inteligência Artificial para tomada de decisão clínica.</p>
Resposta do Auditor	Não tenho opinião formada.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro 9**Respostas para a questão 9, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria**

Questão 9	Se não houvesse nenhuma limitação, tecnológica e nem de orçamento, o que Vossa Senhoria sugeriria fazer diferente do que é feito hoje?
Resposta da Reitoria da UFSM	Que o HUSM para além de formação de pessoal, possa também estar à frente no desenvolvimento de tecnologias para a área de saúde e que atue sempre na assistência integral em qualquer regime de atendimento, inclusive domiciliar.

Resposta da Direção do CCS	<p>Ampliar o acesso dos trabalhadores e usuários às tecnologias de informação e comunicação;</p> <p>Ampliar as equipes multiprofissionais nas áreas em que demandam as competências e habilidades de outros trabalhadores para responder as necessidades de cuidado das pessoas;</p> <p>Ofereceria condições para a realização de formação e educação permanente dos trabalhadores, considerando que estas são atividades a serem desenvolvidas no tempo do trabalho;</p> <p>Oportunizaria as equipes a participação em eventos científicos nacionais e internacionais, visitas técnicas e formação de trabalhadores em sistemas e serviços brasileiro e de outros países reconhecidos pela excelência em sua atuação, financeira pesquisas e projetos de inovação;</p> <p>Estabeleceria uma política para ampliar a participação dos trabalhadores em cursos pós-médio e pós-graduação que são de interesse da instituição com a garantia da realização dos mesmos nas horas de trabalho.</p> <p>Garantiria a realização de atendimentos dos profissionais do HUSM nos serviços regionais do SUS, com o financiamento para que desenvolvam atividades fora da sede e desta forma, ampliam o acesso a assistência, favorecem a formação de profissionais que atuam nesses serviços e qualificam a formação de graduandos e residentes.</p> <p>Inclusão de impressoras 3D para órteses próteses.</p> <p>Inclusão de tecnologias de saúde digital que favoreçam a comunicação com os usuários (APPs, sistemas etc), telessaúde e teleconsultorias, entre outras, com a garantia da infraestrutura que garantam a realização qualificada.</p> <p>Ampliar os turnos de atendimento ambulatoriais, do apoio diagnóstico e terapia e cirúrgico para contribuir com a redução das filas de espera por atendimento e a ampliação das oportunidades formativas de graduandos e residentes. Essa estratégia poderia criar condições para a abertura de cursos de saúde noturnos na UFSM.</p> <p>Financiar projetos intersetoriais, com a inclusão das demais áreas de universidade, de tal forma que fossem produzidas inovações dos recursos físicos e tecnológicos, da gestão e da atenção no HUSM. Essas produções qualificariam a formação dos profissionais da UFSM, seriam disponibilizadas ao SUS podendo contribuir com a qualificação de outros serviços e com a política do complexo industrial da saúde.</p>
Resposta do Auditor	Mapeamento de Processos, embora a sua realização independa de quaisquer elementos citados.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Quadro 10

Respostas para a questão 10, formulada para Reitoria da Universidade Federal de Santa Maria, Direção do Centro de Ciências da Saúde e Auditoria

Questão 10	Quais indicadores-chave são mais relevantes para a avaliação do sucesso do HUSM?
Resposta da Reitoria da UFSM	Taxa de permanência; taxa de mortalidade; reincidência; e um indicador que possa medir os rejeitos hospitalares como forma de verificar a questão ambiental.
Resposta da Direção do CCS	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação aos processos de Acreditação; • Criar um sistema de feedback de avaliação de discentes sobre seu processo de formação, que identifique os pontos forte e fragilidades; • Indicadores tradicionais de avaliação hospitalar (taxas de mortalidade, morbidade, médica de permanência, taxa de ocupação, coeficiente de infecção hospitalar, entre outros); • Indicadores sobre os tempos de respostas às necessidades de cuidado. (ex.: tempo entre a solicitação e realização de exames, consultas, consultorias, cirurgias, de permanência na emergência etc); • Produtividade dos setores/profissionais (número de atendimentos); • Absenteísmo nos atendimentos (uma vez que cabe a instituição desenvolver estratégias para reduzi-lo. As instituições privadas já desenvolveram dispositivos e ferramentas que, se incorporado, podem contribuir para a redução das ausências dos usuários); • Indicadores quantitativos e avaliação qualitativa sobre as queixas apresentadas pelos usuários do HUSM, pacientes e estudantes, bem como sobre as mudanças dos processos de trabalho e práticas que respondam as questões apontadas por esses atores. • Indicadores que possibilitem a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços e da sustentabilidade econômica, social e ambiental da instituição; e • Indicadores que possibilitem avaliar a continuidade do cuidado na instituição e no sistema de saúde que possibilitem propor estratégias para superar a fragmentação entre os setores e entre os profissionais que cuidam das mesmas pessoas.
Resposta do Auditor	Produtividade, qualidade, estratégia, eficiência, custos, faturamento, recebimento etc.

Fonte: compilado pela UPLAG/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM

Por sua vez, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas expectativas, são indicados, como uma das partes interessadas relevantes para a Análise Situacional preconizada pelo Guia de Gestão Estratégica da Ebserh, 3. edição. Em cumprimento ao disposto, nesta fase do planejamento estratégico, foram aplicados 37 (trinta e sete) instrumentos de coleta de dados, delineados sob a forma de entrevistas estruturadas, aos pacientes e familiares de pacientes acessados no âmbito do Hospital Universitário de Santa Maria. Optou-se por uma coleta de dados não amostral, por conveniência e livremente consentida, que abrangeu as seguintes Unidades e Serviços: Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto; Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Pediátrica; Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal e Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI); Unidade de Clínica Cirúrgica (UCIR); e Unidade da Criança e do Adolescente do HUSM.

Do total de 37 (trinta e sete) entrevistados, 14 (quatorze) optaram por não manifestar opiniões. Os 23 (vinte e três) questionários válidos tiveram suas repostas desdobradas em tópicos de conteúdo para permitir uma melhor análise delas. Observou-se rigorosamente o enunciado das respostas, sendo transcritas sem alteração substancial do sentido. Para respostas sintéticas ou com conteúdo subentendido e contextual, foram incluídas expressões clarificadoras entre parênteses. A síntese dos conteúdos coletados para a Questão 1 são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11

Síntese dos conteúdos registrados para a Questão 1: “Responda livremente: no seu entendimento, quais as condições que faltam ao Hospital Universitário de Santa Maria, hoje?”, em categorias amplas.

Categoria amplas	Frequência	Rótulo dos conteúdos
Infraestrutura, instalações e equipamentos	15	10; 11; 12; 13; 15; 16; 17; 18; 20; 22; 25; 26; 31; 33; 34
Processos/normas internas	8	3; 4; 5; 6; 7; 8; 21; 27
Capacitações para as equipes	4	2; 29; 30; e 36
Condições de higiene	4	14; 32; 35; e 37
Alimentação para acompanhantes	3	1; 19; 24
Falta de leitos	1	9
Falta de profissionais	1	28
Total de conteúdos	36	

Fonte: síntese efetuada pela UPLAG/SUP/HUSM-UFSM.

A frequência relativamente elevada de conteúdos referidos à infraestrutura, instalações e equipamentos é representativo dos macroproblemas enfrentados pelas instituições públicas de saúde, de modo geral, e pelo hospitais federais de ensino, de modo especial. Com relação ao HUSM, o Plano Diretor Estratégico (PDE) anterior ao PDE 2021-2023, elaborado sob a assessoria técnica do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), já havia diagnosticado três macroproblemas: (a) estrutura física inadequada; (b) parque tecnológico defasado; e (c) modelo de gestão inadequado.

Muitos avanços consideráveis foram realizados ao longo do ciclo estratégico anterior e durante o ciclo estratégico de 2021-2023 no enfrentamento efetivo de tais macroproblemas. Com efeito, utilizou-se uma alternativa baseada na manutenção progressiva e na qualificação dos processos, sem a possibilidade de investimentos massivos por conta da escassez de recursos.

Importa lembrar que a crise gerada pela pandemia do Covid-19 restringiu os investimentos em infraestrutura e em tecnologia que não estavam associados ao combate imediato daquela pandemia. Em agosto de 2023, ainda sob a vigência do PDE 2021-2023, o anúncio da contemplação do HUSM com recursos do Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), no montante de 40 milhões de reais, possibilitou a retomada de investimento infraestruturais substanciais.

Com relação à atualização do parque tecnológico, sob a forma de Equipamentos Médico-Hospitalares (EMH), assim como equipamentos de apoio, cumpre ressaltar que a progressiva qualificação da gestão orçamentária e dos ativos permanentes do HUSM possibilitou avanços relevantes. Sobretudo se considerarmos que o HUSM é o maior hospital público de ensino do centro do estado do Rio Grande do Sul, atendendo totalmente pelo Sistema Único de Saúde, com um público usuário provindo de 42 municípios. Esta atuação resulta em um fluxo médio estimado de cerca de 6 mil pessoas por dia nas dependências do hospital. Mesmo com a rápida obsolescência dos equipamentos em função do uso intensivo, a Gerência Administrativa tem conseguido renovar os itens prioritários com base em um planejamento orçamentário qualificado e com critérios cada vez mais precisos. Do ponto de vista da receita, muito foi feito pelo Setor de Contratualização e Regulação, em conjunto com as demais Gerências e Superintendência. Destaca-se, neste sentido, a aprovação do novo Contrato com o Gestor SUS no qual as metas são exequíveis e mais vantajosas para o HU, assim como a obtenção de incentivos que permitem uma cobertura financeira maior. A lado desta consecução, a implantação pioneira pelo HUSM de abrangentes contratos internos de gestão permitiu um compromisso e controle contratual da execução interna das metas de produção assistencial.

Convém observar também que a falta de leitos e a falta de profissionais tem sido objeto da consideração e do esforço da Superintendência e Gerentes do HUSM. Sobre a falta de profissionais é de interesse considerar o quociente do total de profissionais Ebserh e RJU, que totalizam 1855 pessoas, divididos pelo total de 380 leitos deste HU, perfazem o indicador de 4,88 profissionais por leito. Este resultado classifica o HUSM entre os últimos lugares dentre os 42 hospitais da Rede Ebserh. A ampliação do número de leitos e a equalização do número de profissionais não se encontra sob a decisão de instâncias locais, convém referir, mas passa pela liberação orçamentária do Governo Federal e pela aprovação e destinação da Direção da Rede Ebserh.

Para concluir esta parte das considerações dos achados, deve-se ter presente que os conteúdos de processos/normas internas, capacitações e medidas higiênicas de conformidade representam desafios que foram considerados nos PDE 2021-2023, em seu diferentes projetos e que deverão ser objeto de consideração para o próximo ciclo estratégico. A inclusão de tais desafios em projetos resta facilitada pela elevada expertise local e, não obstante a intensiva alocação de capital intelectual e de tempo dos profissionais, ainda assim apresenta menores investimentos totais menores em relação às soluções demandadas para os desafios infraestruturais e de renovação de equipamentos.

A síntese dos conteúdos coletados para a Questão 2 são apresentados no Quadro 12.

Quadro 12**Síntese dos conteúdos registrados para a Questão 2: “Responda livremente: como você gostaria de ver o Hospital Universitário de Santa Maria daqui a 5 (cinco) anos?”, em categorias amplas**

Categoria amplas	Frequência	Rótulo dos conteúdos
Infraestrutura, instalações e equipamentos	8	4; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 16
Aumento da oferta de leitos e recursos	2	3; e 5
Processos/normas internas	1	1
Capacitações para as equipes	1	2
Melhoria contínua	1	13
Aumento do número de profissionais na assistência	1	6
Total de conteúdos	14	

Fonte: síntese efetuada pela UPLAG/SUP/HUSM-UFSM.

Percebeu-se que a visão de futuro desejável expressa pelos usuários do SUS no Quadro x decorre naturalmente dos seus anseios imediatos. A síntese e contextualização de tais anseios particulares e visões possibilitou a clarificação de fatores importantes para a formulação de macroproblemas e a proposta de projetos locais alinhados com os Objetivos Estratégicos propostos da Rede Ebserh para o PDE 2024-2028.

Para estas respostas remetemos às considerações feitas para as respostas da Questão 1, tendo em vista a similaridade dos temas e recorrência dos conteúdos.

Quanto a abrangência das pesquisas para fins de planejamento, recomendou-se o planejamento e implantação de um painel integrado de informações, juntamente com as informações disponibilizadas pelo Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) e pela Ouvidoria. Este painel possibilitará subsidiar as reavaliações anuais dos projetos locais do PDE 2024-2028 e, nos termos da Ebserh Sede, permitem a pivotar os projetos estratégicos locais para o atendimento dos desafios que persistem e aos novos que surgem.

A fim de contribuir com o PDE 2024-2028 do HUSM/Ebserh a Gerência de Ensino e Pesquisa realizou uma análise situacional a partir da percepção da equipe da gerência e de um levantamento realizado junto aos usuários que têm como campo de prática o HUSM. Esta análise situacional permitiu a identificação de palavras-chave associadas aos 04 pilares: ensino, pesquisa, gestão e assistência.

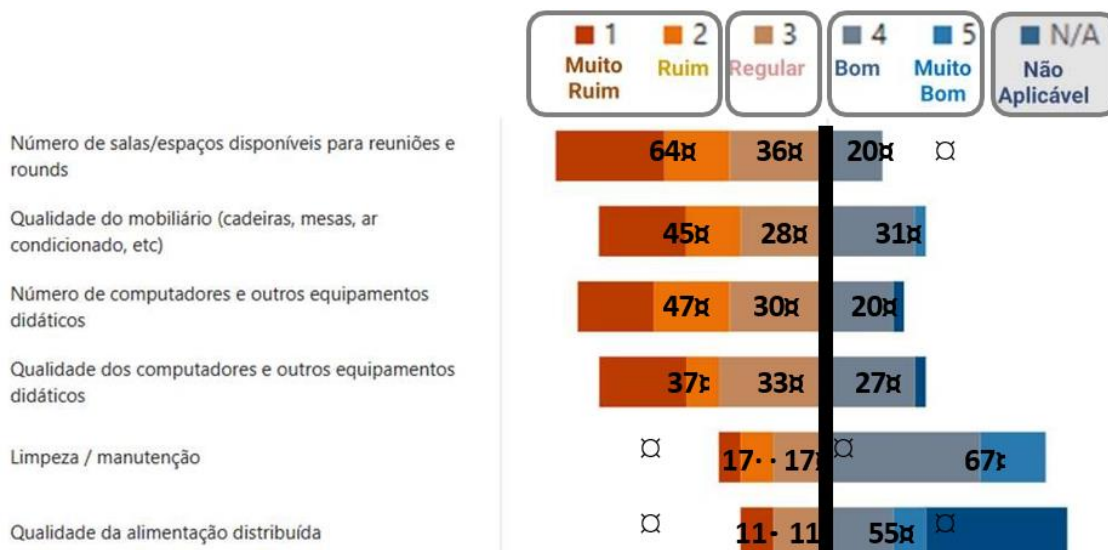
A metodologia utilizada pela GEP foi a organização de reuniões da equipe e a estruturação de um levantamento elaborado sob a forma de um formulário eletrônico. As questões foram elaboradas tendo como referência o roteiro de entrevista proposto no Guia de Gestão Estratégica da Ebserh, página 90. Justifica-se a organização do formulário tendo como perspectiva a possibilidade de toda a comunidade acadêmica (discentes de ensino técnico, graduação, residentes, e alunos de pós-graduação) a docentes (responsáveis por disciplinas, coordenadores de projetos de pesquisa, coordenadores/chefes de unidades da UFSM) poderem contribuir com suas respostas.

As questões objetivas foram organizadas em duas grandes categorias: infraestrutura e recursos humanos, no qual foi solicitado ao contribuidor avaliar as mesmas de 1 a 5, que

respectivamente indicam se a avaliação foi de “muito ruim” a “muito bom”. Como algumas questões não são vivenciadas por toda a comunidade acadêmica foi incluída a possibilidade do contribuidor marcar como “não aplicável”. O levantamento foi encaminhado para o CCS com solicitação de reencaminhamento para suas unidades administrativas, e também para a lista de docentes e discentes cadastrados na GEP.

Considerando o pouco tempo de divulgação e ser um período de férias acadêmicas, o número de contribuidores foi limitado a 30. Entretanto, a análise das respostas mostrou consistência e similaridade com a percepção da equipe de chefias da GEP. Portanto, os resultados foram considerados representativos, apesar das limitações comentadas. Dos 30 contribuidores, a categoria com maior adesão foi a de docentes que realizam campo de prática no HUSM. Destaca-se que, alguns contribuidores assinalaram mais de um papel funcional como, por exemplo, docente e coordenador de curso.

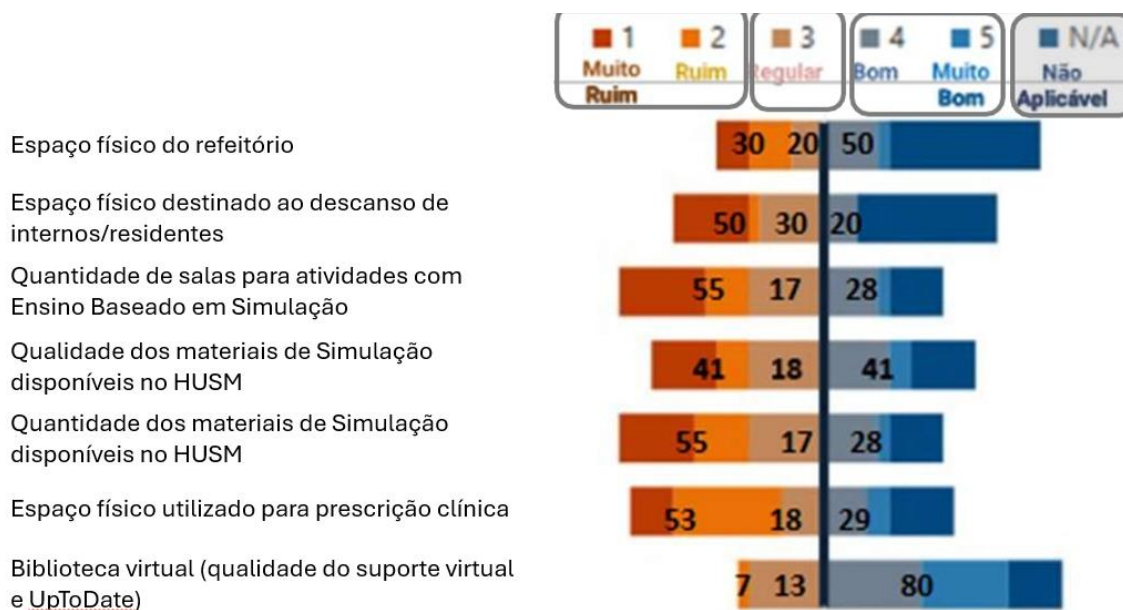
Figura 4
Avaliação da qualidade da infraestrutura de ensino



Fonte: GEP/HUSM-UFSM.

Foram considerados 13 (treze) indicadores de infraestrutura no levantamento. Os indicadores: (1) número de salas/espacos disponíveis para reuniões e rounds; (2) qualidade de mobiliário; (3) número de computadores e (4) qualidade de computadores, foram indicadores que apresentaram maior proporção de contribuidores que responderam ser de ruim a regular, sinalizando a necessidade de ações de melhoria nas mesmas. Por outro lado, uma maior proporção de contribuidores considerou a (5) limpeza e a (6) qualidade da alimentação de boa a muito boa.

