



2009

Relatório Anual



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – 2009

Governador do Estado de São Paulo José Serra
Secretário de Estado da Saúde Luiz Roberto Barradas Barata



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Presidente do Conselho Deliberativo: Prof. Dr. Marcos Boulos
Vice-Presidente: Prof. Dr. Tarcísio Eloi Pessoa de Barros Filho

Membros Titulares: Prof. Dr. José Otávio Costa Auler Júnior
Prof. Dra. Eloísa Silva Dutra de Oliveira Bonfá
Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri
Prof. Dr. Milton de Arruda Martins
Prof. Dr. Dalton de Alencar Fischer Chamone

Membros Suplentes: Prof. Dra. Magda Maria Sales Carneiro-Sampaio
Prof. Dr. Wagner Farid Gattaz
Prof. Dr. Arnaldo Valdir Zumioti
Prof. Dr. Noedir Antonio Groppo Stolf
Prof. Dr. Marcelo Zugaib

Diretor Clínico: Prof. Dr. José Otavio Costa Auler Junior
Superintendente: Dr. José Manoel de Camargo Teixeira
Chefe de Gabinete: Dr. Haino Burmester

RELATÓRIO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

Coordenação dos Trabalhos:
NPG – Núcleo de Planejamento e Gestão

Elaboração e Produção:
Superintendência

Apoio:
NCI – Núcleo de Comunicação Institucional

Hospital das Clínicas da FMUSP
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225
CEP 05403-010 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3069 6000
Site: www.hcnet.usp.br

Projeto Gráfico e Arte: Paulo Batista
Impressão: In Prima

SUMÁRIO

PERFIL	7
P1 Descrição da Organização	8
P2 Concorrência e Ambiente Competitivo	19
P3 Aspectos Relevantes	19
P4 Histórico da Busca da Excelência	20
P5 Estrutura Organizacional	20
1. LIDERANÇA	23
1.1 Governança Corporativa	24
1.2 Exercício da Liderança e Promoção da Cultura da Excelência	31
1.3 Análise do Desempenho da Organização	42
2. ESTRATÉGIAS E PLANOS	51
2.1 Formulação das Estratégias	52
2.2 Implementação das estratégias	61
3. CLIENTES	65
3.1 Imagem e Conhecimento de Mercado	66
3.2 Relacionamento com Clientes	70
4. SOCIEDADE	75
4.1 Responsabilidade Socioambiental	76
4.2 Desenvolvimento Social	81
5. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO	85
5.1 Informações da Organização	86
5.2 Informações Comparativas	91
5.3 Ativos Intangíveis e Conhecimento Organizacional	95
6. PESSOAS	99
6.1 Sistemas de Trabalho	100
6.2 Capacitação e Desenvolvimento	104
6.3 Qualidade de Vida	108

7. PROCESSOS	115
7.1 Processos Principais do Negócio e Processos de Apoio	116
7.2 Processos de Relacionamento com os Fornecedores	125
7.3 Processos Econômico-financeiros	129
8. RESULTADOS	135
GLOSSÁRIO	180

APRESENTAÇÃO

Anualmente o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo apresenta suas práticas, com ênfase aos aspectos relevantes do seu Modelo de Gestão.

Com isto, pretende-se a prestação de contas a todas as partes interessadas do Hospital, das atividades desenvolvidas.

Essa transparência vem possibilitando a gestão participativa, uma vez que, cientes dos caminhos que vêm sendo traçados para a melhoria contínua da Instituição, é possível a construção coletiva das práticas que vêm levando o Hospital à Excelência da Gestão, por meio da incorporação de sugestões e da discussão de possíveis oportunidades de melhorias.

Com esse objetivo, o Relatório de 2009 está dividido em capítulos relacionados à Liderança do Hospital, às suas Estratégias e Planos, aos seus Clientes, à Sociedade, às Informações e Conhecimento, às suas Pessoas, aos seus Processos e aos seus Resultados.

Essas informações darão subsídios para que o leitor compreenda os resultados alcançados pela Instituição, apresentados no último capítulo.

Cabe destacar, ainda, que esses resultados refletem a qualidade do trabalho de sua Equipe, maior patrimônio Institucional do Hospital, a quem, junto com os demais parceiros, agradecemos pelas conquistas de 2009.

José Manoel de Camargo Teixeira
Superintendente



Perfil

PERFIL

P1 - DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A) INSTITUIÇÃO, PROPÓSITOS E PORTE DA ORGANIZAÇÃO

(1 e 2) Denominação e forma de atuação

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP é uma autarquia do Governo do Estado, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa e associada à Faculdade de Medicina da USP para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde destinados à comunidade.

(3) Data de instituição

O prédio que hoje abriga Instituto Central – IC foi inaugurado em 19 de abril de 1944, sendo essa data considerada como de inauguração de todo Complexo Hospitalar atual.

(4 e 5) Descrição e porte

Na área assistencial, o HC atua por meio de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças, atenção médico-hospitalar no nível terciário de complexidade e reabilitação de seqüelas após o tratamento das doenças.

O Complexo HC é considerado um dos mais importantes pólos brasileiros de disseminação de informações técnico-científicas, sendo um centro de excelência e referência no campo de ensino, pesquisa e assistência.

Na área acadêmica, atua no internato dos cursos de graduação no ensino médico, de fisioterapia e terapia ocupacional e pós-graduação senso lato e senso estrito. Na área de pesquisa, atua em todos os ramos das ciências da saúde, com 62 Laboratórios de Investigação.

LEITOS OPERACIONAIS - HCFMUSP

Unidade	Sigla	Leitos Oper.	Característica Principal
Instituto Central Dr. Adhemar Pereira de Barros	IC	883	Hospital Geral de Especialidades
Instituto do Coração Prof. Eurícydes de Jesus Zerbini	InCor	445	Hospital Especializado em Cardiologia Clínica e Cirúrgica
Instituto de Ortopedia e Traumatologia Prof. Francisco Elias Godoy Moreira	IOT	148	Hospital Especializado em Ortopedia e Traumatologia
Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara	ICr	200	Hospital Especializado no atendimento a Crianças e Adolescentes
Instituto de Psiquiatria Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva	IPq	106	Hospital Especializado em Psiquiatria
Total leitos operacionais		1782	Hospitais Agudos
Hospital Auxiliar de Suzano	HAS	110	Hospital para atendimento de pacientes crônicos
Hospital Auxiliar de Cotoxó	HAC	112	Hospital para atendimentos de pacientes subagudos
Total leitos operacionais		222	Hospitais de crônicos e subagudos
Total de Leitos Operacionais (média 2009)		2004	

Figura P1.1: natureza atual das atividades.

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde - NIS

Obs.: Instituto de Radiologia e o Instituto de Medicina Física e Reabilitação não possuem leitos de internação.

Todo o Complexo engloba 2.004 leitos operacionais, ocupando área construída de 365.099,24 m², com 14.690 funcionários e um orçamento estadual executado em 2009 de R\$815.312.664,00. A este valor devem ser somados mais R\$ 630.900.311,00 de recursos extra-orçamentários, gerados pela própria Instituição na prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde - SUS, planos de saúde e pacientes pagantes, por meio da Fundação Zerbini - FZ e Fundação Faculdade de Medicina - FFM. Na fig. P1.1 apresenta-se, para cada Unidade, a média de leitos operacionais ofertados durante o ano de 2009.

B) PRODUTOS E PROCESSOS

(1) Os principais produtos do Hospital

Os principais produtos do HC são relacionados ao ensino, pesquisa e assistência à saúde.

(1.1) Produtos relacionados ao ensino

(1.1.1) Graduação

O aprendizado se dá no HC, com 1.071 alunos de medicina, 106 de fisioterapia, 106 de fonoaudiologia e 117 de terapia ocupacional. Destaca-se que os dois últimos anos do curso de graduação em medicina da FMUSP são de internato, centrado principalmente nas áreas gerais (Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Geral).

(1.1.2) Residência Médica

O programa de Residência Médica é oferecido por 16 dos 17 Departamentos da FMUSP, totalizando em 2009, 997 médicos residentes. São vagas credenciadas em 51 especialidades médicas, assim distribuídas: 6 áreas básicas, 20 com acesso direto, 10 com pré-requisito em Cirurgia Geral, 10 com pré-requisito em Clínica Médica, 1 com pré-requisito em Cirurgia Geral ou Obstetrícia e Ginecologia, 1 com pré-requisito em Cirurgia Geral ou Anestesiologia, 1 com pré-requisito em Clínica Médica ou Cirurgia Geral e 1 com pré-requisito em Pediatria e 1 com pré-requisito em Cirurgia Plástica ou Ortopedia.

Os residentes são matriculados com Bolsas fornecidas pela Secretaria de Estado da Saúde (93,5% do total) e Bolsas de Fonte Privada (6,5% do total). Do total de Bolsas, 42,5% são destinadas para R1, 40% para R2, 16,5% para R3 e 1% para R4 e R5.

(1.1.3) Programa Aprimoramento Profissional - PAP

Foi criado em 1979 pelo Governo do Estado de São Paulo por meio do Decreto nº13.919, como resultado da parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Fundação do Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP, sendo atribuições primordiais dessas Instituições, respectivamente, financiar e administrar o Programa. No HC o PAP é oferecido desde 1983.

Os bolsistas denominados aprimorandos são capacitados para o exercício profissional, por meio de capacitação em serviço sob supervisão de profissional qualificado. O PAP constitui modalidade de ensino, que visa:

- complementar a formação universitária em aspectos da prática profissional;
- adequar a formação técnica à prestação de serviços de saúde, voltada às necessidades da população; e
- estimular o desenvolvimento de uma visão crítica e abrangente do Sistema Único de Saúde, que lhes permita atuar na sua total implantação.

Sob regime de dedicação exclusiva, os Programas têm duração de 12 ou 24 meses, com carga horária semanal de 40 horas, funcionando sob a responsabilidade dos Institutos (Central, do Coração, de Radiologia, de Ortopedia e Traumatologia, de Psiquiatria, da Criança e de Medicina Física e Reabilitação), Hospital Auxiliar de Cotoxó, Hospital Auxiliar de Suzano, Laboratório de Investigação Médica e Prédio da Administração, que integram o Complexo HCFMUSP.

Neste Programa de Aprimoramento Profissional foram inscritos, em 2009, 3.322 candidatos para 277 vagas, distribuídas em diversos Programas nas áreas de Administração em Saúde, Biblioteconomia, Biomecânica, Direito na Área da Saúde Pública, Educação Física, Enfermagem, Engenharia e Arquitetura Hospitalar, Farmácia, Física de Radioterapia, Fisioterapia Cardiorrespiratória, Fisioterapia Músculo-Esquelético, Fonoaudiologia, Métodos Diagnósticos, Nutrição, Odontologia Hospitalar, Patologia Clínica, Psicologia, Saúde Coletiva, Saúde e Trabalho, Serviço Social, Técnicas Avançadas em Análises Clínicas e Terapia Ocupacional. São 84 Programas que foram realizados envolvendo mais de 200 funcionários do Hospital na tarefa de educação e ensino.

(1.1.4) Cursos

O Programa de Cursos Avançados foi criado em 2000 para atender a demanda reprimida dos Programas de Aprimoramento Profissional. Os cursos deste Programa estão sendo organizados e classificados em Especialização, Aperfeiçoamento e Extensão Universitária (Atualização e Difusão Cultural) e são dirigidos aos profissionais de nível superior para atualização técnico profissional. No ano de 2009 foram realizados 24 cursos, com formação de 176 alunos.

(1.1.5) Estágios Obrigatórios

Esta modalidade de Estágio se dá mediante a assinatura de Termo de Cooperação (Termo de Convênio) entre o HC e Instituição de Ensino Público ou Privado (Superior ou Médio Profissionalizante), Termo de Compromisso (Contrato de Estágio) e apresentação de Plano de Estágio que formam profissionais para a área da saúde utilizando as Unidades do Complexo HC como campo de estágio. Os estudantes deverão estar regularmente matriculados e exercendo atividades compatíveis com a Disciplina e/ou Módulo do Curso, conforme constante e descrito no Plano de Estágio e aprovadas pelo Docente responsável e pelo responsável pela área concedente.

No ano de 2009, o HC manteve convênio com 30 Instituições de Ensino. Estas instituições estão divididas em Instituições de Ensino Superior e Instituições de Ensino Médio Profissionalizante. Com relação às Instituições de Ensino Superior, o Hospital manteve convênio com 15 Instituições sendo 11 Privadas e 4 Públicas, nas áreas de Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Gerontologia. Quanto às Instituições de Ensino Médio Profissionalizante, o Hospital manteve convênio com 15 Instituições de Ensino sendo 14 Privadas e 01 Pública, nas áreas de Técnico de Hotelaria Hospitalar, de Radiologia, de Enfermagem, de Farmácia e de Nutrição. Em 2009, as Instituições de Ensino Superior Privadas ocuparam 30.099 horas de estágio e as de Ensino Médio Profissionalizante Privadas ocuparam 62.434 horas. Todos eles ofereceram em contrapartida em cumprimento a Cláusula Sexta do Termo de Cooperação, vários cursos de Especialização, Atualização e cursos Técnicos nas diferentes áreas de saúde.

(1.1.6) Programa de Capacitação em Serviço

Contemplam profissionais e/ou estudantes de nível superior e do ensino profissionalizante e objetiva a aquisição de habilidades específicas e o desenvolvimento de competências. É uma oportunidade de aperfeiçoamento que os diversos Institutos/Unidades Administrativas do Complexo HC oferecem para os públicos interno e externo de nível médio ou superior na área da saúde. Visa basicamente que o interessado possa se atualizar em novas técnicas e processos de trabalho desenvolvidos na Instituição. Essa prática é de responsabilidade dos profissionais que atuam diretamente na supervisão de campo, por meio de um plano de estágio simplificado, onde consta o conteúdo programático, com objetivos gerais e específicos e respectiva carga horária. A duração deste Programa está entre 80 e 960 horas por ano. Os Programas de longa duração (de 481 a 960 horas por ano) poderão ser renovados uma única vez, por um período máximo de 50% do tempo inicial, sendo necessária a justificativa da área para a renovação. Os profissionais mais comuns de nível técnico profissionalizante são os Técnicos de Enfermagem, de Eletrocardiograma, de Farmácia, de Radiologia Médica, de Nutrição e Instrumentadores Cirúrgicos, enquanto que os de ensino superior são os Educadores Físicos, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Cirurgiões Dentistas, Psicólogos, Arquitetos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos, Biólogos, Biomédicos, Pedagogos, Assistentes Sociais e Terapeutas Ocupacionais, dentre outros. O Programa é dividido em 4 modalidades: Atividade Profissional Supervisionada, Iniciação a Pesquisa, Capacitação para a Pesquisa e Intercâmbio Institucional.

Em 2009 foram registrados 495 ingressantes no Programa de Capacitação em Serviço Nível Superior e 76 ingressantes no Programa de Capacitação em Serviço Nível Profissionalizante.

(1.1.7) Visitas Técnicas (individual e Institucional)

Essa modalidade de ensino tem por objetivo fornecer ao interessado, rápida visão sobre aspectos de natureza técnica e funcional do Sistema FMUSP-HC. Os pedidos podem ser solicitados por pessoas físicas ou jurídicas. Em 2009 houve 44 visitantes oriundos das mais diversas regiões de São Paulo e de outros Estados. Destacam-se entre os estudantes de nível técnico, superiores e profissionais que mais realizam a Visita Técnica, os profissionais da Área de Saúde, Físicos, Arquitetos, Estudantes de

Ciências da Informação, Técnico de Radiologia Médica e outros.

(1.1.8) Programa Ensino Fundamental

Visa proporcionar o Ensino Fundamental aos servidores do Sistema FMUSP-HC por meio do atendimento e capacitação permanente na Escola de Educação Permanente. Destinado aos servidores que não concluíram o Ensino Fundamental. O Programa, no ano de 2009, ficou organizado em 2 segmentos:

- 1º Contempla os servidores com domínio da leitura, interpretação de texto e que escrevem com coerência e coesão, assim como apresentam noções básicas de matemática (adição, subtração e multiplicação); e
- 2º Contempla servidores que concluíram a 4ª série e apresentam um bom domínio da leitura e da escrita e realizam situações problema com números naturais envolvendo as operações adição, subtração, multiplicação e divisão.

Para os alunos-servidores do 2º segmento, além das atividades e acompanhamento recebidos em sala de aula, também são feitas inscrições em exames promovidos pela Secretaria Estadual de Educação, Exames Supletivos, promovidos pelo Ministério da Educação e Exame Nacional de Avaliação das Competências de Jovens e Adultos - ENCCEJA.

Em 2009 foram matriculados 6 alunos no 1º Segmento e 28 alunos no 2º Segmento do Programa Ensino Fundamental.

(1.1.9) Programa Classe Hospitalar

Este Programa tem por objetivo atender prioritariamente os alunos matriculados ou não nas escolas de educação básica que estão impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique na internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio, contribuindo para o seu retorno e reintegração ao grupo escolar desenvolvendo, assim, currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos como prevê a LDB 9394/96 nos seus artigos 5 e 23. Foram atendidos 5.919 pacientes-alunos em 2009, dos seguintes Institutos: ICr, InCor, IPq, IOT e HAC.

(1.1.10) Programa de Ajuda de Custo

Este benefício é concedido aos Supervisores Titulares, Suplentes e Colaboradores, todos cadastrados na Fundação para o Desenvolvimento Administrativo - FUNDAP no Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da FMUSP para participação em eventos técnicos científicos, apresentando trabalhos oral ou pôster, exceto quando nas condições de presidente da mesa ou de ouvinte.

(1.1.11) Programa de Estágios para Estudantes com Bolsas de Estudo

O Decreto Estadual nº 52.756, de 27 de fevereiro de 2008, instituiu o Programa de Estágios com Bolsas do Estado de São Paulo. A seleção para os órgãos da administração estadual ocorre por meio de processo seletivo público unificado administrado pela FUNDAP. Estes Estágios estão sendo cumpridos, nos termos da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.

O objetivo deste Estágio é proporcionar ao estudante, o exercício de atividades correlatas à sua formação profissional em complementação aos conhecimentos teóricos recebidos. O estudante deve estar regularmente matriculado em instituição pública ou privada, de Ensino Superior e efetivamente freqüentando o curso.

Este Estágio tem duração de até 12 meses, podendo ser prorrogado até o limite de 24 meses, com período de recesso de 30 (trinta) dias consecutivos por cada 12 (doze) meses de Estágio.

O valor da bolsa de estudos é regulado pela Resolução SGP - 20, de 18-8-2009. A Escola de Educação Permanente - EEP tem disponibilizado o valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais) por mês para cada estudante que cumpre a carga horária de 4 horas por dia e concede o auxílio-transporte, conforme disposto no artigo 12 da Lei Federal nº 11.788, de 25 de setembro de 2008.

O Programa teve início em 2009 com 4 estudantes de Direito. Os primeiros estudantes chegaram no mês de setembro de 2009.

(1.1.12) Projeto Angola

Este Projeto teve início em 2009 e tem por objetivo oferecer a especialização para Médicos Angolanos. O Programa foi estabelecido a partir da solicitação do Hospital Clínica Multiperfil. Para

atender às necessidades das partes interessadas, foi celebrado um Contrato de Cooperação Técnico-Científica entre a Empresa Pracsis Soluções em Saúde e a Fundação Faculdade de Medicina. Os requisitos do contrato são: formação médica em Angola, cumprimento do Programa no período determinado, cumprimento da especialidade sob a anuência do HC e pagamento do valor acordado para a Clínica onde será realizado o estágio.

O grupo da alta liderança administra o contrato nos aspectos técnicos, jurídicos e financeiros. Também há o coordenador médico, que realiza o controle das atividades práticas, supervisionando a ação dos preceptores.

Para controlar os requisitos apresentados, os médicos estagiários são avaliados com instrumentos próprios da Clínica Médica e do Hospital Universitário. A partir desta avaliação, a coordenação confecciona relatórios para prestação de contas ao Comitê Gestor e à Clínica Multiperfil.

Mensalmente, o coordenador se reúne com os médicos Angolanos para discutir o conteúdo e sistema de ensino. Todas as informações coletadas são levadas para as reuniões do Comitê Gestor e as reuniões dos Preceptores, as quais ocorrem separadamente a cada mês.

(1.2) Produtos relacionados à pesquisa

Processos desenvolvidos por meio do Laboratório de Investigação Médica - LIM

O LIM constitui-se em referencial de qualidade científica no país, sendo comparável às melhores Instituições do mundo com finalidades semelhantes, tendo projeção nacional e internacional, na condição de núcleo de referência e excelência em pesquisa. Vem desempenhando, particularmente na última década, função de inestimável valor na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pois vem mantendo os processos de criação de conhecimento original, treinando novos pesquisadores e auxiliando no aprimoramento do ensino e da educação acadêmica dos alunos, professores, médicos e outros profissionais do Hospital das Clínicas que nele trabalham ou estagiam.

O LIM tem por finalidade desenvolver pesquisas científicas, padronizar novas técnicas e métodos, possibilitando sua implantação para atendimento de pacientes em outras Unidades Hospitalares do Complexo HCFMUSP. Promove a formação de pesquisadores em pesquisas básica e aplicada e serve de campo de ensino e treinamento para estudantes de escolas de nível superior, cujos currículos sejam relacionados com as ciências da saúde. Serve também de campo de desenvolvimento e treinamento para profissionais da saúde e realiza cursos no campo da medicina e da saúde.

Vem sendo realizado, atualmente, um percentual significativo de projetos multicêntricos com outras instituições universitárias nacionais e internacionais e com a indústria farmacêutica. As fontes de financiamento, além dos recursos orçamentários, incluem FAPESP, CAPES, CNPq, FINEP, indústrias farmacêuticas e também convênios com outras entidades públicas e privadas. Atualmente são 62 Unidades Laboratoriais, listadas a seguir:

LIM I:	Laboratório de Informática Médica;
LIM II:	Laboratório de Anatomia Médico-Cirúrgica;
LIM III:	Laboratório de Medicina Laboratorial;
LIM IV:	Laboratório de Microcirurgia – Cirurgia Plástica;
LIM V:	Laboratório de Patologia Experimental;
LIM VI:	Laboratório de Imunologia da Esquistossomose e outras;
LIM VII:	Laboratório de Gastroenterologia Clínica e Experimental;
LIM VIII:	Laboratório de Anestesiologia;
LIM IX:	Laboratório de Pneumologia;
LIM X:	Laboratório de Lípidos;
LIM XI:	Laboratório de Cirurgia Cardiovascular e Fisiopatologia da Circulação;
LIM XII:	Laboratório de Pesquisa Básica em Doenças Renais;
LIM XIII:	Laboratório de Genética e Cardiologia Molecular;
LIM XIV:	Laboratório de Investigação em Patologia Hepática;
LIM XV:	Laboratório de Investigação em Neurologia;
LIM XVI:	Laboratório de Fisiopatologia Renal;
LIM XVII:	Laboratório de Investigação em Reumatologia;
LIM XVIII:	Laboratório de Carboidratos e Radioimunoensaios;
LIM XIX:	Laboratório de Histocompatibilidade e Imunidade Celular;
LIM XX:	Laboratório de Terapêutica Experimental;
LIM XXI:	Laboratório de Neuroimagem em Psiquiatria;
LIM XXII:	Laboratório de Patologia Cardiovascular;
LIM XXIII:	Laboratório de Psicopatologia e Terapêutica Psiquiátrica;
LIM XXIV:	Laboratório de Oncologia Experimental;
LIM XXV:	Laboratório de Endocrinologia Celular e Molecular;
LIM XXVI:	Laboratório de Pesquisa em Cirurgia Experimental;
LIM XXVII:	Laboratório de Neurociências;
LIM XXVIII:	Laboratório de Cirurgia Vascular e da Cabeça e Pescoço;
LIM XXIX:	Laboratório de Nefrologia Celular, Genética e Molecular;
LIM XXX:	Laboratório de Investigação em Cirurgia Pediátrica;
LIM XXXI:	Laboratório de Genética e Hematologia Molecular;
LIM XXXII:	Laboratório de Otorrinolaringologia;
LIM XXXIII:	Laboratório de Oftalmologia;
LIM XXXIV:	Laboratório de Telemedicina;
LIM XXXV:	Laboratório de Fisiologia Pancreática;
LIM XXXVI:	Laboratório de Pediatria Clínica;
LIM XXXVII:	Laboratório de Transplante e Cirurgia de Fígado;
LIM XXXVIII:	Laboratório de Epidemiologia e Imunobiologia;
LIM XXXIX:	Laboratório de Processamento de Dados Biomédicos;
LIM XL:	Laboratório de Imuno-Hematologia e Hematologia Forense;
LIM XLI:	Laboratório de Investigação Médica do Sistema Músculo-Esquelético;
LIM XLII:	Laboratório de Hormônios e Genética Molecular;
LIM XLIII:	Laboratório de Medicina Nuclear;
LIM XLIV:	Laboratório de Ressonância Magnética em Neuroradiologia;
LIM XLV:	Laboratório de Neurocirúrgica;
LIM XLVI:	Laboratório de Parasitologia Médica;
LIM XLVII:	Laboratório de Hepatologia por Vírus;
LIM XLVIII:	Laboratório de Imunologia;
LIM XLIX:	Laboratório de Protozoologia;
LIM L:	Laboratório de Patologia das Moléstias Infecciosas;

LIM LI:	Laboratório de Emergências Clínicas;
LIM LII:	Laboratório de Virologia;
LIM LIII:	Laboratório de Micologia;
LIM LIV:	Laboratório de Bacteriologia;
LIM LV:	Laboratório de Urologia;
LIM LVI:	Laboratório de Investigação em Dermatologia e Imunodeficiências;
LIM LVII:	Laboratório de Fisiologia Obstétrica;
LIM LVIII:	Laboratório de Ginecologia Estrutural e Molecular;
LIM LIX:	Laboratório de Biologia Celular;
LIM LX:	Laboratório de Imunologia Clínica e Alergia;
LIM LXI:	Laboratório de Pesquisa em Cirurgia Torácica; e
LIM LXII:	Laboratório de Fisiopatologia Cirúrgica.

Cabe destacar que, em suas 62 Unidades Laboratoriais estão presentes mais de 200 grupos independentes que desenvolvem pesquisa em diferentes campos da Ciência da Saúde. Vários atuam na aplicação dos conhecimentos gerados por modernas tecnologias, como, por exemplo, no campo da Genômica e da Imunologia.

(1.3) Produtos relacionados à atenção à saúde

- consultas eletivas, de emergência e de urgência;
- internações hospitalares clínicas, cirúrgicas e obstétricas;
- exames auxiliares ao diagnóstico e ao tratamento: clínicos, radiológicos, tomográficos, ressonância, ecográficos, invasivos, de análises clínicas, hemodinâmicos, entre outros;
- assistência farmacêutica;
- assistência nutricional; e
- reabilitação motora e sensório-motora.

(2) Principais processos de apoio

- planejamento estratégico;
- engenharia e arquitetura hospitalar;
- tecnologia da informação;
- infra-estrutura e logística;
- jurídico;
- gestão de pessoas;
- comunicação institucional;
- gestão econômico-financeira;
- organização de eventos; e
- ouvidoria central.

(3) Principais equipamentos, instalações e tecnologias de produção

Os equipamentos, instalações e tecnologias de produção estão nos Institutos e Unidades do HCFMUSP, conforme descrito abaixo:

IC: é composto pelo Instituto Central e Prédio dos Ambulatórios. Concentra a maioria das especialidades médicas do Complexo HCFMUSP: Clínica Cirúrgica (Geral, Aparelho Digestivo, Fígado, Cabeça e Pescoço, Torácica, Vascular), Clínica Médica (Hematologia, Endocrinologia, Pneumologia, Nefrologia, Alergia e Imunologia, Reumatologia, Gastroenterologia, Geriatria), Neurologia Clínica e Cirúrgica, Urologia, Ginecologia, Obstetrícia, Dermatologia, Plástica e Queimaduras, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Endoscopia, Moléstias Infecciosas e Parasitárias entre outras. Nesse prédio encontra-se também o maior Centro Cirúrgico e a Divisão de Laboratório Central, primeiro Laboratório do serviço público no país a receber o certificado ISO 9002.

No IC, a Divisão de Urologia inaugurou, em 2009, novas instalações da sua unidade ambulatorial, privilegiando a assistência urológica ao idoso. A reestruturação da área permitiu a construção de mais três consultórios e de salas com recursos sofisticados para diagnósticos e intervenções minimamente invasivas guiadas por imagem. No local são realizados estudos urodinâmicos, endoscopia, manipulações transuretrais, biópsias percutâneas, exames de ultrassom e radiológicos.

Inaugurou, também, modernas instalações da unidade de Apoio Cirúrgico e de Recuperação Pós-Anestésico. A readequação da área permitiu a abertura de mais quatro leitos, totalizando 27 leitos para o atendimento de pacientes submetidos às cirurgias complexas que necessitam de cuidados de terapia intensiva na fase pós-operatória.

A unidade de Eletromiografia da Clínica Neurológica ganhou, nesse ano, mais um apa-

relho de Eletromiografia, totalizando cinco, para o diagnóstico de neuropatias, miopatias, radiculopatias, distúrbios da junção neuromuscular e moléstias degenerativas crônicas da ponta anterior da medula.

IOT: presta atendimento especializado aos pacientes com afecções ortopédicas e traumatológicas, sendo centro de referência para lesões raquimedulares e reimplantes de membros.

O Laboratório de Estudos do Movimento é especializado na avaliação funcional do movimento é capaz de realizar todas as análises relacionadas à fisiologia do exercício.

Também se destacam nesse Instituto, o Banco de Tecidos do Sistema Músculo-Esquelético, a Divisão de Próteses e Órteses e a unidade de Emergência Referenciada para tratamento de trauma ortopédico de alta complexidade.

IPq: é um avançado centro de assistência, pesquisa e ensino em psiquiatria e neurocirurgia funcional. Sua estrutura conta com ambulatorios, unidades de internação, laboratórios, serviços de diagnóstico, hospital-dia, centros de reabilitação, psicoterapia, odontologia para pacientes psiquiátricos, além de um moderno centro de neurocirurgia funcional.

Em 2009 o IPq recebeu equipamento de última geração de Ressonância Magnética que já está em funcionamento na área de Imagenologia. Esse equipamento é o primeiro de ressonância nuclear magnética (RNM) intraoperatória do Complexo. Além de exames de diagnóstico por imagem convencionais, o novo aparelho possibilita a realização de RNM intraoperatória em cirurgias de lesões profundas (neurocirurgias) perto de área funcional nobre, permitindo maior grau de ressecção e ao mesmo tempo menor grau de manipulação, sem lesão de tecido sadio.

Também em 2009, o IPq desenvolveu tecnologia de ponta para o tratamento de epilepsia refratária. Cerca de 30% dos pacientes com epilepsia apresentam um quadro grave da doença, de difícil tratamento e controle medicamentoso. Uma parte desses pacientes tem a chance de se recuperar após procedimento cirúrgico. O Laboratório de Neurofisiologia do IPq realiza, além da monitorização com vídeo-eletroencefalografia, a monitorização por meio de implante de eletrodos subdurais, procedimento ainda mais complexo, somente realizado nos melhores centros de cirurgia de epilepsia do mundo.

O IPq contribuiu, ainda, nesse ano, para a inauguração do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria do Desenvolvimento para Infância e Adolescência (INPIA), sendo que este trabalho envolve um conjunto de iniciativas e projetos de pesquisa buscando introduzir ferramentas e métodos para promover o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente por meio da conexão, pela primeira vez, de uma enorme rede que inclui os melhores pesquisadores na área no país.

ICr: o Instituto da Criança é considerado, pelo Ministério da Saúde, o Centro de Referência Nacional em Saúde da Criança. A utilização de tecnologia de ponta por parte de profissionais qualificados possibilita a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade. Estes procedimentos incluem transplantes de fígado, rim e medula óssea, diálise especializada para crianças, tratamento de recém-nascidos de alto risco, atendimento de Terapia Intensiva, além da assistência ambulatorial e de internações para doenças complexas e crônicas na infância e na adolescência.

O ICr inaugurou, em 2009, as novas instalações da unidade central do Laboratório de Investigação Médica (LIM-36), o que permitiu a ampliação das pesquisas clínicas e experimentais desenvolvidas no Instituto, dando melhor apoio aos médicos e pesquisadores da Instituição.

InCor: atua na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde de pacientes cardiopatas nas diversas áreas da Cardiologia Clínica e Cirúrgica, tais como: aterosclerose, arritmias, doenças congênitas, dislipidemias, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e coronariana, miocardiopatias e valvopatias. Em 2009, o InCor recebeu equipamento de Tomografia Computadorizada de última geração onde são realizados exames de corpo completo, adquirindo-se imagens de órgãos em um único giro do tomógrafo. A avaliação completa do coração pode ser feita em menos de 1/5 de segundo com radiação até 10 vezes menor do que a atualmente utilizada pelos equipamentos convencionais.

InRad: realiza atendimento nas áreas de Radiologia Geral, Ultra-Sonografia, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Radiologia Vascular e Intervencionista, Neuroradiologia, Diagnóstico por Imagem das Doenças da Mama, Radioterapia e Medicina Nuclear.

No início de 2009 foi lançado o Projeto Ciclotron, que prevê a produção de radiofármacos para utilização em exames de diagnósticos de pequenos tumores e em projetos de pesquisas conjuntas entre o HCFMUSP, o Instituto de Ensino e Pesquisa - IEP do Hospital Sírio Libanês e o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.

HAS: atende aos pacientes do Complexo HCFMUSP que necessitam permanecer longo período internados para tratamento e reabilitação.

HAC: atende aos pacientes transferidos do ICr, InCor e Departamento de Neurologia do IC, que estejam com quadro clínico subagudo, não crítico.

IMRea: oferece atendimento aos portadores de deficiência física, transitória ou definitiva, por meio dos serviços médicos especializados e equipe multidisciplinar, promovendo a reabilitação do paciente e sua reintegração social.

Em 2009, o IMRea reformou e ampliou a área de reabilitação clínica e algumas das oficinas da Unidade. Desde a finalização das obras, a Unidade Lapa passou a ter capacidade para atendimento diário de 1.200 pacientes.

C) INSTITUIDORES

(1) Mantenedores

São os mantenedores do HC a Secretaria do Estado da Saúde do Estado de São Paulo e a Universidade de São Paulo – USP, por meio da FMUSP.

D) FORÇA DE TRABALHO

(1) Denominação

A força de trabalho do HC é denominada de funcionário e/ou servidor público ou funcionário fundacional. Neste Relatório a força de trabalho será chamada também de colaboradores.

(2) Composição

A equipe de trabalho é composta por 11.334 servidores do HC, 2.590 funcionários FFM e 766 da FZ, totalizando 14.690 colaboradores.

Em 2009, a Instituição obteve liberação para preenchimento de vagas existentes em seu qua-

dro e autorização para efetuar reposição automática das mesmas, sendo que para tanto foram realizados 103 concursos públicos, totalizando 823 funções-atividade preenchidas e 467 contratações feitas pela Fundação Faculdade de Medicina.

(3) Principais Necessidades e Expectativas da Força de Trabalho

As necessidades e expectativas da força de trabalho do Hospital são detectadas por meio da pesquisa de clima organizacional e pelos canais de relacionamento do Superintendente com esta parte interessadas, tais como a prática do Café da Manhã, e-mail e agendamento para atendimento presencial. Estas necessidades podem ser resumidas em: incentivo na busca pelo desenvolvimento profissional, capacitações, abertura para sugestões, retorno pela chefia sobre o seu trabalho, reconhecimento e salário compatível com suas funções.

(4) Atividades Executadas por Membros da Força de Trabalho que não sejam Empregados

As atividades executadas por membros da força de trabalho que não são empregados são aquelas executadas pelos serviços terceirizados, tais como: limpeza hospitalar, lavagem de roupas, vigilância/segurança, recepção/portaria, serviço de manutenção e operação do sistema de ar condicionado, serviço de manutenção de equipamentos médicos-hospitalares e serviço de coleta de lixo hospitalar.

E) CLIENTES E MERCADO

(1) Principais Mercados

O ambiente em que o Hospital atua é altamente competitivo no mercado de assistência médica e hospitalar, financiada por empresas de seguros-saúde e de convênios ou por particulares. O mesmo nível competitivo não se verifica, contudo, no segmento da assistência financiado pelo SUS, principalmente para o atendimento de alta complexidade. Para o atendimento do segmento assistencial, a região de referência do HC é a Oeste do Município de São Paulo. Atendimentos para outras regiões são feitos apenas com encaminhamento de Unidades de Saúde referenciadas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e para pacientes portadores de patologias que exigem o tratamento de alta complexidade.

Em relação ao ensino e pesquisa, considerando que o HC está vinculado à Faculdade de Medicina da USP, o mercado que se apresenta para esses processos, é o mesmo da Faculdade, ou seja, no que se refere ao aspecto ensino está voltado aos alunos de ensino médio e alunos da pós-graduação da área da saúde, de todo o país. A pesquisa é mantida em parte, pelas agências de fomento, sendo que a Instituição concorre com outras Universidades pela aquisição das verbas, número de publicações e reconhecimento da importância de seus estudos e pesquisa, para a melhoria e desenvolvimento do país.

(2) Principais clientes e clientes-alvo

A origem da maioria dos pacientes do HC é da capital do Estado e da Grande São Paulo. Os pacientes que vêm de outras localidades são principalmente de Municípios do Interior do Estado de São Paulo, de outros Estados da Federação e de outros países (principalmente da América Latina). Do total de pacientes internados em 2009, 59.206 são pelo SUS e 8.101 são do segmento de planos de saúde e particulares. Os principais clientes do HCFMUSP são:

- Pacientes e acompanhantes;
- Operadoras de planos de saúde;
- Instituições de ensino;
- Alunos; e
- Pesquisadores.

(3) Organizações intermediárias

Os convênios, embora sejam considerados como clientes-alvo do HC, são, também, organizações intermediárias, uma vez que interagem com os clientes finais do Hospital (pacientes e familiares), muitas vezes interferindo nesta relação. Da mesma forma, citam-se as Instituições de ensino, para esse processo, que interagem diretamente com os clientes alunos.

(4) Principais necessidades

As principais necessidades dos clientes são:

- Integralidade do serviço;
- Resolubilidade no atendimento médico-hospitalar;
- Qualidade no atendimento da equipe multiprofissional (presteza, eficiência, cordialidade);
- Hotelaria hospitalar;
- Qualificação da equipe multidisciplinar;
- Informação precisa e atualizada;
- Infra-estrutura moderna e adequada; e
- Tecnologia de ponta.

Observa-se que os pacientes e seus acompanhantes, sejam pagantes, beneficiários de planos de saúde ou atendidos pelo SUS, apresentam condições semelhantes, diferindo apenas no que se refere aos serviços de hotelaria.

F) FORNECEDORES E INSUMOS

(1) Principais tipos

São aproximadamente 3.000 fornecedores cadastrados, de bens e serviços, distribuídos por grupo de produtos, selecionados conforme critérios estabelecidos nos procedimentos regulamentados pelas leis de licitação. Os principais fornecedores são:

- Abbott Laboratórios do Brasil Ltda;
- Air Products Brasil Ltda
- Astrazeneca do Brasil Ltda;
- Baxter Hospitalar Ltda;
- Bb Distribuidora de Carnes Ltda;
- Benamed Farmacêutica Ltda;
- Biomerieux do Brasil Ltda;
- Bristol Myers Squibb Brasil S/A;
- Columbia Comercial Paulista Ltda;
- Comissão Nacional de Energia Nuclear;
- Confecções Gigantex Ltda;
- Cristalia Produtos Químicos Farmac. Ltda;
- Diagnostica São Paulo Produtos Equipamentos para Laboratórios Ltda;
- Dixtal Biomédica Ind Com Ltda;
- Edwards Lifesciences Comércio de Produtos Médico-Cirúrgicos Ltda;
- Embramac Emp Brasileira de Mat. Cirúrgicos Ind e Com Imp e Exp Ltda;
- Expressa Distribuidora de Medicamentos Ltda;
- Fresenius Medical Care Ltda;
- Guerbet Produtos Radiológicos Ltda;
- Hosp Log Comercio de Produtos Hospitalares Ltda;
- Hospira Produtos Hospitalares Ltda;
- Interlab Farmacêutica Ltda;
- Janssen Cilag Farmacêutica Ltda;
- Laboratórios BBraun S/A;
- Laboratórios Pfizer Ltda;
- Medi House Industria e Comércio de Produtos Cirúrgicos Hospitalares Ltda;
- Novartis Biociências S/A;
- Pacorel Comércio e Representações Ltda;
- Sanofi Aventis Farmacêutica Ltda; e
- Support Produtos Nutricionais Ltda.

(2) Particularidade no relacionamento

O processo de compra pelo Estado segue a Lei nº 8.666 de 21/06/1993, que estabelece as normas gerais sobre licitações para compra de produtos, contratos de serviços e obras. As modalidades de licitações efetuadas pelo HC são: convites, tomadas de preço, concorrências, registros de preço, Bolsa Eletrônica de Compras - BEC e pregão.

O pregão é a modalidade de licitação do tipo menor preço, fundamentada pela Lei nº 10.520 de 17/07/2002, utilizada para a aquisição de bens e de serviços comuns, qualquer que seja o valor estimado da contratação. São considerados bens e serviços comuns aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser definidos em edital, por meio de especificações usuais de mercado.

O acesso às licitações por pregão propicia benefícios para todos os envolvidos no processo: para a sociedade, a ampla transparência; para o fornecedor, o amplo acesso à disputa; e para o Estado, a celeridade no processo de compra, a redução de preços, de custos operacionais e de tempo de duração do certame.

No HCFMUSP a adoção da modalidade pregão teve início em maio de 2003 e tornou-se obrigatória nas licitações de bens e serviços na administração estadual conforme Decreto de Execução Orçamentária - no 48.444, publicada no Diário Oficial do Estado - DOE em 14/01/2004.

A BEC, fundamentada pelo Decreto nº 46.074, de 30.08.2001, é um sistema eletrônico de negociação de preços que facilita o processo de compra/venda entre as Unidades Gestoras Executoras - UGE e os fornecedores cadastrados do Estado, respectivamente, racionalizando e facilitando a complexa rotina interna, transformada em simples procedimento tecnológico.

(3) Principais necessidades

As principais necessidades dos fornecedores são:

- Procedimentos de aquisição com regras claras, objetivas e isonômicas;
- Aquisições planejadas;
- Acesso à informação;
- Pagamento em dia; e
- Valorização da parceria.

G) SOCIEDADE

(1) Principais comunidades

Representando a sociedade, o HCFMUSP se relaciona com a comunidade circunvizinha, entidades de classe, instituições nacionais que representam a sociedade organizada com interesses no setor e/ou nos processos e produtos desenvolvidos pelo Hospital.

(2) Principais impactos negativos potenciais

Os principais impactos negativos potenciais que os produtos, processos e instalações da Instituição causam à comunidade e sociedade são os relacionados aos resíduos hospitalares, consumo de recursos não renováveis (água e energia elétrica), projetos novos e reformas na sua estrutura física (flora). Para tratar desses assuntos o Hospital conta com os Núcleos Técnicos Administrativos de Infraestrutura e Logística – NILO e o de Engenharia e Arquitetura Hospitalar - NEAH, no nível central, e os respectivos Comitês Técnicos, no nível local.

(3) Principais necessidades

As principais necessidades da sociedade são:

- Transparência;
- Criação de novas tecnologias para o tratamento de doenças – pioneirismo e inovação;
- Compartilhamento do conhecimento;
- Contribuição no desenvolvimento do serviço público de saúde;
- Responsabilidade com o meio ambiente; e
- Parceria para o desenvolvimento de projetos sociais.

H) RELACIONAMENTO COM OUTRAS PARTES INTERESSADAS

O HCFMUSP relaciona-se com o Governo do Estado de São Paulo, por meio da Secretaria Estadual de Saúde e ainda com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo e de outros Municípios.

Conta com a co-participação de duas entidades fundacionais (Fundações de Apoio), oficializadas mediante Convênios autorizados pelo Governo do Estado: FZ e FFM, essa parceria tem por objetivo:

- Desenvolvimento das ações e serviços para assistência integral à saúde da comunidade;
- Execução de ações de apoio à vigilância sanitária e epidemiológica;
- Incremento ao desenvolvimento científico e tecnológico;
- Formação e aprimoramento de recursos humanos na área da saúde; e
- Aprimoramento e expansão da capacidade do HC.

Essas Fundações atuam como intervenientes nos Convênios Universitários celebrados entre a Secretaria de Estado da Saúde - SES e o HC, com a finalidade de assistência integral à saúde dos usuários do SUS.

O HC, a FMUSP e a FFM têm, ainda, um convênio firmado com o Hospital Emílio Ribas e a Secretaria Estadual de Saúde a fim de dar suporte acadêmico e científico ao mesmo.

Cita-se também a parceria estabelecida com o Instituto do Câncer de São Paulo - ICESP, por meio de um Termo de Cooperação, novamente, em conjunto com a FMUSP e FFM, para dar apoio acadêmico e de pesquisa à Faculdade, nos assuntos inerentes ao Instituto e apoio assistencial ao Hospital.

Ressalta-se a parceria para o fornecimento de sangue, com a Fundação Pró-Sangue – Hemo-centro de São Paulo, entidade complementar à Universidade de São Paulo, que tem sua sede, sendo vinculada à Secretaria de Estado da Saúde.

P2 – CONCORRÊNCIA

A) AMBIENTE COMPETITIVO

A diferenciação do atendimento realizado pelo HC e as demais organizações de saúde é dada pela inovação tecnológica e de serviços e pela qualidade técnica dos seus profissionais, o que favorece a sua posição no mercado nacional de saúde.

B) DESAFIOS ESTRATÉGICOS

As constantes mudanças no cenário externo à Instituição tais como o aparecimento de novas doenças, o envelhecimento da população e os

avanços tecnológicos cada vez mais rápidos, vêm estimulando as diversas áreas do Hospital à constante discussão sobre seus desafios estratégicos.

Estas discussões apontam que os principais desafios estratégicos do Hospital estão relacionados à sua sustentabilidade, integração e harmonia no desenvolvimento dos processos principais do Hospital (ensino, pesquisa e assistência), manutenção da imagem institucional e relacionamento harmonioso com suas partes interessadas, em especial, com os clientes e a sociedade.

P3 – ASPECTOS RELEVANTES

(1) REQUISITOS LEGAIS

As estratégias estabelecidas pela Instituição, visando assegurar de maneira efetiva a existência de condições de trabalho saudáveis e seguras a todos os colaboradores compõem o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.

No que se refere à gestão econômico-financeira, o Hospital desenvolve suas atividades orientado pelas normas emanadas da Lei Orçamentária Anual – LOA e Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO.

P4 – HISTÓRICO DA BUSCA DA EXCELÊNCIA

Desde 2002 o HC está trabalhando na implantação/implementação do Modelo de Excelência da Gestão proposto pela Fundação Nacional da Qualidade, por meio da utilização da ferramenta “Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – Rumo à Excelência”. Esse processo inicia-se com o entendimento do Modelo e com a auto-avaliação das Unidades. A auto-avaliação é realizada em ciclos anuais, desde 2002, sendo gerados Relatórios de Gestão e Relatórios de Avaliação de cada Unidade e da Infra Estrutura Corporativa do HC.

Esta avaliação vem possibilitando a identificação dos pontos fortes e das oportunidades

de melhorias necessárias para o desenvolvimento da gestão no Sistema FMUSP-HC, disseminando à força de trabalho, conceitos relacionados aos Fundamentos de Excelência utilizados por organizações publicamente reconhecidas como Classe Mundial em Gestão.

Em 2009 o HC estabeleceu parceria com CEDEA/FGV para a organização de projetos de implementação de planos de correção de rumo, seguido do monitoramento interno e análise crítica da implementação das melhorias, contribuindo assim, para a sistematização, do aprendizado organizacional.

P5 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A estrutura organizacional do Hospital foi estabelecida pelo Decreto nº 9.720, de abril de 1977 onde constam as Unidades, cargos e funções que o compõem, obedecendo à estrutura vertical.

A partir da Portaria HC de 14/11/1994 foram instituídas as “Diretrizes para a implantação da Descentralização Administrativa no Hospital”, delegando competências administrativas às Diretorias Executivas, para estabelecimento de cronograma a fim de organizar uma programação para a descentralização orçamentária, de admi-

nistração dos recursos materiais, serviços, recursos humanos e assessoria jurídica.

Com essa nova orientação, foram projetados e criados os Núcleos Técnicos Administrativos e Científicos e seus respectivos Comitês Técnicos, que discutem, definem e acompanham as normas técnicas que devem embasar esse processo de descentralização, junto com as Unidades pertencentes ao Complexo, nas suas áreas específicas. A seguir se apresenta a estrutura organizacional do HC, figuras P5.1 e P5.2.

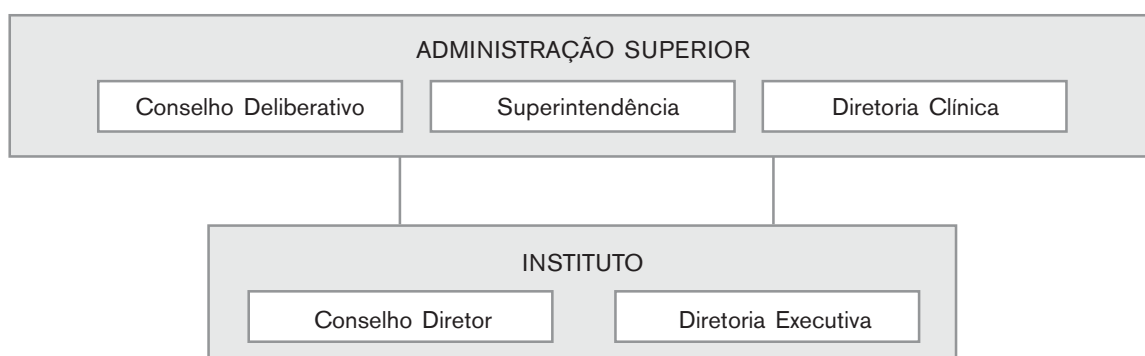


Figura P5.1 - Estrutura organizacional.

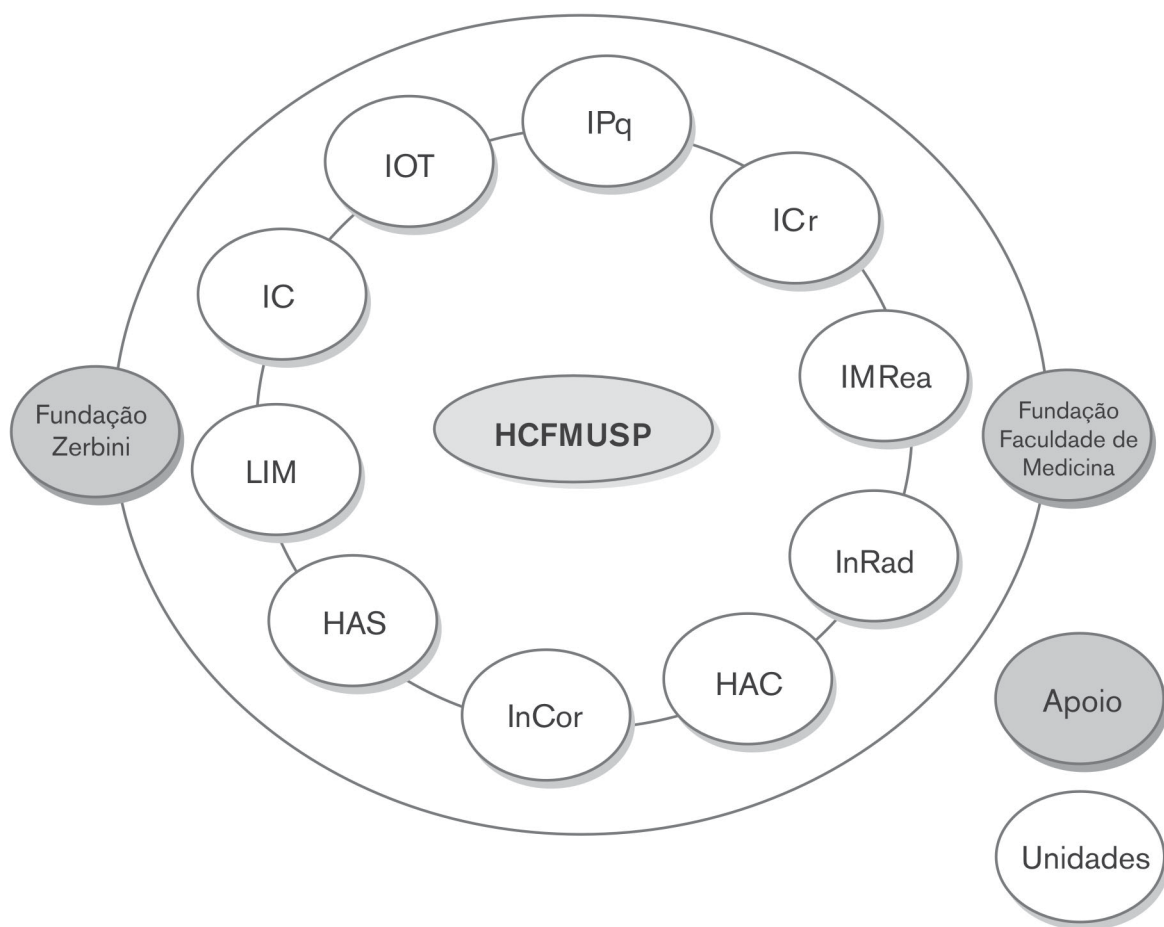


Figura P5.2 - Estrutura Funcional Descentralizada.



Liderança

1 - LIDERANÇA

Aqui será relatado como funciona a Governança do Hospital, incluindo aspectos relativos à transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa. Também será descrito como é exercida a Liderança do Hospital, com temas relacionados ao controle dos padrões de trabalho e aprendizado organizacional. Aborda ainda como é feita a análise de desempenho da organização, enfatizando a busca ao atendimento aos requisitos das diversas partes interessadas do HC.

1.1 GOVERNANÇA CORPORATIVA

A) IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS EMPRESARIAIS

O foco na segurança das operações dos processos desenvolvidos na Instituição, a credibilidade das demonstrações financeiras e a garantia do cumprimento de leis e regulamentos são requisitos para nortear o gerenciamento de riscos empresariais do HC. Os riscos empresariais identificados são:

- Riscos legais: são gerenciados pelo Núcleo Especializado em Direito - NUDI, na assessoria jurídica que presta a todo o HC, por meio de orientações, promoção da conciliação e mediação quando do conflito de interesses e por meio da promoção da difusão do conhecimento dos direitos humanos, da cidadania e do ordenamento jurídico. O NUDI assegura, com sua atuação, as garantias constitucionais, zelando pela observância dos direitos do consumidor e em especial do usuário do serviço de saúde. Zela, ainda, pela observância dos direitos da criança, do adolescente, do idoso e da pessoa portadora de deficiência;
- Riscos financeiros: são gerenciados pelo Núcleo Econômico Financeiro - NEF, que coordena as ações atinentes à gestão orçamentária, financeira e contábil da Autarquia, por meio de análise, elaboração e proposição orçamentária, programação, controle e acompanhamento. Identifica e trata os riscos financeiros, relativos ao montante de financiamento orçamentário, junto aos Órgãos do Estado e à contratualização dos serviços de saúde, junto aos gestores Federal, Estadual e Municipal do SUS. Para isso mantém os registros necessários à administração e demonstração das disponibilidades dos seus recursos econômicos e financeiros, a fim de propiciar os meios indispensáveis para o cumprimento de sua missão, particularmente, quanto à eficiência na gestão de recursos públicos. Quinzenalmente, são realizadas reuniões do Comitê de Integração e Gestão – CIG, com a participação da Superintendência, Diretorias Executivas dos Institutos, Coordenadoria do NEF, e demais Núcleos, onde são discutidos, entre outros aspectos relevantes, a execução orçamentária e financeira do HC. Em 2009, como melhoria das práticas relacionadas à minimização dos riscos financeiros, foi criado o CAO, Comitê de Acompanhamento Orçamentário, onde os dados relacionados ao custeio e investimento são cruzados com a produção e produtividade de cada Unidade do Hospital, permitindo o alinhamento entre a análise da evolução histórica dessas, com os possíveis cenários associados a estes aspectos econômico-financeiros. Participam deste Comitê os Coordenadores dos Núcleos; NEF, NPG, NGP, NETI, NEAH, NILO e o Superintendente, que preside os trabalhos desenvolvidos neste fórum;
- Riscos tecnológicos: são gerenciados pelo Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação - NETI e pelo Núcleo de Engenharia e Arquitetura Hospitalar - NEAH, em seus aspectos mais administrativos, assim como são controlados, acompanhados e minimizados pela atuação das áreas técnicas do Hospital, por meio de seus Núcleos Técnicos Científicos e diversas Divisões, responsáveis pelos processos finalísticos e de apoio da Instituição. Apenas como exemplo de risco tecnológico identificado a partir da visão administrativa, como rotina do NEAH cita-se o risco da má elaboração do memorial descritivo para a

aquisição de um equipamento hospitalar, trazendo consequências prejudiciais à Instituição, tais como uma tecnologia defasada ou projetos sem planejamento integrado e com ciência e aprovação dos envolvidos, acarretando revisões e consequentes atrasos para as licitações ou andamento de obras de ampliação ou melhoria. Para minimizar estes riscos, o NEAH utiliza a ferramenta do Plano Diretor de Obras e Equipamentos, onde estes aspectos são detalhadamente avaliados e discutidos com as áreas técnicas das Unidades. Essa ferramenta, assim como o Plano Diretor de Tecnologia da Informação, que funciona com a mesma dinâmica citada para o Plano Diretor de Obras e Equipamentos, para a área de Informática, também é discutida no Fórum CAO, citado anteriormente. Cabe ressaltar que a Tecnologia da Informação ocupa posição fundamental como instrumento de apoio à gestão administrativa e aos processos assistenciais da Instituição. O HC transformou-se no maior centro de referência em Tecnologia da Informação na área de saúde do Brasil, com a informática contribuindo substancialmente para a racionalização dos fluxos e processos, assim como para a otimização e controle dos recursos institucionais. O Banco de Dados corporativo tem informações clínicas e administrativas que apóiam as áreas assistenciais, de ensino e pesquisa. O Hospital dispõe de uma rede informatizada com cerca de 8 mil microcomputadores, 200 servers e contém perto de 250 aplicativos em funcionamento integrado, abrangendo virtualmente todas as áreas e setores da Instituição, desde a gestão de recursos humanos, gestão de materiais, gestão financeira, sistemas de informações de pacientes, agendamento de consultas, medicamentos, imagens médicas, laudos, laboratório, registro de diagnósticos e procedimentos, até o faturamento. Considerando, assim, a importância dessa área, em 2009, foram contemplados indicadores estratégicos para acompanhamento dessa área, no Mapa Corporativo do Hospital;

- Riscos relativos à imagem: são gerenciados pelo Núcleo de Comunicação Institucional - NCI, a partir da análise dos indicadores que apontam o grau de satisfação ou insatisfação dos clientes, acompanhamento do

noticiário sobre a organização, por meio do clipping diário; troca de informações em reuniões de equipes multiprofissionais e gerenciamento da imagem da Instituição colocada na mídia. Em 2009, o indicador relacionado à motivação das inserções na mídia (espontânea pela imprensa ou procurada pelo Hospital) e o indicador de inserções positivas foram inseridos no Mapa Estratégico do Hospital, como forma de minimização desse risco e integrando esta prática às relacionadas ao Planejamento Estratégico Corporativo; e

- Riscos estratégicos: são gerenciados pelo Núcleo de Planejamento e Gestão - NPG, por meio da análise crítica do desempenho da organização e da formulação e implementação de estratégias organizacionais (análise de ambiente interno e externo). As melhorias desenvolvidas em 2009 para estas práticas estão relacionadas à inclusão dos indicadores estratégicos discutidos diretamente com os Diretores Executivos de cada uma das Unidades do Hospital, agregando valor para a definição das metas corporativas, que são ferramentas fundamentais para o gerenciamento do risco estratégico. Também em 2009 foram estabelecidos os indicadores para a avaliação de cenários externos e definidos os parâmetros para a avaliação dos cenários internos, o que vem possibilitando a minimização dos riscos estratégicos.