Figura 5
Avaliação da qualidade da infraestrutura de ensino

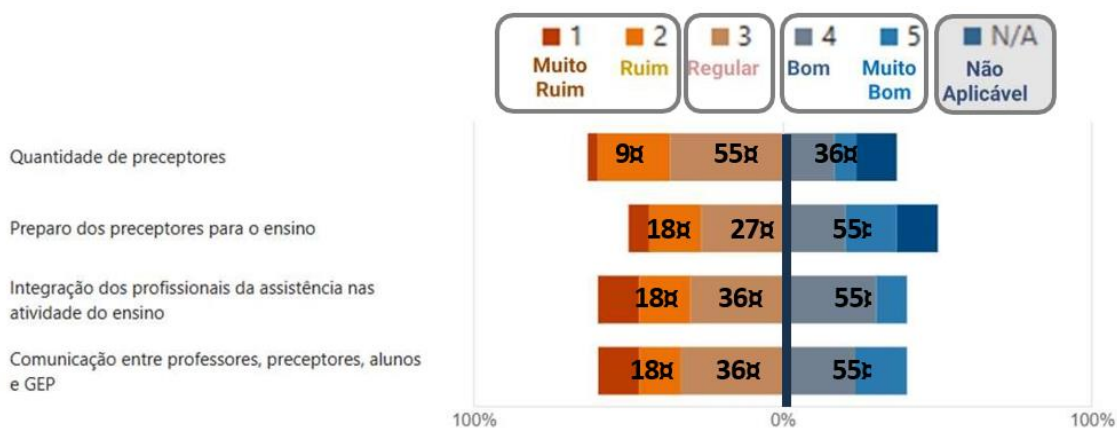


Fonte: GEP/HUSM-UFSM.

O espaço físico para descanso dos internos e residentes, quantidade de salas e qualidade de materiais de simulação foram também quesitos com maior número de contribuidores que disseram ser muito ruim a ruim. Por outro lado, a maioria considerou a biblioteca virtual boa ou muito boa.

Na análise qualitativa dos quesitos relacionados a infraestrutura voltada para o ensino destacaram-se como palavras-chave: ensino, espaços, melhoria, qualidade, computadores, salas.

Figura 6
Avaliação de indicadores de recursos humanos



Fonte: GEP/HUSM-UFSM.

Nos indicadores de recursos humanos foram avaliados quatro fatores. Três deles foram considerados bons a muito bons: preparo dos preceptores para o ensino, integração dos profissionais da assistência as atividades do ensino e comunicação entre professores, preceptores, alunos e GEP. Entretanto, a quantidade de preceptores foi considerada boa ou muito boa apenas por 36% dos usuários indicando a necessidade de ampliação da quantidade destes profissionais

Na análise qualitativa dos quesitos relacionados aos recursos humanos voltados para o ensino destacaram-se como palavras-chave: preceptores, envolvimento, contratação, cursos, recursos humanos.

Por fim foi também solicitado que os contribuidores sugerissem que projetos de inovação ou transformação digital o Hospital deveria perseguir. Para tanto foi feita uma análise das respostas via *word cloud*. Uma segunda análise *word cloud* foi feita para identificar as principais melhorias e inovações propostas pelos contribuidores. Esta análise indicou a necessidade de: aprimoramento nos sistemas de informação (AGHU, AGINFO) utilizados pelo Hospital; melhoria do parque tecnológico, principalmente de equipamentos utilizados na assistência; implantação de sistemas de inteligência artificial; melhoria dos espaços de simulação realística; ações voltadas a sustentabilidade; e implantação de atividades de telessaúde associadas a melhoria das conexões.

Por fim, foi solicitado aos contribuidores que identificassem o seu nível de satisfação com o HUSM como campo de prática para as atividades relacionadas ao ensino. A maioria dos contribuidores achou indicou estar satisfeito ou extremamente satisfeito. Por outro lado cerca de 20% dos contribuidores manifestaram pouca satisfação com o Hospital. Assim, o conjunto dos resultados indica que o PDE 2024-2028 do HUSM deve focar em melhorias na infraestrutura, recursos humanos e na implantação de novas tecnologias que aumentem a qualidade do ensino e pesquisa institucional. Também deixa claro a indissociabilidade entre ensino e assistência.

A partir de uma síntese dos resultados obtidos foi possível identificar as seguintes palavras-chave no pilar ensino: educação; formação; recursos; ampliação; participação; estudantes; integração; e qualificação. De igual modo, foram identificadas as seguintes palavras-chave no pilar pesquisa: gestão; recursos (sustentabilidade); estratégias; desenvolvimento; inovação; pesquisa; e regulamentação.

3.3 Desempenho do Contrato SUS

A fim de contribuir no cumprimento das metas pactuadas junto ao Gestor SUS, dentre os projetos estratégicos do Hospital Universitário de Santa Maria, constou a implantação de Contratos Internos de Gestão junto às unidades de produção.

Durante o ano de 2022, foram implantadas, pela Gerência de Atenção à Saúde, cinco Unidades de Produção (UP) com características semelhantes frente à produção assistencial. Foram elas:

1. Unidade de Produção Finalidade Diagnóstica – início das atividades em julho/22;
2. Unidade de Produção Saúde da Mulher e da Criança – início das atividades em setembro/22;
3. Unidade de Produção Cirúrgica – início das atividades em setembro/22;
4. Unidade de Produção Transplante – início das atividades em dezembro/22; e
5. Unidade de Produção Clínica Médica – início das atividades em dezembro/22.

Com base na contratualização SUS, foram implantados os Contrato Interno de Gestão (CIG). Esse último celebrado entre a gestão do hospital e as unidades assistenciais que ofertam os serviços, representadas pelas unidades de produção.

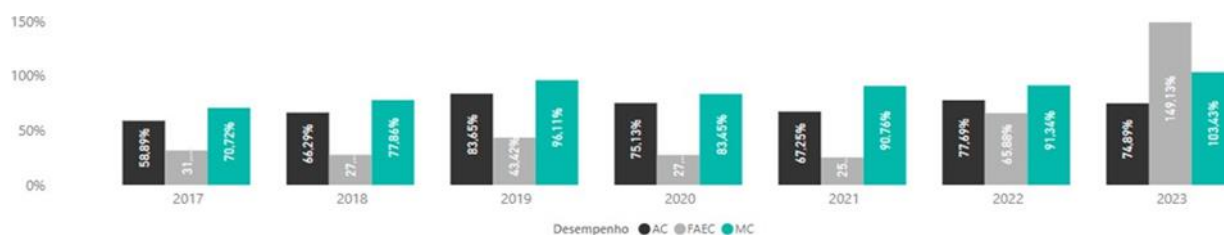
O CIG visa aprimorar os processos de trabalho necessários para o alcance das metas estabelecidas na contratualização. Também são objetivos do contrato interno, o monitoramento da produção e a divulgação de indicadores aos colegiados gestores. Eles constam na Cadeia de Valor da Rede EBSERH como responsabilidade de implantação pelo Setor de Contratualização e Regulação (STCOR) e a Unidade de Contratualização. A avaliação é baseada nos relatórios de produção dessas unidades e na produção aprovada no Sistema DATASUS. Também, foram realizados inúmeros treinamentos e capacitações com as equipes dessas unidades de produção com relação à contratualização SUS.

Com a implantação das Unidades de Produção e as pactuações através de cinco Contratos Internos de Gestão assinados em 2022, o HUSM cumpriu com 100% da meta pactuada no Plano de Desenvolvimento Estratégico (PDE) do hospital.

Todos os contratos internos de gestão estão disponíveis no site do HUSM, assim como o contrato com o gestor, visto que são documentos públicos. Alterações e revisões poderão ocorrer sempre que modificações forem realizadas no contrato com o SUS, cujas metas são referência para o CIG.

Abaixo segue informações acerca dos resultados dessas ações no cumprimento da pactuação frente ao desempenho financeiro consolidado de acordo com a Alta Complexidade, Média Complexidade e FAEC, comparando os anos de 2017 a 2023, com informações extraídas da produção aprovada do Sistema DATASUS (SIH e SAI):

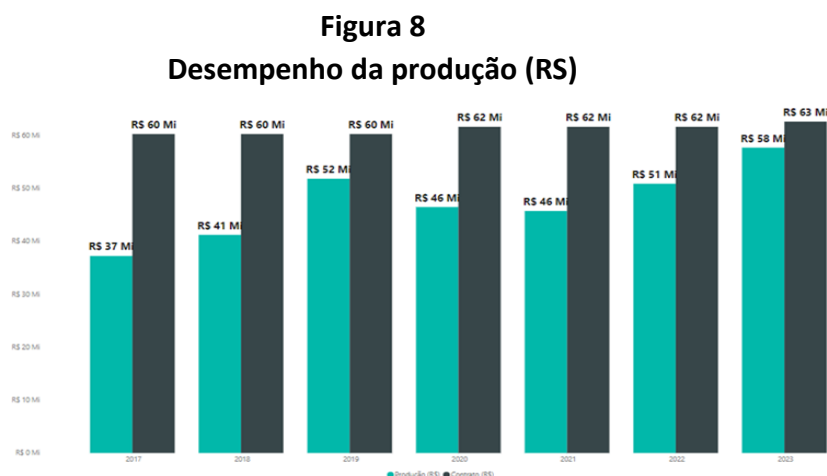
Figura 7
Desempenho financeiro consolidado



Fontes: (1) Produção aprovada do SAI e SIH/SUS, conforme relatórios do DW SAÚDE (SIGSERF); (2) Instrumentos Formais de Contratualização.

Assim, é possível observar, no período, o aumento no desempenho financeiro, principalmente na média complexidade e nas ações estratégicas (FAEC).

No gráfico a seguir, é possível identificar a redução de margem entre o contratualizado e a produção, comparando os anos de 2017 a 2023.



Fontes: (1) Produção aprovada do SAI e SIH/SUS, conforme relatórios do DW SAÚDE (SIGSERF); (2) Instrumentos Formais de Contratualização.

Portanto, as ações desenvolvidas junto às unidades de produção possibilitaram um acesso maior ao recurso disponibilizado via contratualização junto ao Gestor SUS, trazendo subsídios, inclusive, para discussão de nova pactuação.

3.4 Avaliação do Selo Ebserh de Qualidade

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), por meio da Portaria SEI nº 23, de 05 de novembro de 2018 (Boletim de Serviço nº 488, de 08 de novembro de 2018), criou o Programa Ebserh de Gestão da Qualidade (PGQuali), o qual busca assegurar padrões de excelência no atendimento e na gestão dos hospitais universitários federais. As atividades desenvolvidas no PGQuali com intuito de elevar os níveis de qualidade dos serviços prestados nos HUF da Rede Ebserh são:

- i) Estabelecer regras para elaboração, padronização, controle, distribuição e divulgação dos documentos relacionados ao sistema de gestão da qualidade, garantindo a correta rastreabilidade, mantendo a qualidade e a clareza das informações necessárias para execução dos serviços, assegurando a devida elaboração, análise, validação, aprovação e revisão desses documentos;

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

- ii) Realizar a AVAQualis, de acordo com os requisitos estabelecidos no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade;
- iii) Realizar Avaliação Externa da Qualidade, de acordo com os requisitos estabelecidos no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade;
- iv) Conceder o SEQuali aos hospitais que atingirem padrões pré-estabelecidos, de acordo com os resultados da Avaliação Externa da Qualidade;
- v) Elaborar e acompanhar a implementação e execução de Planos de Melhoria da Qualidade (PMQ); e
- vi) Realizar e acompanhar os ciclos de melhoria.

A implantação do PGQuali no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) se deu com a constituição da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade do HUSM, instituída por meio da Portaria SEI nº 195, de 07 de outubro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 133, de 15 de outubro de 2019. A Comissão realizou a primeira avaliação interna do PGQuali no HUSM no período de 01 de novembro a 09 de dezembro de 2019. Atualmente a portaria que rege a Comissão AVAQualis é a Portaria SEI nº 80, de 21 de fevereiro de 2024, publicada no Boletim de Serviço nº 420, de 23 de fevereiro de 2024.

A Comissão AVAQualis está vinculada ao Setor de Gestão da Qualidade (STGQ) do HUSM. Além dessa vinculação administrativa, a Comissão AVAQualis está sujeita à orientação normativa e supervisão técnica do Serviço de Gestão da Qualidade (SGQ) da Ebserh Sede.

Principais desafios enfrentados pelo Programa e Selo Ebserh da Qualidade no HUSM em 2021 – Foram diversos os desafios e refletiram a complexidade do contexto em que estavam inseridos. Durante o período da pandemia, o programa teve que lidar com uma série de desafios que testaram a resiliência e a capacidade de adaptação das equipes envolvidas. Entre os principais desafios, destacam-se: (1) Desafios durante a Pandemia: O gerenciamento das operações tornou-se especialmente complexo diante da crise global. As restrições e pressões adicionais impactaram diretamente o comprometimento das atividades, exigindo soluções ágeis e eficazes para manter o funcionamento adequado das operações; (2) Gestão de Recursos Humanos: Um dos principais desafios foi a significativa quantidade de colaboradores em afastamento e outros em trabalho remoto. Isso impactou diretamente as atividades do programa, tornando algumas delas comprometidas e desafiando a continuidade das operações; (3) Sensibilização para a Cultura da Qualidade: Um dos principais obstáculos foi a necessidade de sensibilizar os colegas para a cultura da qualidade em um contexto tão desafiador, requerendo esforços contínuos para garantir que todos estivessem alinhados com os princípios e valores do programa. A confiança no processo também foi um ponto sensível, com muitos questionamentos e incertezas surgindo durante o período de implementação e execução das atividades. Isso se deve, em parte, ao alcance pleno dos requisitos, que muitas vezes transcendem às equipes e à própria gestão da instituição; (4) Ausência de Sistema Informatizado e Padronizado de Qualidade: Ausência de um sistema informatizado e padronizado de qualidade pela Sede, prejudicando melhorias, celeridade e uniformização dos processos em todos os HUS (Hospitais Universitários); (5) Introdução do Método Tracer: A introdução da avaliação pelo método Tracer também se revelou um desafio, uma vez que a equipe

não tinha familiaridade e experiência prévia com a aplicação desse método. Isso gerou ansiedade e insegurança nas primeiras avaliações, exigindo um período de adaptação e aprendizado. A adaptação da equipe a um novo método de avaliação, gerando ansiedade e insegurança; e (6) Mudança na Versão do Manual: Por fim, a mudança na versão do Manual ocorrida com antecedência de apenas uma semana antes do início das avaliações também representou um desafio significativo. Isso gerou desconforto e estresse entre as equipes, que tiveram que se adaptar rapidamente a novos procedimentos e diretrizes. Em suma, o Programa e Selo Ebserh da Qualidade enfrentou uma série de desafios durante o período da pandemia, desde a adaptação das equipes às novas dinâmicas de trabalho até a implementação de novos métodos de avaliação e a necessidade de manter a qualidade dos serviços prestados, tudo isso em meio a um contexto de incerteza e mudança constante.

Principais conquistas obtidas pelo Programa e Selo Ebserh da Qualidade no HUSM em 2021

- O Programa e Selo Ebserh da Qualidade têm sido marcado por uma série de conquistas significativas, todas contribuindo significativamente para a melhoria contínua dos serviços e processos dentro da instituição. Desde a sua implementação, diversas iniciativas foram tomadas, impulsionando a qualidade dos serviços oferecidos. Entre as principais conquistas, destacam-se: (1) Implantação de Capacitações Online e Ferramentas da Qualidade: a implantação visou aprimorar os Planos de Melhoria da Qualidade, através da utilização de ferramentas gerenciais. Essas capacitações têm fortalecido o conhecimento e habilidades dos colaboradores, permitindo uma abordagem mais eficaz na busca por melhorias contínuas; (2) Reuniões Presenciais para Definição de Melhorias e Planos de Ação: Realização de reuniões presenciais para identificação de oportunidades de melhoria e elaboração de planos de ação junto às equipes. Esse contato direto tem promovido uma maior colaboração e engajamento, resultando em soluções mais eficazes para os desafios enfrentados; (3) Sensibilização de Líderes: Sensibilização dos líderes nas equipes, promovendo uma cultura de qualidade e incentivando a liderança participativa e comprometida com a melhoria contínua e na busca pela excelência; (4) Apoio e Engajamento da Gestão: Apoio e engajamento da gestão, fundamental para o sucesso do programa, demonstrando um compromisso claro com a excelência e a busca pela qualidade em todos os aspectos das operações; (5) Cultura de Melhoria do Processo: Cultura da melhoria do processo, que tem sido cultivada e fortalecida entre os colaboradores, incentivando a proatividade na identificação e resolução de problemas; (6) Definição do Papel da Qualidade na Instituição: Definição clara do papel da Qualidade na instituição, garantindo uma maior compreensão e alinhamento de todos os envolvidos com os objetivos e processos de melhoria contínua, proporcionando direcionamento e orientação para todas as atividades relacionadas à garantia da excelência; (7) Atração de Novos Colaboradores para a Equipe de Qualidade: Conquista de novos colaboradores para a equipe de Qualidade, fortalecendo o time e garantindo recursos adequados para o sucesso das iniciativas de qualidade; (8) Melhoria das Avaliações: Reformulação das avaliações, com a introdução de novas abordagens e métodos, incluindo a avaliação pelo método Tracer - Percurso do Paciente, proporcionando uma análise mais holística e centrada no paciente, para identificar oportunidades de melhoria em todo o ciclo de atendimento; e (9) Atualização do Manual de Qualidade: Apesar da mudança de versão do Manual às vésperas das avaliações, conseguimos implementar com sucesso o novo manual. Esta atualização trouxe informações mais abrangentes e detalhadas, classificando requisitos em categorias de

processos e fornecendo premissas claras para facilitar a compreensão e aplicação dos padrões de qualidade. Essas conquistas representam um progresso significativo na jornada rumo à excelência e demonstram o comprometimento da instituição com a qualidade e a satisfação do paciente.

Principais desafios enfrentados pelo Programa e Selo Ebserh da Qualidade no HUSM em 2022 – Nova atualização do Manual de requisitos de qualidade e implantação da nova arquitetura organizacional do HUSM, a partir do dia 28/02/2022. Ausência de Sistema Informatizado e Padronizado de Qualidade. Não disponibilização de cursos complementares em avaliação da qualidade em saúde e metodologia tracer (rastreador) com simulação realística para os membros da comissão AVAQualis, de modo que com essas capacitações, eles serão capazes de realizar avaliações mais precisas e efetivas, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oferecidos por nosso hospital. A cultura da qualidade assim como a busca por adequação, melhoria dos processos e atingimento dos requisitos de qualidade, ainda estão imaturos institucionalmente, demandando maior empenho e dedicação para sua efetiva implementação.

Principais conquistas obtidas pelo Programa e Selo Ebserh da Qualidade no HUSM em 2022 - Maior engajamento da alta gestão, das chefias das unidades e de todos os colaboradores na identificação de pontos de melhoria, na promoção da excelência em nossos processos, oportunizando a criação de um ambiente propício ao crescimento e à evolução contínua da instituição.

Principais desafios enfrentados pelo Programa e Selo Ebserh da Qualidade no HUSM em 2023 – Ausência de Sistema Informatizado e Padronizado de Qualidade. Não disponibilização de cursos complementares em avaliação da qualidade em saúde e metodologia *Tracer* (rastreador) com simulação realística para os membros da comissão AVAQualis, de modo que com essas capacitações, eles serão capazes de realizar avaliações mais precisas e efetivas, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde oferecidos por nosso hospital. A conscientização e o comprometimento dos colaboradores em relação aos princípios da qualidade ainda não estão amplamente difundidos. O que demanda maior investimento em programas de capacitação, sensibilização e engajamento, buscando criar uma cultura sólida e duradoura de excelência e melhoria contínua, de modo a elevar os padrões de qualidade, por meio de um ambiente de saúde mais seguro e eficaz, garantir uma reputação institucional satisfatória e elevar a satisfação dos usuários.

Principais conquistas obtidas pelo Programa e Selo Ebserh da Qualidade no HUSM em 2023 - Em comparação com os resultados da 39 AVAQualis (2022), houve uma melhoria de 18% de conformidade no total de requisitos e de 15% de conformidade nos requisitos RE. Notável empenho na obtenção/manutenção de conformidade dos requisitos de qualidade, bem como não medição de esforços para implantação e implementação de políticas e diretrizes, elevando, assim, os padrões de qualidade, por meio de um ambiente de saúde mais seguro e eficaz, garantindo uma reputação institucional satisfatória e elevando a satisfação dos usuários.

3.5 Acordo Organizativo de Compromissos

O Acordo Organizativo de Compromissos corresponde é a denominação atualizada para o Contrato de Objetivos. Trata-se de um contrato de desempenho celebrado entre Direção da Ebserh e cada um dos HUs desta Rede.

Os indicadores e metas pactuados entre a Ebserh Sede e o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no ano de 2023, juntamente com os resultados alcançados, encontram-se representados no Quadro 13, a seguir.

Quadro 13
Indicadores, metas e resultados do Contrato de Objetivos 2023 para o HUSM

Indicador	Descrição	Meta para 2023	Valores atingidos em 2023
1	Taxa de ocupação hospitalar	91,3%	108,64% ¹
2	Tempo médio de permanência cirúrgico	5,4 dias	5,7 dias ²
3	Tempo médio de permanência clínico	7,7 dias	7,6 dias ³
4	% de respostas válidas de residentes que responderam à pesquisa de satisfação dos residentes em relação ao total de residentes da instituição	71,0%	34,7%
5	Enviar em tempo oportuno (definido pela CGC/DEPAS) os registros do Censo Hospitalar Diário	353 dias	363 dias
6	% de cobertura orçamentária proveniente da Contratualização SUS e de outras receitas próprias do HUF.	85%-95%	71%
7	Tempo médio de capacitação por empregado	20h	6h ⁴
8	% de liquidação do valor estabelecido em custeio no teto orçamentário do hospital	85%	90,47%

Fonte: Processo – SEI nº 23541.011426/2024-52.

Observações: (1) média do segundo semestre de 2023; (2) valores calculados até novembro de 2023; (3) valores calculados até novembro de 2023; e (4) valor recalculado.

3.6 Principais achados e recomendações

O amplo diagnóstico realizado revelou achados consistentes com a evolução estratégica do HUSM. Dentre as principais fragilidades que, em última instância, não dependem das decisões gerenciais deste HU estão a impossibilidade de incrementar a receita orçamentária no curto prazo e o déficit de pessoal. Neste sentido, os projetos locais priorizam propostas cujos fatores para a realização das entregas estejam sob a possibilidade de controle e gestão local.

Conforme sintetizado na Seção 4.2, no Pilar Sociedade, os macroproblemas referem-se às dificuldades para a manutenção e o a melhoria da qualidade da assistência em função de fragilidades infraestruturais, de dimensionamento de pessoal e de gestão. Registrou-se também as

dificuldades para a disseminação da qualidade e para a implementação de processos formais de melhoria contínua.

Ainda na Pilar Sociedade, nos temas ensino e pesquisa, os levantamentos de informações apontaram para problemas de não conformidades infraestruturais e a necessidade de modelagem de fluxos e normas de trabalho.

Na perspectiva do Pilar de Responsabilidade Ambiental, Social e Governança as preocupações refletem uma agenda contemporânea de busca por sustentabilidade energética e melhoria da gestão de resíduos.

Os achados para os Pilares de Desenvolvimento Institucional e Sustentabilidade Financeira referem-se a fragilidades de base relativas aos problemas de fluxos consistentes e estruturados de dados e informações. Para enfrentar estas situações foram propostos projetos locais que suportam a clarificação e a implementação de processos mais robustos para tratar dados e informações específicas.

Finalmente, no que se refere ao Pilar Desenvolvimento do Trabalhador foram reveladas fragilidades referentes ao estabelecimento de uma cultura de valorização e engajamento dos trabalhadores.

Pelo exposto, torna-se evidente que os Projetos Locais definidos para o ciclo estratégico 2024-2028 de fato atendem os principais problemas levantados.

3.7 Painel de Contribuição da Rede Ebserh

A análise dos desafios a serem superados pelo HUSM-UFSM considera o Painel de Contribuição da Ebserh disponível no Processo – SEI nº 23477.002301/2024-52 e no seguinte endereço: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/gestao-estrategica/plano-de-negocios>

Os Objetivos Estratégicos apresentados pelo Mapa Estratégico 2024-2028 da Ebserh, com os respectivos indicadores detalhados no Plano de Negócios 2024 da Ebserh constituíram elementos centrais para o direcionamento dos projetos locais do HUSM-UFSM. Dentre o total de 24 (vinte e quatro) Objetivos Estratégicos, foram destacados 7 (sete) para compor o Painel de Contribuição Local do HU, conforme descrito na Seção 4.3.

4 ESTRATÉGIA DO HUSM-UFSM

4.1 Declaração de Visão do HUSM-UFSM

Ser um hospital público com destaque no ensino, na pesquisa, na gestão e na assistência qualificada aos usuários do SUS no cenário nacional, prestando serviços de forma inovadora, sustentável e integrada à sociedade.

Inicialmente, o conceito de destaque nas dimensões do ensino, pesquisa, gestão e assistência, revela-se uma consecução desafiadora mas, ao mesmo tempo, coerente no atual estágio de limitações econômicas e de pessoal. Sobretudo por evitar as definições superlativas fundadas nas ideias de referência ou excelência.

Por sua vez, as qualificações de inovação, sustentabilidade, integração à sociedade e baseadas em melhores práticas de governança estabelecem eixos orientadores para os aspectos centrais de desempenho que serão perseguidos por todos os projetos no atual ciclo estratégico.

Portanto, trata-se de uma definição viável e relevante. É viável por estar dentro do horizonte de possibilidades oferecidas pelas opções estratégicas do HUSM; e relevante, por representar consecuições cujos impactos revestem-se de valor assistencial, educacional, social e cultural.

Finalmente, a referência temporal está implícita no horizonte proposto para o ciclo estratégico que deverá desenvolver-se de maio/2024 até dezembro/2028.

4.2 Macroproblemas

Tabela 2
Macroproblemas identificados para o HUSM-UFSM

	Descrição do Macroproblema	Causa Raiz do Macroproblema	Proposta de Solução
Sociedade (Assistência)	Dificuldades em manter e melhorar a qualidade do atendimento em um cenário de crescentes demandas assistenciais e fragilidades infraestruturais, de dimensionamento de pessoal e de gestão.	Abordagem integrada insuficiente e processos ainda não devidamente integrados, gerando um contexto de ações sem sinergia. Soma-se a esta causa central, as necessidades de educação continuada e comunicação efetiva.	Desenvolver uma abordagem sistêmica para o cuidado integral com qualidade, seguro, longitudinal e integrado em rede, otimizando os indicadores hospitalares constantes no Contrato de Objetivos e no Plano de Negócios da Ebserh para 2024.
Sociedade (Assistência)	Dificuldades para a disseminação da conformidade na área assistencial, assim como nas demais áreas do HUSM, sobretudo no que se refere ao atendimento dos requisitos da AVAQUALIS e aos processos de melhoria contínua.	Baixa disseminação e baixos níveis de adesão às rotinas de monitoramento e melhoria contínua da qualidade.	Implantar um sistema de qualidade no HUSM, com base nas diretrizes e melhores práticas propostas pela Ebserh, capaz de promover a melhoria contínua e o incremento da conformidade com os Requisitos da AVAQUALIS.

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

Sociedade (Ensino)	Não conformidade dos espaços de ensino no que se refere a estruturação e revitalização.	Planejamento insuficiente das ações e investimentos voltados para a adequação da infraestrutura de ensino em face dos incrementos na demanda de ensino e assistência.	Melhorar a infraestrutura dos espaços de ensino no HUSM em 20% até dezembro de 2028.
Sociedade (Pesquisa)	Cultura insipiente e processos inadequados de estímulo à pesquisa e inovação.	Ausência de mecanismos consistentes de disponibilização de dados e de estruturação normativa, regulatória e de processos de pesquisas patrocinadas no HUSM.	Criar um ambiente institucional favorável ao desenvolvimento de pesquisas, inovação e avaliação de tecnologias em rede por meio do estabelecimento de normas, rotinas e fluxos de trabalho consolidados em um Centro de Projetos Patrocinados.
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	Dificuldade na implantação do gerenciamento da sustentabilidade ambiental e energética no HUSM	Indefinição de políticas institucionais para desenvolvimento de ações sustentáveis voltadas às ESG (E - ambiental; S - Social; G - Governança) no HUSM, bem como a ausência de controles internos dos padrões e boas práticas sustentáveis com retorno social positivo. Além disso, percebe-se a falta adesão àquelas práticas implementadas na instituição.	Implantar a conformidade no gerenciamento energético e de resíduos no HUSM por meio de processos e normas que assegurem as melhores práticas de sustentabilidade ambiental e energética.
Desenvolvimento Institucional	Falta de processos consistentes de comunicação integrados entre as áreas do HUSM, assim como insuficiência na definição de fluxos de informações para a Superintendência, Gerências e demais órgãos do HUSM	Inexistência de ações integradas para tratar os problemas de comunicação de modo resolutivo, sobretudo aqueles ligados aos fluxos de informações de governança, de forma ampla e transparente, bem como a carência de instrumentos e qualificações neste sentido.	Disseminar e consolidar a gestão de processos no HUSM por meio da qualificação dos gestores, do estabelecimento de fluxos prioritários de informações e da padronização dos instrumentos de suporte.
Sustentabilidade Financeira	Fragilidades na integração das atividades de compras e controle de estoques, sobretudo após a implantação do novo organograma, ocasionando gargalos e dificuldades na disseminação efetiva das informações entre as Gerências	Processos fragmentários e sem uma integração consistente	Desenvolver e implantar um sistema integrado e transparente para a gestão das compras, contratações e estocagem no HUSM
Desenvolvimento do Trabalhador	Fragilidades em estabelecer uma cultura de valorização e engajamento entre os diferentes segmentos de profissionais no HUSM.	Insuficiência de ações integradas de valorização e reconhecimento dos trabalhadores.	Propor e implementar agendas de ações integradas de valorização e reconhecimento dos trabalhadores para o engajamento no trabalho.

4.3 Painel de Contribuição do HUSM-UFSM

As Fichas de Indicadores e as Fichas dos Projetos Locais se encontram representadas na Seção 6 – Anexos, nas Subseções 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4. Um resumo gerencial pode ser visualizado nos Painéis de Contribuição do HUSM-UFSM (TABELAS 3a e 3b), estabelecidos mediante o alinhamento entre o Mapa Estratégico 2024-2028 da Ebserh (FIGURA 1) e os macroproblemas locais identificados e validados na fase diagnóstica de elaboração deste PDE.



De um total de 24 (vinte e quatro) Objetivos Estratégicos, foram escolhidos 7 (sete), para serem contemplados por meio de Projetos Locais no HUSM. Esta escolha foi feita com base em dois critérios: (a) o Objetivo Estratégico escolhido deveria responder a um dos macroproblemas locais levantados; e (b) deveria permitir a proposição de um projeto local viável e relevante para o HUSM e para a Ebserh. Estas escolhas estão representadas na Tabelas 3a e 3b, a seguir, onde: a Tabela 3a representa os Objetivos Estratégicos e Metas para o ciclo estratégico de 2024; e a Tabela 3b representa os Objetivos Estratégicos e Metas para o ciclo estratégico de 2025.

Tabela 3a

Painel de Contribuição do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025

Tema Estratégico	Cód.	Objetivo Estratégico	Indicador Local	Metas					Projeto Local	Área Responsável
				2024	2025	2026	2027	2028		
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1a) Taxa de parto cesáreo	45,0%	42,7%	40,6%	38,6%	36,6%	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede	GAS
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1b) Taxa de ocupação hospitalar	102,0%	98,9%	95,9%	93,0%	90,0%	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede	GAS
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1c) Tempo médio de permanência hospitalar (em dias)	7,5	7,2	7,0	6,8	6,5	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede	GAS
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1d) Percentual de conformidade de melhoria obtida nos planos propostos para os 10 requisitos elencados como prioritários pelo HUSM no ano	100%	100%	100%	100%	100%	Implantação do sistema de monitoramento e melhoria da qualidade no HUSM	STGQ/SUP
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1e) Percentual de conformidade de melhoria obtida nos 10 requisitos elencados como prioritários pelo HUSM no ano	100%	100%	100%	100%	100%	Implantação do sistema de monitoramento e melhoria da qualidade no HUSM	STGQ/SUP
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1f) Percentual de conformidade nos requisitos essenciais de qualidade elencados no Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade	75%	85%	90%	95%	100%	Implantação do sistema de monitoramento e melhoria da qualidade no HUSM	STGQ/SUP
Sociedade (Ensino)	OE05	Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática	2a) Percentual de adequação da infraestrutura de ensino	-	5%	10%	15%	20%	Qualificação dos espaços de ensino	GEP
Sociedade (Ensino)	OE05	Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática	2b) Percentual de satisfação dos usuários com as adequações nos espaços de ensino	60%	60%	60%	60%	60%	Qualificação dos espaços de ensino	GEP
Sociedade (Ensino)	OE05	Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática	2c) Percentual de satisfação dos usuários com a versão inicial do painel de ensino	70%	70%	70%	70%	70%	Qualificação dos espaços de ensino	GEP
Sociedade (Pesquisa)	OE09	Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	3a) Número de protocolos patrocinados em andamento no HUSM	-	-	-	-	-	Implantação do Centro de Pesquisas Patrocinadas no HUSM	GEP
Sociedade (Pesquisa)	OE09	Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	3b) Número de pareceres emitidos pelo CT-NATS	-	-	-	-	-	Implantação do Centro de Pesquisas Patrocinadas no HUSM	GEP
Sociedade (Pesquisa)	OE09	Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	3c) Percentual de processos de gestão de inovação em saúde implementados	60%	70%	80%	90%	100%	Implantação do Centro de Pesquisas Patrocinadas no HUSM	GEP

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE12	Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	4a) Número de ações de sustentabilidade ambiental e responsabilidade social desenvolvidas	4	5	8	10	12	Projeto de gestão da sustentabilidade ambiental e energética no HUSM	DLIH/GAD
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE12	Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	4b) Taxa de conformidade geral de segregação de resíduos hospitalares	80%	85%	90%	95%	97%	Projeto de gestão da sustentabilidade ambiental e energética no HUSM	DLIH/GAD
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE12	Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	4c) Índice de melhoria na geração renovável de energia	7%	8%	9%	10%	10%	Projeto de gestão da sustentabilidade ambiental e energética no HUSM	DLIH/GAD
Desenvolvimento Institucional	OE17	Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar	5a) Percentual de processos prioritários, definidos para cada ano, modelados	100%	100%	100%	100%	100%	Desenvolvimento e consolidação da gestão de processos no HUSM	UPLAG/SEGOV/SUP
Desenvolvimento Institucional	OE17	Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar	5b) Percentual de processos prioritários, definidos para cada ano, implantados e monitorados	-	100%	100%	100%	100%	Desenvolvimento e consolidação da gestão de processos no HUSM	UPLAG/SEGOV/SUP
Sustentabilidade Financeira	OE21	Aprimorar os processos de compras e contratações	6a) Percentual dos processos de compras, contratações e estocagem definidos para cada ano modelados	100%	100%	100%	100%	100%	Qualificação dos processos de compras, contratações e estocagem	DAF/GAD
Sustentabilidade Financeira	OE21	Aprimorar os processos de compras e contratações	6b) Percentual dos processos de compras, contratações e estocagem, definidos para cada ano, implementados	-	100%	100%	100%	100%	Qualificação dos processos de compras, contratações e estocagem	DAF/GAD
Desenvolvimento do Trabalhador	OE23	Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores	7a) Percentual de percepção positiva das ações de engajamento e valorização realizadas	70%	70%	70%	70%	70%	Engajamento e valorização dos trabalhadores do HUSM	DIVGP/GAD
Desenvolvimento do Trabalhador	OE23	Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores	7b) Percentual de cumprimento da agenda de ações de engajamento e reconhecimento propostas para cada ano	100%	100%	100%	100%	100%	Engajamento e valorização dos trabalhadores do HUSM	DIVGP/GAD

Tabela 3b
Painel de Contribuição do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025

Tema Estratégico	Cód.	Objetivo Estratégico	Indicador Local	Metas					Projeto Local	Área Responsável
				2024	2025	2026	2027	2028		
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1a) Taxa de parto cesáreo	≤52,0%	≤50,0%	≤49,0%	≤48,0%	≤46,0%	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede	GAS
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1b) Taxa de ocupação hospitalar	≥85%	≥85%	≥85%	≥85%	≥85%	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede	GAS
Sociedade (Assistência)	OE02	Qualificar o cuidado hospitalar	1c) Tempo médio de permanência hospitalar (em dias)	≤7,5 dias	≤7,2 dias	≤7,0 dias	≤6,8 dias	≤6,5 dias	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede	GAS
Sociedade (Ensino)	OE07	Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores	2a) Percentual de preceptores qualificados nos módulos didáticos-pedagógicos	≥14,4%	≥24,4%	≥34,4%	≥44,4%	≥54,4%	Apoio à Qualificação dos Preceptores no HUSM	GEP
Sociedade (Ensino)	OE07	Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores	2b) Percentual de satisfação dos preceptores com a formação	-	≥ 60%	≥ 70%	≥ 80%	≥ 90%	Apoio à Qualificação dos Preceptores no HUSM	GEP
Sociedade (Pesquisa)	OE09	Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	3a) Percentual de processos de gestão da inovação implementados	-	≥50%	-	-	-	Implantação do CPC - Centro de Pesquisas Clínicas do HUSM	GEP
Sociedade (Pesquisa)	OE09	Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde	3b) Percentual de satisfação dos gestores com as atividades e os processos de inovação implementados	-	≥50%	≥60%	≥70%	≥80%	Implantação do CPC - Centro de Pesquisas Clínicas do HUSM	GEP
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE11	Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede	4c) Índice de Aderência às Práticas Ebserrh - Ambiental, Social e Governança - IAPE-ASG	-	≥47%	-	-	-	Qualificação de práticas de Governança Corporativa, Responsabilidade Social e Sustentabilidade	SEGOV/SUP
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE11	Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede	4d) Satisfação das Chefias com as ações de Conformidade da Governança	-	≥70%	-	-	-	Qualificação de práticas de Governança Corporativa, Responsabilidade Social e Sustentabilidade	SEGOV/SUP
Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE12	Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	4a) Taxa de conformidade na coleta e segregação de resíduos hospitalares	-	≥85%	-	-	-	Projeto de Gestão da Sustentabilidade Ambiental no HUSM	DLIH/GAD

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

Responsabilidade Ambiental, Social e Governança	OE12	Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede	4b) Percentual de conformidade ambiental do HUF na Rede Ebserh	-	≥75%	-	-	-	Projeto de Gestão da Sustentabilidade Ambiental no HUSM	DLIH/GAD
Desenvolvimento Institucional	OE17	Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar	5a) Percentual de processos prioritários modelados	-	≥80%	≥80%	≥80%	≥80%	Consolidação da Gestão de Processos no HUSM	SEGOV/SUP
Desenvolvimento Institucional	OE17	Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar	5b) Satisfação com o Curso de Gestão de Processos e Riscos Institucionais	-	≥80%	-	-	-	Consolidação da Gestão de Processos no HUSM	SEGOV/SUP
Sustentabilidade Financeira	OE17	Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar	6a) Tempo Médio de Processamento das Notas Fiscais	-	≤ 10 dias	≤ 8 dias	≤ 6 dias	≤ 5 dias	Painelização e Implementação de Fluxos Relevantes no Sistema de Custos do HUSM	SCONT/GAD
Sustentabilidade Financeira	OE17	Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar	6b) Satisfação dos Gestores com os Fluxos Implementados	-	≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%	Painelização e Implementação de Fluxos Relevantes no Sistema de Custos do HUSM	SCONT/GAD
Sustentabilidade Financeira	OE17	Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar	6c) Satisfação dos Gestores com o Painel de Custos dos Contratos	-	≥ 75%	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%	Painelização e Implementação de Fluxos Relevantes no Sistema de Custos do HUSM	SCONT/GAD
Desenvolvimento do Trabalhador	OE23	Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores	7a) Percentual de percepção positiva das ações de engajamento e valorização realizadas	-	≥70%	≥70%	≥70%	≥70%	Engajamento e Valorização dos Trabalhadores do HUSM	DIVGP/GAD
Desenvolvimento do Trabalhador	OE23	Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores	7b) Percentual de cumprimento da agenda de ações de engajamento e reconhecimento propostas para cada ano	100%	100%	100%	100%	100%	Engajamento e Valorização dos Trabalhadores do HUSM	DIVGP/GAD

5 MONITORAMENTO

5.1 Modelo de Gestão do PDE

O início das atividades, para o atual ciclo de planejamento estratégico, foi determinado e liderado pela Superintendência do HUSM, em um trabalho que teve a sua gênese alinhada com o Mapa Estratégico 2024-2028 da Ebserh. Esta coerência com os objetivos estratégicos institucionais permitiu a proposição de projetos locais capazes de contribuir de modo relevante com a Rede Ebserh e, simultaneamente, atuar sobre os macroproblemas levantados na fase diagnóstica.