Outros riscos empresariais que podem ser citados referem-se aos riscos da operação, ou seja, os riscos associados ao desenvolvimento das atividades diárias das Unidades e os riscos com a segurança dos clientes e da força de trabalho. Estes são identificados e tratados em cada uma das Unidades que compõem o HC, por meio de grupos específicos, tais como as CIPAs locais e equipes ligadas ao controle de eventos adversos. Os controles corporativos desses riscos, principalmente os associados aos processos principais do Hospital, são feitos pelas diversas Comissões Técnicas, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Bioética, Comissão de Análise de Informações sobre Pacientes, Comissão de Transplantes de Órgãos e Tecidos, Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa e Comissão de Ética Médica, entre outras. Também o NUDI busca alinhar estratégias para atender as novas demandas na área do Biodireito.

Destaca-se que para a comunicação do Hospital com a Vigilância Sanitária foram criadas as Gerências de Risco nas diferentes Unidades, coordenadas por uma Gerência de Risco central, sediada no Núcleo de Informação em Saúde - NIS, com a realização de reuniões regulares, além de comunicação *on-line* permanente. Estas práticas vêm minimizando os riscos da operação, uma vez que o gerente de risco articula com as diversas áreas de apoio à assistência, prevenindo eventos adversos advindos do uso de produtos de saúde, com ganho de qualidade e segurança para procedimentos e terapias. As atividades de vigilância sanitária hospitalar incluem o projeto sentinela patrocinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

B) REVISÃO DOS VALORES E PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS

A Missão, Visão e Valores corporativos foram estabelecidos em 2003 em um evento que contou com a participação de representantes da alta direção, incluindo o Conselho Deliberativo, Superintendência, Diretoria Clínica, Diretoria da FFM, Diretores Executivos das Unidades e Coordenadores de Núcleo.

Após esta definição, cada Unidade pertencente ao Hospital, definiu sua Missão, Visão e Valores, cabendo ao NPG o alinhamento destes princípios definidos pelas Unidades com os princípios corporativos. Para tanto, o Núcleo utiliza como ferramenta, o Mapa do Negócio, proposto pela Fundação Nacional da Qualidade - FNQ, para utilização de seus examinadores quando do processo de avaliação Prêmio Nacional da Qualidade - PNQ.

Em 2009, para a revisão e atualização dos princípios organizacionais, foram construídos os Mapas de Negócios de todas as Unidades do Hospital, sendo que esta ferramenta está ainda subsidiando as atividades relacionadas à definição das competências desejadas para as lideranças da Instituição e vem orientando o desenvolvimento dos trabalhos associados ao Mapeamento dos Processos Organizacionais, demonstrando o inter relacionamento entre as práticas.

A missão-visão do HC é *“ser instituição de excelência reconhecida nacional e internacionalmente em ensino, pesquisa e atenção à saúde”*,

sendo seus valores básicos: ética, humanismo, responsabilidade social, pluralismo, pioneirismo e compromisso institucional.

C) TRATAMENTO DAS QUESTÕES ÉTICAS NOS RELACIONAMENTOS INTERNOS E EXTERNOS

As Unidades do HC vêm buscando estabelecer compromissos éticos com as suas diversas partes interessadas, por meio de suas Comissões (Comissões de Ética, Ética de Enfermagem, Comissão Científica, de Análises e Informações de Pacientes e da Gerência de Risco, entre outras), responsáveis pelo planejamento, desenvolvimento e controle das ações relacionadas ao tema. Cabe destacar que os códigos de condutas no HC são relacionados às categorias profissionais, sendo o HC co-responsável e fiscalizado pelos respectivos Conselhos. Destacamos ainda os seguintes códigos de conduta utilizados na Organização:

- Códigos de condutas das categorias profissionais, destacando Código de Ética Médica, Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, entre outros;
- Manual de Integração do Servidor do HC; e
- Código de Ética da USP, Resolução USP de 22/10/2001.

Nos casos de faltas disciplinares ou não cumprimento dos preceitos definidos nos códigos de conduta recorre-se à Instrução de Serviço nº 04/2003 que objetiva disciplinar a instauração e instrução de apurações preliminares, sindicâncias e processos administrativos disciplinares. Esse ato administrativo incorpora a Lei Complementar nº. 942, de 06/06/2003 que dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado de São Paulo.

Os canais de comunicação para a força de trabalho, sociedade e demais parte interessada para denúncias são os seguintes:

- OUVIDORIA CENTRAL – É responsável pela coordenação e assessoria das atividades comuns e de relacionamento com os clientes do HC;
- COMISSÃO DE BIOÉTICA – CoBi: tem por finalidade assessorar todo o Sistema FMUSP-HC em questões de natureza bioética, com ênfase nas ações educativas e de divulgação, promovendo a integração

entre os profissionais da saúde e a comunidade. Possui representantes de todas as Unidades do Complexo e é composta por profissionais de várias categorias, que se reúnem duas vezes ao mês. Devido à complexidade dos temas apresentados, considerou pertinente a constituição de Grupo de Trabalho para debates e padronizações de condutas em casos específicos. Atualmente conta com os seguintes Grupos: Comitê HumanizaHC Hospitalar (se destina a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde); Pacientes Terminais (com o intuito de ser um fórum de discussão contínua de assuntos relativos à problemática técnica, ética e moral envolvendo a assistência a pacientes terminais) e Testemunha de Jeová (buscando minimizar conflitos religiosos e éticos profissionais);

- **COMISSÃO DE ÉTICA PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA – CAPPesq** - Tem por finalidade avaliar as pesquisas em seres humanos, realizadas pelo HCFMUSP, com base nas legislações vigentes para a espécie, especialmente Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. Composta por 59 membros de várias categorias profissionais e de ampla representatividade de especialidades. A CAPPesq reuni-se, ordinariamente, a cada 3 semanas e tem como sistemática de trabalho a constituição de seis câmaras. A reunião tem duração de cerca de 4 horas, divididas em dois momentos. No primeiro, as câmaras se reúnem e deliberam sobre os projetos que, numa avaliação preliminar pelo relator detectou algum tipo de dúvida. No segundo momento, há uma junção das câmaras e em plenária, além de referendar todas as deliberações dos projetos de pesquisa, discutem sobre outros assuntos relativos à realização de pesquisas científicas no Sistema FMUSP-HC; e
- **COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM:** extensão do Conselho Regional de Medicina, a Comissão de Ética Médica do HC colabora não só com a fiscalização do exercício profissional, mas também com a

melhoria das condições de funcionamento e atendimento das Unidades de saúde. É, principalmente, um fórum para ampliação das possibilidades de reflexão sobre as questões éticas, tendo como missão zelar pelo cumprimento dos deveres e direitos de médicos e pacientes. É composta por membros eleitos entre o conjunto de médicos que atua na Instituição. A atuação da CEM está disciplinada em Regimento Interno, elaborado segundo as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Regional de Medicina, sendo sua principal ação, as sindicâncias que visam acolher denúncias que contenham dúvidas sobre atos médicos que possam caracterizar uma possível infração ao Código de Ética Médica e às Resoluções do Conselho Federal e do Conselho Regional de Medicina. Ordinariamente, a CEM se reuni uma vez ao mês para deliberar sobre os processos em andamento e estabelecer diretrizes de ações institucionais.

Nos treinamentos de integração, as questões éticas também vêm sendo discutidas, por meio da reflexão, com os novos colaboradores, sobre os valores organizacionais.

Da mesma forma, objetivando assegurar o comportamento ético, o Hospital, ao estabelecer seus padrões de trabalho (normas, rotinas e procedimentos dos diversos setores), define também os padrões de comportamento para a equipe e os mecanismos de controle que permitam verificar se estes padrões estão sendo cumpridos. Esses mecanismos estão associados ao alinhamento feito entre os Procedimentos Gerenciais e Operacionais Padrões (PGPs e POPs) e os Atos Administrativos da organização, tais como Ordens e Instruções de Serviços. Para facilitar este controle, o Hospital utiliza um sistema informatizado denominado Strategic Adviser (SA).

D) TOMADA DE DECISÃO, COMUNICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO

As principais decisões no HC são tomadas a partir das reuniões de análise crítica realizadas em diferentes níveis da Administração Superior. A fig. 1.1.1 apresenta os objetivos, frequência e participantes dessas reuniões.

Reunião	Objetivo	Frequência	Diretor da FMUSP	Professores Titulares	Diretor Clínico	Superintendente	Chefe Gabinete	Núcleos Técnicos	Diretor Executivo
Conselho Deliberativo	Deliberar assuntos do HC. Aprovar Normas.	Semanal							
Conselhos Diretores	Deliberar assuntos relacionados a cada Instituto.	Definida em cada Instituto							
Comitê de Integração e Gestão	Realizar estudos, analisar, avaliar e discutir assuntos administrativos, operacionais e executivos.	Quinzenal							
Coordenadores	Acompanhar a implementação dos planos de ação corporativos.	Quinzenal							
Comitê de Acompanhamento Orçamentário	Cruzar informações e consolidar as análises críticas de forma a subsidiar a proposta orçamentária, minimizando os riscos econômico-financeiros.	Quinzenal							

Figura 1.1.1: características das principais reuniões para tomada de decisão.

O Conselho Deliberativo do Hospital reúne-se, semanalmente, para a tomada das decisões estratégicas da Instituição. Essas reuniões são registradas em atas e disseminadas pelos seus membros, para a comunicação e implementação das ações necessárias. A partir das decisões tomadas pelo Conselho Deliberativo, a Superintendência e Diretoria Clínica tomam as providências necessárias nos seus focos de atuação, para a implementação das ações cabíveis.

À Diretoria Clínica cabem as decisões técnicas que norteiam as atividades médicas do Hospital, uma vez que seu público interno é o profissional médico que tem a responsabilidade direta pela assistência ao paciente. O instrumento utilizado pela Diretoria Clínica para que as informações institucionais cheguem aos médicos que compõem o Corpo Clínico, além dos convencionais (tais como, o boletim HC) tem sido o e-mail, prática bem aceita pela agilidade com que as informações são processadas e disseminadas pelas equipes.

À Superintendência cabem as decisões gerenciais e técnicas que norteiam as atividades administrativas e operacionais das diversas Unidades prestadoras de serviço. Para tanto, as

principais decisões são tomadas nas reuniões do Superintendente com os Coordenadores de Núcleo, reuniões do CIG (Comitê de Integração e Gestão do HC), dos Comitês Técnicos (com padrões de trabalho próprios, definidos pelos Coordenadores de Núcleo), dos Conselhos Diretores (funcionando nos Institutos e com Normas Regulamentares definidas por Decreto, Regulamento do HC e Regulamento Interno), reuniões dos Diretores Executivos das Unidades com suas equipes técnicas e administrativas (com padrões de trabalho próprios, definidos em cada Unidade) e reuniões específicas com os Diretores Executivos e Coordenadores dos Núcleos Técnicos Administrativos.

A partir de 2009 foi instituído o CAO em que participam o Superintendente, o Chefe de Gabinete, Coordenadores e Técnicos do NEF, NPG, NILO, NEAH, NGP e NETI. Para a tomada de decisão neste fórum são utilizadas como ferramentas o Plano Operativo que contem a produção e produtividade das Unidades, o Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Obras e Equipamentos, o quadro de acompanhamento vagas de Recursos Humanos, a curva ABC de materiais de consumo, medicamentos e serviços e a Programação Orçamentária das Unidades.

Por meio dos mecanismos oficiais de comunicação os Atos Administrativos HCFMUSP se traduzem em Ordem de Serviço que são as tomadas de decisão corporativas, os Procedimentos Gerencial Padrão (PGP) que são as regras corporativas, as Instrução de Serviço que são as tomadas de decisão local (Unidades), as Rotinas Operacionais que são as regras locais (Unidades) e o Procedimento Operacional Padrão (POP) que são as regras setoriais (Unidades).

Todos os Atos Administrativos são comunicados a toda a força de trabalho por meio da Intranet (incluindo o Boletim Semanal Eletrônico), devido à rapidez, agilidade e abrangência de disseminação. Estes Atos Administrativos estão organizados no sistema SA, de acordo com as perspectivas trabalhadas no Modelo de Gestão do Hospital, conforme fig. 1.1.2, facilitando a compreensão dos focos de atuação da liderança e possíveis lacunas.

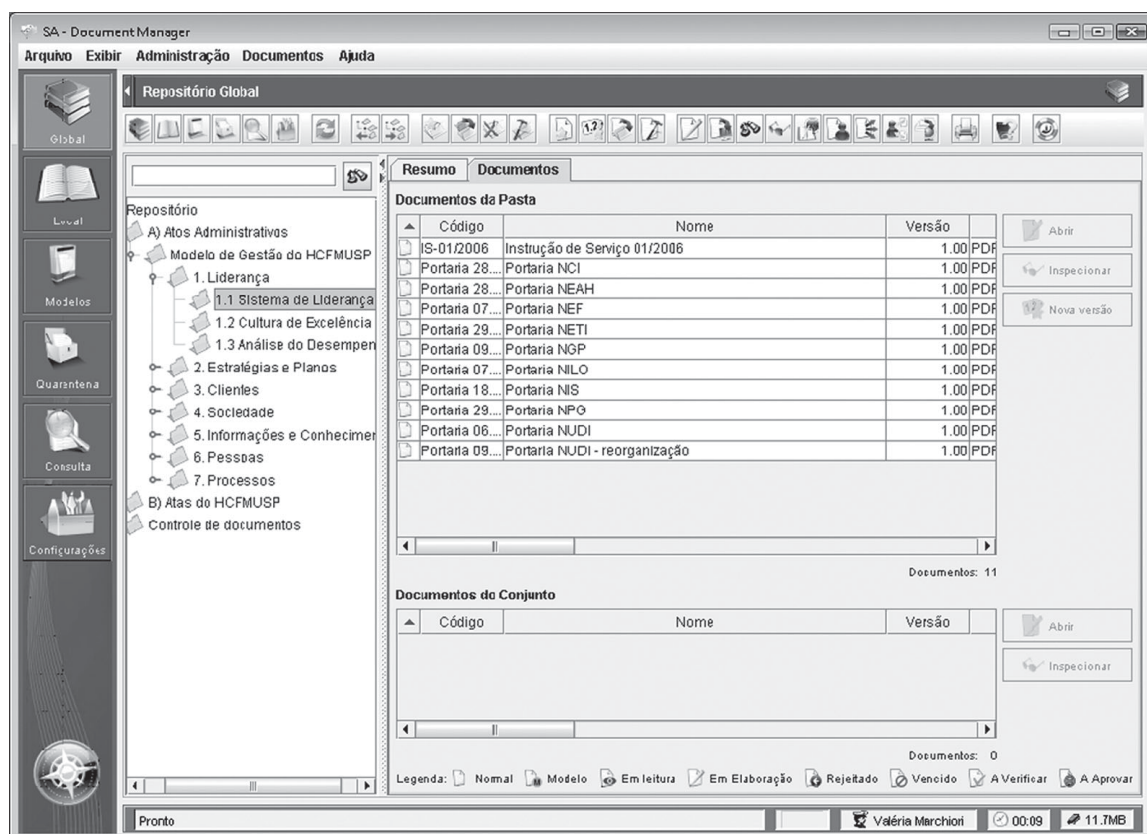


Figura 1.1.2 – Atos Administrativos.

Acrescenta-se que o *software Strategic Adviser* (SA) adquirido em 2008 está implantado por toda a Superintendência, em seus Núcleos Técnicos Administrativos e em suas Unidades Assistenciais possibilitando que as reuniões sejam acompanhadas por meio desse sistema, facilitando o acompanhamento da Superintendência das informações necessárias para tomada de decisões e sua implementação, refletindo na melhoria desse processo.

Para o acompanhamento da implementação das decisões tomadas a Superintendência utiliza os mesmos fóruns, já mencionados e alguns sistemas de informações inseridos na Intranet, com senhas controladas, para o acesso às informações gerenciais.

Esse acompanhamento é feito por meio da inserção de Planos de Ação no Plano Operacional da Unidade, após as reuniões de análises críticas que geram a tomada de decisão, estando este processo organizado no sistema SA, conforme demonstrado na fig. 1.1.3.

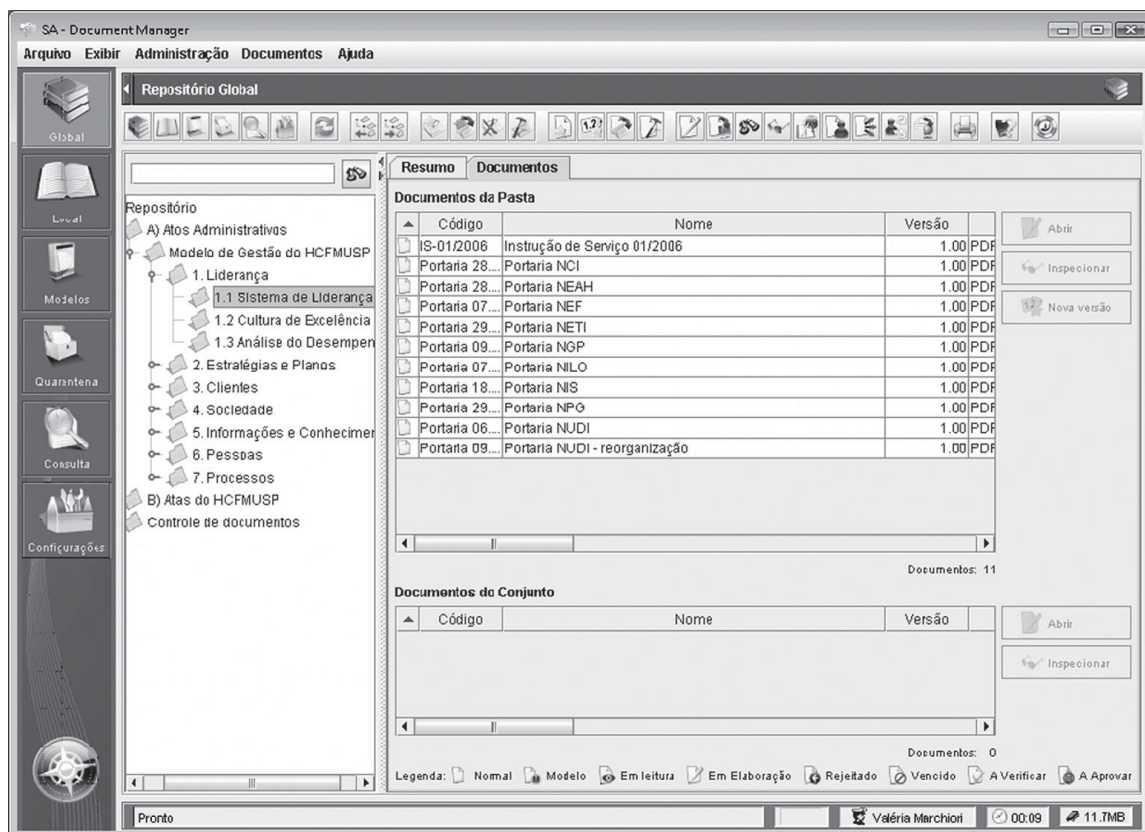


Figura 1.1.3 – Acompanhamento dos planos de ação.

E) PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA DIREÇÃO DOS RESULTADOS ATINGIDOS

Três deveres básicos do administrador público são: o de eficiência (além de princípio geral de administração e gestão de negócios liga-se ao princípio da continuidade dos serviços públicos e ao direito do usuário em obter serviço adequado), o de probidade (o administrador público não pode agir contra a lei ou o interesse público, também sob pena de responsabilidade) e o de prestar contas (que é consequência natural da atividade de administrar, como encargo do gerenciamento de bens e interesses alheios, públicos ou privados), cujo cumprimento pode ser controlado por outros meios e poderes que o ordenamento jurídico confere a certos órgãos, ao administrador dirigente e mesmo ao particular.

Partindo-se dessas considerações iniciais, pode-se dizer que as práticas relacionadas à prestação de contas e aos resultados atingidos pelas diversas Unidades que compreendem o Hospital das Clínicas estão estabelecidas em seu Regulamento (Decreto nº 9.720/77).

No Capítulo III do Regimento, onde estão discriminadas as atribuições do Conselho Deliberativo, em seu artigo 15 parágrafo XVIII está descrito que o Conselho deve elaborar o relatório anual de suas atividades. O Capítulo IV, das Competências do Superintendente, em seu artigo 104 parágrafo I-e, estabelece que seja atribuição do Superintendente apresentar, anualmente ao Conselho, a prestação de contas de sua gestão e o relatório de atividades do HC.

As demais Unidades do Hospital devem, conforme previsto no Título XIV Capítulo I das Competências Comuns artigo I-d, avaliar o desempenho de suas Unidades e responder pelos resultados alcançados e no artigo I-m, apresentar relatórios sobre os serviços executados. Também por meio das reuniões quinzenais do Comitê de Integração e Gestão do HC (CIG-HC), todos os Diretores Executivos das Unidades vinculadas ao Hospital e os Coordenadores dos Núcleos Técnicos Administrativos prestam conta da execução e evolução das suas atividades.

Para o Governo do Estado de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde – SES, a

prestação de contas é feita por meio de relatórios anuais com informações sobre as principais realizações e investimentos em obras e equipamentos, recursos humanos, produção hospitalar e ambulatorial, entre outros fatos relevantes.

O Balanço Anual do Hospital é domínio público, assim como a declaração do imposto de

renda dos dirigentes do HC, Superintendente, Chefe de Gabinete, Presidente do Conselho Deliberativo e Diretor Clínico. Tais informações são publicadas no Diário Oficial e vão para a Secretaria da Justiça.

O Superintendente pode, ainda, ser convidado pela Congregação da FMUSP a participar da reunião do colegiado, para prestação de contas ou eventuais informações, quando solicitado.

1.2 EXERCÍCIO DA LIDERANÇA E PROMOÇÃO DA CULTURA DA EXCELÊNCIA

A) EXERCÍCIO DA LIDERANÇA E INTERAÇÃO COM AS PARTES INTERESSADAS

A liderança do HC é exercida por meio de sua Administração Superior composta por 3 pilares: **Conselho Deliberativo**, colegiado este formado pelo Diretor da Faculdade de Medicina da USP (Presidente do Conselho), Vice-Diretor da Faculdade de Medicina da USP (substituto do Presidente do Conselho), Membros Titulares e Suplentes (compostos por professores Titulares da FMUSP), **Diretoria Clínica**, formada pelo Diretor Clínico e Vice-Diretor Clínico do Hospital, e **Superintendência**, formada pelo Superintendente e Chefe de Gabinete.

Os padrões de trabalho da Administração Superior também estão estabelecidos no Regulamento do HCFMUSP aprovado pelo Decreto nº 9.720, de abril de 1977, com alterações aprovadas em 2002. Em 2007 foi publicado o novo Colegiado do Conselho Deliberativo do Hospital, para um mandato de quatro anos.

Os Institutos que compõem a estrutura organizacional do HC (Instituto Central, Instituto do Coração, Instituto da Criança, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Instituto de Psiquiatria, Instituto de Radiologia e Instituto de Medicina Física e de Reabilitação), são constituídos por Diretoria Executiva e Conselho Diretor (também formado por Professores Associados dos Departamentos e Disciplinas da FMUSP). Em 2006, objetivando a uniformização das Normas Regulamentares destes Conselhos Diretores, por meio do Decreto nº 51.197 de outubro, foi alterado o Regulamento do HC aprovado pelo Decreto nº 9.720, de abril de 1977.

A liderança é exercida também por meio do trabalho desenvolvido pelos Núcleos Técnicos Administrativos e Científicos e seus respectivos Comitês Técnicos, uma vez que estes objetivam a aproximação e interação da estrutura central da organização com suas Unidades prestadoras de serviço. Os Núcleos Técnicos Administrativos são:

- Núcleo de Informações em Saúde (NIS);
- Núcleo Especializado em Direito (NUDI);
- Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação (NETI);
- Núcleo Econômico Financeiro (NEF);
- Núcleo de Planejamento e Gestão (NPG);
- Núcleo de Infra-estrutura e Logística (NILO);
- Núcleo de Engenharia e Arquitetura Hospitalar (NEAH);
- Núcleo de Comunicação Institucional (NCI);
- Núcleo de Gestão de Pessoas (NGP); e
- Escola de Educação Permanente (EEP).

A organização do sistema de liderança da Superintendência, por meio do trabalho desenvolvido pelos Núcleos Técnicos Administrativos, vem contribuindo para a descentralização administrativa, sustentando o objetivo da tomada de decisão de forma a atender às necessidades de diversas partes interessadas do HC.

A interação desses diversos organismos vem sendo realizada por meio de reuniões coordenadas pelo Superintendente, com a presença dos Coordenadores de Núcleo e Diretores Executivos. Em 2006, o Superintendente do HC, com aprovação do Conselho Deliberativo, estabeleceu as normas de funcionamento do Comitê de Integração e Gestão do HC (CIG-HC). O CIG, composto pelo Superintendente, Chefe

de Gabinete, Diretores Executivos e Coordenadores dos Núcleos Técnicos Administrativos, tem a finalidade de realizar estudos, análises, avaliações e discussões de assuntos administrativos, operacionais e executivos do HC.

A Instrução de Serviço nº 02/2006 estabelece as normas de funcionamento e os padrões de trabalhos do CIG, quais sejam, reuniões ordinárias (realizadas quinzenalmente) ou extraordinárias para tratar de questões urgentes ou de relevante interesse. As reuniões ordinárias contêm pauta, encaminhadas com antecedência aos participantes e todas as reuniões são, ainda, gravadas, para posterior elaboração de atas.

Em conjunto com a Superintendência, o exercício da liderança do HC também pode ser observado no cumprimento da missão da Diretoria Clínica do Hospital. Essa missão compreende a coordenação das atividades médicas e o apoio às atividades de ensino e pesquisa científica dos Institutos que compõem o HC.

Visando garantir todos os meios necessários à prática médica a favor da recuperação do paciente, promovendo o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, a Diretoria Clínica exerce sua liderança por meio de Comissões Técnicas Científicas Permanentes e do Núcleo Técnico Científico de Apoio à Pesquisa Clínica, sendo as comissões:

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Bioética;
- Comissão de Análise de Informações sobre pacientes;
- Comissão de Transplantes de Órgãos e Tecidos;
- Comissão de Farmacologia;
- Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa;
- Comissão de Avaliação e Acreditação do Corpo Clínico;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Difusão Técnico Científica de Corpo Clínico;
- Comissão Interna de Biossegurança;
- Núcleo de Apoio à Pesquisa Clínica do HC; e
- Comissão de Avaliação e Controle em Medicina Transfusional.