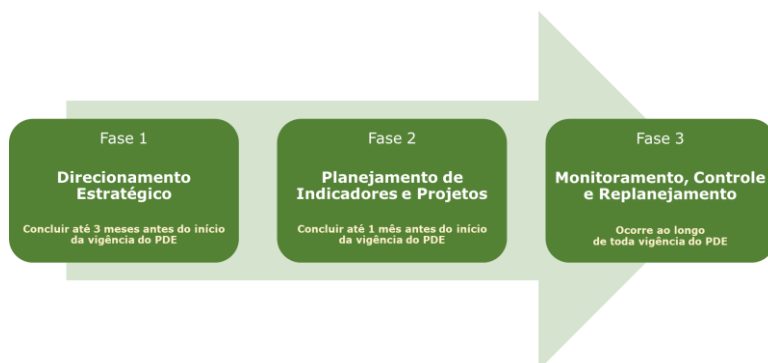
Sob a perspectiva de governança, a orientação e coordenação dos trabalhos foi realizada pela Superintendência e Gerências, com o assessoramento do Setor de Governança e Estratégia e da Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos. É relevante destacar a atuação dos assessores externos da Universidade Federal de Santa Maria, convidados pelo Superintendente: Frank Leonardo Casado, Pró-Reitor de Gestão de Pessoas; Rodrigo Marques de Almeida Guerra, docente vinculado ao Departamento de Ciências Administrativas, docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA) e do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações Públicas (PPGOP) da Universidade Federal de Santa Maria; e Jose Renato Ferraz da Silveira, vinculado ao Departamento de Economia e Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Maria. Destacamos a presença da mestranda Bruna Huth, aluna do Programa de Pós-Graduação Arquitetura, Urbanismo e Paisagismo (PPGAUP), da UFSM.

A Superintendência, Gerências e assessorias assumiram as atribuições de: (a) coordenar e orientar o processo geral de concepção e elaboração do Plano Diretor Estratégico do HUSM; e (b) aprovar as entregas geradas pelas equipes de profissionais que contribuíram para a concepção deste Plano Diretor Estratégico 2024-2028 do HUSM-UFSM. Com base no Guia de Gestão Estratégica da Ebserh, 3ª edição, instituído pela Portaria – SEI 3 (36268765), Processo – SEI nº 23477.002301/2024-52, passou-se à execução das orientações e boas práticas propostas nesse Guia.

Ainda sob a perspectiva da governança, o PDE 2024-2028 do HUSM-UFSM prevê a instituição de 8 (oito) Grupos de Trabalho (GT's) para dar suporte formal à execução dos respectivos projetos locais.

O monitoramento dos projetos locais dar-se-á por meio de uma reunião mensal conjunta, com a presença do Superintendente.

Para o bom andamento das atividades, a Unidade de Planejamento, Gestão de Riscos e Controles Internos (UPLAG), juntamente com o Setor de Governança e Estratégia (SEGOV) assumem a responsabilidade de pontos focais para o controle e elaboração dos relatórios de desempenho das atividades de execução dos projetos locais, pela aferição das metas, e pelo encaminhamento das solicitações de mudanças nos referidos projetos ao Colegiado Executivo (COLEX).

Figura 9**Fases da Metodologia de Gestão Estratégica dos Hospitais**

5.2 Modelo de Comunicação

O plano de comunicação adotado para o presente Plano Diretor Estratégico 2024-2028 encontra-se apresentado sucintamente na Tabela 4.

As Fichas de Monitoramento e Avaliação dos Projetos Locais e dos Indicadores Locais serão apresentados bimestralmente, via Processo – SEI, pelo Gerente de cada projeto. Esta apresentação será realizada por meio de um *template* disponibilizado pela UGERC/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM.

A consolidação dos dados será executada quadrimestralmente pela UGERC/SEGOV/SUP/HUSM-UFSM e remetida ao Colegiado Executivo do HUF. Após a aprovação deste Colegiado, o mencionado Relatório será remetido aos seguintes órgãos: DVPE-EBSERH; Reitoria da UFSM; e Comissão de Monitoramento do Contrato de Gestão.

Tabela 4**Lista de Itens de Comunicação da Gestão Estratégica no Hospital**

Objeto da Mensagem	Origem	Destino	Canal e Forma	Periodicidade
Ficha de Monitoramento e Avaliação de Projeto Local	Gerente do Projeto Local	SEGOV UGERC	Processo - SEI	Bimestral
Consolidação do Monitoramento e Avaliação dos Projetos Locais	SEGOV UGERC	COLEX	Processo - SEI	Quadrimestral
Relatório Anual de Projeto Local	Gerente de Projeto Local	SEGOV UGERC	Processo - SEI	Anual
Relatório Anual do PDE	SEGOV UGERC	COLEX	Processo - SEI	Anual
Relatório Final do PDE	SEGOV UGERC	COLEX	Processo - SEI	Final de 2028

As publicações, atualização e revisões autorizadas pelo Colegiado Executivo serão publicadas no site do HUSM, nas equipes específicas de trabalho da plataforma Teams, em Processo – SEI e remetido por email para as demais partes interessadas.

É importante destacar que, no âmbito do HUSM, foram criados canais na Equipe MS Teams PDE 2024-2028 – HUSM para prover mais flexibilidade e agilidade para o processo de comunicação entre as equipes. Parte-se do princípio de que o PDE e sua gestão são processos dinâmicos e, portanto, a comunicação deve ser sistemática, ágil e contínua.

5.3 Calendário

Os períodos abrangidos pela agenda regular de eventos e entregas documentais do PDE do HUSM estão sintetizados na Tabela 5. Trata-se de eventos/entregas recorrentes, repetindo-se ao longo do ano e renovando-se durante o ciclo estratégico de 2024 a 2028.

Tabela 5
Calendário sintético do PDE do HUSM

Eventos/entregas	Data/Período de Envio
Fichas de Monitoramento e Avaliação de Projetos Locais	Primeiras semanas de: março; maio; julho; setembro; e novembro. E segunda semana de dezembro.
Consolidação do Monitoramento e Avaliação dos Projetos Locais	Primeiras semanas de: maio; setembro. E segunda semana de dezembro.
Relatório Anual de Projeto Local	Segunda semana de dezembro.
Relatório Anual do PDE	Final de dezembro
Relatório Final do PDE	Final de dezembro de 2028

A sistemática de implementação do calendário pressupõe o uso adequado e proativo do modelo de comunicação apresentado na subseção 5.2, imprimindo ritmo e regularidade aos fluxos de informações. Por outro lado, o uso de documentos compartilhados nas mídias institucionais possibilitará uma comunicação mais ágil e prática.

Na seção seguinte, são apresentadas as fichas dos indicadores e dos projetos locais.

6 ANEXOS

6.1 Fichas dos Indicadores Locais – Ciclo Estratégico de 2024

Nome do indicador:	Taxa de parto cesáreo (TPC)
Número do indicador:	1a
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Este indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento do valor deste indicador pode estar refletindo um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. Permite avaliar, indiretamente, a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência diminua o valor da taxa.
Fórmula:	n° de partos cesáreos realizados no período / total de partos (normais + cesáreos) realizados no período X 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Negativa (quanto menor, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Tabulação de Dados – Base Nacional do SUS.
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado do GT do Projeto
Forma de Validação:	Validado pelo GT, com base nas definições do Projeto.
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	45,0%
Meta 2025:	42,7%
Meta 2026:	40,6%
Meta 2027:	38,6%
Meta 2028:	36,6%
Parâmetros:	HUF com Tx \geq 50% - reduzir 10%; HUF entre 40% \leq Tx < 50% - reduzir 5% Todas as Unidades Hospitalares deverão aplicar a Classificação de Robson com o objetivo de identificar prospectivamente grupos de mulheres clinicamente relevantes, nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea e dessa forma permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. Em 2015 a Organização Mundial de Saúde - OMS recomendou que a classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais
Limitações e vieses:	Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, são eles: modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços) e partos gemelares resultam em contagem cumulativa de nascidos vivos. Critérios de exclusão: Nascimentos que ocorreram fora do hospital; Abortos. O indicador é difícil de interpretar devido aos diversos motivos que aumentam a taxa de cesáreas (fatores clínicos, mas também culturais e socioeconômicos) e devido ao baixo consenso sobre a taxa ideal de cesáreas. Este indicador é bidimensional. Isto significa que tanto as taxas altas quanto as baixas devem ser examinadas. Espera-se um viés de seleção (gestações de alto risco concentradas em algumas instituições, escolha, pela mãe, de médico que se encaixe em sua preferência em termos de parto cesáreo ou vaginal). Portanto, o melhor ponto de referência é a própria instituição. É fundamental examinar a evolução ao longo do tempo e entender que fatores podem afetar as tendências. A extração dos dados por meio da Base Nacional do SUS se deve ainda pela falta de condições de extração no AGHU, que ainda está em desenvolvimento.

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

Nome do indicador:	Taxa de ocupação hospitalar
Número do indicador:	1b
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Este indicador permite avaliar o grau de utilização dos leitos ativos no hospital. Mede o perfil de utilização e a eficácia da gestão de leitos, a qual aumenta a oferta de leitos para o Sistema Único de Saúde, se for realizada de forma eficiente. Está relacionado às boas práticas clínicas e de gestão do leito. A taxa de ocupação hospitalar está relacionada ao giro de leito e a média de permanência. Deve-se observar os parâmetros instituídos pela legislação vigente do SUS.
Fórmula:	Número de pacientes-dia no período / Número de leitos-dia operacionais no período X 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	NA
Metodologia de coleta e compilação:	AGHU
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado do GT do Projeto
Forma de Validação:	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados extraídos do AGHU com a utilização de séries histórica como referência.
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	102,0%
Meta 2025:	98,9%
Meta 2026:	95,9%
Meta 2027:	93,0%
Meta 2028:	90,0%
Parâmetros:	HUF Geral 70% e 85%. Taxa de ocupação > 70%
Limitações e vieses:	Indicador sensível a uma gama de processos e ações, internos e externos à gestão hospitalar, que podem interferir no alcance das metas, tais como, regulação do acesso (gestor de saúde) e regulação intra-hospitalar (Núcleo Interno de Regulação), resolutividade da atenção primária, perfil da instituição, protocolos assistenciais, provimento de pessoas, infraestrutura física e tecnológica, abastecimento tempestivo.

Nome do indicador:	Tempo médio de permanência hospitalar
Número do indicador:	1c
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Avalia a permanência de pacientes em leitos. Está relacionado às boas práticas clínicas e de gestão do leito. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.
Fórmula:	Número de pacientes - dia no período / número de saídas hospitalares no período
Unidade de medida:	Número de dias
Limite:	NA
Polaridade:	NA
Metodologia de coleta e compilação:	AGHU
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado do GT do Projeto
Forma de Validação:	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados extraídos do AGHU com a utilização de séries históricas.
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	7,5 dias
Meta 2025:	7,2 dias
Meta 2026:	7,0 dias
Meta 2027:	6,8 dias
Meta 2028:	6,5 dias
Parâmetros:	Entre 4,7 e 8 dias.
Limitações e vieses:	Indicadores sensíveis a uma gama de processos e ações, internos e externos à gestão hospitalar, que podem interferir no alcance das metas, tais como, regulação do acesso (gestor de saúde) e regulação intra-hospitalar (Núcleo Interno de Regulação), resolutividade da atenção primária, perfil da instituição, protocolos assistenciais, provimento de pessoas, infraestrutura física e tecnológica, abastecimento tempestivo.

Nome do indicador:	Percentual de conformidade de melhoria obtida nos planos propostos para os 10 (dez) requisitos do Manual de Requisitos do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, elencados como prioritários pelo HUSM no ano.
Número do indicador:	1d
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Mede o atendimento da conformidade de melhoria dos planos propostos para os requisitos priorizados do Manual de Requisitos do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade. Este percentual permite avaliar o avanço dos esforços de qualificação nos planos considerados relevantes para o período estratégico do HU.
Fórmula:	(total de planos propostos com melhorias conformes / 10) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	Total de 10 planos
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Reuniões trimestrais de monitoramento dos planos e resultados pela AVAQUALIS
Responsável pela coleta, validação e análise:	AVAQUALIS
Forma de Validação:	Verificação pela equipe da AVAQUALIS
Periodicidade da coleta:	Trimestral
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	100%
Meta 2025:	100%
Meta 2026:	100%
Meta 2027:	100%
Meta 2028:	100%
Parâmetros:	Mínimo de 80% de conformidade.
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de conformidade de melhoria obtida nos 10 (dez) requisitos do Manual do Programa Ebserh de Gestão da Qualidade, elencados como prioritários pelo HUSM no ano.
Número do indicador:	1e
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Mede o atendimento da conformidade dos requisitos do Manual de Requisitos do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade definidos como prioritários para o HU. Este percentual permite avaliar o avanço dos esforços de qualificação no que é considerado relevante para o período estratégico do HU.
Fórmula:	(total de requisitos prioritários conformes / 10) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	Total de 10 requisitos
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Envio de evidências pelos responsáveis pelos requisitos para a avaliação pela AVAQUALIS
Responsável pela coleta, validação e análise:	AVAQUALIS
Forma de Validação:	Verificação pela equipe da AVAQUALIS
Periodicidade da coleta:	Trimestral
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	100%
Meta 2025:	100%
Meta 2026:	100%
Meta 2027:	100%
Meta 2028:	100%
Parâmetros:	Mínimo de 80% de conformidade.
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de conformidade nos requisitos essenciais de qualidade elencados no Manual de Requisitos do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade
Número do indicador:	1f
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Mede o atendimento dos requisitos definidos como essenciais no Manual de Requisitos do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade. Permite avaliar o nível de qualidade das diferentes dimensões essenciais do HU como um todo.
Fórmula:	(requisitos essenciais atendidos/requisitos essenciais totais) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	As chefias responsáveis por cada requisito enviam as evidências para análise e validação da AVAQUALIS
Responsável pela coleta, validação e análise:	Compilação e envio das evidências: chefias responsáveis do HUSM; Análise e validação das evidências: AVAQUALIS
Forma de Validação:	Verificação pela equipe da AVAQUALIS
Periodicidade da coleta:	Trimestral
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	75%
Meta 2025:	85%
Meta 2026:	90%
Meta 2027:	95%
Meta 2028:	100%
Parâmetros:	O Selo Ebsersh de Qualidade – nível Bronze - somente é recebido após o atingimento de 100% dos requisitos essenciais, com validação de auditoria externa.
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de adequação da infraestrutura de ensino
Número do indicador:	2a
Objetivo estratégico:	OE05 – Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática
Descrição e justificativa:	A adequação da infraestrutura de ensino reflete a conformidade técnica dos ambientes destinados a tais atividades e constitui uma das importantes bases para a melhoria das condições de acadêmicas.
Fórmula:	$(\text{itens de infraestrutura de ensino adequados} / \text{total de itens de infraestrutura de ensino cadastrados}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os dados são obtidos por meio checklist aplicado pela equipe do GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	GT do Projeto
Forma de Validação:	Validação histórica e estatística pelo GT do Projeto.
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	5%
Meta 2026:	10%
Meta 2027:	15%
Meta 2028:	20%
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de satisfação dos usuários com as adequações nos espaços de ensino
Número do indicador:	2b
Objetivo estratégico:	OE05 – Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática
Descrição e justificativa:	A satisfação dos usuários permite aferir a efetividade das adequações realizadas nos espaços de ensino.
Fórmula:	$(\sum \text{percentuais de satisfação atribuídos pelo respondente}) / \text{total de respondentes}$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% -100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os dados são obtidos por meio de questionário online, tabulados automaticamente e validados por meio de análise estatística.
Responsável pela coleta, validação e análise:	GT do Projeto
Forma de Validação:	Validação histórica e estatística pelo GT do Projeto.
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	60%
Meta 2025:	60%
Meta 2026:	60%
Meta 2027:	60%
Meta 2028:	60%
Parâmetros:	As adequações apresentadas para a avaliação na pesquisa são aquelas realizadas no ano em curso.
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de satisfação dos usuários com a versão inicial do painel do ensino
Número do indicador:	2c
Objetivo estratégico:	OE05 – Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática
Descrição e justificativa:	A satisfação dos usuários permite aferir a efetividade da implantação da versão inicial do painel de ensino do HUSM.
Fórmula:	$(\sum \text{percentuais de satisfação atribuídos pelo respondente}) / \text{total de respondentes}$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% -100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os dados são obtidos por meio de questionário online, tabulados automaticamente e validados por meio de análise estatística.
Responsável pela coleta, validação e análise:	GT do Projeto
Forma de Validação:	Validação histórica e estatística pelo GT do Projeto.
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	70%
Meta 2025:	70%
Meta 2026:	70%
Meta 2027:	70%
Meta 2028:	70%
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Número de protocolos patrocinados em andamento no HUSM
Número do indicador:	3a
Objetivo estratégico:	OE09 – Criar um ambiente institucional favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde
Descrição e justificativa:	O número de protocolos patrocinados em andamento no HUSM permite avaliar a efetividade do desenvolvimento de pesquisas no HU
Fórmula:	Número absoluto
Unidade de medida:	Unidade
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Totalização dos registros ativos no sistema de controle
Responsável pela coleta, validação e análise:	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde
Forma de Validação:	Análise histórica pelo GT do Projeto
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	A definir
Meta 2025:	A definir
Meta 2026:	A definir
Meta 2027:	A definir
Meta 2028:	A definir
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Número de pareceres emitidos pelo CT-NATS
Número do indicador:	3b
Objetivo estratégico:	OE09 – Criar um ambiente institucional favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde
Descrição e justificativa:	O número de pareceres emitidos pelo CT-NATS permite avaliar a efetividade da avaliação das Tecnologias em Saúde.
Fórmula:	Número absoluto
Unidade de medida:	Unidade
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Totalização dos registro de pareceres no sistema de controle
Responsável pela coleta, validação e análise:	Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde
Forma de Validação:	Análise histórica pelo GT do Projeto
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	A definir
Meta 2025:	A definir
Meta 2026:	A definir
Meta 2027:	A definir
Meta 2028:	A definir
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de processos de gestão de inovação em saúde implementados
Número do indicador:	3c
Objetivo estratégico:	OE09 – Criar um ambiente institucional favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde
Descrição e justificativa:	O percentual de processos de gestão de inovação em saúde implementados permite avaliar a progressão da implementação das rotinas propostas para o sistema de inovação do HU.
Fórmula:	$(\text{número de processos implementados} / \text{total de processos a serem implementados}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	A implementação dos processos é avaliada e validada pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	GT do Projeto
Forma de Validação:	Validação por meio de checklist próprio do GT
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	60%
Meta 2025:	70%
Meta 2026:	80%
Meta 2027:	90%
Meta 2028:	100%
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Número de ações de sustentabilidade ambiental e responsabilidade social desenvolvidas
Número do indicador:	4a
Objetivo estratégico:	OE12 – Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede.
Descrição e justificativa:	A necessidade de implantar práticas sustentáveis e tecnologias ambientais com maior responsabilidade social estão na dependência da conscientização e adesão por parte de gestores, investidores e colaboradores frente à promoção da saúde ambiental. É importante que todos os atores no âmbito do HU atentem às questões socioambientais pois, além dos benefícios sociais, implica na diminuição de custos, processos mais eficientes e melhoria das condições de saúde para a população.
Fórmula:	Número absoluto
Unidade de medida:	Unidade
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Dados coletados por meio de checklist pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Presidente da Comissão Permanente de Gestão Ambiental do HUSM
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Semestral
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	4
Meta 2025:	5
Meta 2026:	8
Meta 2027:	10
Meta 2028:	12
Parâmetros:	Publicações de ações desenvolvidas no HUSM
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Taxa de conformidade geral de segregação de resíduos hospitalares
Número do indicador:	4b
Objetivo estratégico:	OE12 – Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede.
Descrição e justificativa:	Monitorar a adequada segregação de resíduos hospitalares, compreendendo os resíduos infectantes, químicos e perfurocortantes, para taxas próximas à 100% é a maneira mais eficaz de garantir equipes preparadas para manejo dos resíduos com a máxima segurança, e assim contribuir para a redução da toxicidade produzida por esses resíduos.
Fórmula:	(número de lixeiras com conformidade / número de lixeiras auditadas) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Dados coletados por meio de checklist pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Presidente da Comissão Permanente de Gestão Ambiental do HUSM
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	80%
Meta 2025:	85%
Meta 2026:	90%
Meta 2027:	95%
Meta 2028:	97%
Parâmetros:	Resultado da comparação horizontal na linha do tempo considerada
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Índice de melhoria na geração renovável de energia
Número do indicador:	4c
Objetivo estratégico:	OE12 – Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede.
Descrição e justificativa:	Implementar a eficiência energética e a geração de energia limpa e renovável está entre os desafios de maior amplitude nas diversas práticas ambientais sustentáveis. Monitorar as tendências no consumo de energia por unidade de área construída é uma das formas de mensurar os benefícios e economias alcançadas com as melhorias da eficiência energética.
Fórmula:	(total de energia solar produzida / total de energia elétrica consumida) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Dados coletados por meio de checklist pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Presidente da Comissão Permanente de Gestão Ambiental do HUSM
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	7%
Meta 2025:	8%
Meta 2026:	9%
Meta 2027:	10%
Meta 2028:	10%
Parâmetros:	Resultado da comparação horizontal na linha do tempo considerada
Limitações e vieses:	NA