Além dos fóruns descritos, a interação da alta direção com as demais partes interessadas (Força de Trabalho, FMUSP, SES, Fundações de

Apoio, Sociedade, Fornecedores), é realizada por meio de reuniões específicas para esse fim. Destaca-se neste item que, a Superintendência do Hospital, desde 2003, estabeleceu como prática de gestão de interação com a força de trabalho, o atendimento pessoal aos servidores que desejam conversar com o Superintendente, o café da manhã com o Superintendente e a Mesa de Negociação Coletiva. Também é disponibilizado um e-mail – “Canal Direto com o Superintendente”, para comunicação dos colaboradores diretamente com o Superintendente.

Acrescenta-se que a Superintendência e o NETI implantaram uma rede de Comunicação Digital Interna, através do sistema *Skype*, que visa realizar teleconferências e promover o aperfeiçoamento e dinamismo do processo de comunicação interna da alta Administração.

B) COMUNICAÇÃO DOS VALORES E DAS DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS

A organização utiliza diversos mecanismos para a disseminação de sua missão, visão e valores. Dentre estes, destacam-se os treinamentos de integração para todos os funcionários recém-admitidos no Hospital, Site, Murais Externos, “Book” e Vídeo Institucional, *folders*, o Boletim “HC em Notícias” e, mais recentemente, o HC-TV (implantado em 2008).

Para assegurar que sua missão, visão e valores sejam entendidos e aplicados pela força de trabalho, a organização promove, por meio do Núcleo de Planejamento e Gestão, uma avaliação anual das suas Unidades, sendo que os resultados possibilitam a identificação das oportunidades de melhorias para a implementação das ações necessárias para o aprimoramento da prática de disseminação.

Em 2009, a prática relacionada ao entendimento dos princípios organizacionais por parte da força de trabalho foi aprimorada com a organização, discussão e disseminação dos Mapas de Negócio das Unidades, permitindo que fossem consensados, entre os diversos interessados, quais são os produtos, processos, clientes e fornecedores de cada Unidade, e consequentemente, sua missão, subsidiando a discussão sobre a Visão Institucional.

C) IDENTIFICAÇÃO DAS PESSOAS COM POTENCIAL DE LIDERANÇA

As atribuições das lideranças que atuam no Hospital estão definidas pelos respectivos decretos de criação desses cargos. Estes cargos foram revistos (seja para a liderança, seja para a força de trabalho como um todo) gerando o enquadramento necessário no plano de cargos e salários.

Cabe destacar que cada Unidade tem autonomia para definir as ferramentas que irão auxiliar na identificação das pessoas com habilidades, conhecimentos e atitudes para o desenvolvimento da liderança em suas Unidades.

De maneira geral, os possíveis líderes no HC são identificados pela sua formação acadêmica, titulações, tempo de exercício e consequente nível de conhecimento sobre a organização, capacidade de aprendizagem, iniciativa, relacionamento com outras pessoas e grau de comprometimento com as obrigações para as quais foi designado.

A partir das competências definidas e por meio da realização de processos seletivos internos, vem sendo possível identificar as pessoas que compõem a força de trabalho do Hospital que possuem potencial de liderança.

Os processos seletivos internos para a ocupação de funções de confiança são realizados quando há a disponibilidade da vaga, sendo que a Divisão de Recursos Humanos organiza um banco de dados para relacionar os classificados para a função, porém, sem o aproveitamento naquele determinado momento. Com isso, vem sendo possível organizar a informação para o aproveitamento dos potenciais líderes em novas oportunidades. O InCor, por exemplo, utilizou o processo seletivo interno realizado pelo NPG para a escolha de um Assistente Técnico em seu Centro de Planejamento e Gestão.

A prática teve início em 2008 com a organização de processo seletivo interno para a escolha da Diretoria de Enfermagem do Hospital Auxiliar de Cotoxó e para a escolha de um Assistente Técnico II para o Núcleo de Planejamento e Gestão do Hospital, sendo o segundo lugar aproveitado pelo InCor, conforme relatado acima. Em 2009 foram realizadas seleções internas para Diretor Técnico de Serviço de Saúde do Serviço de Enfermagem do InRad e de Assistente Técnico II para a EEP

Em 2009 a ferramenta para avaliação de competência, foi utilizada para testar a seleção de estagiários, candidatos a compor o quadro funcional do Hospital, incluindo as funções de assessoria e comando. Com isso o NPG repôs uma de suas vagas com um estagiário do Núcleo que participou do processo, tendo sua pontuação comparada com os demais participantes da seleção interna.

D) AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA

A avaliação de desempenho dos líderes do HC e o seu desenvolvimento vêm sendo feitos de acordo com a avaliação dos resultados apresentados pelos diversos organismos que compõem o Hospital e pela necessidade do enquadramento atual para os cargos de comando.

A avaliação dos líderes vem sendo feita por meio do acompanhamento dos planos de ação traçados para cada setor, observando-se o cumprimento das tarefas e os prazos estipulados. Toda e qualquer possibilidade de aperfeiçoamento do plano original é discutido pessoalmente ou durante reuniões de equipe ou individuais.

Destacam-se como práticas para o desenvolvimento dos líderes, os cursos direcionados ao Modelo de Gestão adotado no Hospital, tais como cursos ministrados pela Fundação Nacional da Qualidade, como o curso "Preparação para a Banca Examinadora do Prêmio Nacional de Qualidade", com vagas cedidas pela FNQ, por meio de convênio estabelecido entre as duas Instituições e o Fórum de Boas Práticas, que funciona como uma educação permanente da média gerência, neste tema.

Em 2009, o processo de avaliação da liderança foi aprimorado com o uso da ferramenta do Mapa de Negócios, desdobrado para os Núcleos Técnicos Administrativos. A metodologia inclui o mapeamento dos processos de cada Núcleo a partir de orientações dadas em curso ministrado pelo NPG. O mapeamento das competências deve estar alinhado ao mapeamento dos processos realizado na etapa anterior. Com isso, a avaliação da liderança passa a considerar a análise dos processos que permite a identificação e descrição das competências da liderança. Esse trabalho iniciou com os Núcleos Técnicos Administrativos com o objetivo final de definir um plano de ação individual de desenvolvimento para esses líderes, devendo, em seguida ser ampliado para os demais líderes da Instituição.

E) ESTABELECIMENTO DOS PADRÕES DE TRABALHO

O Modelo de Gestão proposto para as Unidades do Sistema FMUSP-HC vem auxiliando no estabelecimento dos padrões de trabalho para as suas práticas de gestão. As organizações são orientadas à utilização para a definição dos seus padrões de trabalho critérios, tais como, necessidades das partes interessadas, estratégias organizacionais, requisitos legais, informações comparativas pertinentes e normas nacionais e internacionais. Analisados os critérios, as Unidades devem estabelecer: os responsáveis pelos padrões definidos, a periodicidade de sua realização, os métodos de controle desses padrões e a garantia de sua disseminação e continuidade.

Acrescenta-se que por meio dos mecanismos oficiais de comunicação (Atos Adminis-

trativos), a Administração Superior do HC, vem também estabelecendo os padrões de trabalho que regem as relações entre as Unidades do Sistema FMUSP-HC e readequando os mesmos, quando da avaliação da necessidade de melhorias nos padrões definidos ou revisões que atendam às novas demandas.

Em 2008 iniciou-se o trabalho de consolidação desses Atos Administrativos do HCFMUSP, objetivando a sistematização e controle da definição dos padrões de trabalho, de forma corporativa. Para tanto, foi realizado o levantamento de todos os Atos Administrativos existentes, sendo estes atualizados de acordo com sua vigência.

Em 2009 os Atos Administrativos foram consolidados/classificados por temas, definidos a partir do Modelo de Gestão utilizado no HC, conforme demonstrado nas fig.1.2.1.

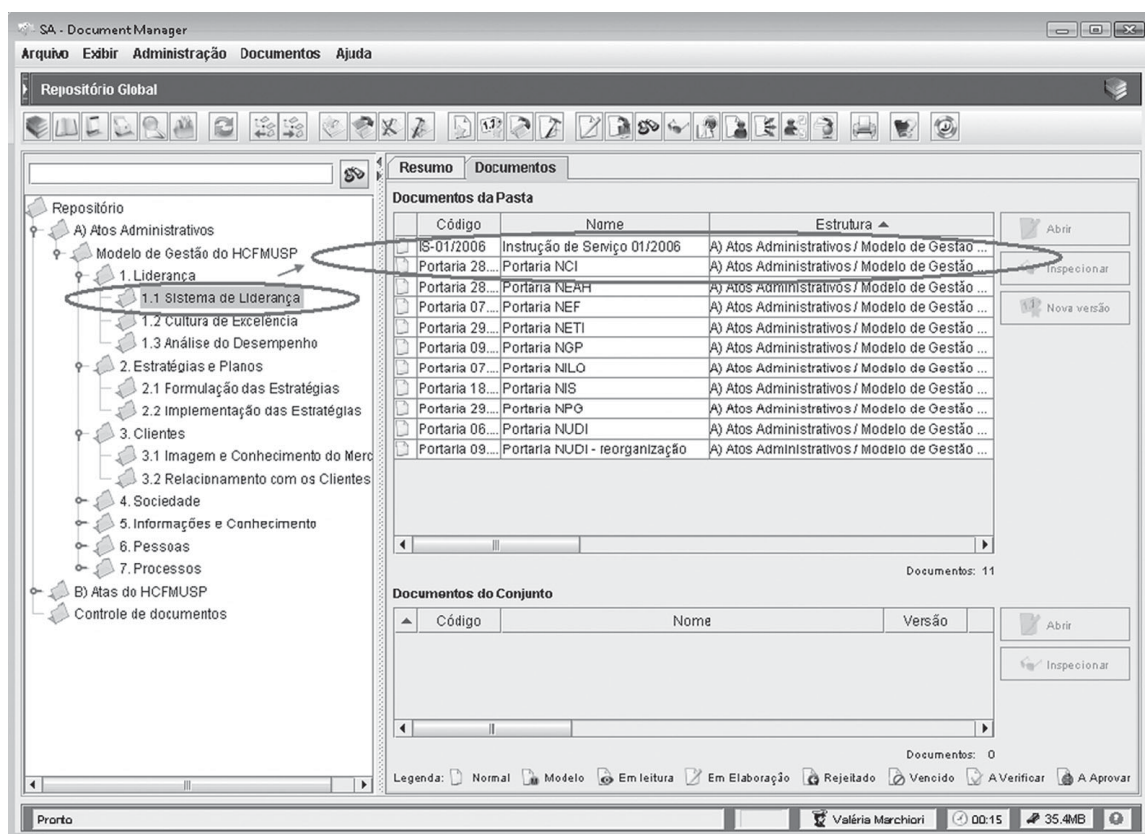


Figura 1.2.1 - Classificação dos Atos Administrativos para fins de controle dos padrões de trabalho corporativos.

Ainda em 2009 foi publicada a Ordem de Serviço 033/2009 com o objetivo de orientar a hierarquização, padronização da elaboração e publicação dos Atos Administrativos, unificando assim, o tratamento dos padrões de trabalho, por todas as Unidades do Hospital. Essa Ordem de

Serviço estabelece que as Unidades do Complexo HC devem realizar tabela de conversão dos Atos Administrativos vigentes, publicados anteriormente que não estão adequados à nova padronização e utilizar a numeração de acordo com a tabela apresentada na fig. 1.2.2.

Ato Administrativo	Nomenclatura	Numeração	Elaboração
Tomada de decisão corporativa	Ordem de Serviço	OS-XX/YYYY	Adm. Superior
Regras corporativas (padrões de trabalho)	Procedimento Gerencial Padrão	PGP-XX/YY	Adm. Superior
Tomada de decisão local	Instrução de Serviço	IS-Sigla do Instituto-XX/YY	Unidades
Regras locais (padrões de trabalho)	Rotinas Operacionais	ROT-Sigla do Instituto+Numeração do setor	Unidades
Regras setoriais (padrões de trabalho)	Procedimento Operacional Padrão	POP-Sigla do Instituto+Numeração do setor	Unidades

Figura 1.2.2 - Padronização da elaboração dos Atos Administrativos.

Essa Ordem de Serviço estabelece também que a elaboração, verificação, publicação e controle dos Atos Administrativos das Unidades devem seguir um fluxograma estabelecido pelas mesmas, a partir fluxos dos Atos Administrativos da Superintendência, fig. 1.2.3.

Anexo II - Fluxograma Ordem de Serviço

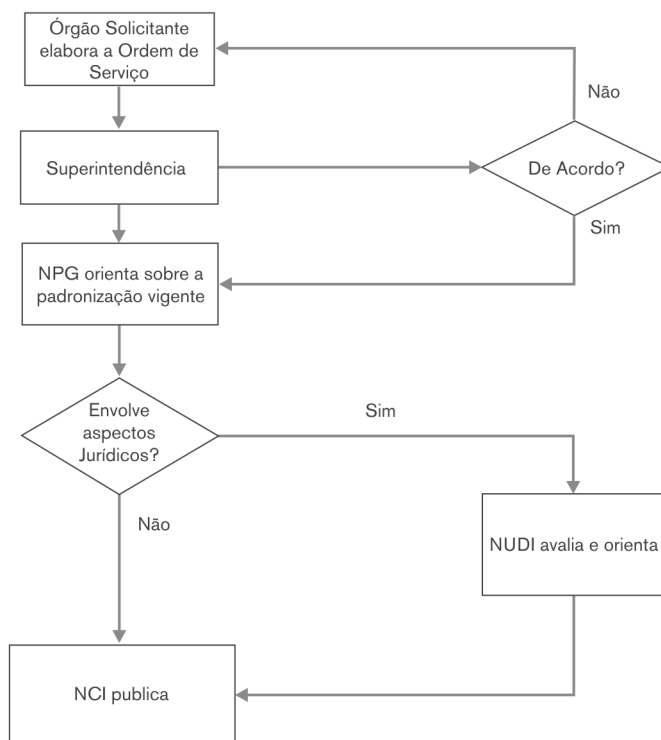


Figura 1.2.3 – Fluxo da Ordem de Serviço.

F) VERIFICAÇÃO DO CUMPRIMENTO DOS PADRÕES DE TRABALHO

A verificação do cumprimento dos padrões de trabalho é feita nos fóruns, já citados anteriormente, de tomada de decisões e de acompanhamento da implementação das ações.

O Sistema *Strategic Adviser* (SA) também permite o acompanhamento e verificação do cumprimento dos padrões de trabalho estabelecidos pela Liderança, a partir da análise do cumprimento dos planos de ação (operacionais e estratégicos) que são desenhados e descritos no sistema.

Também no SA então implantados os Atos Administrativos do Hospital, de forma hierarquizada. A hierarquização desses Atos Administrativos (Portaria, Ordem de Serviço, POPs, Instrução de

Serviço e Normas/Rotinas/Procedimentos) e a definição do uso destes (Atos inerentes à Administração Superior e Atos gerados pelas Unidades), permitem identificar as lacunas de organização dos processos corporativos do Hospital e de disseminação dos padrões de trabalho, propiciando o controle corporativo da verificação do cumprimento destes.

Cabe lembrar que cada Núcleo, Comissão ou Unidade prestadora de serviço possui, ainda, mecanismos próprios de verificação do cumprimento de seus padrões de trabalho específicos, sendo, as reuniões da alta liderança com os Coordenadores de Núcleos, Diretores Executivos e Presidentes de Comissões, o momento para a “prestação de contas” e da apresentação dos resultados que vêm sendo obtidos com os padrões estabelecidos.

G) APRENDIZADO ORGANIZACIONAL

O aprendizado organizacional do HC se dá por meio da avaliação anual do desempenho de suas Unidades na implementação do Modelo de Gestão utilizado no HC. Os resultados dessas avaliações vêm possibilitando a identificação das oportunidades de melhorias necessárias para o desenvolvimento da excelência na gestão. Essa avaliação ocorre com ciclos anuais, alternando um ciclo com o desenvolvimento pelo Núcleo de Planejamento e Gestão do Hospital (NPG) e outro pelas próprias Unidades.

Quando a avaliação é desenvolvida pelo NPG a banca examinadora é composta por em torno de 65 pessoas da força de trabalho do Sistema FMUSP-HC. Em 2009, a avaliação foi desenvolvida pelas Unidades, onde as mesmas organizaram sua própria banca examinadora, envolvendo em torno de 80 pessoas, sendo que em todos os ciclos a ferramenta utilizada é o critério de avaliação do PNGS “Rumo a Excelência”.

Realizada desde 2002, a avaliação é um processo que vem melhorando a partir de sugestões feitas pelas próprias Unidades, após reflexão sobre os ciclos anteriores.

Para sua realização são elaborados Relatórios de Gestão anuais (das Unidades e Corporativo), cursos anuais de formação e atualização para a banca examinadora, sendo pré-requisito a realização do curso à distância da FNO, sobre o Modelo de Excelência em Gestão - MEG.

Em todos os ciclos são gerados os relatórios de avaliação para a discussão da organização dos planos de correção de rumo e após o ciclo, o processo é avaliado pela equipe que participou da banca examinadora, por meio do sistema de avaliação (Sideral) e as melhorias para que a prática atenda às sua finalidade são discutidas nas reuniões do Comitê de Planejamento e Gestão (CPG).

As etapas da Avaliação comportam uma Análise Individual do Relatório de Gestão, um consenso pré-visita, uma visita à Unidade avaliada, um consenso pós-visita, ajustes de pontuação, organização do relatório de avaliação (*feedback* para as Unidades avaliadas) e a organização dos planos de ação (correção de rumo).

Após a auto-avaliação de 2009, o NPG reuniu-se com todos os Diretores Executivos e apresentou a análise do Relatório de Avaliação, a partir dos resultados apresentados, item a item, demonstrando os maiores *gaps*, avaliação de tendências, necessidades de planos de ação para correção de rumo e práticas que podem ser consideradas referencial comparativo para publicações futuras e *benchmarking* interno. Essa discussão possibilitou a organização dos planos de ação das Unidades que são acompanhados pelo NPG, trimestralmente. A fig. 1.2.4 apresenta exemplos de *gaps* analisados em conjunto com o NPG e o Diretor Executivo do ICr, com os planos de ações organizados a partir dessa discussão.

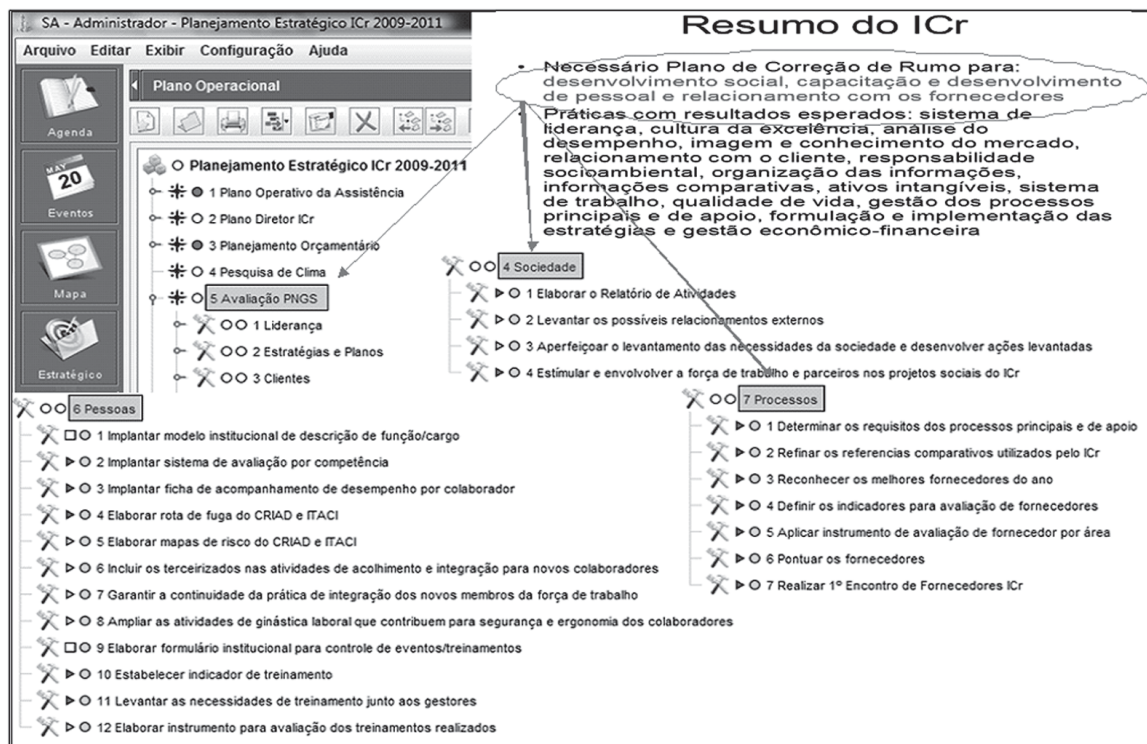


Figura 1.2.4 - Planos de ação de correção de rumo.

Ainda buscando o aprendizado organizacional, a partir do processo da auto-avaliação, o HC firmou parceria com o Centro de Desenvolvimento do Ensino e da Aprendizagem – CEDEA da Fundação Getúlio Vargas, num projeto intitulado “Projetos Organizacionais”, que envolve a participação de alunos do 4º e 6º semestre na utilização de ferramentas para o auxílio na implementação de planos de ação. Quatro Unidades do Hospital e mais a Infra Estrutura Corporativa foram contempladas inicialmente. São elas: IC, IOT, HAC e HAS.

A fig. 1.2.5 apresenta o resultado das avaliações feitas sobre a prática do aprendizado organizacional, com as devidas melhorias implementadas. Destaca-se ainda que para efeito de acompanhamento do desenvolvimento das Unidades no Modelo de Gestão ao longo do tempo, a equipe do NPG alinha a ferramenta utilizada (critérios do PNGS), caso tenha ocorrido qualquer mudança de um ano para outro, possibilitando, dessa forma, a análise de tendência.

Ano	Avaliação	Alteração
2002	necessidade de rever a ferramenta (roteiro CQH mais prescritivo para unidades iniciantes), devido a maturidade das Unidades	para 2003 uso do PNGS no lugar do roteiro
2003	necessidade da introdução do relatório de gestão feito pelas Unidades para subsidiar a avaliação	para 2004 início do uso do RG das Unidades na avaliação
2004	necessidade de garantir a uniformidade e a isenção da avaliação, nesse início de maturidade para o trabalho	para 2005 foi montada equipe única e chamado para sênior, servidor recém-admitido no HC, sem conhecimento prévio das pessoas e das Unidades do Sistema, mas especialista na metodologia do PNGS
2005	necessidade melhorar o Relatório de Avaliação e envolver mais pessoas, sem com isso perder a uniformidade e a isenção alcançada em 2005	para 2006 foi incluído o Orientador, cujo papel é alinhar os conceitos, alinhar os comentários à pontuação dada (melhoria dos Relatórios de Avaliação) e alinhar a conduta das equipes
2006	evidenciado o maior amadurecimento das Unidades para o uso da metodologia	para 2007 foram organizadas as avaliações pelas próprias Unidades, com orientação e supervisão do NPG. A partir desse ano, a prática de avaliação prevê ciclos intercalados pelo NPG por ciclos de avaliações feitas pelas Unidades
2007	necessidade de cursos específicos para os examinadores seniores, para que o mesmo desempenhe o papel de “instrutor”/multiplicador, aliviando inclusive o trabalho para alguns designados	para 2008 ampliado o número de seniores, com apenas uma Unidade para ser avaliada (até esse ciclo, um mesmo sênior avaliava mais que uma Unidade) e piloto da inclusão de examinador externo na Infra Estrutura Corporativa e FMUSP
2008	necessidade do uso do sistema e de todas as etapas realizadas pelo NPG também nas avaliações realizadas pelas Unidades (maior controle dos padrões desenvolvidos e maior credibilidade na avaliação das séries históricas – comparação das pontuações atribuídas pelo NPG e pela Unidade)	para 2009 utilizado o sistema de avaliação nas Unidades com todas as etapas sendo rigorosamente trabalhadas (pré visita, visita, pós visita, alinhamento com o Orientador e finalização do RA)
2009	necessidade de criar uma ferramenta customizada para o HCFMUSP, que identifique se a adequação dos requisitos contidos no Modelo, deve partir das Unidades ou da Infra Estrutura Corporativa. Essa necessidade foi identificada a partir da avaliação de que as Unidades estão se mantendo há 3 ciclos na mesma faixa de pontuação, sendo que ao serem levantados os principais GAPs verifica-se esta dificuldade de interpretação	para 2010 será construída pelo NPG ferramenta com os Pontos de Verificação das adequações dos requisitos do Modelo de Gestão, com uma avaliação única do Hospital (Unidades e Infra Estrutura Corporativa) e relatórios de avaliação por Unidade, identificando possíveis lacunas de disseminação e continuidade de práticas cuja adequação cabe a Infra Estrutura, ou apontando lacunas de adequação se os enfoques dos requisitos forem de suas responsabilidades

Figura 1.2.5 - Refinamentos na prática de aprendizado organizacional.

A partir dos resultados das avaliações é organizado o Fórum de Boas Práticas do HC, o que também vem auxiliando o aprendizado organizacional, na medida em que uma Unidade pode aprender com outra, como atender às oportunidades de melhorias detectadas no Ciclo de Avaliação.

O Fórum é realizado mensalmente dado seu caráter de educação continuada para a gestão. Cada mês a responsabilidade da organização do Fórum (escolha das práticas, logística e divulgação) fica com uma Unidade do Sistema

FMUSP-HC. Todavia, para garantir que o foco das apresentações seja o aprendizado organizacional, estas são padronizadas pelo NPG no formato do Banco de Boas Práticas da FNQ.

Após as apresentações, é feita uma avaliação das práticas, pela platéia, a partir dos fatores de avaliação do PNGS. A escolha do Moderador da mesa (externo), também é feita pelo NPG, sempre priorizando os Coordenadores de Prêmios associados à rede de Prêmios da FNQ ou os Examinadores desses Prêmios. O papel desse

Moderador é o alinhamento da apresentação e da avaliação da platéia com os conceitos envolvidos no Modelo de Gestão.

As apresentações das práticas são disponibilizadas na Intranet e no final do evento é feita uma avaliação da satisfação do público, para que,

anualmente, nas reuniões do CPG, a prática possa ser avaliada. Os padrões avaliados são: metodologia, carga horária e forma de divulgação. Além disso, é verificada a satisfação com as apresentações, os pontos fortes e oportunidades de melhorias segundo a visão dos participantes.

Ano	Avaliação	Alteração
2005	necessidade de rever a periodicidade (1 evento ao ano).	para 2006 periodicidade mensal (fórum permanente).
2006	necessidade de introduzir apresentações teóricas que abordassem os conceitos envolvidos com o MEG.	para 2007 foram convidados especialistas nos temas que envolvem o MEG.
2007	necessidade de envolver mais pessoas e criar mecanismos para identificar a compreensão das pessoas dos temas discutidos.	para 2008 a organização do fórum foi descentralizada e foi definida a avaliação da platéia como padrão do evento.
2008	para 2009 identificado que o fórum vem atendendo aos seus objetivos com a média gerência das Unidades.	para 2009 definido o público-alvo do FBP como a média gerência e para esta, continuar com os mesmos padrões atuais, com melhorias locais a partir da avaliação de reação.
2009	necessidade de incluir o FBP como educação formal para a média gerência.	para 2010 estabelecer parceria entre NPG e a Escola de Educação Permanente para inclusão do FBP em programa de educação formal para a média gerência. Com isso, os eventos serão internos (cada Unidade organiza o Fórum para seu público interno com foco e controle de chamada da média gerência) com um evento anual com a participação de todas as Unidades, reunindo as melhores práticas do ano.

Figura 1.2.6 - Refinamentos na prática do FBP.

Em 2009 houve ainda, a inclusão do Banco de Boas Práticas de Gestão do HC, na Intranet, possibilitando a acessibilidade da informação sobre práticas de gestão utilizadas no Hospital, a toda a sua força de trabalho, conforme fig.1.2.7 Na intranet o Banco de Boas Práticas está classificado em: Critérios, Unidades e Núcleos Técnicos Administrativos, possibilitando o acesso às boas práticas de gestão por qualquer uma dessas classificações, como mostra a fig. 1.2.8.

O fato da apresentação das Boas Práticas ser feita no formato do Banco de Boas Práticas da FNQ possibilitou a parceria com essa Instituição para a adequação conceitual do que vem sendo desenvolvido no Hospital com o que é preconizado pela FNQ. Com isso, a partir da parceria estabelecida, todas as práticas apresentadas no Fórum são encaminhadas para a avaliação da inclusão dessas no Banco de Boas Práticas da FNQ, disseminado por todo o Brasil, inter-relacionando essa prática com as referentes ao tratamento da Imagem da Instituição e ao desenvolvimento do ativo intangível – marca.