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

Nome do indicador:	Percentual de processos prioritários, definidos para cada ano, modelados
Número do indicador:	5a
Objetivo estratégico:	OE17 – Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar
Descrição e justificativa:	A priorização e a modelagem dos processos priorizados reflete critérios de clareza e padronização dos fluxos e ferramentas de trabalho. A modelagem dos processos provê as bases para fase de implementação e monitoramento.
Fórmula:	$(\text{número de processos prioritários modelados} / \text{número total de processos prioritários de gestão}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os processos validados pelo Escritórios de Processo e aprovados pelo COLEX são registrados em um formulário de controle mantido pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Chefe da UPLAG
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	100% dos processos prioritários definidos para 2024
Meta 2025:	100% dos processos prioritários definidos para 2025
Meta 2026:	100% dos processos prioritários definidos para 2026
Meta 2027:	100% dos processos prioritários definidos para 2027
Meta 2028:	100% dos processos prioritários definidos para 2028
Parâmetros:	O monitoramento do indicador depende da definição prévia do rol de processos prioritários que serão modelados.
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de processos prioritários, definidos para cada ano, implantados e monitorados
Número do indicador:	5b
Objetivo estratégico:	OE17 – Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar
Descrição e justificativa:	A implantação e monitoramento dos processos prioritários permitem avaliar a operacionalização dos procedimentos que promovem o aumento da eficiência e da eficácia da gestão do HU.
Fórmula:	$(\text{número de processos prioritários implantados e monitorados} / \text{número total de processos modelados}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os processos implantados e monitorados são registrados em um formulário de controle mantido pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Chefe da UPLAG
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	100% dos processos modelados em 2024
Meta 2026:	100% dos processos modelados em 2025
Meta 2027:	100% dos processos modelados em 2026
Meta 2028:	100% dos processos modelados em 2027
Parâmetros:	O primeiro ano não dispõe, no início do ciclo, de processos modelados. Assim, a implantação e monitoramento começa no ano de 2025.
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de processos de compras, contratações e estocagem, definidos para cada ano, modelados
Número do indicador:	6a
Objetivo estratégico:	OE21 – Aprimorar os processos de compras e contratações
Descrição e justificativa:	A modelagem dos processos de compras, contratações e estocagem possibilita equacionar as não conformidades decorrentes da insuficiente integração entre as atividades dos órgãos de compras, contratações e gestão de estoques no HU.
Fórmula:	(número de processos de compras, contratações e estocagem modelados / número total de processos de compras, contratações e estocagem identificados) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Registros em formulário de controle mantido pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado do GT do Projeto
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	100% dos processos definidos para 2024
Meta 2025:	100% dos processos definidos para 2025
Meta 2026:	100% dos processos definidos para 2026
Meta 2027:	100% dos processos definidos para 2027
Meta 2028:	100% dos processos definidos para 2028
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de processos de compras, contratações e estocagem, definidos para cada ano, implementados
Número do indicador:	6b
Objetivo estratégico:	OE21 – Aprimorar os processos de compras e contratações
Descrição e justificativa:	A implantação dos processos de compras, contratações e estocagem permite avaliar a conformidade das operações mencionadas no HU.
Fórmula:	(número de processos de compras, contratações e estocagem implemntados / número total de processos identificados) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os processos implantados são registrados em um formulário de controle mantido pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Chefe da UPLAG
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Trimestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	100% dos processos modelados em 2024
Meta 2026:	100% dos processos modelados em 2025
Meta 2027:	100% dos processos modelados em 2026
Meta 2028:	100% dos processos modelados em 2027
Parâmetros:	O primeiro ano não dispõe, no início do ciclo, de processos modelados. Assim, a implementação no ano de 2025.
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de percepção positiva das ações de engajamento e valorização realizadas
Número do indicador:	7a
Objetivo estratégico:	OE23 – Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores
Descrição e justificativa:	A percepção positiva dos trabalhadores do HUSM em relação as ações de engajamento e valorização realizadas permitem aferir a efetividade de tais ações pela perspectiva do destinatário de tais iniciativas.
Fórmula:	$(\sum \text{percentuais de satisfação atribuídos pelo respondente}) / \text{total de respondentes}$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% -100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os dados são obtidos por meio de questionário online, tabulados automaticamente e validados por meio de análise estatística.
Responsável pela coleta, validação e análise:	GT do Projeto
Forma de Validação:	Validação histórica e estatística pelo GT do Projeto.
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	70%
Meta 2025:	70%
Meta 2026:	70%
Meta 2027:	70%
Meta 2028:	70%
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Nome do indicador:	Percentual de cumprimento da agenda de ações de engajamento e reconhecimento propostas para cada ano
Número do indicador:	7b
Objetivo estratégico:	OE23 – Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores
Descrição e justificativa:	O percentual de tarefas executadas avalia a progressão das ações do projeto, o qual objetiva a realização das entregas. A relevância de tais entregas está em prover as bases para o atendimento do Objetivo Estratégico proposto.
Fórmula:	(número de ações de engajamento e reconhecimento realizadas no ano / número de ações de engajamento e reconhecimento propostas para o ano) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Evidências coletadas e registradas pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	100% das ações propostas para 2024
Meta 2025:	100% das ações propostas para 2025
Meta 2026:	100% das ações propostas para 2026
Meta 2027:	100% das ações propostas para 2027
Meta 2028:	100% das ações propostas para 2028
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

6.2 Fichas do Projetos Locais – Ciclo Estratégico de 2024

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede.			
Código do projeto:	1.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Tania Solange Bosi de Souza Manhago			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	GAS			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Sociedade			
1º indicador impactado pelo projeto:	Taxa de parto cesáreo			
2º indicador impactado pelo projeto:	Taxa de ocupação hospitalar			
3º indicador impactado pelo projeto:	Tempo médio de permanência hospitalar			
Macroproblema:	Dificuldades em manter e melhorar a qualidade do atendimento em um cenário de crescentes demandas assistenciais e fragilidades infraestruturais, de dimensionamento de pessoal e de gestão.			
Causa raiz:	Abordagem integrada insuficiente e processos ainda não devidamente integrados, gerando um contexto de ações sem sinergia. Soma-se a esta causa central, as necessidades de educação continuada e comunicação efetiva.			
Objetivo do projeto:	Desenvolver uma abordagem sistêmica para o cuidado integral com qualidade, seguro, longitudinal e integrado em rede, otimizando os indicadores hospitalares constantes no Contrato de Objetivos e Plano de Negócios da Ebserh 2024.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Diagnóstico das limitações assistenciais para os incrementos de qualidade e atingimento dos indicadores, incluindo a identificação de protocolos para patologias de maior prevalência e checklist de exames e procedimentos	Diagnósticos consolidados e validados	15/06/2024	31/07/2024
2.2	Diagnóstico das limitações assistenciais referentes aos estoques periféricos, insumos e demais equipamentos conforme as exigências dos órgãos de controle.	Diagnósticos consolidados e validados	15/06/2024	31/07/2024
2.3	Priorização dos protocolos clínicos a serem revisados e checklists de exames e procedimentos para 2024	Descritivo das priorizações para 2024 validado	15/06/2024	12/07/2024
2.4	Revisão/proposição e validação dos protocolos e checklists priorizados para 2024	Protocolos e checklists priorizados para 2024 validados	15/07/2024	31/10/2024
2.5	Campanha informativa a respeito das vantagens do parto normal em comparação com o parto cesáreo e dos riscos da realização do parto cesáreo na ausência de indicações precisas.	Partes interessadas informadas e sensibilizadas	15/07/2024	05/08/2024
2.6	Campanha de sensibilização das equipes de saúde de pré-natal de risco habitual sobre a importância do plano de parto e matriciamento.	Equipes sensibilizadas e matriciamento realizado	06/08/2024	30/09/2024
2.7	Correções e melhorias nas ações do projeto	Melhorias implementadas e evidenciadas	01/10/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Implantação do Sistema de Monitoramento e Melhoria da Qualidade no HUSM			
Código do projeto:	1.02			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Debora Luiza dos Santos			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	STGQ/SUP			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Sociedade			
1º indicador impactado pelo projeto:	% de conformidade de melhoria obtida nos planos propostos para os 10 (dez) requisitos elencados como prioritários no Manual de Requisitos do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade			
2º indicador impactado pelo projeto:	% de conformidade de melhoria obtida nos 10 requisitos elencados como prioritários do Manual de Requisitos do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade			
3º indicador impactado pelo projeto:	% de conformidade nos requisitos essenciais de qualidade com o Manual de Requisitos do Programa EBSERH de Gestão da Qualidade			
Macroproblema:	Dificuldades para a disseminação da conformidade na área assistencial, assim como nas demais áreas do HUSM, sobretudo no que se refere ao atendimento dos requisitos da AVAQUALIS e aos processos de melhoria contínua.			
Causa raiz:	Baixa disseminação e baixos níveis de adesão às rotinas de monitoramento e melhoria contínua da qualidade.			
Objetivo do projeto:	Implementar um sistema de melhoria da qualidade no HUSM, com base nas diretrizes e melhores práticas propostas pela Ebserh, capaz de promover a melhoria contínua e o incremento da conformidade com os Requisitos da AVAQUALIS.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Modelagem do sistema dos Contratos Internos da Qualidade	Fluxo dos Contratos Internos estabelecido	17/06/2024	08/07/2024
2.2	Capacitação das chefias para os Contratos Internos de Qualidade	Chefias capacitadas	01/07/2024	05/07/2024
2.3	Definição das minutas das normas dos Contratos Internos de Qualidade	Normas dos Contratos Internos de Qualidade aprovadas e publicadas	08/07/2024	31/07/2024
2.4	Implementação dos Contratos Internos de Qualidade	Contratos Internos de Qualidade assinados	01/08/2024	31/08/2024
2.5	Correções e melhorias no Sistema de Contratos Internos de Qualidade	Melhorias aprovadas e implementadas	01/19/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Qualificação dos Espaços de Ensino			
Código do projeto:	2.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Chefe do Setor de Gestão do Ensino			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	GEP			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Sociedade			
1º indicador impactado pelo projeto:	% de adequação da infraestrutura de ensino			
2º indicador impactado pelo projeto:	% de satisfação dos usuários com as adequações nos espaços de ensino			
3º indicador impactado pelo projeto:	% de satisfação dos usuários com a versão inicial do painel de ensino			
Macroproblema:	Não conformidade dos espaços de ensino no que se refere à infraestrutura e revitalização			
Causa raiz:	Planejamento insuficiente das ações e investimentos voltados para a adequação da infraestrutura de ensino em face dos incrementos na demanda de ensino e assistência.			
Objetivo do projeto:	Melhorar a infraestrutura dos espaços de ensino no HUSM em 20% até dezembro de 2028			
Objetivo Estratégico atendido:	OE05 - Aprimorar as condições de ensino e os cenários de prática			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Atualização do cadastro dos espaços didáticos	Cadastro atualizado dos espaços didáticos	01/05/2024	30/06/2024
2.2	Levantamento das necessidades junto aos usuários (discentes e docentes) em relação à adequação da infraestrutura de ensino	Diagnóstico das adequações e melhorias para a infraestrutura de ensino	01/05/2024	31/07/2024
2.3	Levantamento dos requisitos para a implantação do painel de ensino	Documento de consolidação dos requisitos validado	01/05/2024	31/07/2024
2.4	Elaboração do plano de adequações e melhorias para a infraestrutura de ensino	Plano geral de adequações e melhorias para a infraestrutura de ensino	01/08/2024	31/10/2024
2.5	Desenvolvimento da versão inicial do painel de ensino	Publicação da versão inicial do painel de ensino	01/08/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Implantação do Centro de Pesquisas Patrocinadas no HUSM			
Código do projeto:	3.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Chefe do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica em Saúde			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	GEP			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Sociedade			
1º indicador impactado pelo projeto:	Número de protocolos patrocinados em andamento no HUSM			
2º indicador impactado pelo projeto:	Número de pareceres emitidos pelo CT-NATS			
3º indicador impactado pelo projeto:	Número de processos de gestão de inovação em saúde implementados			
Macroproblema:	Cultura incipiente de inovação e processos inadequados de estímulo à pesquisa e inovação inadequados.			
Causa raiz:	Ausência de mecanismos consistentes de disponibilização de dados e de estruturação normativa, regulatória e de processos de pesquisas patrocinadas insuficientes no HUSM			
Objetivo do projeto:	Criar um ambiente institucional favorável ao desenvolvimento de pesquisas, inovação e avaliação de tecnologias em rede por meio do estabelecimento de normas, rotinas e fluxos de trabalho consolidados em um Centro de Projetos Patrocinados.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Proposição de normas e regimento do Centro de Projetos Patrocinados	Regimento e normas do Centro de Projetos Patrocinados aprovados e publicados.	17/06/2024	31/07/2024
2.2	Estruturação dos fluxos e processos de trabalho do Centro de Projetos Patrocinados	Fluxos e processos de trabalho do Centro de Projetos Patrocinados aprovados e publicados	01/08/2024	14/09/2024
2.3	Mapeamento das prioridades de infraestrutura do Centro de Projetos Patrocinados	Lista de equipamentos, materiais e itens priorizados validada	16/09/2024	30/09/2024
2.4	Desenvolvimento e implementação do Painel do CT-NATS	Painel do CT-NATS implantado	01/08/2024	31/10/2024
2.5	Consolidação do Centro de Projetos Patrocinados	Implantação do Núcleo de Apoio a Ensaios Clínicos e do Núcleo de Prospecção de Projetos	16/09/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Gestão da Sustentabilidade Ambiental e Energética no HUSM			
Código do projeto:	4.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Marcia Maria Hengemuhle			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	DLIH/GAD			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
1º indicador impactado pelo projeto:	Número de ações de sustentabilidade ambiental e responsabilidade social desenvolvidas			
2º indicador impactado pelo projeto:	Taxa de conformidade geral de segregação de resíduos hospitalares			
3º indicador impactado pelo projeto:	Índice de melhoria na geração renovável de energia			
Macroproblema:	Dificuldade na implantação do gerenciamento da sustentabilidade ambiental e energética no HUSM			
Causa raiz:	Indefinição de políticas institucionais para desenvolvimento de ações sustentáveis voltadas às ESG (E – ambiental; S – social; G – governança) no HUSM, bem como a ausência de controles internos dos padrões e boas práticas sustentáveis com retorno social positivo. Além disso, percebe-se a falta de adesão àquelas práticas já implementadas no HU.			
Objetivo do projeto:	Implantar a conformidade no gerenciamento energético e de resíduos do HUSM por meio de processos e normas que assegurem as melhores práticas de sustentabilidade ambiental e energética.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE12 - Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Elaboração de diagnóstico geral evidenciando as limitações e possibilidades de gerenciamento energético e de resíduos	Diagnóstico geral evidenciando as limitações e possibilidades de gerenciamento energético e de resíduos validado	17/06/2024	31/08/2024
2.2	Validação dos indicadores preliminares de gerenciamento energético e de resíduos	Indicadores preliminares de gerenciamento energético e de resíduos validados	02/09/2024	30/09/2024
2.3	Modelagem dos processos prioritários de gerenciamento energético e de resíduos	Processos prioritários de gerenciamento energético e de resíduos validados	02/09/2024	30/09/2024
2.4	Consolidação os planos de gerenciamento energético e de resíduos	Planos de gerenciamento energético e de resíduos consolidados	01/10/2024	31/10/2024
2.5	Levantamento das necessidades de obras e equipamentos para a conformidade dos processos de gerenciamento energético e de resíduos	Relatório das necessidades de obras e equipamentos para a conformidade dos processos de gerenciamento energético e de resíduos validado	01/10/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Qualificação de práticas de Governança Corporativa, Responsabilidade Social e Sustentabilidade			
Código do projeto:	4.02			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Laura Quoos Dotto			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	SEGOV			
Data de início do projeto:	25/09/2025			
Data de término do projeto:	24/12/2025			
Pilar estratégico:	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
1º indicador impactado pelo projeto:	4c – Índice de Aderência às Práticas Ebserh - Ambiental, Social e Governança - IAPE-ASG			
2º indicador impactado pelo projeto:	4d – Satisfação das Chefias com as ações de Conformidade da Governança			
Macroproblema:	Práticas de governança corporativa, responsabilidade social e sustentabilidade não implementadas em sua plenitude pelo Hospital			
Causa raiz:	Insuficiência de processos e práticas integradas e processos implementados para tratar os problemas fluxos de informações de governança, de forma ampla e transparente, bem como a carência de instrumentos e qualificações neste sentido.			
Objetivo do projeto:	Implementar práticas de governança corporativa, responsabilidade social e sustentabilidade no âmbito do hospital			
Objetivo Estratégico atendido:	OE11 – Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Estabelecimento das definições gerais de Projeto para a etapa final do ano de 2025.	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	25/09/2025	10/10/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Receber e analisar a devolutiva do levantamento de práticas	Relatório individual contendo as notas do hospital, pontos fortes e oportunidades de melhoria	25/09/2025	10/10/2025
2.2	Conhecer e divulgar o Guia de Práticas	Apresentação realizada para as áreas envolvidas nas práticas previstas no Guia	10/10/2025	20/10/2025
2.3	Levantar gaps entre práticas atuais e práticas recomendadas no guia e detalhar ações	Cronograma do projeto detalhado com ações, responsáveis e prazos por prática a ser qualificada	25/09/2025	25/10/2025
2.4	Executar e monitorar o plano de ação	Relatórios periódicos de execução do plano de ação elaborados pelo hospital e apresentados ao COLEX	20/10/2025	24/12/2025
3	FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Monitoramento das atividades e entregas do Projeto.	Informes de monitoramento do projeto consolidados	25/09/2025	24/12/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	26/12/2025	28/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	26/12/2025	28/12/2025