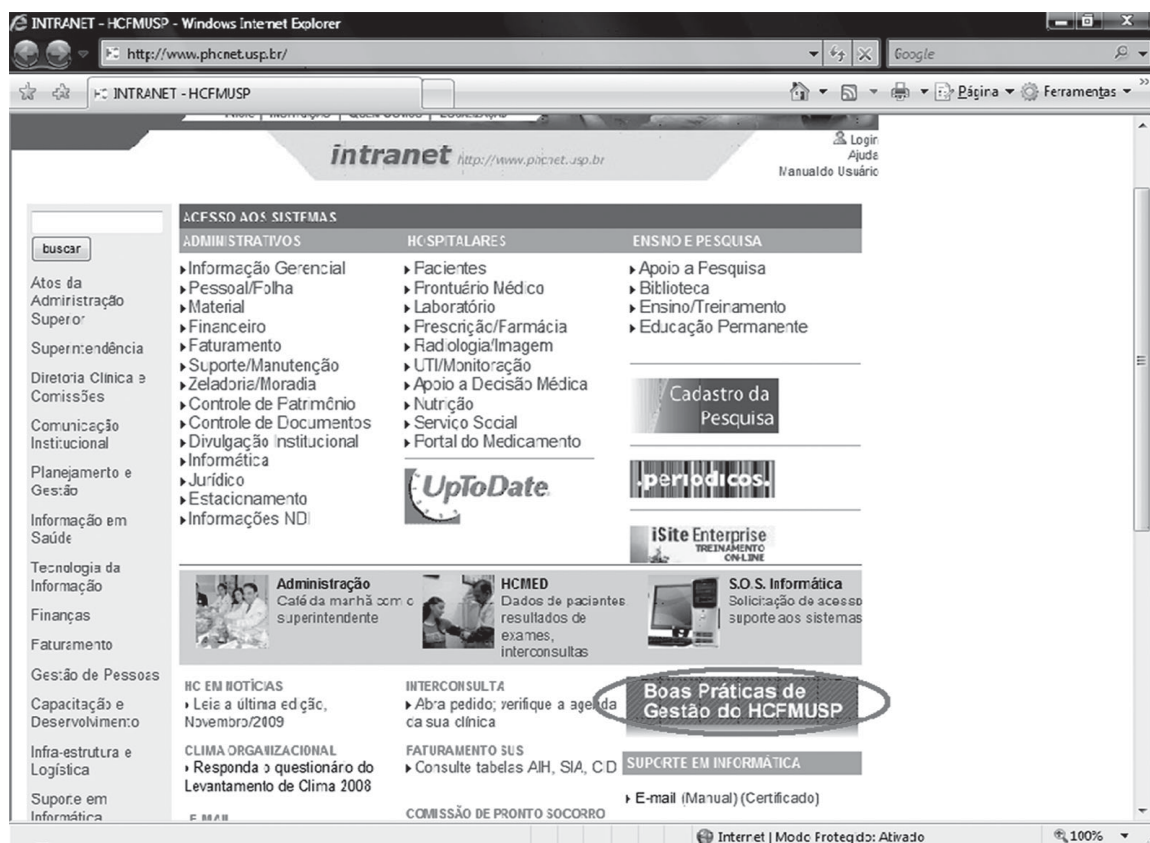


Figura 1.2.7 – Acesso ao Banco de Boas Práticas pela Intranet.

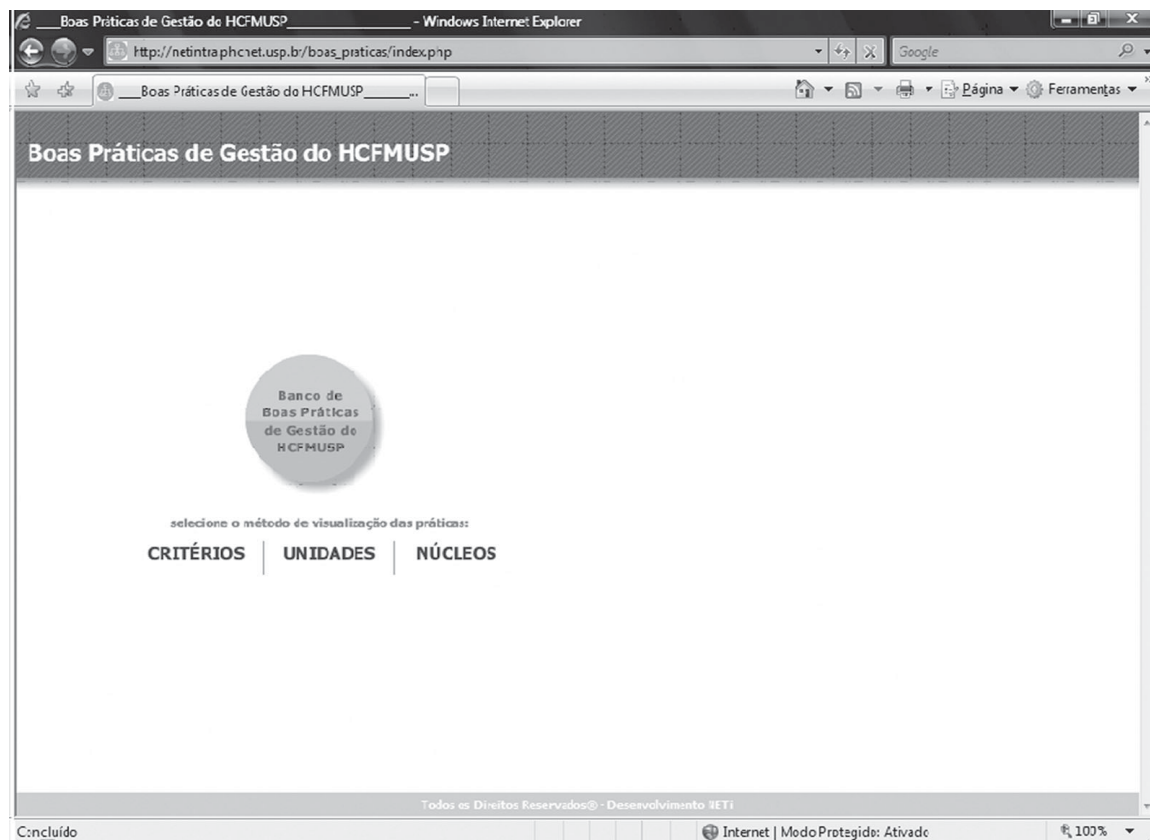


Figura 1.2.8 – Banco de Boas Práticas.

1.3 - ANÁLISE DO DESEMPENHO DA ORGANIZAÇÃO

A) IDENTIFICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPARATIVAS

Desde 2003, o NPG vem trabalhando na identificação dos principais indicadores de gestão, tendo sido organizado e padronizado, juntamente com as áreas responsáveis pelos processos principais e de apoio da Instituição, o Manual dos Indicadores, com a descrição, a definição, a fórmula de cálculo, a origem da informação, abrangência, correlações e uso dos mesmos.

As informações e indicadores, especialmente os assistenciais, eventualmente são coletados e tratados pelos diferentes sistemas informatizados presentes no HC e para garantir a integridade dessas informações, o NIS realiza reuniões mensais com os representantes das Unidades, com o objetivo de parametrizar os indicadores e a forma de coleta de dados.

Em 2009, o NPG organizou o novo Painel de Bordo do Hospital contemplando os indicadores

capazes de monitorar o cumprimento da missão do HC, assim como os indicadores capazes de monitorar o cumprimento dos objetivos estratégicos estabelecidos para que a organização caminhe para sua visão institucional. Dentro desse ambiente (Painel de Bordo), muitas vezes associados à primeira situação (missão) e à segunda (visão), também estão contemplados os indicadores relacionados aos riscos empresariais, ou seja, indicadores associados às incertezas do mercado na abrangência de atuação do Hospital, que devem ser monitorados para que não coloquem em risco, à consecução de seus objetivos.

Com isso, foi necessária a revisão do Manual de Indicadores de Desempenho do HCFMUSP, com a classificação de cada um destes, as metas corporativas estabelecidas também para cada um, a periodicidade da alimentação, fórum de análise crítica, o responsável pela alimentação e pelo controle dessa alimentação. Esse Manual está no SA, conforme exemplo da figura 1.3.1 e disseminado na intranet.

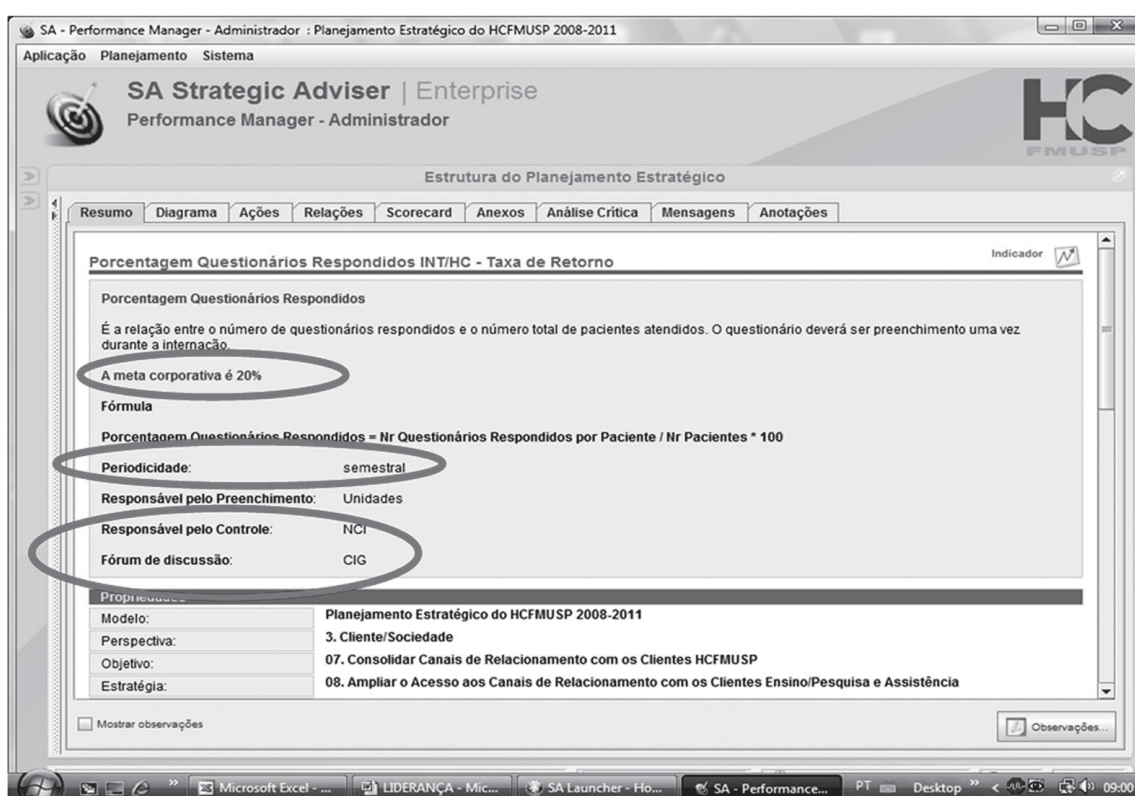


Figura 1.3.1 – Exemplo de classificação de indicador de desempenho no S.A.

O critério estabelecido pela Instituição para a comparação dos seus resultados está associado ao Painel de Bordo, ou seja, os indicadores constantes do Painel de Bordo são os eleitos para a comparação com referenciais externos. A fig. 1.3.2 apresenta a relação desses indicadores eleitos.

Perspectiva	Indicador
LiderançaEconômico-financeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Pontuação da Corporação na Avaliação PNGS - Índice de Sustentabilidade - Execução Orçamentária - Participação do orçamento HC na Saúde - Participação do orçamento HC no Estado de São Paulo
Processos	<ul style="list-style-type: none"> - Média de Permanência - Taxa de Ocupação Hospitalar - Utilização da Capacidade Física Instalada no Ambulatório - Utilização da Capacidade Instalada Horas Médico no Ambulatório - Intervalo de Substituição - Densidade de Incidência de IH associada a Cateter Venoso Central - Densidade de Incidência de Pneumonia relacionada a Respirador - Incidência de Queda de Paciente (IQP) - Índice de Úlcera por Pressão (UPP) - Notificação do Erro de Medicação - Índice de Pesquisas Transformadas em Protocolos Assistenciais - Captação de Recursos para Pesquisa X Publicação - Índice de Internacionalização das Publicações - Índice de Insatisfação dos Alunos com a Estrutura Hospitalar - Índice de altas ambulatoriais - Índice de atendimentos Realizados no PS sem Encaminhamento - Índice de Encaminhamentos Internos - Índice de Utilização do Ambulatório com encaminhamento da SES - Índice de Treinamento para Programas do SUS - Atendimento por equipe multidisciplinar (Fisio, Fono, TO) - Taxa de Reinternação - Índice de Rotatividade
Clientes/Sociedade	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentagem de Pacientes que Desconhecem a Ouvidoria - Porcentagem de Pacientes que não Confiam na Ouvidoria - Porcentagem Questionários Respondidos – Ambulatório - Porcentagem Questionários Respondidos – Internação - Índice de Insatisfação – Ambulatório - Índice de Insatisfação – Internação - Índice de Insatisfação das Instituições de Origem dos Alunos com a Estrutura Hospitalar - Índice de Busca à Mídia - Índice de Inserções Negativas na Mídia – Enfoque - Pontuação Média do Roteiro de Diagnóstico do Impacto Ambiental
Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> - Porcentagem de Funcionários que realizam os Exames Periódicos - Índice de Acidentes de Trabalho - Absenteísmo - Índice de Rotatividade - Índice de Treinamento - Índice de Satisfação do Funcionário (pesquisa de Clima Organizacional)
Informação e Conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de Citação dos Trabalhos em Revistas Indexadas - Índice de Trabalhos Publicados - Porcentagem de Informações utilizadas no SA provenientes diretamente da Base de Dados dos Sistemas Institucionais - Porcentagem de gestores que utilizam plenamente os sistemas institucionais para tomada de decisão - Índice de disponibilidade dos sistemas - Índice de disponibilidade dos serviços de rede
Fornecedores	<ul style="list-style-type: none"> - Taxa de Atraso dos Fornecedores - Taxa de Não-Conformidade Técnica na Entrega dos Fornecedores

Figura 1.3.2 – Relação dos indicadores eleitos para a comparação com referenciais externos.

Acrescenta-se que além do *Benchmarking* externo, considerando o perfil do HCFMUSP, fez-se necessário também a organização e seleção dos resultados para a comparação interna, entre suas Unidades (*Benchmarking* Interno), processo este que permite, inclusive, subsidiar a tomada de decisão em itens relacionados à distribuição interna de recursos (custeio e investimento), organização de padrões corporativos e definição de descentralização das atividades desenvolvidas no Hospital, entre outros. Para tanto, a Instituição vem utilizando como ferramenta o Plano Operativo, com foco

nesse momento, na produção e produtividade assistencial.

O Plano Operativo também está estruturado no SA de forma padronizada para todas as Unidades do HC, respeitando suas especificidades, mas também servindo para a alimentação das informações corporativas e a análise comparativa entre elas. Essas informações e análises críticas comparativas são discutidas nas reuniões do CIG e CAO. A figura 1.3.3 demonstra a comparação interna de algumas dessas informações constantes do Plano Operativo.

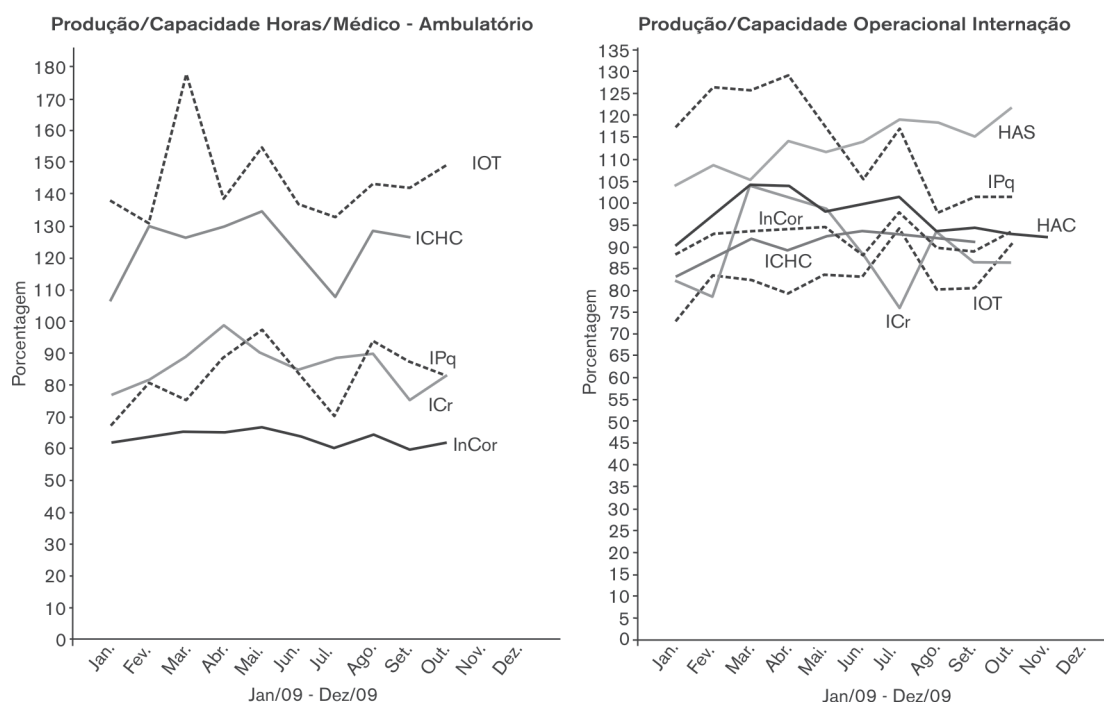


Figura 1.3.3 – Comparação interna de informações constantes do Plano Operativo.

A busca dos melhores referenciais comparativos vem sendo organizado e controlado também pelo NPG. A matriz de seleção para identificar as instituições potenciais referenciais para o Hospital é a que se segue:

- Hospital de alta complexidade ou
- Hospital universitário ou
- Hospital com mais de 800 leitos ou
- Hospitais concorrentes ou
- Hospitais referenciais de excelência ou
- Hospitais que utilizam o SA

Dentro dessa matriz as instituições que se encaixam nesse perfil são:

- Beneficência Portuguesa
- Hospital da Unicamp
- Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
- Hospital São Paulo
- Santa Casa de Belo Horizonte
- Santa Casa de Porto Alegre
- Santa Casa de São Paulo e
- Vencedores do PNGS ou PNQ

Além desses referenciais, quando o resultado do Hospital é o próprio referencial para as demais Unidades (nível de excelência), esse resultado é comparado com referenciais teóricos/literatura, nacionais ou internacionais.

No que se refere aos processos Ensino/Pesquisa, a existência do sistema de avaliação de Hospitais de ensino, constitui outra possibilidade de comparação, por se tratar de organizações com características similares.

As Unidades, partindo de suas Missões específicas, também definem as informações relevantes para comparação e as instituições com porte e similaridade de atendimento para referencial comparativo. Mesmo com os padrões para o uso das informações comparativas definidos pelas próprias Unidades, há uma orientação Corporativa para o assunto, sendo que o uso desta informação necessariamente precisa estar relacionado com a definição das metas locais para os planos operativos e estratégicos das Unidades.

As diversas unidades do HC vêm se apoiando, ainda, nos indicadores de desempenho propostos pelo Programa CQH, que considera informações de em torno de 180 Hospitais associados, para o estímulo ao uso de informações comparativas.

O Programa CQH organiza ainda para Hospitais interessados em *benchmarking* de processos e de resultados, os Núcleos de Apoio à Gestão Hospitalar - NAGEH, onde são discutidos os processos associados aos indicadores, relevância da informação e coleta dos dados dos Hospitais participantes dos grupos de discussão. São 7 grupos no total, para a discussão dos indicadores de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Hotelaria Hospitalar, Clientes, Infecção Hospitalar e Hospitais Pediátricos. Atualmente a coordenação desses grupos, a pedido do CQH, vem sendo feita por servidores do Sistema FMUSP-HC (exceto o NAGEH de Enfermagem e Infecção Hospitalar).

B) ANÁLISE DE DESEMPENHO

A Superintendência do Hospital avalia o desempenho operacional da Instituição por meio das análises do Plano Operativo e do Planejamento Orçamentário. O Plano Operativo está formatado com indicadores que permitem avaliar a capacidade física e de atendimento de cada Unidade prestadora de serviço e as metas propostas pelas Diretorias Executivas, normalmente baseadas em séries históricas ou referenciais comparativos.

Cabe destacar, conforme já relatado anteriormente, que as informações comparativas relevantes nessa situação são as captadas para fins de *Benchmarking* interno, uma vez que os focos destas discussões estão para a sustentabilidade da Instituição e minimização de riscos econômico-financeiros, de segurança e da operação, incluindo a discussão sobre a distribuição interna de recursos, tanto de custeio como de investimento.

Com o objetivo de melhorar a análise crítica do desempenho do Hospital, iniciou-se em 2008 o processo de cruzamento das informações relacionadas ao Plano Operativo, Planejamento Orçamentário, Plano Diretor de Obras e Equipamentos e Planejamento Estratégico.

Em 2009 esta prática foi aprimorada com a criação do CAO, presidido pelo Superintendente do Hospital e envolvendo os Coordenadores dos Núcleos Técnicos Administrativos responsáveis por estas informações, que fazem uma análise preliminar desse cruzamento de informações, envolvendo os Diretores Executivos, em um segundo momento, fechando a análise e a orientação para possíveis correções de rumo. A melhoria da prática também foi feita com a inclusão das informações relacionadas aos Recursos Humanos e ao Plano Diretor de Tecnologia da Informação. A fig. 1.3.4 e 1.3.5 demonstram a evolução da metodologia de análise crítica da HCFMUSP.

Planilha Cruzada	Em 2008, o NPG elaborou a “Planilha Cruzada”, onde além das informações do Plano Operativo e Planejamento Orçamentário, também foram inseridas informações do Plano Diretor de Obras e Equipamentos e do Planejamento Estratégico. Essa planilha foi preenchida por todas as Unidades e foram realizadas reuniões com o NPG, onde os Diretores Executivos e membros do CePG analisaram a correlação de sua produção com as solicitações de obras e equipamentos e se as melhorias proposta atenderam a uma demanda estratégica ou operacional.
Implantação do sistema SA	Em 2008, esse processo foi aperfeiçoado com a implantação do sistema SA, onde as informações do Plano Operacional e Plano Estratégico da Instituição foram armazenadas em um único sistema que permitiu a construção de painéis que cruzam os dados necessários para a avaliação desejada. Cabe destacar que os painéis de análise são atualizados automaticamente quando da alimentação das informações pelos setores operacionais do Hospital, o que permite que a análise ocorra em tempo real ao fato registrado.
Apresentação do Plano Operativo e Orçamentário nas reuniões do CIG	Durante todo o ano de 2009, as Unidades apresentaram as informações referentes ao Plano Operativo e informações financeiras, nas reuniões do CIG, onde com cada Diretor Executivo analisou a utilização de sua capacidade instalada e a utilização dos recursos disponíveis em sua Unidade. A fig. 1.3.5 é um exemplo da discussão realizada no CIG, onde o ICr apresentou sua análise crítica dos resultados obtidos no seu Centro Cirúrgico.
Comitê de Planejamento e Gestão	No fórum do Comitê de Planejamento e Gestão - CPG, cada Unidade apresentou, em reunião específica para o tema, como estão desenvolvendo suas análises de desempenho. O objetivo foi padronizar as ferramentas e sistemáticas de análise, com um modelo corporativo.
Reunião do NPG com Direx e CePG local	O NPG realizou reunião individual com cada Diretor Executivo como uma preparação para a discussão da avaliação de desempenho no fórum do CAO. Essa reunião abordou, ainda, a análise dos resultados da auto-avaliação de 2009 e os planos de correção de rumo que deverão ser organizados, para desenvolvimento e acompanhamento em 2010, enfatizando a associação desse processo com o redesenho de processos e organização e/ou revisão dos POPs.
Comitê de Acompanhamento Orçamentário	Na reunião do CAO, após o cruzamento das informações por parte dos Núcleos Técnicos Administrativos participantes, cada Direx passou a expor suas observações sobre o resultado desse cruzamento, permitindo orientações consensadas sobre os investimentos necessários para a Instituição.

Figura 1.3.4 – Evolução da Metodologia de Análise do Desempenho.

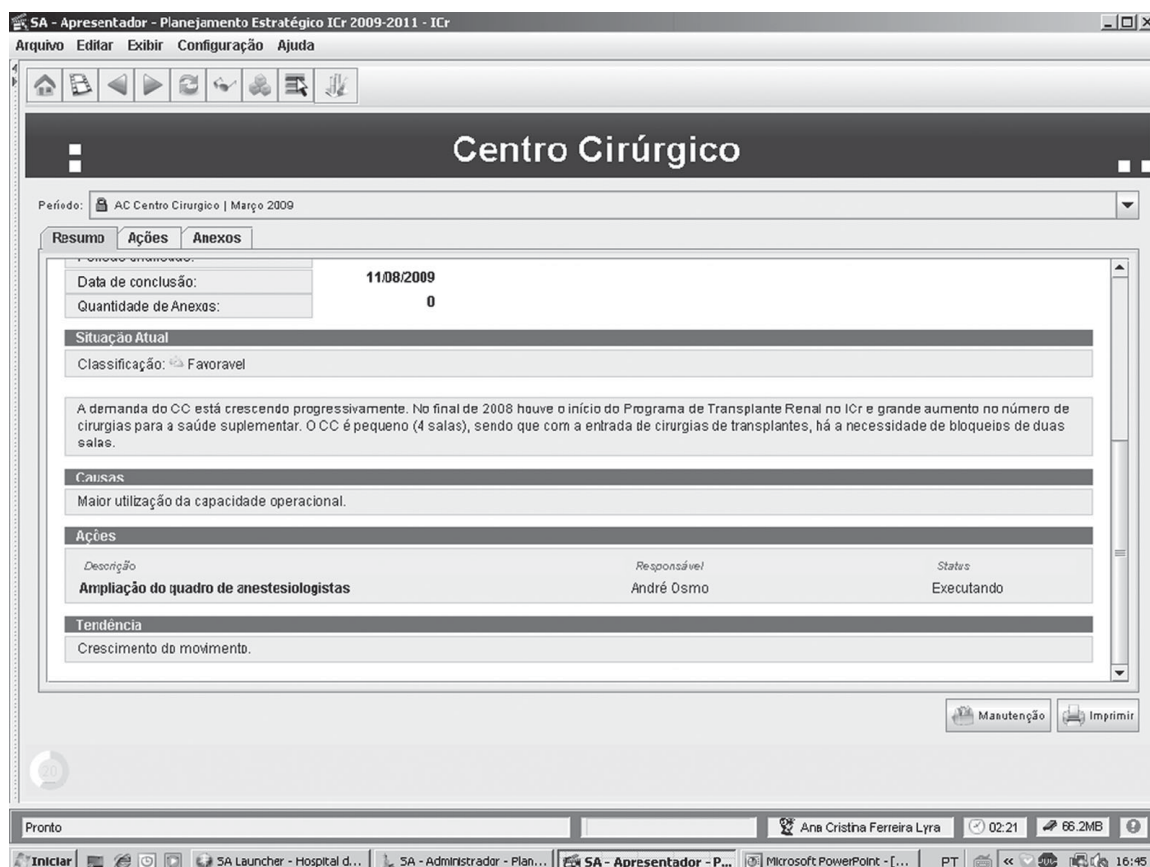


Figura 1.3.5 – Análise crítica dos resultados obtidos no centro cirúrgico ICr.

No Plano Operacional é analisado também o desempenho dos Laboratórios de Investigação Médica, responsáveis pelo desenvolvimento das atividades relacionadas à missão Pesquisa do Hospital.

São elaborados relatórios individuais de cada Unidade com base em critérios definidos e atualizados anualmente. Os critérios determinam a pontuação final e estão relacionados a artigos publicados, capítulos de livros, teses orientadas e defendidas, entre outros. Após a avaliação dos relatórios individuais, os responsáveis pelas Unidades Laboratoriais recebem um relatório contendo a pontuação final de suas unidades e a produção global, o que possibilita uma análise comparativa. O resultado consolidado da produção científica é divulgado às partes interessadas também na *internet*. A Comissão Científica analisa e discute o desempenho com avaliação insatisfatória. Os responsáveis por essas áreas são convidados a participar de uma reunião com

a comissão e o Diretor Executivo, no qual os mesmos apresentam suas dificuldades.

O desempenho estratégico é avaliado com o acompanhamento do desenvolvimento dos planos de ação das diversas Unidades que compõem o HC, utilizando-se o SA. Em 2009 esse processo foi aprimorado com a definição dos indicadores, sendo que o desempenho estratégico passa a estar associado ao cumprimento das metas estabelecidas, a partir das informações comparativas obtidas e/ou avaliação de tendências, conforme ilustrado nas figuras 1.3.6 e 1.3.7. As figuras abaixo trazem o exemplo de um indicador estratégico com meta corporativa definida.

O acompanhamento do cumprimento da meta leva a uma análise crítica composta pela descrição da situação atual de um determinado indicador estratégico, possíveis causas que expliquem essa situação e ações a serem tomadas, de acordo com o exemplo da fig. 1.3.8.

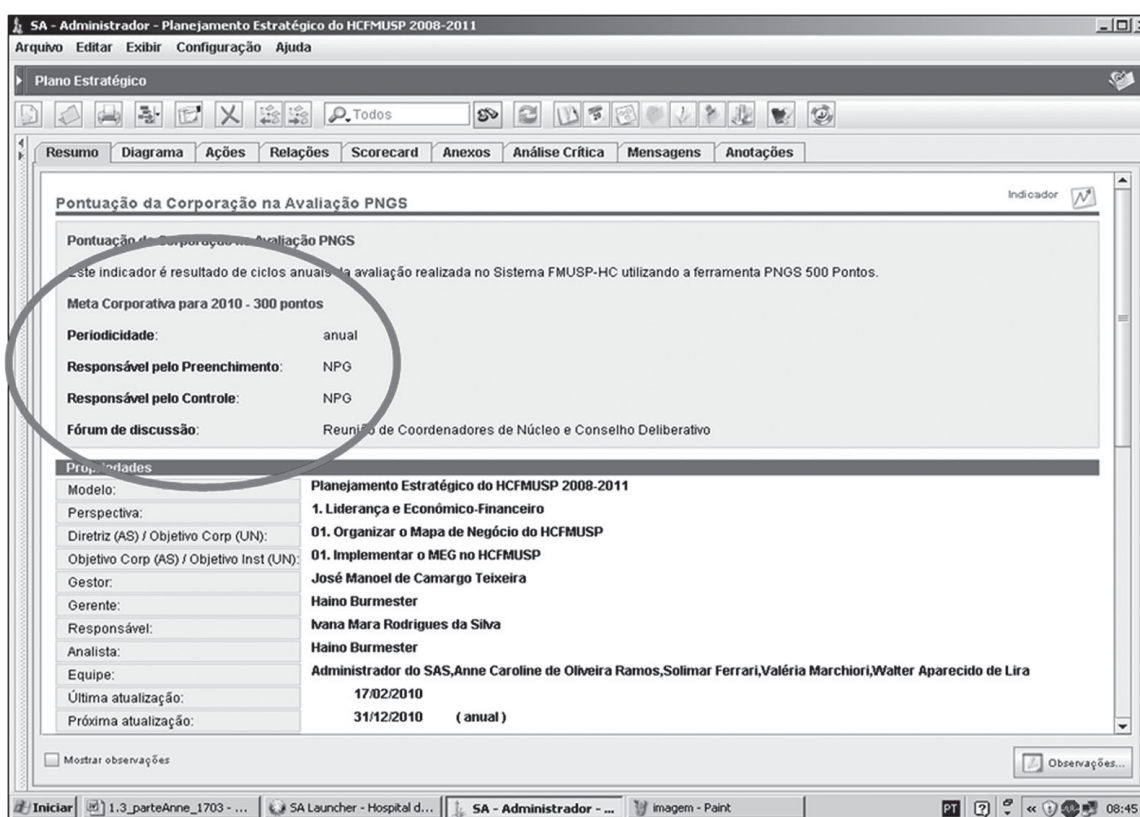


Figura 1.3.6 – Exemplo de classificação de indicador estratégico.

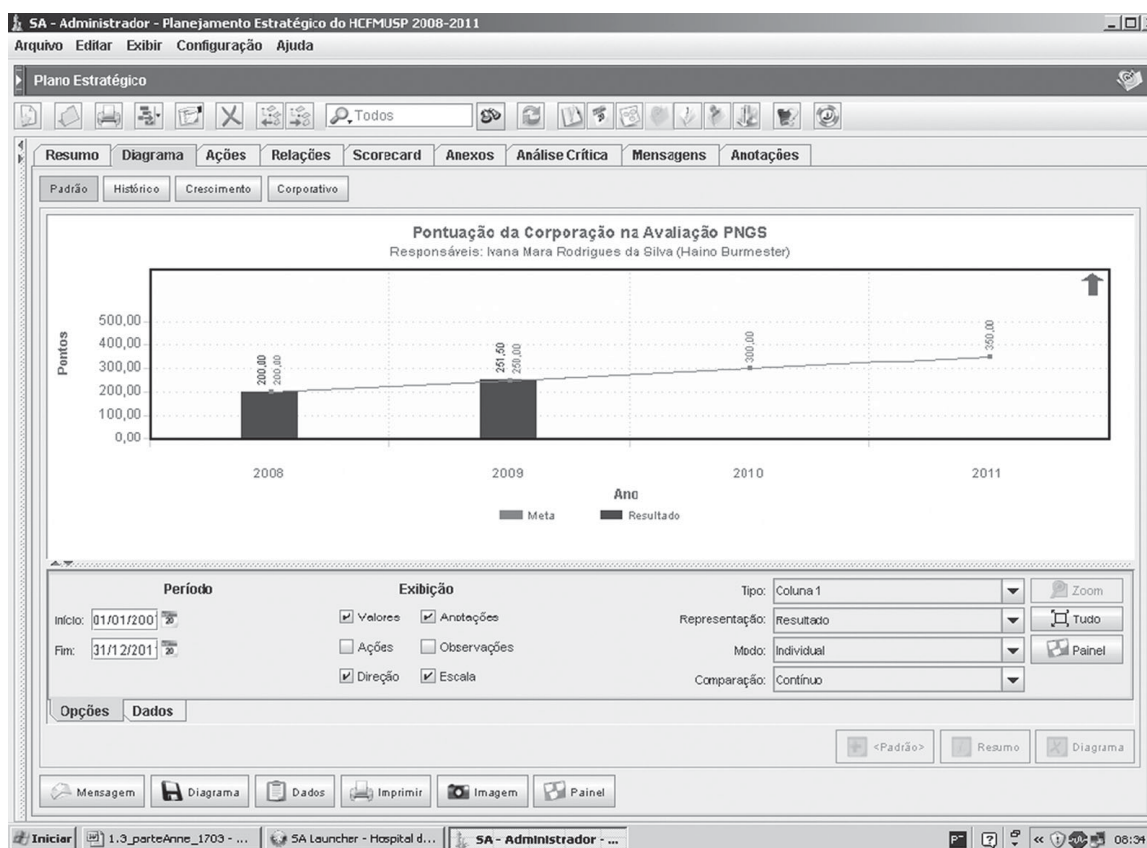


Figura 1.3.7 – Exemplo de acompanhamento do cumprimento de meta estabelecida para indicador estratégico.

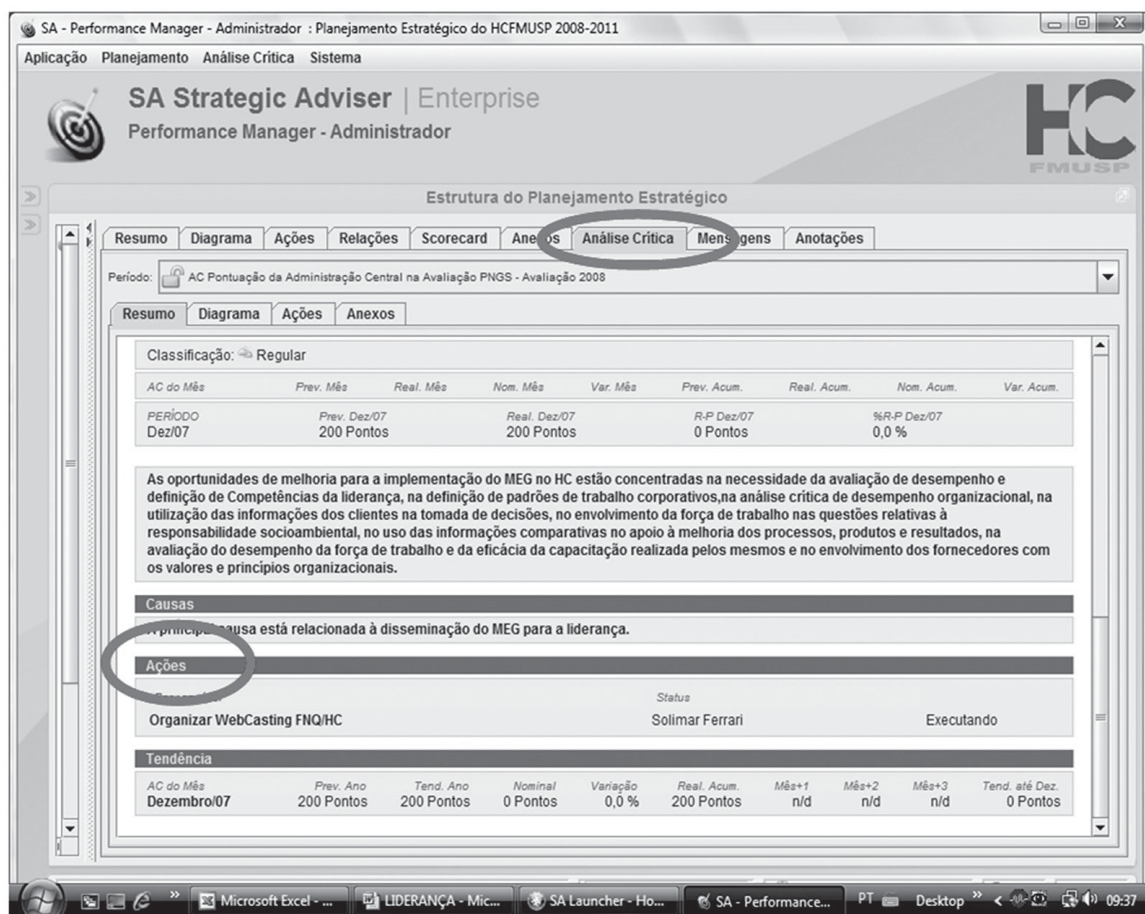


Figura 1.3.8 – Exemplo de análise crítica de um indicador estratégico.

C) COMUNICAÇÃO DAS DECISÕES

As principais decisões tomadas a partir da análise crítica do desempenho global das Unidades são divulgadas por meio de publicação dos Atos da Administração Superior e pela disponibilização das atas de reunião, possibilitando a disseminação das decisões tomadas, a todos os níveis da organização. As Unidades, ainda, realizam reuniões setoriais divulgando as decisões tomadas para gerar o comprometimento necessário da força de trabalho na consecução dos objetivos organizacionais.

D) ACOMPANHAMENTO DAS DECISÕES DECORRENTES DA ANÁLISE DE DESEMPENHO

O acompanhamento das decisões decorrentes da análise de desempenho é feito, nos Comitês coordenados pelos Núcleos Técnicos Administrativos, obedecendo a estrutura matricial.

Sendo assim, o acompanhamento das decisões decorrentes do Planejamento Estratégico é feito pelo NPG por meio do CPG. As decisões que se relacionam ao Plano Operacional geram o acompanhamento do NPG no CPG, do NEF no CEF, do NILO no CILO, do NEAH no CEAH e do NETI no CETI. Esses acompanhamentos geram prestações de contas desses Núcleos Técnicos Administrativos e dos Diretores Executivos à Superintendência, feitas por meio dos fóruns, já citados, de tomada de decisão.

No caso da avaliação de desempenho dos LIMS, o Diretor Geral solicita aos Departamentos aos quais as Unidades são vinculadas que sejam tomadas as medidas cabíveis para a melhoria da produtividade científica, após o resultado da avaliação de desempenho. Essas medidas são implementadas no âmbito do Departamento e posteriormente divulgadas ao Diretor Executivo, que acompanha sua implementação e avalia a eficiência das medidas tomadas baseando-se em pareceres externos.



Estratégias e Planos

2 - ESTRATÉGIAS E PLANOS

Em Estratégias e Planos será descrito o processo de formulação das estratégias, enfatizando a análise do mercado de atuação, do macroambiente e o processo de implementação das estratégias, incluindo a definição de indicadores, o desdobramento das metas, e os planos para as áreas da organização e o acompanhamento dos ambientes internos e externos.

2.1 - FORMULAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

A) ANÁLISE DO AMBIENTE EXTERNO

A análise do ambiente externo é um processo corporativo orientado pelo Núcleo de Planejamento e Gestão do Hospital das Clínicas e complementado pelas suas Unidades, dado o perfil específico de cada uma e a necessidade da definição de indicadores externos adequados a esse perfil, principalmente quando do levantamento dos indicadores associados ao setor de atuação do Hospital. Esta análise dá os subsídios necessários para a definição das Diretrizes Amplas Corporativas.

Até 2005 essas análises eram desenvolvidas a partir do levantamento de textos atualizados (artigos, reportagens, estudos, entre outros) sobre os diversos cenários do país (social, econômico, tecnológico e político) e tendências do setor saúde.

Para a definição das Diretrizes Amplas de 2006, o NPG, além dos textos acima mencionados, utilizou um documento baseado na publicação de estudo sobre a Tendência do Sistema de Saúde Brasileiro, com metodologia Delphi.

Em 2006, para as Diretrizes Amplas de 2007 foi feita a revisão em grupo, do trabalho realizado no ano anterior.

Em 2007 as Unidades pertencentes ao HC realizaram um levantamento das variáveis do ambiente externo, que poderiam afetar o desenvolvimento das diretrizes em andamento nas suas Unidades, buscando abranger os diversos mercados (especialidades) de atuação do Hospital. O processo foi realizado com levantamento e análise individual segundo quatro dimensões: legal, social, tecnológica e epidemiológica. Em seguida, as Unidades foram divididas em quatro grupos de trabalho, sendo que cada

grupo assumiu uma das dimensões, para análise sob a visão corporativa. A análise do ambiente externo das dimensões legal, econômico-financeira e tecnológica (tecnologia da informação) foi assumida pelos Núcleos NUDI, NEF e NETI, respectivamente.

O processo de aprendizado relacionado à Formulação das Estratégias levou à equipe do NPG a propor para a Superintendência que as Diretrizes Amplas definidas para o Hospital no final de 2007 para 2008, estejam válidas até 2011 (ano de validade do PPA – Planejamento Plurianual do Governo do Estado de São Paulo). Essa checagem apontou que, apesar das Diretrizes Amplas estarem sendo revistas anualmente, as mesmas não eram concluídas na totalidade, antes dessa revisão. Dessa forma, a partir de 2008 optou-se pela revisão apenas dos Objetivos Estratégicos Corporativos, com definições de indicadores estratégicos e definição de planos de ação, para a conclusão das Diretrizes Amplas propostas até 2011.

Em 2009, dando continuidade às melhorias implementadas, foram realizadas reuniões com especialistas da própria Instituição (sendo abordados alguns Professores da Faculdade de Medicina da USP, técnicos e dirigentes das Unidades e Fundações de Apoio) para coleta de informações associadas aos indicadores que podem retratar as tendências do ambiente externo. Como resultado deste trabalho foi proposto indicadores mínimos para acompanhamento corporativo e análise de tendência pelo NPG, tais como: Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS, Dados Epidemiológicos (óbitos/infarto, óbitos/neoplasias, óbitos/AVE etc.), Coeficiente de Mortalidade Infantil, PIB per capita, Indicadores de Evolução dos Gastos Públicos (nas três esferas de governo) e Inflação na área da Saúde.

Definidos os indicadores, cabe ao NPG alimentá-los e disseminá-los sistematicamente, enquanto é de responsabilidade das Unidades agregarem indicadores relacionados ao setor de atuação do Hospital alinhados com as suas especialidades de atendimento. Anualmente, no mês de março, essas informações são trocadas entre a corporação e as Unidades, no fórum do Comitê de Planejamento e Gestão – CPG, para a revisão dos Objetivos Estratégicos.

B) ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO

A análise do ambiente interno é realizada com o auxílio de instrumentos tais como: auto-avaliação com a ferramenta do PNGS, a avaliação dos Planos Operativos das Unidades, resultado

da Pesquisa de Clima Organizacional, resultado da Pesquisa de Satisfação dos Clientes, informações advindas da Ouvidoria Central e sobre a Imagem Institucional.

Em 2009, foram definidos os itens de cada ferramenta que passam a compor o grupo de informações estratégicas para a análise do ambiente interno e os parâmetros corporativos para a definição dos pontos fortes e oportunidades de melhorias, corporativos e por Unidade. São eles:

- Auto-Avaliação anual a partir dos critérios de avaliação “Rumo à Excelência” do PNGS: como parâmetros foram definidas a faixa 4, da tabela do Prêmio Nacional da Qualidade, como ponto forte e as faixas 1, 2 e 3, como oportunidade de melhoria, conforme fig. 2.1.1 abaixo:

Pontuação	Estágio da Organização
Faixa 4 (351-450)	Enfoques adequados para os requisitos da maioria dos itens, sendo alguns proativos, disseminados na maioria das áreas e processos, produtos e/ou partes interessadas. Uso continuado na maioria das práticas de Gestão, mas existem lacunas no inter relacionamento entre as práticas. São apresentados alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação dos enfoques. Alguns resultados apresentam tendências favoráveis, início de uso das informações comparativas.
Faixa 3 (251-350)	Enfoques adequados aos requisitos de alguns itens, sendo os mesmos basicamente reativos, estando disseminados em algumas áreas e processos, produtos e/ou partes interessadas. Existem muitas lacunas no inter relacionamento entre as práticas de Gestão. Alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação dos enfoques são apresentados e algumas tendências favoráveis.
Faixa 2 (151-250)	Os enfoques se encontram nos primeiros estágios de desenvolvimento, existindo lacunas significativas na aplicação da maioria deles. Começam a aparecer alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação de enfoques implementados.
Faixa 1 (0-150)	Estágios muito preliminares de desenvolvimento de enfoques para os requisitos dos Critérios, não tendo sido iniciada a aplicação. Ainda não existem resultados relevantes decorrentes de enfoques implementados.

Figura 2.1.1 – Tabela de parâmetro do processo de Auto-Avaliação.

Deste modo, os seguintes critérios foram adotados:

- o item da avaliação é considerado oportunidade de melhoria corporativa quando 50% das Unidades pontuaram abaixo de 51% no referido item e;
- os pontos fortes corporativos são os itens em que 50% das Unidades pontuaram acima de 70%.

- Os parâmetros do Plano Operativo para análise crítica são:

- os setores que demonstram possibilidade de melhor utilização da capacidade física e operacional são oportunidades de melhorias corporativas, sugerindo a necessidade de aumento da produção ou a revisão do Modelo Assistencial e;
- os setores que cumprem as metas locais de atendimento, validadas pela corporação são considerados pontos fortes corporativos.

- Pesquisa de Clima Organizacional: para esta ferramenta, padronizou-se como ponto forte resultados com “ótimo e bom” acima de 70%. Abaixo deste percentual, é considerada oportunidade de melhoria;
- Pesquisa de Satisfação dos Clientes: os aspectos considerados na pesquisa são a análise dos resultados por setor e a fidelização do cliente. A Unidade é considerada como ponto forte se os resultados dos seus setores estão acima da média geral de satisfação, quando comparado com as demais Unidades do Hospital. Unidades que não estão nesse patamar, são consideradas como oportunidades de melhorias para esse item. Para o indicador de fidelização é analisada a tendência dos resultados apresentados, sendo considerado ponto forte quando o resultado apresentar tendência favorável e oportunidade de melhoria para tendência desfavorável;
- Ouvidoria: os aspectos relevantes dessa ferramenta para análise de ambiente interno são o resultado sobre o conhecimento dos clientes da existência da Ouvidoria e a análise das queixas (agrupadas por setor). Para o conhecimento sobre a Ouvidoria a Unidade é considerada ponto forte quando o resultado anual está acima da média geral, quando comparado com as outras Unidades. Resultados abaixo da média geral indicam que a Unidade é uma oportunidade de melhoria, para este item. Em relação às queixas, as mesmas são analisadas para a identificação de quais se repetem e se a tendência para estas nos últimos três anos é favorável ou desfavorável (oportunidade de melhoria) e;
- Imagem: os aspectos considerados para esse item são o enfoque e a motivação em relação às inserções na mídia (TV, rádio, jornal, revista e internet). Em relação à motivação considera-se ponto forte quando 60% dessas inserções vêm pela busca do Hospital e 40%, são espontâneas, pela mídia. Para o enfoque considera-se ponto forte quando a porcentagem anual de inserções positivas está acima de 98%, sendo que abaixo deste percentual, aponta para uma oportunidade de melhoria.

Da mesma forma que ocorre com as informações do ambiente externo, no mesmo período

e fórum de discussão, ou seja, anualmente, no mês de março, no fórum do Comitê de Planejamento e Gestão – CPG, essas informações são apresentadas pelas Unidades para o início da nova etapa do planejamento, qual seja, a revisão dos Objetivos Estratégicos.

C) DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

A definição das Diretrizes Amplas do HC é feita pela Alta e Média Administração, em evento próprio organizado pelo NPG, com a participação da Secretaria de Estado da Saúde, FMUSP, membros do Conselho Deliberativo, Diretoria Clínica, Conselhos Diretores, Superintendência, Núcleos Técnicos, Ouvidoria Central, Diretorias Executivas e Assessorias.

Nesses eventos há a apresentação da análise do ambiente externo e interno seguindo o método *SWOT*. A partir da análise de ambiente, definem-se as Diretrizes Amplas (ainda do evento) que irão nortear a organização dos demais níveis do Planejamento (Objetivos e Indicadores Corporativos, Objetivos e Indicadores Específicos e Planos de Ação)

As Diretrizes Amplas são disseminadas a todas as Unidades do Sistema FMUSP-HC, por meio da Intranet, *folders*, eventos realizados, treinamentos de integração e demais ferramentas que contêm as informações gerais sobre o Hospital.

Como aprendizado organizacional, após a análise crítica do Plano Estratégico do Hospital, foi definido que, desde 2008, as Diretrizes Amplas terão a validade do Plano Plurianual do Governo de Estado de São Paulo, qual seja, de quatro anos. Também nesse ano, foram consensados os conceitos que são utilizados para a definição das diretrizes estratégicas do Hospital, tais como, o que serão consideradas Diretrizes Amplas, Objetivos Estratégicos Corporativos e Específicos, Indicadores, Metas, e Planos de Ação. Os conceitos definidos em 2008 são:

- Diretrizes Amplas: definem os rumos a serem seguidos pelo Hospital para o alcance dos seus resultados. Irão gerar os objetivos estratégicos para que se consolidem as diretrizes definidas;
- Objetivos Estratégicos Corporativos (OEC): devem ser medidos, possibilitando o acom-

panhamento de sua consecução. São eles que irão gerar o Mapa Estratégico Corporativo, que orientará o desdobramento das estratégias nas Unidades do HC;

- **Objetivos Estratégicos Específicos (OEE):** organizados pelas Unidades do Complexo a partir das Diretrizes Amplas e Objetivos Estratégicos Corporativos. Irão gerar os Mapas Estratégicos das Unidades;
- **Indicadores:** elo entre estratégias do Hospital e resultados das suas atividades, devendo evidenciar o valor agregado e o atendimento aos requisitos das suas partes interessadas;
- **Meta:** valor que indica o resultado em que a Instituição deseja alcançar em um determinado período de tempo. Devem ser estabelecidas por meio da análise de séries

históricas, associadas à comparação com referenciais comparativos pertinentes (organizações que possuem perfis similares e que atingiram os resultados desejados pela Instituição). Para práticas que estão em implantação, os seus resultados podem ter metas associadas apenas aos referenciais e;

- **Planos de ação:** serão organizados para orientar a operação/atividades que levarão aos objetivos estratégicos definidos. Serão elaborados pela Superintendência, por meio dos Núcleos Técnicos Administrativos, pela Diretoria Clínica, por meio dos Núcleos Técnicos Científicos e pelas Unidades prestadoras de serviço, na fase do desdobramento do Planejamento Estratégico.

A fig. 2.1.2 Apresenta o esquema utilizado no HC para a definição de suas estratégias.

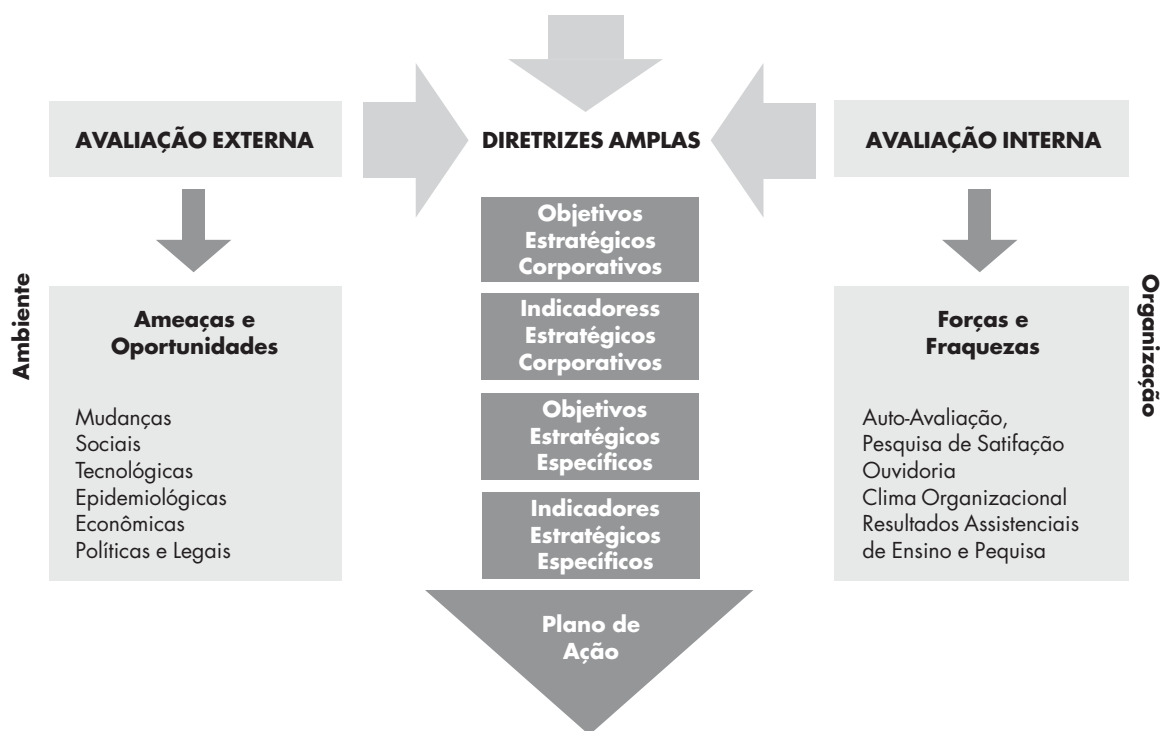


Figura 2.1.2 - Método de definição das estratégias.

O método utilizado evidencia os 4 (quatro) níveis para a definição das estratégias do HC, quais sejam: definição das Diretrizes Amplas (a partir de 2008 com validade de quatro anos), definição dos Objetivos Estratégicos Corporativos e seus devidos indicadores (revisão anual),

definição dos Objetivos Específicos e seus respectivos indicadores (revisão anual pelas Unidades e controle da corporação pelo NPG) e definição dos Planos de Ação (tanto corporativos por meio dos Núcleos Técnicos, como locais, por meio das Unidades prestadoras de serviços).

Em 2009, houve a organização da etapa da definição dos indicadores estratégicos corporativos para a preparação dos indicadores estratégicos específicos. A definição dos indicadores foi realizada de forma compartilhada com a participação das Diretorias Executivas, Coordenadores de Núcleos e Técnicos Administrativos e Científicos, por meio de reuniões individuais e

posterior apresentação coletiva para validação da proposta. Após a definição pela área técnica foi encaminhado para Superintendência para discussão e validação da Governança.

As Diretrizes Amplas, Objetivos, Indicadores Estratégicos Corporativos e Metas do HC estão apresentados na fig. 2.1.3.