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Desenvolvimento e Consolidação da Gestão de Processos no HUSM			
Código do projeto:	5.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Regis Simeão Saldanha Fagundes			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	UPLAG/SEGOV/SUP			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Desenvolvimento Institucional			
1º indicador impactado pelo projeto:	Percentual de processos prioritários modelados			
2º indicador impactado pelo projeto:	Percentual de processos prioritários implantados e monitorados			
3º indicador impactado pelo projeto:				
Macroproblema:	Falta de processos consistentes de comunicação integrados entre as áreas do HUSM, assim como insuficiência na definição de fluxos de informações para a Superintendência, Gerências e demais órgãos do HUSM			
Causa raiz:	Inexistência de ações integradas para tratar os problemas de comunicação de modo resolutivo, sobretudo aqueles ligados aos fluxos de informações de governança, de forma ampla e transparente, bem como a carência de instrumentos e qualificações neste sentido.			
Objetivo do projeto:	Disseminar e consolidar a gestão de processos no HUSM por meio da qualificação dos gestores, do estabelecimento de fluxos prioritários de informações e da padronização de instrumentos de suporte.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE17 - Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Priorização dos processos e instrumentos de informações a serem revalidados e implantados	Descritivo dos processos, fluxos e instrumentos priorizados a serem implantados validado pelo COLEX	17/06/2024	30/06/2024
2.2	Capacitações em processos e instrumentos de informações	Certificações das capacitações realizadas	01/07/2024	31/07/2024
2.3	Oficinas de mapeamento e modelagem dos processos priorizados e proposição de instrumentos	Oficinas realizadas, processos priorizados mapeados e validados e instrumentos instituídos.	01/07/2024	30/09/2024
2.4	Oficinas de implantação de processos priorizados validados e dos instrumentos instituídos	Oficinas realizadas, processos priorizados e instrumentos implantados.	01/10/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Qualificação dos processos de compras, contratações e estocagem			
Código do projeto:	6.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Jose Pozzobon			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	DAF/GAD			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Sustentabilidade Financeira			
1º indicador impactado pelo projeto:	Percentual de processos de compras, contratações e estocagem modelados			
2º indicador impactado pelo projeto:	Percentual de processos de compras, contratações e estocagem implementados			
3º indicador impactado pelo projeto:	- x -			
Macroproblema:	Fragilidades na integração das atividades de compras e controle de estoques, sobretudo após a implantação do novo organograma, ocasionando gargalos e dificuldades na disseminação efetiva das informações entre as Gerências			
Causa raiz:	Processos fragmentários e sem uma integração consistente			
Objetivo do projeto:	Desenvolver e implantar um sistema integrado e transparente para a gestão das compras, contratações e estocagem no HUSM			
Objetivo Estratégico atendido:	OE21 - Aprimorar os processos de compras e contratações			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Mapeamento e modelagem dos processos de compras, contratações e estocagem	Processos de compras, contratações e estocagem modelados	17/06/2024	19/07/2024
2.2	Levantamento das limitações, riscos e não conformidades dos processos de compras, contratações e estocagem	Relatório de riscos, limitações e não conformidades dos processos de compras, contratações e estocagem aprovado	22/07/2024	02/08/2024
2.3	Integração dos processos de compras, contratações e estocagem	Processo de compras, contratações e estocagem integrados	22/07/2024	02/08/2024
2.4	Revisão dos indicadores dos processos de compras, contratações e estocagem	Indicadores dos processos de compras, contratações e estocagem validados	05/08/2024	30/08/2024
2.5	Desenvolvimento de um painel de compras, contratações e estocagem	Versão inicial do painel de compras, contratações e estocagem implementado	02/09/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Engajamento e Valorização dos Trabalhadores do HUSM			
Código do projeto:	7.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Claudia Rosane Perico Lavich			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	DIVGP/GAD			
Data de início do projeto:	02/05/2024			
Data de término do projeto:	20/12/2024			
Pilar estratégico:	Desenvolvimento do Trabalhador			
1º indicador impactado pelo projeto:	Percentual de percepção positiva das ações de engajamento e desenvolvimento realizadas			
2º indicador impactado pelo projeto:	Percentual de cumprimento do calendário das ações de engajamento e desenvolvimento propostas			
3º indicador impactado pelo projeto:	- x -			
Macroproblema:	Fragilidades em estabelecer uma cultura de valorização e engajamento entre os diferentes segmentos de profissionais no HUSM.			
Causa raiz:	Insuficiência das ações integradas de valorização e reconhecimento dos trabalhadores.			
Objetivo do projeto:	Propor e implementar agendas de ações integradas de valorização e reconhecimento dos trabalhadores para o engajamento no trabalho			
Objetivo Estratégico atendido:	OE23 - Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE DETALHAMENTO DO PLANEJAMENTO PARA 2024			
1.1	Revisão e revalidação da ficha de projeto e ficha de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados e revalidados	02/05/2024	09/05/2024
1.2	Definição da equipe do projeto para 2024	Emissão da Portaria do GT do projeto	10/05/2024	17/05/2024
1.3	Definição das comunicações do projeto para 2024	Ficha de comunicações do projeto validada	20/05/2024	24/05/2024
1.4	Detalhamento do projeto para 2024	Planos detalhados para as ações do projeto em 2024	27/05/2024	07/06/2024
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2024	Riscos do projeto validados	10/06/2024	14/06/2024
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2024			
2.1	Diagnóstico para a proposição de um modelo integrado de valorização e reconhecimento do trabalhador no HUSM	Processos e agenda de valorização e reconhecimento dos trabalhadores no HUSM validada no COLEX.	17/06/2024	08/07/2024
2.2	Organização das ações e elaboração dos materiais de divulgação	Ações e materiais de divulgação elaborados	09/07/2024	31/07/2024
2.3	Formalização das iniciativas de valorização e reconhecimento no HUSM	Iniciativas de engajamento e desenvolvimento no HUSM aprovadas pelo COLEX	01/08/2024	12/08/2024
2.4	Realização das capacitações e eventos de engajamento, desenvolvimento e valorização dos trabalhadores	Ações de valorização e acolhimento registradas	13/08/2024	14/10/2024
2.5	Avaliação e implantação de melhorias no projeto de engajamento e desenvolvimento dos trabalhadores	Melhorias implementadas	15/10/2024	31/10/2024
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2024 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados de monitoramento do projeto para 2024	Informes de monitoramento do projeto consolidados	02/05/2024	20/12/2024
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2024			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2024	Entregas de encerramento validadas	01/11/2024	30/11/2024
4.2	Relatos finais do projeto em 2024	Relato final publicado	01/12/2024	20/12/2024

6.3 Fichas dos Indicadores Locais – Ciclo Estratégico de 2025

Indicador 1a do Projeto Local 1.01

Nome do indicador:	Taxa de parto cesáreo (TPC)
Número do indicador:	1a
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Este indicador permite avaliar a qualidade da assistência prestada, uma vez que o aumento do valor deste indicador pode estar refletindo um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal. Permite avaliar, indiretamente, a qualidade da assistência pré-natal e ao parto, supondo que uma boa assistência diminua o valor da taxa.
Fórmula:	$\left[\frac{\text{n}^\circ \text{ de partos cesáreos realizados no período}}{\text{total de partos (normais + cesáreos) realizados no período}} \right] \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% - 100%
Polaridade:	Negativa (Quanto menor, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Tabulação de Dados – Base Nacional do SUS
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado do GT do Projeto
Forma de Validação:	Validado pelo GT, com base nas definições do Projeto
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Quadrimestral
METAS	
Meta 2024:	≤52,0%
Meta 2025:	≤50,0%
Meta 2026:	≤49,0%
Meta 2027:	≤48,0%
Meta 2028:	≤46,0%
Parâmetros:	HUF com Tx ≥ 50% - reduzir 10%; HUF entre 40% ≤ Tx < 50% - reduzir 5% Todas as Unidades Hospitalares deverão aplicar a Classificação de Robson com o objetivo de identificar prospectivamente grupos de mulheres clinicamente relevantes, nos quais haja diferenças nas taxas de cesárea e dessa forma permitindo comparações em uma mesma instituição ao longo do tempo ou entre diferentes instituições. Em 2015 a Organização Mundial de Saúde - OMS recomendou que a classificação de Robson seja usada como instrumento padrão em todo o mundo para avaliar, monitorar e comparar taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais
Limitações e vieses:	Alguns fatores podem influenciar os dados deste indicador, são eles: modelo de assistência obstétrica adotado, condições socioeconômicas e da saúde da gestante, disponibilidade de recursos especializados (tecnologia e serviços) e partos gemelares resultam em contagem cumulativa de nascidos vivos. Critérios de exclusão: Nascimentos que ocorreram fora do hospital; Abortos. O indicador é difícil de interpretar devido aos diversos motivos que aumentam a taxa de cesáreas (fatores clínicos, mas também culturais e socioeconômicos) e devido ao baixo consenso sobre a taxa ideal de cesáreas. Este indicador é bidimensional. Isto significa que tanto as taxas altas quanto as baixas devem ser examinadas. Espera-se um viés de seleção (gestações de alto risco concentradas em algumas instituições, escolha, pela mãe, de médico que se encaixe em sua preferência em termos de parto cesáreo ou vaginal). Portanto, o melhor ponto de referência é a própria instituição. É fundamental examinar a evolução ao longo do tempo e entender que fatores podem afetar as tendências. A extração dos dados por meio da Base Nacional do SUS se deve ainda pela falta de condições de extração no AGHU, que ainda está em desenvolvimento.

Indicador 1b do Projeto Local 1.01

Nome do indicador:	Taxa de ocupação hospitalar
Número do indicador:	1b
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Este indicador permite avaliar o grau de utilização dos leitos ativos no hospital. Mede o perfil de utilização e a eficácia da gestão de leitos, a qual aumenta a oferta de leitos para o Sistema Único de Saúde, se for realizada de forma eficiente. Está relacionado às boas práticas clínicas e de gestão do leito. A taxa de ocupação hospitalar está relacionada ao giro de leito e a média de permanência. Deve-se observar os parâmetros instituídos pela legislação vigente do SUS.
Fórmula:	(Número de pacientes-dia no período / Número de leitos-dia operacionais no período) X 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	NA
Metodologia de coleta e compilação:	AGHU
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado do GT do Projeto
Forma de Validação:	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados extraídos do AGHU com a utilização de séries histórica como referência.
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Quadrimestral
METAS	
Meta 2024:	≥85%
Meta 2025:	≥85%
Meta 2026:	≥85%
Meta 2027:	≥85%
Meta 2028:	≥85%
Parâmetros:	Conforme resultado de 2024: Se > 15 d: reduzir 4d / Se <= 15 d e > 10 d: reduzir 3d. / Se <= 10 d e > 07 d: reduzir 2d. / Se <= 07 d e > 05 d: alcançar 5d. / Se <= 05d: manter igual ou menor
Limitações e vieses:	Indicador sensível a uma gama de processos e ações, internos e externos à gestão hospitalar, que podem interferir no alcance das metas, tais como, regulação do acesso (gestor de saúde) e regulação intra-hospitalar (Núcleo Interno de Regulação), resolutividade da atenção primária, perfil da instituição, protocolos assistenciais, provimento de pessoas, infraestrutura física e tecnológica, abastecimento tempestivo.

Indicador 1c do Projeto Local 1.01

Nome do indicador:	Tempo médio de permanência hospitalar
Número do indicador:	1c
Objetivo estratégico:	OE02 – Qualificar o cuidado hospitalar
Descrição e justificativa:	Avalia a permanência de pacientes em leitos. Está relacionado às boas práticas clínicas e de gestão do leito. É um indicador clássico de desempenho hospitalar e está relacionado à gestão eficiente do leito operacional.
Fórmula:	Número de pacientes - dia no período / número de saídas hospitalares no período
Unidade de medida:	Número de dias
Limite:	NA
Polaridade:	NA
Metodologia de coleta e compilação:	AGHU
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado do GT do Projeto
Forma de Validação:	A validação é realizada por meio de análise de consistência dos dados extraídos do AGHU com a utilização de séries históricas.
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Quadrimestral
METAS	
Meta 2024:	≤7,5 dias
Meta 2025:	≤7,2 dias
Meta 2026:	≤7,0 dias
Meta 2027:	≤6,8 dias
Meta 2028:	≤6,5 dias
Parâmetros:	Entre 4,8 dias e 8 dias; Conforme resultado de 2024: Se > 15 d: reduzir 4d / Se <= 15 d e > 10 d: reduzir 3d. / Se <= 10 d e > 07 d: reduzir 2d. / Se <= 07 d e > 05 d: alcançar 5d. / Se <= 05d: manter igual ou menor.
Limitações e vieses:	Indicadores sensíveis a uma gama de processos e ações, internos e externos à gestão hospitalar, que podem interferir no alcance das metas, tais como, regulação do acesso (gestor de saúde) e regulação intra-hospitalar (Núcleo Interno de Regulação), resolutividade da atenção primária, perfil da instituição, protocolos assistenciais, provimento de pessoas, infraestrutura física e tecnológica, abastecimento tempestivo.

Indicador 2a do Projeto Local 2.01

Nome do indicador:	Percentual de preceptores qualificados nos módulos didáticos-pedagógicos
Número do indicador:	2a
Objetivo estratégico:	OE07 – Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores
Descrição e justificativa:	O indicador permite avaliar a abrangência do trabalho de capacitação nos módulos didático-pedagógicos, constituindo um alinhamento com o Acordo Organizativo de Compromissos (AOC), que contém indicador homólogo.
Fórmula:	$(n^{\circ} \text{ de preceptores qualificados nos módulos didático-pedagógicos} / \text{total de preceptores}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% - 100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Tabulação dos registros das capacitações e processamento efetuado pela GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membros designados pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Análise estatística dos dados processados
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	≥14,4%
Meta 2025:	≥24,4%
Meta 2026:	≥34,4%
Meta 2027:	≥44,4%
Meta 2028:	≥54,4%
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 2b do Projeto Local 2.01

Nome do indicador:	Percentual de satisfação dos preceptores com a formação
Número do indicador:	2b
Objetivo estratégico:	OE07 – Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores
Descrição e justificativa:	Avalia a percepção dos gestores quanto à qualidade e relevância dos módulos de qualificação didático-pedagógicos
Fórmula:	$(\text{Total de avaliações positivas} / \text{Total de respostas coletadas}) \times 100$
Unidade de medida:	Porcentagem (%)
Limite:	0% - 100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Levantamento aplicado por meio de questionário online.
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membros designados pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Análise estatística das respostas coletadas
Periodicidade da coleta:	Semestral
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥ 60% pelo menos satisfeitos
Meta 2026:	≥ 70% pelo menos satisfeitos
Meta 2027:	≥ 80% pelo menos satisfeitos
Meta 2028:	≥ 90% pelo menos satisfeitos
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 3a do Projeto Local 3.01

Nome do indicador:	Percentual de processos de gestão da inovação implementados
Número do indicador:	3a
Objetivo estratégico:	OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde
Descrição e justificativa:	O indicador de percentual de processos de gestão da inovação implementados propicia conhecer a efetiva operacionalização dos processos de inovação modelados
Fórmula:	$(n^{\circ} \text{ de processos de inovação implementados} / n^{\circ} \text{ total de processos de inovação modelados}) \times 100$
Unidade de medida:	Porcentagem (%)
Limite:	0% - 100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Tabulação dos registros das capacitações e processamento efetuado pela GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membros designados pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Análise crítica dos dados processados
Periodicidade da coleta:	Semestral
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥50%
Meta 2026:	-
Meta 2027:	-
Meta 2028:	-
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 3b do Projeto Local 3.01

Nome do indicador:	Percentual de satisfação dos gestores com as atividades e os processos de inovação implementados
Número do indicador:	3b
Objetivo estratégico:	OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde
Descrição e justificativa:	Avalia a percepção dos usuários quanto efetividade e relevância dos processos e atividades de inovação no HUSM
Fórmula:	$(\text{Total de avaliações positivas} / \text{Total de respostas coletadas}) \times 100$
Unidade de medida:	Porcentagem (%)
Limite:	0% - 100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Levantamento aplicado por meio de questionário online.
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membros designados pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Análise estatística das respostas coletadas
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥50%
Meta 2026:	≥60%
Meta 2027:	≥70%
Meta 2028:	≥80%
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 4a do Projeto Local 4.01

Nome do indicador:	Taxa de conformidade na coleta e segregação de resíduos hospitalares
Número do indicador:	4a
Objetivo estratégico:	OE12 – Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede.
Descrição e justificativa:	Avaliar a eficácia da logística de coleta e segregação, garantindo que os resíduos sejam descartados conforme as normas ambientais e sanitárias. Este indicador permite o monitoramento da segregação de resíduos hospitalares, compreendendo os resíduos infectantes, químicos e perfurocortantes, contribuindo para a redução dos riscos de toxicidade inerentes a estes resíduos.
Fórmula:	(número de pontos de coleta em conformidade / número total de pontos auditados) x 100 Ana Valduga
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Dados coletados por meio de checklist pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Presidente da Comissão Permanente de Gestão Ambiental do HUSM
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028, com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥85%
Meta 2026:	-
Meta 2027:	-
Meta 2028:	-
Parâmetros:	Resultado da comparação horizontal na linha do tempo considerada
Limitações e vieses:	NA

Indicador 4b do Projeto Local 4.01

Nome do indicador:	Percentual de conformidade ambiental do HUF na Rede Ebserh
Número do indicador:	4b
Objetivo estratégico:	OE12 – Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede.
Descrição e justificativa:	O indicador mensura o alinhamento do hospital com as diretrizes socioambientais dispostas pela legislação vigente e as boas práticas, que visam promover a sustentabilidade e o compromisso social nas instituições públicas. Ao avaliar a adesão às normas e regulamentos específicos, o indicador garante a gestão responsável dos recursos e o cumprimento da legislação ambiental.
Fórmula:	(número de itens de conformidade atendidos no HUF / número total de itens de conformidade) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Dados coletados por meio de checklist pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Presidente da Comissão Permanente de Gestão Ambiental do HUSM
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028, com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Semestral
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥75%
Meta 2026:	-
Meta 2027:	-
Meta 2028:	-
Parâmetros:	Conformidade com os pontos elencados pela Ebserh Sede.
Limitações e vieses:	NA

Indicador 4c do Projeto Local 4.02

Nome do indicador:	Índice de Aderência às Práticas Ebserh - Ambiental, Social e Governança - IAPE-ASG
Número do indicador:	4c
Objetivo estratégico:	OE11 – Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede.
Descrição e justificativa:	O indicador tem por objetivo verificar a adoção de práticas de governança, sustentabilidade e responsabilidade social nos hospitais e fomentar que tais práticas sejam alinhadas às práticas adotadas pela Ebserh
Fórmula:	(número de total de itens de conformidade de Governança / número total de itens atendidos) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Dados coletados por meio de checklist pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Chefia da UGERC (coleta); Chefia do SEGOV (validação e análise).
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028, com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Bimestral
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥47%
Meta 2026:	-
Meta 2027:	-
Meta 2028:	-
Parâmetros:	Conformidade com os pontos elencados pela EBSERH
Limitações e vieses:	NA

Indicador 4d do Projeto Local 4.02

Nome do indicador:	Satisfação das Chefias com as ações de Conformidade da Governança
Número do indicador:	4d
Objetivo estratégico:	OE11 – Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede.
Descrição e justificativa:	Avalia a percepção dos gestores quanto à efetividade das ações de Conformidade da Governança no HUF. Trata-se de uma avaliação finalística que demonstra o impacto do valor gerado junto às partes interessadas.
Fórmula:	$(\text{Total de avaliações positivas} / \text{Total de respostas coletadas}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Dados coletados por meio de checklist pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Chefia da UGERC (coleta); Chefia do SEGOV (validação e análise).
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028, com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Semestral
Periodicidade da análise:	Semestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	$\geq 70\%$
Meta 2026:	-
Meta 2027:	-
Meta 2028:	-
Parâmetros:	Conformidade com os pontos elencados pela Ebserh Sede.
Limitações e vieses:	NA

Indicador 5a do Projeto Local 5.01

Nome do indicador:	Percentual de processos prioritários modelados
Número do indicador:	5a
Objetivo estratégico:	OE17 – Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar
Descrição e justificativa:	A priorização e a modelagem dos processos priorizados reflete critérios de clareza e padronização dos fluxos e ferramentas de trabalho. A modelagem dos processos provê as bases para fase de implementação e monitoramento.
Fórmula:	$(\text{número de processos prioritários modelados} / \text{número total de processos priorizados}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% - 100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Os processos validados pelo Escritórios de Processos são registrados em um formulário de controle mantido pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Conforme Regimento do EPROC
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥80% dos processos prioritários definidos para 2025
Meta 2026:	≥80% dos processos prioritários definidos para 2026
Meta 2027:	≥80% dos processos prioritários definidos para 2027
Meta 2028:	≥80% dos processos prioritários definidos para 2028
Parâmetros:	O monitoramento do indicador depende da definição prévia do rol de processos prioritários que serão modelados.
Limitações e vieses:	NA

Indicador 5b do Projeto Local 5.01

Nome do indicador:	Satisfação com o Curso de Gestão de Processos e Riscos Institucionais
Número do indicador:	5b
Objetivo estratégico:	OE17 – Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar
Descrição e justificativa:	Mede a percepção dos participantes do curso sobre a qualidade e utilidade do treinamento, garantindo que ele contribua para a disseminação do conhecimento.
Fórmula:	(total de respostas positivas na pesquisa de satisfação / total de respostas coletadas) x 100
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% - 100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Questionário de satisfação respondido por cada participante, por meio de formulário online, no final do curso
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Análise da pesquisa de satisfação com critérios previamente definidos.
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥80% pelo menos satisfeitos;
Meta 2026:	-
Meta 2027:	-
Meta 2028:	-
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 6a do Projeto Local 6.01

Nome do indicador:	Tempo Médio de Processamento das Notas Fiscais
Número do indicador:	6a
Objetivo estratégico:	OE17 - Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar
Descrição e justificativa:	Mede a eficiência na recepção, conferência e aprovação das notas fiscais de contratos, visando a otimização do fluxo financeiro.
Fórmula:	(Tempo total de processamento das notas fiscais / Total de notas processadas)
Unidade de medida:	Dias
Limite:	≤ 5 dias úteis
Polaridade:	Negativa (Quanto menor, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Registro no sistema de controle financeiro do HUSM
Responsável pela coleta, validação e análise:	Equipe do GT do Projeto
Forma de Validação:	Comparação com registros de recebimento e pagamento
Periodicidade da coleta:	Mensal
Periodicidade da análise:	Bimestral
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≤ 10 dias
Meta 2026:	≤ 8 dias
Meta 2027:	≤ 6 dias
Meta 2028:	≤ 5 dias
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 6b do Projeto Local 6.01

Nome do indicador:	Satisfação dos Gestores com os Fluxos Implementados
Número do indicador:	6b
Objetivo estratégico:	OE17 - Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar
Descrição e justificativa:	Avalia a percepção dos gestores quanto à clareza, eficiência e utilidade dos fluxos de informações implementados.
Fórmula:	$(\text{Total de avaliações positivas} / \text{Total de respostas coletadas}) \times 100$
Unidade de medida:	Porcentagem (%)
Limite:	100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Pesquisa de satisfação online, aplicada aos gestores do HUSM
Responsável pela coleta, validação e análise:	Equipe do GT do Projeto
Forma de Validação:	Análise estatística das respostas coletadas
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥ 75% pelo menos satisfeitos
Meta 2026:	≥ 80% pelo menos satisfeitos
Meta 2027:	≥ 85% pelo menos satisfeitos
Meta 2028:	≥ 90% pelo menos satisfeitos
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 6c do Projeto Local 6.01

Nome do indicador:	Satisfação dos Gestores com o Painel de Custos dos Contratos
Número do indicador:	6c
Objetivo estratégico:	OE17 - Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar
Descrição e justificativa:	Avalia a percepção dos gestores quanto à clareza, eficiência e utilidade do painel de custos dos contratos
Fórmula:	$(\text{Total de avaliações positivas} / \text{Total de respostas coletadas}) \times 100$
Unidade de medida:	Porcentagem (%)
Limite:	100%
Polaridade:	Positiva (Quanto maior, melhor)
Metodologia de coleta e compilação:	Pesquisa de satisfação online, aplicada aos gestores do HUSM
Responsável pela coleta, validação e análise:	Equipe do GT do Projeto
Forma de Validação:	Análise estatística das respostas coletadas
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥ 75% pelo menos satisfeitos
Meta 2026:	≥ 80% pelo menos satisfeitos
Meta 2027:	≥ 85% pelo menos satisfeitos
Meta 2028:	≥ 90% pelo menos satisfeitos
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 7a do Projeto Local 7.01

Nome do indicador:	Percentual de percepção positiva das ações de engajamento e valorização realizadas
Número do indicador:	7a
Objetivo estratégico:	OE23 - Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores
Descrição e justificativa:	A percepção positiva dos trabalhadores do HUSM em relação as ações de engajamento e valorização realizadas permitem aferir a efetividade de tais ações pela perspectiva do destinatário de tais iniciativas.
Fórmula:	$(\sum \text{percentuais de satisfação atribuídos pelo respondente}) / \text{total de respondentes}$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	0% -100%
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor), dentro dos limites
Metodologia de coleta e compilação:	Os dados são obtidos por meio de questionário online, tabulados automaticamente e validados por meio de análise estatística
Responsável pela coleta, validação e análise:	GT do Projeto
Forma de Validação:	Validação histórica e estatística pelo GT do Projeto
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	-
Meta 2025:	≥70% pelo menos positiva
Meta 2026:	≥70% pelo menos positiva
Meta 2027:	≥70% pelo menos positiva
Meta 2028:	≥70% pelo menos positiva
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

Indicador 7b do Projeto Local 7.01

Nome do indicador:	Percentual de cumprimento da agenda de ações de engajamento e valorização dos trabalhadores
Número do indicador:	7b
Objetivo estratégico:	OE23 - Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores
Descrição e justificativa:	O percentual de tarefas executadas avalia a progressão das ações do projeto, o qual objetiva a realização das entregas. A relevância de tais entregas está em prover as bases para o atendimento do Objetivo Estratégico proposto
Fórmula:	$(\text{número de ações de engajamento e reconhecimento realizadas no ano} / \text{número de ações de engajamento e reconhecimento propostas para o ano}) \times 100$
Unidade de medida:	Percentual (%)
Limite:	NA
Polaridade:	Positiva (quanto maior, melhor), dentro dos limites
Metodologia de coleta e compilação:	Evidências coletadas e registradas pelo GT do Projeto
Responsável pela coleta, validação e análise:	Membro designado pelo GT do Projeto
Forma de Validação:	Relatório do PDE 2024-2028 com aprovação do COLEX
Periodicidade da coleta:	Anual
Periodicidade da análise:	Anual
METAS	
Meta 2024:	100% das ações propostas para 2024
Meta 2025:	100% das ações propostas para 2025
Meta 2026:	100% das ações propostas para 2026
Meta 2027:	100% das ações propostas para 2027
Meta 2028:	100% das ações propostas para 2028
Parâmetros:	NA
Limitações e vieses:	NA

6.4 Fichas dos Projetos Locais – Ciclo Estratégico de 2025

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Cuidado de qualidade, integral, seguro, longitudinal e integrado em rede			
Código do projeto:	1.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Priscila Radis Padoin			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	GAS			
Data de início do projeto:	06/03/2025			
Data de término do projeto:	28/11/2025			
Pilar estratégico:	Sociedade			
1º indicador impactado pelo projeto:	1a - Taxa de parto cesáreo (TPC)			
2º indicador impactado pelo projeto:	1b - Taxa de ocupação hospitalar			
3º indicador impactado pelo projeto:	1c - Tempo médio de permanência hospitalar			
Macroproblema:	Dificuldades em manter e melhorar a qualidade do atendimento em um cenário de crescentes demandas assistenciais e fragilidades infraestruturais, de dimensionamento de pessoal e de gestão.			
Causa raiz:	Abordagem integrada insuficiente e processos ainda não devidamente integrados, gerando um contexto de ações sem sinergia. Soma-se a esta causa central, as necessidades de educação continuada e comunicação efetiva.			
Objetivo do projeto:	Desenvolver uma abordagem sistêmica para o cuidado integral com qualidade, seguro, longitudinal e integrado em rede, otimizando os indicadores hospitalares constantes no Contrato de Objetivos e Plano de Negócios da Ebserh.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE02 - Qualificar o cuidado hospitalar			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Avaliação das atividades e dos resultados do desdobramento do Projeto 1.01 no ciclo estratégico de 2024.	Conclusões avaliativas estabelecidas e resumidas	01/03/2025	14/03/2025
1.2	Apreciação e atualização dos membros da equipe do projeto para 2025.	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	06/03/2025	14/03/2025
1.3	Definição da matriz de comunicações e apropriação das datas de monitoramento do projeto para 2025 (cronograma, definição de meios de comunicação e reunião de organização).	Matriz de comunicações e datas de monitoramento estabelecidas	06/03/2025	14/03/2025
1.4	Revisão da ficha de projeto e das fichas de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados	17/03/2025	28/03/2025
1.5	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2025	Riscos do projeto identificados e validados	17/03/2025	28/03/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Diagnóstico das limitações assistenciais para o atingimento das metas propostas em 2025	Diagnóstico com o levantamento de entraves	01/04/2025	30/04/2025
2.2	Revisão das 10 (dez) patologias de maior prevalência.	Patologias de maior prevalência identificadas	01/04/2025	04/04/2025
2.3	Definição das ações, capacitações e dos protocolos assistenciais prioritários para 2025, com foco em reduzir a taxa de parto cesáreo e otimizar a ocupação e permanência hospitalar.	Cronogramas definidos, com inclusão da meta no GD da Unidade	14/04/2025	30/04/2025
2.4	Articulação da Unidade junto a academia para apoio técnico à revisão e elaboração dos protocolos.	Fluxo de apoio técnico para revisão e elaboração pactuado.	01/05/2025	30/05/2025
2.5	Elaboração ou reelaboração dos protocolos assistenciais priorizados – Fase 1	Primeira versão dos protocolos entregues ao STGQ	21/05/2025	20/06/2025
2.6	Elaboração ou reelaboração dos protocolos assistenciais priorizados – Fase 2	Primeira versão dos protocolos entregues ao STGQ	23/06/2025	25/07/2029
2.7	Aprovação interna dos protocolos revisados.	Protocolos revisados aprovados internamente.	28/07/2025	30/09/2025
2.8	Divulgação e capacitação dos protocolos junto às equipes envolvidas	Ata com assinatura da equipe	01/10/2025	15/10/2025
2.9	Implementação de ações corretivas e de melhoria voltadas para o alcance consistente dos indicadores do projeto.	Ações corretivas e de melhoria implementadas e registradas	02/10/2025	28/11/2025
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados dos monitoramentos do projeto para 2025	Informes de monitoramento do projeto consolidados	06/03/2025	28/11/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	02/12/2025	09/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	10/12/2025	19/12/2025

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Apoio à Qualificação dos Preceptores no HUSM			
Código do projeto:	2.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Gustavo Nogara Dotto			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	GEP			
Data de início do projeto:	06/03/2025			
Data de término do projeto:	28/11/2025			
Pilar estratégico:	Sociedade			
1º indicador impactado pelo projeto:	2a - Percentual de preceptores qualificados nos módulos didáticos-pedagógicos			
2º indicador impactado pelo projeto:	2b - Percentual de satisfação dos preceptores com a formação didático-pedagógica			
Macroproblema:	Não conformidade e/ou insuficiência das condições de ensino no que se refere à estruturação, oferta, atualização e adaptação dos espaços e das preceptorias.			
Causa raiz:	Planejamento insuficiente das ações voltadas para a resolução dos problemas de infraestrutura e, com destaque aqui, às condições de ensino e cenários de prática na formação das preceptorias.			
Objetivo do projeto:	Aprimorar as condições de ensino dos cenários de prática por meio do incremento de 10% de preceptores capacitados nos módulos didático-pedagógicos em relação ao ano de 2024.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE07 – Apoiar o processo de qualificação dos docentes e dos preceptores			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Apreciação e atualização dos membros da equipe do projeto para 2025	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	06/03/2025	14/03/2025
1.2	Definição da matriz de comunicações e apropriação das datas de monitoramento do projeto para 2025	Matriz de comunicações e datas de monitoramento estabelecidas	06/03/2025	14/03/2025
1.3	Revisão da ficha de projeto e das fichas de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados	17/03/2025	28/03/2025
1.4	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2025	Riscos do projeto identificados e validados	17/03/2025	28/03/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Módulo Inicial - Diagnóstico	Diagnósticos realizados e definições estabelecidas	31/03/2025	16/05/2025
2.1.1	Levantamento das expectativas e lacunas de qualificação dos preceptores	Expectativas e lacunas de qualificação dos preceptores levantadas	31/03/2025	30/04/2025
2.1.2	Estruturação das linhas gerais dos módulos de qualificação	Linhas gerais dos módulos de qualificação estruturadas	02/05/2025	16/05/2025
2.2	Módulo I – Noções Básicas em Preceptorias	Preceptores sensibilizados e mobilizados para a qualificação	19/05/2025	30/05/2025
2.2.1	Evento de abertura: “O Papel do Preceptor no Ensino Médico, Desafios e Soluções”	Evento inaugural realizado com lideranças acadêmicas, com registro de presenças e avaliação dos participantes	19/05/2025	19/05/2025
2.2.2	Campanha de Divulgação do Módulo I – Noções Básicas em Preceptorias - já veiculado online	Peças de comunicação divulgadas	19/05/2025	30/05/2025
2.2.3	Realização da Qualificação no Módulo I – Noções Básicas em Preceptorias	Registro de participação e pesquisa de satisfação realizados	02/06/2025	30/06/2025
2.3	Módulo II - Metodologias de Ensino na Prática da Preceptorias	Preceptores qualificados em Metodologias de Ensino na Prática da Preceptorias	01/07/2025	30/09/2025
2.3.1	Elaboração dos materiais instrucionais do Módulo II - Metodologias de Ensino na Prática da Preceptorias	Materiais instrucionais elaborados	01/07/2025	31/07/2025
2.3.2	Evento presencial de lançamento do Módulo II - Metodologias de Ensino na Prática da Preceptorias	Evento presencial realizado, com registro de presenças dos participantes	01/08/2025	01/08/2025
2.3.3	Campanha de Divulgação do Módulo II - Metodologias de Ensino na Prática da Preceptorias	Peças de comunicação divulgadas	01/08/2025	29/08/2025
2.3.4	Realização da Qualificação no Módulo II - Metodologias de Ensino na Prática da Preceptorias	Registro de participação e pesquisa de satisfação realizados	01/08/2025	30/09/2025
2.4	Módulo III – Metodologias de Avaliação	Preceptores qualificados em Metodologias de Avaliação	01/10/2025	28/11/2025
2.4.1	Elaboração dos materiais instrucionais do Módulo III – Metodologias de Avaliação	Materiais instrucionais elaborados	01/10/2025	20/10/2025

2.4.2	Evento presencial de lançamento do Módulo III	Evento presencial realizado, com registro de presenças dos participantes	21/10/2025	21/10/2025
2.4.3	Campanha de Divulgação do Módulo III – Metodologias de Avaliação	Peças de comunicação divulgadas	21/10/2025	03/11/2025
2.4.4	Realização da Qualificação no Módulo III – Metodologias de Avaliação	Registro de participação e pesquisa de satisfação realizados	21/10/2025	28/11/2025
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados dos monitoramentos do projeto para 2025	Informes de monitoramento do projeto consolidados	06/03/2025	28/11/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	02/12/2025	09/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	10/12/2025	19/12/2025

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Implantação do CPC - Centro de Pesquisas Clínicas do HUSM			
Código do projeto:	3.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Gustavo Nogara Dotto			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	GEP			
Data de início do projeto:	06/03/2025			
Data de término do projeto:	17/11/2025			
Pilar estratégico:	Sociedade			
1º indicador impactado pelo projeto:	3a - Percentual de processos de gestão da inovação implementados			
2º indicador impactado pelo projeto:	3b - Percentual de satisfação dos gestores com as atividades e os processos de inovação implementados			
Macroproblema:	Baixa maturidade em inovação e processos de gestão da pesquisa inadequados. Ausência de mecanismos sólidos para a disponibilização de dados e fragilidades na estruturação normativa, regulatória e de processos de pesquisas patrocinadas, além de inexistência de iniciativas de inovação no HUSM.			
Causa raiz:	Ausência de mecanismos sólidos para a disponibilização de dados e fragilidades na estruturação normativa, regulatória e de processos de pesquisas patrocinadas, além de inexistência de iniciativas de inovação no HUSM			
Objetivo do projeto:	Criar um ambiente institucional favorável ao desenvolvimento de pesquisas, inovação e avaliação de tecnologias em rede por meio do estabelecimento de normas, rotinas e fluxos de trabalho consolidados em um Centro de Projetos Patrocinados.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE09 - Criar um ambiente favorável ao desenvolvimento em rede de pesquisa, inovação e avaliação de tecnologias em saúde.			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Apreciação e atualização dos membros da equipe do projeto para 2025	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	06/03/2025	14/03/2025
1.2	Definição da matriz de comunicações e apropriação das datas de monitoramento do projeto para 2025	Matriz de comunicações e datas de monitoramento estabelecidas	06/03/2025	14/03/2025
1.3	Revisão da ficha de projeto e das fichas de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados	17/03/2025	28/03/2025
1.4	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2025	Riscos do projeto identificados e validados	17/03/2025	28/03/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Desdobramento das Ações de Base para a Gestão da Inovação no HUSM	Ações de base para a implementação da gestão da inovação no HUSM desdobradas	01/04/2025	16/06/2025
2.1.1	Detalhamento do plano de diagnóstico da inovação no HUSM	Plano de diagnóstico da inovação no HUSM detalhado	01/04/2025	14/04/2025
2.1.2	Mapeamento das iniciativas de inovação no HUSM	Iniciativas de inovação no HUSM mapeadas	15/04/2025	30/04/2025
2.1.3	Definição do plano de capacitação e treinamento	Plano de capacitação e treinamento definido	02/05/2025	02/06/2025
2.1.4	Definição do plano de acordos de cooperação e parcerias	Plano de acordos de cooperação e parcerias definido	02/05/2025	02/06/2025
2.1.5	Definição da estrutura do manual de boas práticas de inovação do HUSM	Estrutura do manual de boas práticas de inovação no HUSM definida	03/06/2025	16/06/2025
2.2	Estruturação de ferramentas e processos gerais para a gestão da inovação no HUSM	Ferramentas e processos gerais para a gestão da inovação no HUSM estruturados	17/06/2025	30/08/2025
2.2.1	Estabelecimento de fluxos e procedimentos gerais para a inovação no HUSM	Fluxos e procedimentos gerais para a inovação no HUSM estabelecidos	17/06/2025	17/07/2025
2.2.2	Definição das ferramentas para o registro de ideias	Ferramentas para o registro de ideias definidas	18/07/2025	31/07/2025
2.2.3	Estabelecimento da matriz de riscos e oportunidades	Matriz de riscos e oportunidades estabelecida	18/07/2025	31/07/2025
2.2.4	Definição do plano de implementação de projetos de inovação	Plano de implementação de projetos de inovação definido	01/08/2025	20/08/2025