Diretriz Ampla	OEC - 2010	Indicador	Meta
Diretriz Ampla 1. Organizar o Mapa de Negócios do HC-FMUSP incluindo a descrição da sua Governança Corporativa, de acordo com o preconizado pelo Modelo de Excelência de Gestão, adotado no Sistema FMUSP-HC	01. Implementar o MEG no HC	1. Pontuação da Corporação na Avaliação PNGS	300 pontos
Diretriz Ampla 2. Implementar política interna de gestão econômico-financeira, promovendo a articulação e integração entre os recursos públicos e fundacionais.	02. Buscar a sustentabilidade econômica no HC	2. Índice de Sustentabilidade (Índice de Dependência de Recursos Extra-Orçamentários)	Diminuir em 2% a dependência de recursos extra-orçamentário
	03. Monitorar a participação do HC na distribuição dos recursos públicos	3. Participação do orçamento HC na Saúde	Manter a porcentagem do ano anterior
Diretriz Ampla 3. Otimizar os processos organizacionais, buscando a garantia da qualidade, da racionalidade e resolubilidade, embasados em práticas de excelência científica e administrativa.	04. Agilizar os Processos Assistenciais	4. Média de Permanência – Hospitais de curta permanência	Meta definida pela Unidade
		5. Média de Permanência – Hospitais de longa permanência	Meta definida pela Unidade
Diretriz Ampla 4. Consolidar o Modelo de Gestão, com visão sistêmica, por meio da integração da gestão do ensino, da pesquisa e da assistência, buscando a excelência dos processos e dos resultados do Sistema FMUSP-HC.	05. Avaliar o Desempenho do Hospital no Cumprimento de sua Missão a partir de indicadores de Processos das Áreas de Assistência, Pesquisa e Ensino	6. Taxa de Ocupação Hospitalar	85%
		7. Índice de Insatisfação dos Alunos com a Estrutura Hospitalar	0 (zero)
		8. Índice de Internacionalização das Publicações	80% dos trabalhos publicados em revistas indexadas

Diretriz Ampla	OEC - 2010	Indicador	Meta
Diretriz Ampla 5. Contribuir para a regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde por meio do Sistema de Referência e Contra-referência.	06. Controlar a entrada, saída e os encaminhamentos feitos no HC	9. Índice de altas ambulatoriais	Relação = 1 (consultas novas e altas)
Diretriz Ampla 6. Consolidar a inserção da área de ensino-pesquisa do HC-FMUSP no SUS.	07. Integrar o atendimento realizado aos programas do SUS	10. Índice de Treinamento para Programas oficiais do SUS	Utilização de 100% de vagas ofertadas ou demandadas pela SES
Diretriz Ampla 8. Consolidar canais de relacionamento com os clientes HC-FMUSP, visando resgatar este cliente como ser biopsicossocial.	08. Ampliar o Acesso aos Canais de Relacionamento com os Clientes Ensino/Pesquisa e Assistência	11. Porcentagem Questionários Respondidos - Ambulatório	3% do total de pacientes ambulatoriais
	09. Avaliar a satisfação e insatisfação dos clientes do HC	12. Índice de Insatisfação - Ambulatório	Não passar de 3% de insatisfação
		13. Índice de Insatisfação das Instituições de Origem dos Alunos com a Estrutura Hospitalar	0 (zero)
	10. Consolidar as práticas de proteção da Imagem Institucional	14. Índice de Inserções Negativas na Mídia – Enfoque	Diminuir em 0,5% por ano
Diretriz Ampla 9. Consolidar as ações de responsabilidade sócio-ambiental no HC-FMUSP.	11. Identificar os impactos dos Processos e Produtos gerados no HC para o Meio Ambiente e Sociedade	15. Pontuação Média do Roteiro de Diagnóstico do Impacto Ambiental	100 pontos
Diretriz Ampla 10. Implementar política de recursos humanos para o HC-FMUSP que contemple a valorização das pessoas, abrangendo a organização do sistema de trabalho, o desenvolvimento e a capacitação de pessoal e a qualidade de vida.	12. Identificar e Tratar os Riscos relacionados à Saúde Ocupacional, Segurança e Ergonomia da FT	16. Índice de Acidentes de Trabalho	Reduzir a 0%
	13. Avaliar a Organização do Sistema de Trabalho da Corporação	17. Absenteísmo	Manter abaixo de 4%
	14. Desenvolver Profissional e Pessoalmente a FT do HC	18. Índice de Treinamento	3% do total de números de horas trabalho prevista

Diretriz Ampla	OEC - 2010	Indicador	Meta
Diretriz Ampla 7. Contribuir para o avanço científico do país, por meio do desenvolvimento de projetos de pesquisa que atendam às necessidades da realidade brasileira.	15. Ampliar a disseminação e proteger o conhecimento gerado no HC	19. Índice de trabalhos publicados	100%
Diretriz Ampla 11. Implementar a gestão do conhecimento no HC-FMUSP, promovendo o desenvolvimento, incorporação, compartilhamento e proteção do conhecimento na Instituição.	16. Organizar as informações gerenciais e operacionais nas Unidades	20. Porcentagem de gestores que utilizam plenamente os sistemas institucionais para tomada de decisão	100%
Diretriz Ampla 12. Consolidar o processo de gestão dos fornecedores no HC-FMUSP.	17. Melhorar o Processo de Gestão do Fornecimento	21. Taxa de Atraso dos Fornecedores	Reduzir a 0%

Figura 2.1.3 - Diretrizes Amplas, Objetivos, Indicadores Estratégicos Corporativos do HC e Metas.

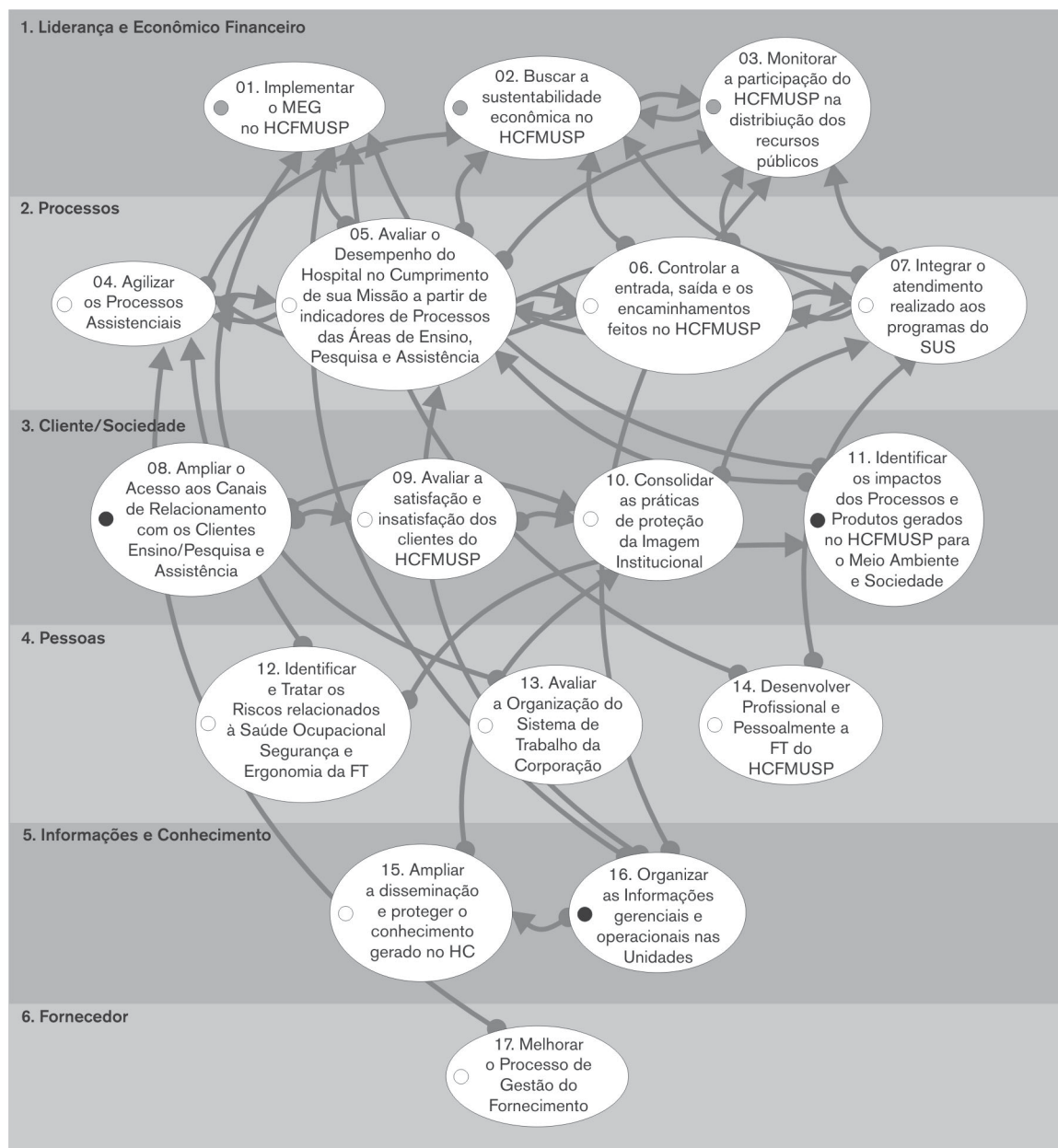


Figura 2.1.4 – Mapa Estratégico.

Os riscos empresariais são contemplados no processo de definição das estratégias do Hospital, buscando sua minimização, na definição dos Objetivos Estratégicos Corporativos e respectivos indicadores. Sendo assim, os riscos financeiros são monitorados por meio dos OEC n. 2, 3 e 5 da fig. 2.1.3 e indicadores 2, 3, 4, 8, 9 e 16. Os riscos tecnológicos, com o OEC 15 e 16 e indicadores 38, 39, 40 e 41. Os riscos relativos à imagem são tratados no OEC 9 e 10 e indicadores, 27, 28, 29, 30 e 31. Os riscos estratégicos são medidos e

monitorados por meio do OEC e indicador 1. Os riscos associados à operação do Hospital são minimizados com a consecução dos OEC 4, 5, 6 e 17 e controlados com os indicadores, 5, 6, 7, 15, 17, 18 e 42. Os riscos associados à segurança dos pacientes são tratados nos OEC 5 e 17, por meio do monitoramento dos indicadores, 10, 11, 12, 13, 14 e 43. Os relacionados à segurança da força de trabalho são OEC 12 e indicadores 33 e 34. O risco legal, nesse momento, está associado ao OEC 11 e indicador 32.

Em 2009, ainda como processo de aprendizado, foi formalizada a alteração do cronograma do Planejamento Estratégico do Hospital, sendo esta alteração necessária, dadas as atividades que foram ampliadas ou aprimoradas nesse processo. A fig. 2.1.5 apresenta o atual cronograma utilizado para a definição das estratégias do Hospital.

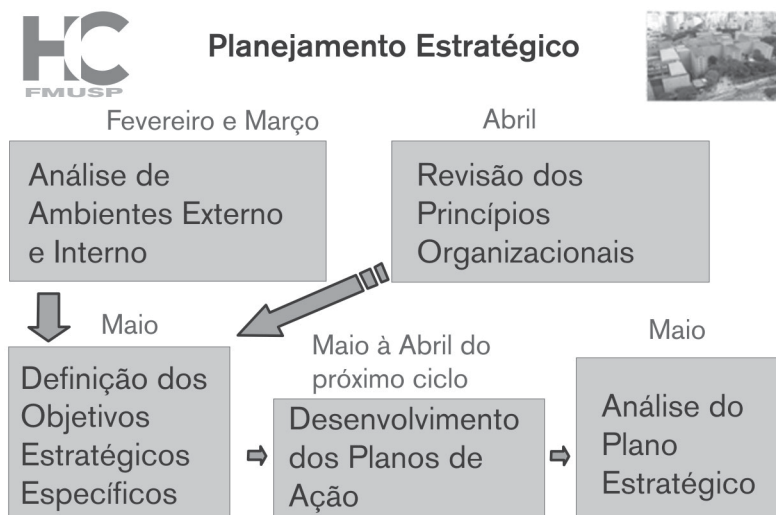


Figura 2.1.5 - Cronograma do Planejamento Estratégico.

D) ENVOLVIMENTO DAS DIVERSAS ÁREAS

As diversas áreas do Hospital são envolvidas no Processo de Formulação das Estratégias por meio das seguintes práticas:

- análise dos ambientes interno e externo, cabendo destacar que em 2009, como já relatado anteriormente, para a discussão dos indicadores de análise de ambiente externo foram envolvidos também os professores da Faculdade de Medicina e os técnicos das Fundações de Apoio, além dos profissionais do Hospital;
- evento de formulação das estratégias para a definição das Diretrizes Amplas (a cada quatro anos), que conta com a presença da Secretaria de Estado da Saúde, Conselho Deliberativo,

Diretoria Clínica, Conselhos Diretores, Superintendência, Núcleos, Ouvidoria Central, Diretores Executivos e Assessores;

- definição dos indicadores corporativos e discussão das metas corporativas e locais, feita com os Diretores Executivos, CePGs, técnicos da FMUSP, Núcleos Técnicos Administrativos e Científicos, com a validação da Superintendência;
- organização dos Mapas das Unidades, pelos técnicos das Unidades, trabalho este coordenado pelo CePG local e validado pelo NPG; e
- reuniões com o NPG, Unidades, demais Núcleos e Ouvidoria Central, para o alinhamento do proposto por essas áreas com o Mapa Corporativo.

2.2 - IMPLEMENTAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

A) DEFINIÇÃO DOS INDICADORES E ESTABELECIMENTO DE METAS E PLANOS DE AÇÃO

Os indicadores para a avaliação da implementação das estratégias do HC são definidos a partir de reuniões e discussões técnicas, com uma metodologia que prevê a construção coletiva e que reuni as Unidades pertencentes ao Hospital, Núcleos Técnicos Administrativos e Científicos, técnicos da FMUSP e das Fundações de Apoio, por meio de um trabalho coordenado pelo Núcleo de Planejamento e Gestão do Hospital e registrado no SA.

Cabe destacar que, para o momento, estão definidos 43 indicadores para acompanhamento estratégico, o que não é uma situação adequada de monitoramento estratégico da Instituição. Todavia, optou-se por manter alguns indicadores de controle (*drivers*) nesse monitoramento, em 2010, para a identificação de pontos críticos que podem impactar nos riscos empresariais, definidos recentemente.

Com isso, mesmo não sendo o ideal, nesse momento, os indicadores que compõem o Mapa Estratégico do HC e o seu Painel de Bordo, são

os mesmos, monitorados em diversos fóruns de discussão, tais como, reuniões do Conselho Deliberativo, de Coordenadores de Núcleo, CIG, CPG, CILO, CAO, CAENF, entre outros.

A discussão sobre as metas para estes indicadores foi parte desta construção coletiva, sendo uma orientação corporativa, que as mesmas sejam definidas por meio da análise de séries históricas, associadas à comparação com referenciais comparativos pertinentes, de acordo com o indicador que será monitorado, seguido a Matriz de Seleção para a definição destes, conforme já descrito anteriormente (Hospitais de alta complexidade ou universitário ou com mais de 800 leitos ou concorrentes ou referenciais de excelência ou que utilizam o SA).

Como os indicadores para a avaliação da implementação das estratégias são definidos a partir dos Objetivos Estratégicos, estes foram classificados também pelas perspectivas: Liderança/Econômico-Financeiros, Processos, Clientes e Sociedade, Pessoas, Informação e Conhecimento e Fornecedores. Na fig 2.1.3, encontram-se os indicadores estratégicos corporativos e suas respectivas metas.

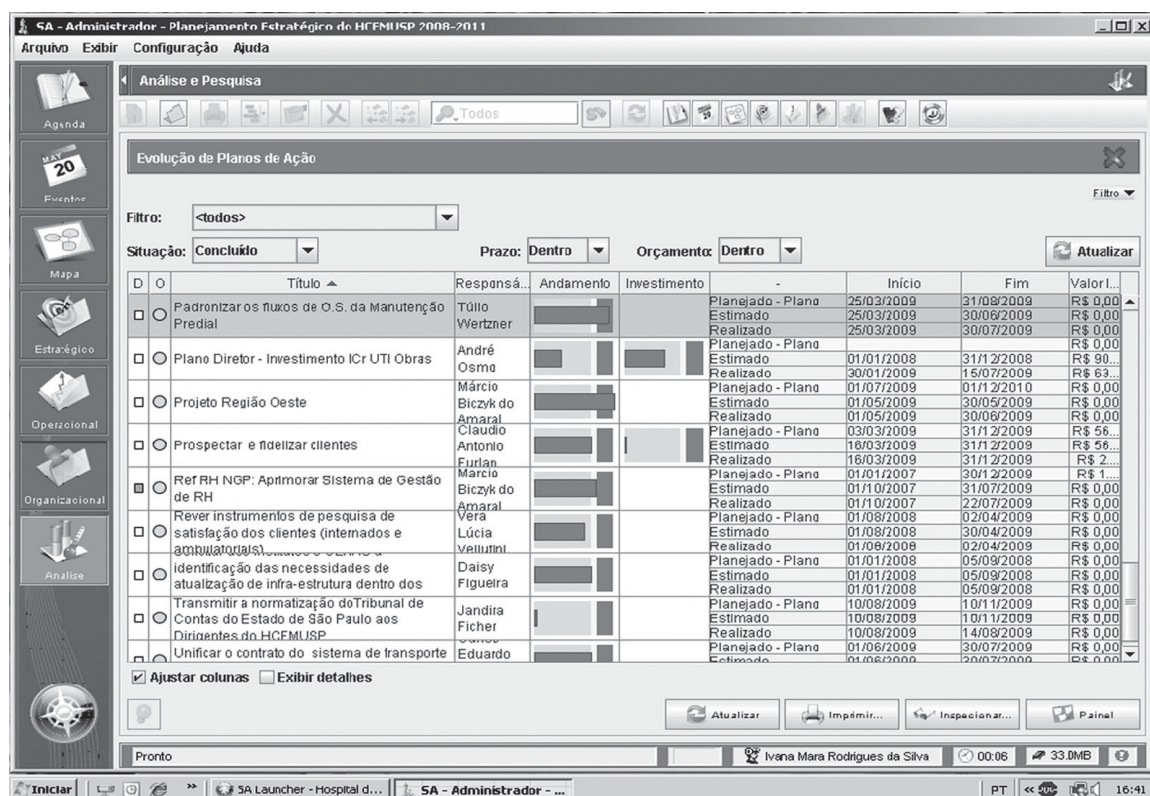


Figura 2.2.1 - Acompanhamento de planos de ação (Unidades e Núcleos Técnicos Administrativos).

Em 2009 os planos de ação foram elaborados pelos Núcleos Técnicos Administrativos e pelas Unidades prestadoras de serviço, na fase do desdobramento do Planejamento Estratégico. Foram acompanhados e controlados pela Superintendência e NPG, com apoio da ferramenta SA. A fig. 2.2.1 mostra um exemplo de acompanhamento e controle dos planos de ação tanto dos Núcleos Técnicos Administrativos quanto das Unidades pertencentes ao Hospital.

B) RECURSOS ALOCADOS

Os recursos necessários à implementação dos planos de ação do HC são previstos e solicitados anualmente, quando da elaboração do Planejamento Orçamentário das Unidades.

Em 2008, com o cruzamento das informações relacionadas ao Plano Operativo, Planejamento Orçamentário, Plano Diretor de Obras e Equipamentos e Planejamento Estratégico, foi possível o controle mais efetivo dos recursos alocados para a execução dos planos de ação.

Como melhoria para esse processo, em 2009, foi constituído o CAO, sendo este cruzamento, atualmente, discutido, Unidade por Unidade, junto com os Diretores Executivos, Núcleos Técnicos, Chefe de Gabinete e Superintendente, consensando, no momento da discussão, os possíveis investimentos e orientando as próximas etapas do desdobramento das estratégias organizacionais, o que possibilita a revisão dos planos de ação, de forma sustentável para a previsão

dos recursos a serem solicitados e posteriormente alocados nos planos de ação.

Cabe destacar que estas discussões têm início quando do desdobramento das estratégias nas Unidades, com suas equipes técnicas, Diretorias, Assessorias e Conselhos Diretores, sendo que, no momento da validação das propostas, a discussão passa para o fórum do CAO, com o Diretor Executivo, representado a equipe técnica de sua Unidade e patrocinando as necessárias negociações internas, no caso da impossibilidade da total alocação de recursos no período desejado.

Além dos recursos liberados pelo Tesouro do Estado, via orçamento, as Unidades contam, ainda, com os recursos fundacionais, advindos do atendimento de pacientes de convênio/particular.

Envolvida neste processo, cabe à Comissão de Planejamento e Controle do HC propor as prioridades do Hospital na alocação de recursos para a elaboração da proposta orçamentária e opinar sobre o plano de investimentos do Hospital. A Comissão é composta por um membro ou suplente do Conselho Deliberativo, Presidentes dos Conselhos Diretores dos Institutos e Superintendente.

Cabe destacar que todas as informações financeiras estão disponibilizadas na intranet, possibilitando a transparência da gestão econômico-financeira.

Os recursos alocados para o desenvolvimento dos planos de ação do Hospital de 2009 foram os que se apresentam na fig. 2.2.2.

Investimentos em obras e equipamentos por Unidade do HCFMUSP – 2009 (R\$)			
Unidades	Obras	Equipamentos	Total
IC	3.847.475,07	2.667.270,88	6.514.745,95
InCor	3.614.870,00	30.401.347,85	34.016.217,85
ICr	-	163.649,98	163.649,98
HAS	-	353.581,80	353.581,80
Infra-estrutura	1.384.343,96	725.909,26	2.110.253,22
Total	8.846.689,03	34.311.759,77	43.158.448,80

Figura 2.2.2 – Investimentos em obras equipamentos por Unidade do HC - 2009.

C) COMUNICAÇÃO À FORÇA DE TRABALHO

As Diretrizes Amplas e Objetivos Estratégicos Corporativos são divulgados a toda a força de trabalho na intranet e em todos os eventos que a Instituição promove, interno ou externo, por meio de folder específico para esta finalidade.

Os planos de ação, que retratam todo o desdobramento das Estratégias do Hospital, ficam disponibilizados em suas áreas (Núcleos, Unidades), para a comunicação e envolvimento da força de trabalho na sua execução, sendo a prestação de contas final do andamento destes, apresentada nas reuniões do CIG, dos Núcleos com a Superintendência, do CPG e dos Comitês Gestores nas Unidades.

D) MONITORAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PLANOS DE AÇÃO

O monitoramento da implementação dos planos de ação das Unidades é realizado nas diversas áreas dos Institutos e seu resultado é apresentado ao NPG em reuniões específicas com o CePGs e Diretores Executivos, com a ajuda das informações alimentadas no sistema SA.

Para os planos de ação organizados nos Núcleos Técnicos Administrativos, o monitoramento é realizado pelo NPG, por meio das informações alimentadas no sistema SA, sendo o acompanhamento do seu desenvolvimento, feito pela própria Superintendência.

O SA também fornece informações que vêm facilitando esse acompanhamento, tais como, números de planos de ação em desenvolvimento, planos atrasados, planos em andamento, planos projetados, planos já realizados, dias para o desenvolvimento e investimentos previstos. Essas informações são dadas também por colaborador. As figuras 2.2.3, e 2.2.4 apresentam esse acompanhamento.

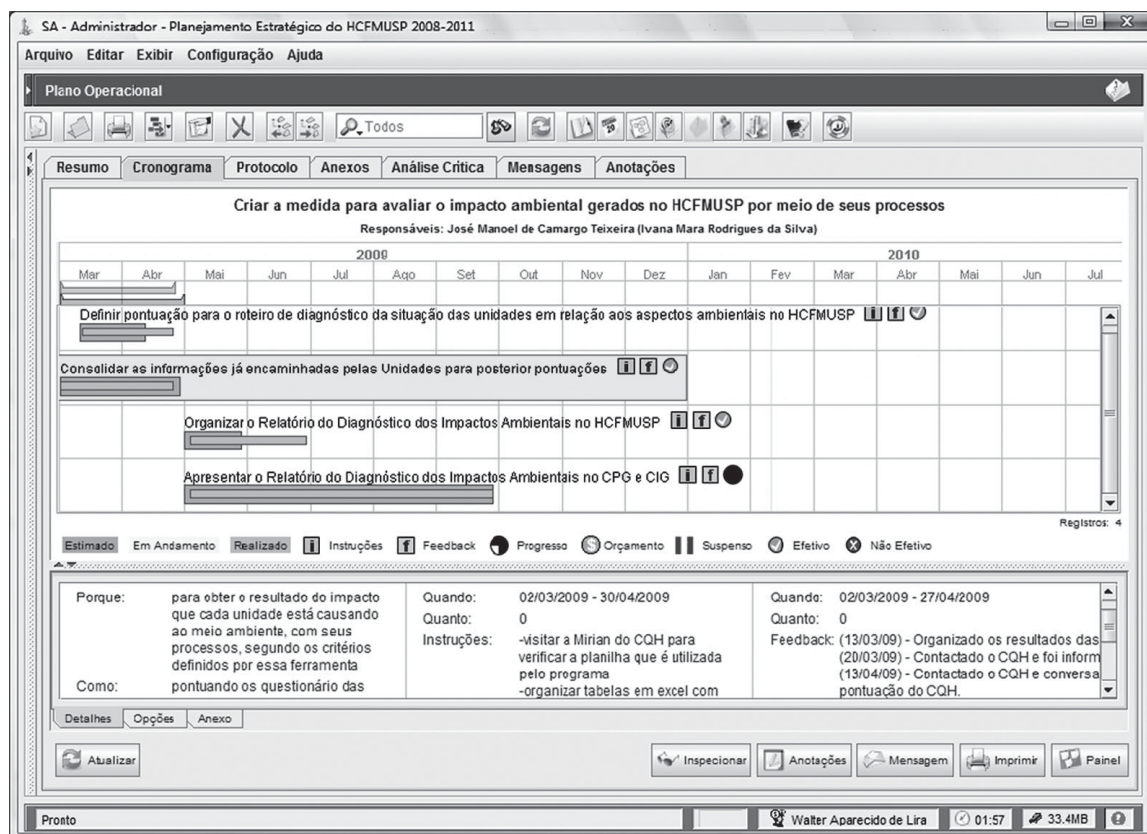


Figura 2.2.3 - Exemplo de cronograma para o acompanhamento dos Planos de Ação.

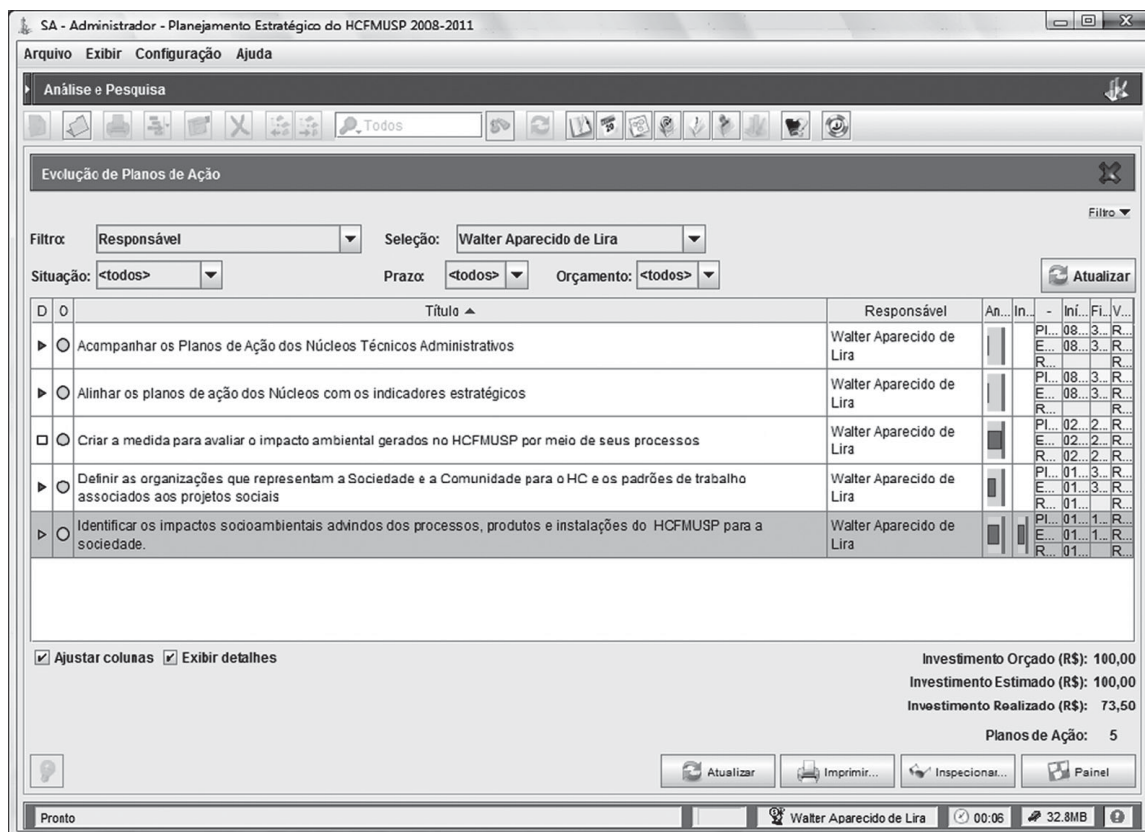


Figura 2.2.4 - Exemplo de acompanhamento dos Planos de Ação por colaborador.



Clientes

3. CLIENTES

Nesta parte será apresentado como o Hospital das Clínicas segmenta seu mercado de atuação e como identifica e trata as necessidades e expectativas dos clientes e do mercado. Relata ainda, como divulga seus produtos e marcas e estreita seu relacionamento e avalia a satisfação e insatisfação com os clientes.

3.1. IMAGEM E CONHECIMENTO DE MERCADO

A) SEGMENTAÇÃO DE MERCADO E DEFINIÇÃO DE CLIENTES-ALVO

O HC segmenta seus clientes em:

- Usuários de:
 - Consultas;
 - Exames de diagnóstico e terapêutico;
 - Internações (SUS, particulares e de outros convênios e seguradoras de saúde);
- Acompanhantes;
- Alunos das diversas escolas voltadas para a formação de profissionais de saúde; e
- Pesquisadores de temas relacionados à área.