2.2.5	Proposição dos documentos de acompanhamento de indicadores	Documentos de acompanhamento de indicadores propostos	21/08/2025	29/08/2025
2.3	Implementação dos processos piloto de gestão da inovação no HUSM	Processos piloto de gestão da inovação no HUSM implementados	01/09/2025	17/11/2025
2.3.1	Implementação dos fluxos e processos gerais de inovação no HUSM	Fluxos e processos gerais de inovação no HUSM implementados	01/09/2025	31/10/2025
2.3.2	Publicação do manual de boas práticas de inovação no HUSM	Manual de boas práticas de inovação publicado no HUSM	03/11/2025	03/11/2025
2.3.3	Apresentação dos resultados dos acordos de cooperação e parcerias realizados	Resultados dos acordos de cooperação e parcerias realizadas apresentados	04/11/2025	17/11/2025
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados dos monitoramentos do projeto para 2025	Informes de monitoramento do projeto consolidados	06/03/2025	17/11/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	02/12/2025	09/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	10/12/2025	19/12/2025

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Projeto de Gestão da Sustentabilidade Ambiental no HUSM			
Código do projeto:	4.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Rodrigo Lena Mattana			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	GAD			
Data de início do projeto:	06/03/2025			
Data de término do projeto:	28/11/2025			
Pilar estratégico:	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
1º indicador impactado pelo projeto:	4a - Número de ações de sustentabilidade ambiental com foco em resíduos sólidos			
2º indicador impactado pelo projeto:	4b - Taxa de conformidade na coleta e segregação de resíduos hospitalares			
Macroproblema:	Dificuldade na implantação do gerenciamento da sustentabilidade ambiental e energética no HUSM			
Causa raiz:	Indefinição de políticas institucionais para desenvolvimento de ações sustentáveis voltadas às ESG (E – ambiental; S – social; G – governança) no HUSM, bem como a ausência de controles internos dos padrões e boas práticas sustentáveis com retorno social positivo. Além disso, percebe-se a falta de adesão àquelas práticas já implementadas no HU.			
Objetivo do projeto:	Implantar a conformidade no gerenciamento energético e de resíduos do HUSM por meio de processos e normas que assegurem as melhores práticas de sustentabilidade ambiental e energética.			
Objetivo Estratégico atendido:	OE12 - Promover sustentabilidade ambiental e responsabilidade social em Rede			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Apreciação e atualização dos membros da equipe do projeto para 2025	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	06/03/2025	14/03/2025
1.2	Definição da matriz de comunicações e apropriação das datas de monitoramento do projeto para 2025	Matriz de comunicações e datas de monitoramento estabelecidas	06/03/2025	14/03/2025
1.3	Revisão da ficha de projeto e das fichas de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados	17/03/2025	28/03/2025
1.4	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2025	Riscos do projeto identificados e validados	17/03/2025	28/03/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Diagnóstico avançado de gestão de resíduos	Diagnóstico avançado de gestão de resíduos documentado	01/04/2025	13/06/2025
2.1.1	Mapeamento detalhado dos fluxos de resíduos hospitalares	Fluxos de resíduos hospitalares mapeados	01/04/2025	12/04/2025
2.1.2	Auditoria interna de conformidade com normas ambientais e sanitárias	Auditoria interna de conformidade realizada e documentada	13/05/2025	13/06/2025
2.2	Fortalecimento da logística de coleta e segregação	Logística de coleta e segregação redefinida e com equipes treinadas	16/06/2025	31/07/2025
2.2.1	Redefinição de pontos de coleta	Pontos de coleta redefinidos	16/06/2025	30/06/2025
2.2.2	Treinamento de equipes operacionais e assistenciais	Equipes operacionais e assistenciais com registro de treinamento	01/07/2025	31/07/2025
2.3	Implementação de rotinas sustentáveis e ações de atendimento do Relatório de Conformidade Ambiental da Ebserh	Rotinas sustentáveis, com foco em resíduos sólidos, e ações de conformidade ambiental implementadas	01/08/2025	28/11/2025
2.3.1	Definição de indicadores específicos para resíduos sólidos	Indicadores para resíduos sólidos definidos	01/08/2025	20/08/2025
2.3.2	Levantamento e atendimento dos itens de não conformidades ambientais que foram identificados no Relatório - SEI nº 23/2025/SEGES/CEIC/VP-EBSERH (49820431)	Relatório prévio de itens de não conformidade atendidos pelo HUSM.	01/08/2025	29/08/2025
2.3.3	Implantação de rotinas para a redução de resíduos de maior risco	Rotinas para a redução de resíduos de maior risco implementadas	21/08/2025	30/09/2025
2.3.4	Estabelecimento do plano de auditorias internas	Plano de auditorias internas estabelecido e documentado	01/10/2025	10/10/2025
2.3.5	Levantamento de impactos ambientais do HUSM	Relatório de impactos ambientais do HUSM	01/10/2025	31/10/2025
2.3.6	Auditoria pós-implantação de rotinas sustentáveis	Auditoria de pós-implantação realizada e registrada	13/10/2025	10/11/2025

2.3.7	Relatório anual de desempenho ambiental (foco em resíduos sólidos)	Relatório anual de desempenho ambiental, com foco em resíduos sólidos, publicado.	11/11/2025	28/11/2025
2.3.8	Envio do Relatório de Conformidade Ambiental para a Ebserh Sede, com ênfase no atendimento dos itens identificados no Relatório - SEI nº 23/2025/SEGES/CEIC/VP-EBSERH (49820431)	Relatório de Conformidade Ambiental para a Ebserh Sede	11/11/2025	28/11/2025
3	FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados dos monitoramentos do projeto para 2025	Informes de monitoramento do projeto consolidados	06/03/2025	15/11/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	02/12/2025	09/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	10/12/2025	19/12/2025

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Qualificação de práticas de Governança Corporativa, Responsabilidade Social e Sustentabilidade			
Código do projeto:	4.02			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Laura Quoos Dotto			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	SEGOV			
Data de início do projeto:	25/09/2025			
Data de término do projeto:	24/12/2025			
Pilar estratégico:	Responsabilidade Ambiental, Social e Governança			
1º indicador impactado pelo projeto:	4c – Índice de Aderência às Práticas Ebserh - Ambiental, Social e Governança - IAPE-ASG			
2º indicador impactado pelo projeto:	4d – Satisfação das Chefias com as ações de Conformidade da Governança			
Macroproblema:	Práticas de governança corporativa, responsabilidade social e sustentabilidade não implementadas em sua plenitude pelo Hospital			
Causa raiz:	Insuficiência de processos e práticas integradas e processos implementados para tratar os problemas fluxos de informações de governança, de forma ampla e transparente, bem como a carência de instrumentos e qualificações neste sentido.			
Objetivo do projeto:	Implementar práticas de governança corporativa, responsabilidade social e sustentabilidade no âmbito do hospital			
Objetivo Estratégico atendido:	OE11 – Aprimorar o modelo de governança corporativa da Rede			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Estabelecimento das definições gerais de Projeto para a etapa final do ano de 2025.	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	25/09/2025	10/10/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Receber e analisar a devolutiva do levantamento de práticas	Relatório individual contendo as notas do hospital, pontos fortes e oportunidades de melhoria	25/09/2025	10/10/2025
2.2	Conhecer e divulgar o Guia de Práticas	Apresentação realizada para as áreas envolvidas nas práticas previstas no Guia	10/10/2025	20/10/2025
2.3	Levantar gaps entre práticas atuais e práticas recomendadas no guia e detalhar ações	Cronograma do projeto detalhado com ações, responsáveis e prazos por prática a ser qualificada	25/09/2025	25/10/2025
2.4	Executar e monitorar o plano de ação	Relatórios periódicos de execução do plano de ação elaborados pelo hospital e apresentados ao COLEX	20/10/2025	24/12/2025
3	FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Monitoramento das atividades e entregas do Projeto.	Informes de monitoramento do projeto consolidados	25/09/2025	24/12/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	26/12/2025	28/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	26/12/2025	28/12/2025

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Consolidação da Gestão de Processos no HUSM			
Código do projeto:	5.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Murilo de Moraes Silva			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	SEGOV/SUP			
Data de início do projeto:	06/03/2025			
Data de término do projeto:	28/11/2025			
Pilar estratégico:	Desenvolvimento Institucional			
1º indicador impactado pelo projeto:	5a - Percentual de processos prioritários modelados			
2º indicador impactado pelo projeto:	5b - Satisfação com o Curso de Gestão de Processos e Riscos Organizacionais			
Macroproblema:	Falta de processos consistentes de comunicação integrados entre as áreas do HUSM, assim como insuficiência na definição de fluxos de informações para a Superintendência, Gerências e demais órgãos do HUSM			
Causa raiz:	Inexistência de ações integradas para tratar os problemas de comunicação de modo resolutivo, sobretudo aqueles ligados aos fluxos de informações de governança, de forma ampla e transparente, bem como a carência de instrumentos e qualificações neste sentido.			
Objetivo do projeto:	Disseminar e consolidar a gestão de processos no HUSM por meio da qualificação dos gestores, do estabelecimento de fluxos prioritários de informações e da padronização de instrumentos de suporte			
Objetivo Estratégico atendido:	OE17 - Desenvolver capacidade institucional em gestão hospitalar			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Apreciação e atualização dos membros da equipe do projeto para 2025	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	06/03/2025	14/03/2025
1.2	Definição da matriz de comunicações e apropriação das datas de monitoramento do projeto para 2025	Matriz de comunicações e datas de monitoramento estabelecidas	06/03/2025	14/03/2025
1.3	Revisão da ficha de projeto e das fichas de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados	17/03/2025	28/03/2025
1.4	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2025	Riscos do projeto identificados e validados	17/03/2025	28/03/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Revisão da Portaria do Escritório de Processos (EPROC)	Portaria do EPROC revisada e publicada	01/04/2025	07/04/2025
2.2	Revisão e aprovação do Regimento do Escritório de Processos	Regimento do EPROC aprovado e publicado	08/04/2025	24/04/2025
2.3	Modelagem e aprovação dos fluxos de trabalho do Escritório de Processos	Fluxos de trabalho do EPROC modelados e aprovados	08/04/2025	24/04/2025
2.4	Definição e aprovação do calendário regular do Escritório de Processos	Calendário do EPROC definido e aprovado	08/04/2025	24/04/2025
2.5	Priorização dos Processos institucionais a serem mapeados e modelados em 2025	Processos institucionais priorizados para o mapeamento	28/04/2025	07/05/2025
2.6	Produção dos materiais instrucionais a avaliação e tratamento de riscos estratégicos do PDE e para o mapeamento de processos conforme boas práticas da Ebserh	Materiais instrucionais elaborados e disponíveis para veiculação	08/05/2025	30/05/2025
2.7	Oferta dos materiais instrucionais de avaliação e tratamento de riscos estratégicos do PDE para gerentes de Projetos Locais	Curso publicado, com registros de participação e satisfação dos participantes	02/06/2025	30/06/2025
2.8	Levantamento e consolidação dos riscos estratégicos do PDE no HUSM	Mapa de riscos institucionais do HUSM consolidado e apresentado em COLEX	01/07/2025	31/07/2025
2.9	Implementação do caderno de processos e repositório online de Processos do HUSM	Repositório de processos implementado no site do HUSM	01/07/2025	31/07/2025
2.10	Mapeamento, modelagem e primeira entrega de processos mapeados	Primeira entrega de processos prioritários mapeados	01/08/2025	29/08/2025
2.11	Oferta dos materiais instrucionais curso de mapeamento de processos conforme boas práticas da Ebserh	Curso publicado, com registros de participação e satisfação dos participantes	01/09/2025	30/09/2025
2.12	Mapeamento, modelagem e segunda entrega de processos mapeados	Segunda entrega de processos prioritários mapeados	01/09/2025	30/09/2025
2.13	Mapeamento, modelagem e terceira entrega de processos mapeados	Terceira entrega de processos prioritários mapeados	01/10/2025	31/10/2025
2.14	Mapeamento, modelagem e quarta entrega de processos mapeados	Quarta entrega de processos prioritários mapeados	03/11/2025	28/11/2025

3	"FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados dos monitoramentos do projeto para 2025	Informes de monitoramento do projeto consolidados	06/03/2025	28/11/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	02/12/2025	09/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	10/12/2025	19/12/2025

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria - 2025 – HUSM-UFSM

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Painelização e Implementação de Fluxos Relevantes no Sistema de Custos do HUSM			
Código do projeto:	6.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Andreia Antunes da Silva			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	DAF/GAD			
Data de início do projeto:	03/03/2025			
Data de término do projeto:	28/11/2025			
Pilar estratégico:	Sustentabilidade Financeira			
1º indicador impactado pelo projeto:	6a - Tempo Médio de Processamento das Notas Fiscais			
2º indicador impactado pelo projeto:	6b - Satisfação dos Gestores com os Fluxos Implementados			
3º indicador impactado pelo projeto:	6c - Satisfação dos Gestores com o Painel de Custos dos Contratos			
Macroproblema:	Falta de processos consistentes de comunicação integrados entre as áreas do HUSM, assim como insuficiência na definição de fluxos de informações para a Superintendência, Gerências e demais órgãos do HUSM			
Causa raiz:	Inexistência de ações integradas para tratar os problemas de comunicação de modo resolutivo, sobretudo aqueles ligados aos fluxos de informações de governança, de forma ampla e transparente, bem como a carência de instrumentos e qualificações neste sentido.			
Objetivo do projeto:	Disseminar e consolidar a gestão de processos no HUSM por meio da qualificação dos gestores, do estabelecimento de fluxos prioritários de informações e da padronização de instrumentos de suporte			
Objetivo Estratégico atendido:	OE21 – Aprimorar os processos de compras e contratações			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Apreciação e atualização dos membros da equipe do projeto para 2025	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	06/03/2025	14/03/2025
1.2	Definição da matriz de comunicações e apropriação das datas de monitoramento do projeto para 2025	Matriz de comunicações e datas de monitoramento estabelecidas	06/03/2025	14/03/2025
1.3	Revisão da ficha de projeto e das fichas de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados	17/03/2025	28/03/2025
1.4	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2025	Riscos do projeto identificados e validados	17/03/2025	28/03/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Levantamento de requisitos para a modelagem do fluxo de recebimento das notas fiscais de contratos	Levantamento inicial para a modelagem do fluxo de recebimento das notas fiscais de contratos realizado	01/04/2025	17/04/2025
2.2	Modelagem do fluxo de recebimento das notas fiscais de contratos	Fluxo de recebimentos das notas fiscais de contratos modelado	21/04/2025	30/05/2025
2.3	Definição de indicadores para o monitoramento do fluxo de notas fiscais de contratos	Indicadores para o monitoramento do fluxo de notas fiscais de contratos definidos	02/06/2025	20/06/2025
2.4	Revisão do fluxo de recebimento das notas fiscais de contratos	Fluxo de recebimentos das notas fiscais de contratos revisado	23/06/2025	11/07/2025
2.5	Definições gerais para a implementação do painel de custos dos contratos	Definições gerais para a implementação do painel de custos dos contratos estabelecidas.	14/07/2025	14/08/2025
2.6	Desenvolvimento do painel de custos dos contratos	Painel de custos dos contratos desenvolvido	18/08/2025	30/09/2025
2.7	Teste piloto da versão preliminar do painel de custos dos contratos	Teste piloto da versão preliminar do painel de custos dos contratos realizado	01/10/2025	20/10/2025
2.8	Ajustes no painel de custos dos contratos	Painel de custos dos contratos validado	21/10/2025	10/11/2025
2.9	Aprovação do painel de custos dos contratos pelo COLEX do HUSM	Painel de custos dos contratos aprovado pelo COLEX do HUSM	11/11/2025	28/11/2025
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados dos monitoramentos do projeto para 2025	Informes de monitoramento do projeto consolidados	06/03/2025	28/11/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	02/12/2025	09/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	10/12/2025	19/12/2025

IDENTIFICAÇÃO				
Nome do projeto:	Engajamento e Valorização dos Trabalhadores do HUSM			
Código do projeto:	7.01			
Versão:	1.0			
Gerente do projeto:	Claudia Rosane Perico Lavich			
Gerente do portfólio:	Laura Quoos Dotto			
Área patrocinadora do projeto:	DIVGP/GAD			
Data de início do projeto:	06/03/2025			
Data de término do projeto:	28/11/2025			
Pilar estratégico:	Desenvolvimento do Trabalhador			
1º indicador impactado pelo projeto:	7a - Percentual de percepção positiva das ações de engajamento e valorização realizadas			
2º indicador impactado pelo projeto:	7b - Percentual de cumprimento da agenda de ações de engajamento e valorização dos trabalhadores			
Macroproblema:	Fragilidades em estabelecer uma cultura de valorização e engajamento entre os diferentes segmentos de profissionais no HUSM.			
Causa raiz:	Insuficiência das ações integradas de valorização e reconhecimento dos trabalhadores.			
Objetivo do projeto:	Propor e implementar agendas de ações integradas de valorização e reconhecimento dos trabalhadores para o engajamento no trabalho			
Objetivo Estratégico atendido:	OE23 - Promover o engajamento e valorização dos trabalhadores			
Código da EAP	Macroatividade	Entregas previstas	Data de início	Data limite
1	FASE DE REVISÃO DO PLANEJAMENTO PARA 2025			
1.1	Apreciação e atualização dos membros da equipe do projeto para 2025	Atualização da Portaria do GT do projeto, caso tenha havido alterações na equipe	06/03/2025	14/03/2025
1.2	Definição da matriz de comunicações e apropriação das datas de monitoramento do projeto para 2025	Matriz de comunicações e datas de monitoramento estabelecidas	06/03/2025	14/03/2025
1.3	Revisão da ficha de projeto e das fichas de indicadores	Ficha de projeto e fichas de indicadores revisados	17/03/2025	28/03/2025
1.4	Identificação e validação dos riscos do projeto para 2025	Riscos do projeto identificados e validados	17/03/2025	28/03/2025
2	FASE DE EXECUÇÃO PARA 2025			
2.1	Pesquisa de valorização dos trabalhadores	Resultados da pesquisa de valorização dos trabalhadores disponibilizados	31/03/2025	10/04/2025
2.2	Proposição de ações voltadas para o engajamento e valorização dos trabalhadores	Plano de ações elaborado	11/04/2025	30/04/2025
2.3	Levantamento das necessidades para a finalização da implementação da sala de acolhimento e espaços anexos	Resultados do levantamento registrado e disponibilizados	02/05/2025	12/05/2025
2.4	Divulgação das ações acolhimento para o segundo quadrimestre de 2025	Peças de divulgação veiculadas	02/05/2025	30/05/2025
2.5	Apresentação para o COLEX das demandas de implementação da sala de acolhimento e espaços anexos	Registro em ata da apresentação para o COLEX	02/06/2025	13/06/2025
2.7	Avaliação dos resultados dos projetos de acolhimento realizados pelas áreas do HUSM	Resultados dos projetos de acolhimento no HUSM avaliados	16/06/2025	31/07/2025
2.8	Divulgação das ações acolhimento para o terceiro quadrimestre de 2025	Peças de divulgação veiculadas	01/08/2025	29/08/2025
2.9	Proposição do fluxo de trabalho para a sala de acolhimento e espaços anexos	Fluxo proposto	01/09/2025	30/09/2025
2.10	Ações piloto de atendimento em fisioterapia, condicionados à implementação dos espaços de acolhimento	Realização de ações piloto em atendimento fisioterapêutico	01/10/2025	31/10/2025
2.11	Consolidação e relatório sintético das ações do Projeto	Relato sintético das ações realizadas	03/11/2025	28/11/2025
3	"FASE DE CONTROLE PARA 2025 (em paralelo com as datas de planejamento e execução)			
3.1	Levantamento e consolidação de dados dos monitoramentos do projeto para 2025	Informes de monitoramento do projeto consolidados	03/03/2025	28/11/2025
4	FASE DE ENCERRAMENTO PARA 2025			
4.1	Entregas de encerramento do projeto em 2025	Entregas de encerramento validadas	02/12/2025	09/12/2025
4.2	Relatos finais do projeto em 2025	Relato final publicado	10/12/2025	19/12/2025