Os clientes do HC também são segmentados pelas Unidades e especialidades de atendimento. Essa segmentação é realizada e reavaliada a partir da análise do mercado de atuação do Hospital e pela análise do perfil epidemiológico da população atendida. A partir dessa segmentação o Hospital define os mecanismos que serão utilizados para a identificação das diferentes necessidades desses clientes.

Em 2009, como melhoria para este processo, foi utilizada a ferramenta do Mapeamento do Negócio, para cada uma das Unidades, o que permitiu a reflexão sobre esta segmentação, uma vez que a ferramenta preconiza a vinculação entre os clientes-alvo, produtos e processos desenvolvidos. Na fig. 3.1.1 apresenta-se um exemplo de Mapa de Negócio organizado por uma das Unidades do HC para ilustrar essa melhoria. Com o consenso entre os clientes-alvos extraído do Mapa de Negócio, a segmentação do mercado vem sendo discutida de forma sustentada pelos princípios organizacionais.

B) NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DOS CLIENTES

Para o levantamento das necessidades dos clientes, a organização utiliza:

- Manifestações dos clientes usuários e acompanhantes nos canais de relacionamento, como a ouvidoria, site e caixas de sugestões;
- Resultados das pesquisas de satisfação dos clientes usuários;
- Reuniões com os Comitês Comunitários;
- Reuniões específicas com instituições de ensino público e privado;
- Avaliações dos alunos realizadas durante os estágios, cursos, aprimoramentos e residências; e
- Discussões com os pesquisadores durante a elaboração e aprovação dos diversos projetos de pesquisas desenvolvidos na Instituição.

Cabe destacar que cada Unidade, de acordo com o seu perfil e a sua missão, define seus próprios padrões de trabalho para a identificação e análise das necessidades de seus clientes.



Figura 3.1.1 – Mapa do Negócio do ICr.

C) DIVULGAÇÃO DE PRODUTOS E MARCAS

As práticas de gestão relacionadas à divulgação de produtos e marcas do Hospital são orientadas e controladas pelo Núcleo de Comunicação Institucional - NCI, por meio das áreas de relações públicas, assessoria de imprensa e *marketing* institucional.

O HC utiliza diferentes canais para divulgar seus produtos, marcas e ações de melhoria aos clientes e mercado. Entre elas, destacam-se os boletins internos da Administração (HC em Notícias e HC *ON-LINE*) e dos Institutos; os murais; painéis; *folders*; revistas especializadas; folhetos; cartazes; vídeos institucionais; mídia escrita, falada e televisada; além das visitas técnicas e institucionais. O fácil acesso a esses instrumentos permite a disseminação dos produtos do Sistema FMUSP-HC a toda comunidade que circula pelas dependências do Hospital.

Destaque também para a Revista *Clinics*, com temas atuais e importantes dentro da área da saúde. A periodicidade da Revista proporciona uma atualização constante de informações, que

também são disponibilizadas na forma eletrônica por meio dos sites.

Por meio da internet são divulgados, ainda, os serviços prestados pelo HC, o perfil de suas Unidades administrativas, agenda de cursos e eventos específicos e de interesse público, concursos, licitações, atividades de ensino e pesquisa, projetos sociais da instituição, entre outros.

Pela intranet, todos os Atos administrativos da Administração Superior (Ordens de Serviço, Ordens Conjuntas, Instruções, Portarias, entre outros), programas de qualidade de vida, publicações, além do acesso aos sistemas administrativo, hospitalar e de ensino e pesquisa, são disponibilizados para consulta dos profissionais do Hospital.

Essa divulgação permite o trabalho com a imagem da Instituição junto, também, aos seus colaboradores, o que é de extrema relevância, na medida em que esses colaboradores são agentes para a disseminação da imagem do Hospital, para os seus clientes. A fig 3.1.2 representa o trabalho realizado para a divulgação da imagem Institucional.



Figura 3.1.2 - Esquema para o tratamento da imagem no HC.

No ano de 2006, em comemoração ao aniversário do HC, foi lançado no site institucional, com o objetivo de fortalecer a marca da organização, um acervo que resgata a história da Instituição desde a década de 1940.

Como processo de melhoria para a divulgação de seus produtos e marcas, o Hospital iniciou as atividades do HC-TV em 2008, com acesso a todo o público externo, por meio do *site* institucional. O HC-TV, entrevista especialistas do Hospital para o esclarecimento à população sobre os tratamentos realizados na Unidade (prática inter relacionada com as práticas de responsabilidade social) e do lançamento de novos produtos e serviços, conforme fig. 3.1.3.



Figura 3.1.3 – Ferramenta de divulgação e marca

Em 2009, para melhor divulgação do HC-TV houve inserções de *links* do canal em determinados *sites*, como o do Consulado Geral do Brasil em Washington (EUA), do *newsletter* HC *On Line* e do próprio *blog* HCTV (www.hctv.com.br/blog). Também em 2009, foi assinado convênio, por um período de dois anos, com a TV da Universidade de São Paulo (TV USP). A HC-TV colabora com a TV USP com boa parte de sua produção, inclusive das matérias veiculadas no telejornal diário Bom Dia Saúde.

É importante destacar que o Hospital das Clínicas é o primeiro Hospital do país a contar com um telejornal diário, o Bom Dia Saúde, com conteúdo voltado para a saúde do cidadão e compromisso em levar ao público orientações, pesquisas de ponta e informações inéditas, tendo como fontes grandes especialistas da medicina e de outras áreas da saúde.

Ainda para implementar a prática de divulgação dos produtos e marcas, em 2009, foi criado o *Tour* HC que permite aos clientes (via solicitação no *site* do Hospital) conhecerem por meio de fatos e fotos, um pouco da história do HC, instalações e equipamentos de ponta, além de algumas das mais modernas tecnologias utilizadas em pesquisas e no desenvolvimento do tratamento das doenças. O roteiro da visita, as normas e a ficha para o agendamento estão disponíveis no *site*.

Também em 2009, foram iniciadas pelo NCI a atualização do Manual de Rotinas e Procedimentos de Comunicação Institucional e a elaboração do Manual para o planejamento e execução de eventos, com objetivo de padronizar os processos referentes à comunicação institucional em todas as Unidades do HC, aprimorando a divulgação da marca do Hospital.

Com objetivo de avaliar as ferramentas utilizadas para a divulgação de produtos e marcas

para aprendizado organizacional, foi realizada em 2009, pesquisa sobre o boletim HC em Notícias. Esta pesquisa foi respondida por colaboradores de todos os Institutos, Hospitais Auxiliares e Unidades do Sistema FMUSP-HC que contribuíram para o aperfeiçoamento da publicação.

A credibilidade, confiança e imagem positiva dos produtos e marcas Institucionais são garantidas por meio do trabalho desenvolvido pela área de assessoria de imprensa do Hospital, que promove a integração, padronização e uniformização das informações e comunicações, divulgadas ao público externo e interno, e, em especial para a imprensa.

D) AVALIAÇÃO DA IMAGEM

A imagem da organização perante seus clientes é avaliada por meio da análise dos resultados obtidos nas pesquisas de satisfação que investigam entre outros aspectos, o conhecimento que as pessoas têm sobre o Hospital, a fidelidade, as formas de recepção, orientação e encaminhamento e os serviços de hotelaria. As ferramentas e padrões de trabalho relacionados a essas pesquisas são definidos pelo NCI, com a colaboração do NPG.

Em 2009 foi definida a inserção dos indicadores relacionados à Imagem institucional no Mapa Estratégico do Hospital, com metas definidas para cada uma das Unidades, sendo possível, com isso, a melhoria do processo de avaliação da Imagem Institucional. Esses indicadores são o Índice de Inserções Negativas na Mídia – Enfoque, o Índice de Insatisfação com o atendimento ambulatorial e de internação e o Índice de Satisfação das Instituições de Origem dos Alunos com a Estrutura Hospitalar (todos monitorados também para minimização de risco empresarial, uma vez que estas práticas estão inter relacionadas).

3.2. RELACIONAMENTO COM CLIENTES

A) DEFINIÇÃO DOS CANAIS RELACIONAMENTO

Um dos valores institucionais do HC é o Humanismo. É por meio dele que a organização busca estreitar o relacionamento com os seus clientes, proporcionando um ambiente hospitalar mais acolhedor. Os canais de comunicação utilizados com os clientes usuários são: a pesquisa de opinião, a caixa de sugestões e a ouvidoria.

A pesquisa de opinião (criada em 2004) tem como objetivos a avaliação sistemática da satisfação, principais necessidades e expectativas dos pacientes atendidos em todo o Hospital, além da performance do atendimento oferecido, segundo a percepção dos próprios pacientes. Com o levantamento dessas informações, a Instituição passa a contar com subsídios para a elaboração de diretrizes do Planejamento Estratégico, tomada de decisões das lideranças, estabelecimento de indicadores estratégicos para a gestão de clientes, comparativo entre as diferentes Unidades do Hospital e com o mercado.

As pesquisas, padronizadas, atendem todos os Institutos e Unidades do HC e contam com um sistema informatizado que auxilia o gerenciamento das informações. A metodologia de aplicação é específica para os setores de Internação e Ambulatório.

Em 2008, como fruto da avaliação do trabalho realizado, o instrumento de pesquisa foi alterado. A avaliação da prática relacionada à pesquisa de opinião do usuário é feita pelo grupo de Relações Públicas das Unidades, em conjunto com o NCI. Em 2008, foi apontada a necessidade da ferramenta de avaliação conter um conjunto de questões sobre a opinião dos usuários do Hospital para questões que atendam a toda a Corporação e um conjunto de questões que busque a investigação mais pontual do atendimento específico de cada Unidade. Esse trabalho foi realizado em parceria com o NPG.

Em 2009, o NCI, com o objetivo de aprimorar os instrumentos de pesquisa de satisfação dos clientes, coordenou a discussão junto aos Centros Comunicação Institucional - CCI de um instrumento de pesquisa específico para avaliar a satisfação do paciente do pronto socorro.

Também em 2009 foram estabelecidos os parâmetros que identificam as Unidades como pontos fortes ou oportunidades de melhorias no relacionamento com os seus clientes, conforme já relatado no capítulo Estratégias e Planos desse relatório, lembrando que essa avaliação é feita tanto por meio da auto-avaliação com a ferramenta do PNGS, como pela análise dos resultados obtidos na pesquisa de satisfação para os diversos setores da Unidade.

As Ouvidorias funcionam para o recebimento das reclamações, críticas e/ou sugestões, elogios e agradecimentos, quando o usuário preferir o contato direto com os colaboradores da Unidade. A equipe de Ouvidoria tem, assim, por finalidade:

- Garantir os direitos básicos dos pacientes;
- Assegurar a qualidade dos serviços prestados;
- Receber, analisar e encaminhar as manifestações dos pacientes para as áreas competentes e acompanhar sua apreciação;
- Fornecer aos clientes respostas claras, objetivas e no menor prazo possível;
- Propor a correção de erros, omissões ou abusos cometidos no atendimento ao usuário;
- Propor modificações nos procedimentos visando melhorias; e
- Prevenir reclamações.

Na estrutura organizacional, as Ouvidoras são subordinadas diretamente as Diretorias Executivas dos Institutos, o que garante autonomia para a execução do trabalho. A equipe de Ouvidoria conta com uma Ouvidora Central que é responsável pela coordenação e assessoria das atividades comuns e pelo relacionamento com a Superintendência do Hospital.

Também para a Ouvidoria, a melhoria a ser destacada em 2009, refere-se à criação do parâmetro para considerar a Unidade como oportunidade de melhoria no relacionamento com seus clientes, por meio desse canal. Trata-se, como relatado anteriormente, de sistematizar a avaliação das manifestações feitas, de forma a identificar as que vêm se repetindo nos últimos três anos e com tendência desfavorável. Essa sistematização possibilita a utilização desse canal, na tomada de decisão e na gestão das Unidades do HC, de maneira mais efetiva.

O canal de relacionamento disponibilizado aos clientes alunos é a avaliação de satisfação e insatisfação, realizada por meio de ferramentas próprias, adaptadas ao perfil desses clientes. São aplicadas durante a realização e após o término dos cursos. Esses clientes também podem manifestar suas opiniões por meio de contatos diretos com os supervisores e responsáveis pelas disciplinas, a qualquer momento.

A satisfação e insatisfação dos clientes pesquisadores são avaliadas e tratadas por meio das Comissões de Pesquisa e Ética das Unidades do Sistema FMUSP-HC.

B) TRATAMENTO DAS RECLAMAÇÕES OU SUGESTÕES

O tratamento das reclamações ou sugestões dos clientes do HC é feito por meio do fluxo de funcionamento da pesquisa de satisfação e da Ouvidoria.

O padrão de trabalho utilizado na aplicação da pesquisa difere de uma Unidade para outra, mas de maneira geral, na internação, um funcionário administrativo, enfermeira ou funcionário da governança entrega os questionários aos pacientes ou familiares da enfermária, orientando-os quanto à importância das respostas para a Instituição. A identificação é opcional e o preenchimento, voluntário. O paciente entrega o questionário na alta ou coloca nas caixas de sugestão.

Durante a internação, uma equipe de visitantes, devidamente treinada, passa nos quartos dos pacientes a fim de reorientá-los e sensibilizá-los sobre a importância do preenchimento. Além disso, se o paciente estiver sem o impresso por qualquer motivo, o visitante entregará uma cópia.

Nos Ambulatórios, os questionários são distribuídos na recepção, e nas caixas de sugestão, que são localizadas em pontos estratégicos para facilitar a visualização. Os recepcionistas têm como função estimular os pacientes ou familiares a preencherem o questionário. Os pacientes depositam os questionários respondidos nas caixas de resposta, garantido o sigilo das informações.

Semanalmente, a Assessoria de Comunicação Social recolhe os impressos nas caixas e

alimenta o sistema que gera automaticamente indicadores como índices de resposta, índice de satisfação por Unidade, por serviço e por tipo de provedor do paciente (SUS, convênios ou particulares). Estas informações são atualizadas *on-line* no sistema.

As reclamações identificadas na pesquisa de satisfação são encaminhadas para Ouvidoria para que as devidas providências sejam tomadas. Já as sugestões são encaminhadas, mensalmente, para as áreas e para as Diretorias Executivas em forma de relatórios. Em alguns Institutos a equipe de Relações Públicas promove reuniões mensais com os responsáveis das áreas para acompanhamento das sugestões.

As informações do sistema são disponibilizadas por meio de senhas de acesso, para alta liderança e para as demais chefias que tenham interesse em utilizar as informações para tomada de decisões gerenciais. Cabe destacar que os indicadores podem ser acompanhados em tempo real.

O padrão de trabalho das Ouvidorias é estabelecido e estruturado em reuniões mensais e a rotina é realizada com apoio de um sistema informatizado. As manifestações são recebidas por diferentes canais: fax, telefone, carta, *e-mail*, *site* e pessoalmente e, em seguida, são registradas no sistema de Ouvidoria. Todas as manifestações registradas no sistema são classificadas segundo:

- Tipo de Manifestante (acompanhante, funcionário, pacientes e outros);
- Provedor (Convênios, particulares e SUS);
- Canal de Comunicação (carta, *e-mail*, fax, telefone, *site*, pessoalmente e outros);
- Categoria (Competência de outro órgão, Infra-estrutura, Recursos Humanos, Procedimentos Operacionais e Legislação);
- Origem (Ambulatório, Internação e Emergência);
- Categoria (Denúncia, Elogio, Reclamações, Sugestão, Solicitação de Informações e Expressões Livres);
- Unidade Funcional;
- *Status* (Em análise, Atendida, Não Atendida, Inconsistente e Encaminhada para outro órgão); e
- Tipo (as Ouvidoras selecionaram as manifestações mais frequentes e estas estão apontadas neste campo no sistema).

Quando possível, os Ouvidores respondem imediatamente a manifestação aos usuários. Em seguida as registram no sistema e encerram como atendidas, ou, não atendidas, caso contrário, a manifestação é encaminhada para as áreas relacionadas, que têm um prazo de 48 horas para dar uma resposta à Ouvidoria. Durante este trâmite a manifestação permanece no sistema com o status de “Em - Análise”, sendo que quando as áreas respondem as manifestações aos

Ouvidores, estes encaminham as respostas ao paciente, alterando o *status* da manifestação no sistema para “Atendida” ou “Não Atendida” (quando a solicitação disse respeito a alguma ação que não foi possível solucionar). Todos os usuários recebem um retorno da Ouvidoria, mesmo quando as solicitações não puderam ser atendidas. A fig. 3.2.1 apresenta o sistema utilizado no HC para a alimentação das informações da ouvidoria do Hospital.

Figura 3.2.1 - Sistema para registro das manifestações da ouvidoria do HC.

Para os clientes alunos, o tratamento das manifestações quando realizadas durante o curso é feita imediatamente pelo supervisor, instrutor ou coordenação do curso, sempre que procedente. Quando a manifestação é feita no término dos cursos aplicados, o tratamento é feito quando da revisão dos programas para o próximo exercício.

O tratamento das manifestações dos clientes pesquisadores é feito a partir das discussões feitas

nas Comissões de Pesquisa e Ética das Unidades do Sistema FMUSP-HC. Essas discussões são encaminhadas à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital.

As informações obtidas com a aplicação de pesquisas e manifestações advindas do Canal Aberto geram relatórios mensais para a Superintendência, produzidos pelo NCI discutidos, sempre que pertinente, nos fóruns de tomada de decisão do Hospital.

A fig. 3.2.2 demonstra o esquema proposto pelo Hospital para o tratamento das manifestações de seus clientes.

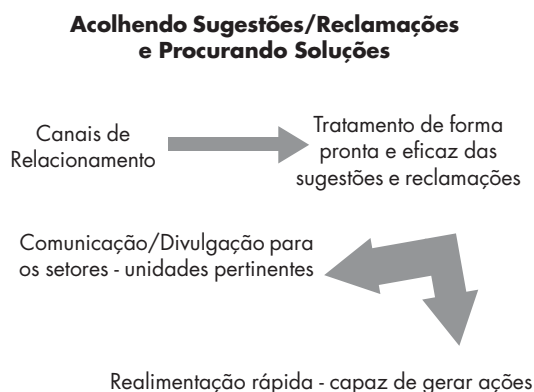


Figura 3.2.2 - Esquema para o tratamento das manifestações.

C) ACOMPANHAMENTO DAS TRANSAÇÕES COM NOVOS CLIENTES

O acompanhamento das transações com novos clientes é feito no HC de acordo com a segmentação dos seus clientes. Sendo assim, para o paciente SUS, por exemplo, contamos com a parceria das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (e suas unidades de atendimento) para os esclarecimentos sobre os tratamentos que poderão ser desenvolvidos no Hospital, facilitando o acompanhamento deste novo cliente dentro da Instituição.

Para os clientes de convênio, é feito uma aproximação mais direta das equipes das Unidades prestadoras de serviço com os convênios, possibilitando os esclarecimentos necessários sobre o atendimento prestado e facilitando as possíveis renegociações.

Para os clientes de ensino esse acompanhamento é feito pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (áreas médicas), contemplando inclusive a definição de Tutoria para acompanhar o aluno durante sua vida acadêmica.

Para os clientes de ensino da área não médica, cabe a EEP fazer esse acompanhamento,

por meio de parceria junto às próprias Instituições que trazem o aluno para o Hospital das Clínicas. Esse processo de entrada dos estudantes e de escolha das Instituições de Ensino para a realização de estágios curriculares foi melhorado com a negociação da Contrapartida. As contrapartidas oferecidas pelas instituições de ensino estão alinhadas, atualmente, às necessidades de capacitação da força de trabalho contribuindo para a melhoria da escolarização, aperfeiçoamento e atualização dos mesmos, por meio de cursos de especialização, atualização, aperfeiçoamento, difusão cultural, cursos de graduação, técnico profissionalizante dentre outros.

Os padrões para o acompanhamento das transações recentes com os novos pesquisadores é dado e controlado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital, por meio de critérios pré estabelecidos, de acordo com a legislação específica sobre o tema.

D) AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO DOS CLIENTES

O sistema de informações do Hospital sobre as manifestações de seus clientes usuários permite organizar estas informações, facilitando o gerenciamento da satisfação e insatisfação dos clientes.

Ao abrir o sistema, a primeira tela sempre mostra, por exemplo, as manifestações que estão pendentes, ou seja, as que ainda não foram solucionadas nem respondidas aos manifestantes.

Outras facilidades proporcionadas pelo sistema são os relatórios gerenciais, os indicadores e as estatísticas, que são atualizadas *on-line*. Dentre os indicadores gerados podemos destacar o índice de queixas por áreas e por Institutos, tipos de manifestação por áreas e Institutos, fora outras informações como o perfil dos manifestantes e o *status* das manifestações.

No site institucional existe um campo para Ouvidoria em que são disponibilizados os telefones e endereços de todas as Ouvidorias das Unidades e Institutos do Hospital, além de um campo para preenchimento que direciona as manifestações automaticamente para o sistema da Unidade responsável. A fig. 3.2.3 permite visualizar o sistema utilizado para a avaliação da satisfação e insatisfação dos clientes do HC.

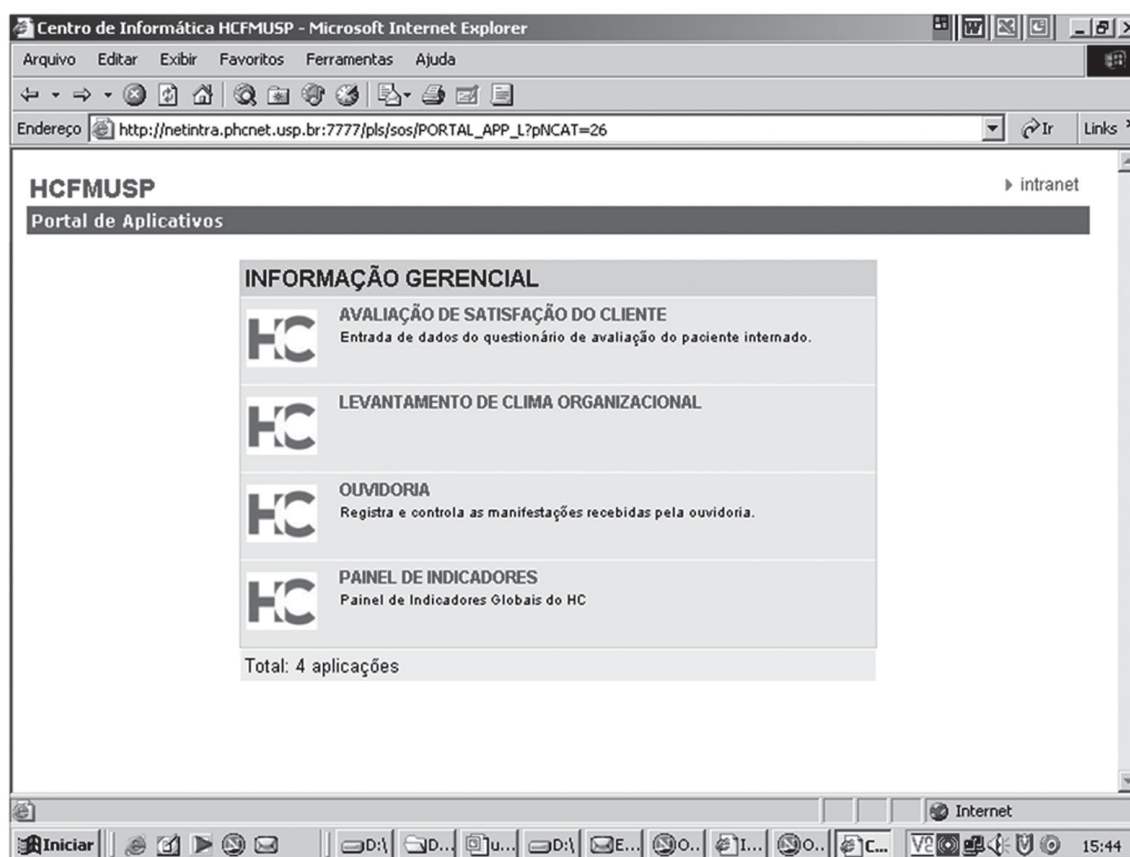


Figura 3.2.4 - Sistema utilizado para a avaliação da satisfação e insatisfação dos clientes.

Com essas informações é possível o gestor identificar, não só o tratamento das queixas, como também as lacunas que os clientes vêm apontando para a Instituição, principalmente para a Gestão dos Processos, de Pessoas e de Infra-Estrutura. Essas lacunas são identificadas, normalmente, pelo índice de queixas que se repetem, incluindo o cruzamento entre o relatado nas Ouvidorias e o resultado da pesquisa de satisfação.

Com base na análise dos indicadores, vários Institutos vêm implementando mudanças que seguramente agregaram valor à qualidade do atendimento prestado, aumentando o grau de satisfação dos pacientes e demais usuários dos serviços do Hospital. Entre elas, destacam-se o aperfeiçoamento e intensificação da sinalização, no sentido de melhorar a comunicação visual e assim facilitar o acesso do público às áreas do Hospital; alteração dos horários de visita; instalação de bebedouros; criação de uma central de marcação de consultas por telefone, criação de local de espera para familiares, desenvolvimento de peças de comunicação para reforçar as informações e orientações pertinentes às rotinas institucionais e agendamento de consultas e exames, entre outras.

Como melhorias decorrentes do relacionamento do Hospital com seus clientes alunos, citam-se a troca de professores, reformulação de conteúdos e inserção de práticas mais pertinentes à formação do aluno.

Cita-se ainda a implantação/implementação do Programa Classe Hospitalar. Este Programa tem por objetivo atender prioritariamente os alunos matriculados ou não nas escolas de educação básica que estão impossibilitados de freqüentar as aulas em razão de tratamento de saúde que implique na internação hospitalar, atendimento ambulatorial ou permanência prolongada em domicílio, contribuindo para o seu retorno e reintegração ao grupo escolar desenvolvendo, assim, currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos como prevê a LDB 9394/96 nos seus artigos 5 e 23.

Para os clientes da pesquisa as melhorias estão associadas à revisão da metodologia de avaliação dos projetos e implementação dos mecanismos de controle (avaliação contínua) do desenvolvimento desses projetos.



Sociedade

4 - SOCIEDADE

Neste capítulo será apresentado como o Hospital cumpre com a responsabilidade socioambiental, destacando ações voltadas para o desenvolvimento sustentável e como promove o desenvolvimento social, incluindo a realização ou apoio a projetos sociais ou voltados para o desenvolvimento nacional, regional, local ou setorial.

4.1 - RESPONSABILIDADE SÓCIOAMBIENTAL

A) IDENTIFICAÇÃO E TRATAMENTO DOS ASPECTOS SÓCIOAMBIENTAIS

Os principais impactos negativos potenciais que os produtos, processos e instalações da Instituição causam ao meio ambiente e à sociedade são os relacionados aos resíduos hospitalares, consumo de recursos não renováveis (água e energia elétrica), desenvolvimento de projetos novos e reformas relacionados à estrutura física do Hospital. Para tratar desses assuntos o Hospital conta com os Núcleos Técnicos Administrativos, tais como o NILO e o NEAH.

Destaca-se no aspecto de recursos não renováveis o Programa de Uso Racional da Água - PURA. O controle desta prática é realizado pela Divisão de Construção e Conservação - DCC, por meio de revisões periódicas nos equipamentos e instalações de água a fim de eliminar vazamentos, além do acompanhamento periódico do consumo por meio de medições nos hidrômetros do poço e da rede pública. A prática vem sendo evidenciada por meio da implementação de medidas adotadas desde 1997, tais como: substituição de válvula de descarga de vasos sanitários por caixas acopladas, substituição de torneiras comuns por torneiras temporizadas e campanhas educativas de mudanças de hábitos direcionadas aos funcionários da Instituição. Ressalta-se a importância desse Programa, em um período em que o HC aumentou seu número de leitos em torno de 29%. Como consequência dos resultados obtidos com a implantação do programa PURA, em 2009, foi assinado um contrato com a SABESP, objetivando a redução da tarifa para todas as Unidades. Essa redução prevê uma economia de 25% na conta de consumo de água/esgoto, das Unidades do HC que não possuem poços profundos. Mesmo com o aumento significativo do atendimento no Hospital, conforme já citado, o acordo foi possível graças à redução de 33% no consumo de água, em todo HC, devida ao Projeto PURA, aqui descrito.

Outro aspecto dos recursos não renováveis é a energia elétrica, que se evidencia pela Campanha de Redução do Consumo de Energia Elétrica, iniciado em 2000, que visa racionalização da energia elétrica e à redução do consumo por meio da conscientização dos seus usuários com relação a hábitos e atitudes como: apagar a luz ao deixar o ambiente de trabalho, aproveitar ao máximo a luz natural, uso de escada para subir um andar ou descer dois andares, desligar aparelhos de ar condicionado de janela ao sair da sala, ou quando a temperatura não estiver elevada, usar ao máximo a ventilação natural, desligar uma parte dos elevadores no período em que as atividades estiverem reduzidas, procedimentos de limpeza por ambiente (uma sala de cada vez), racionalizando desta forma o uso da energia elétrica. Em 2006, foi aprovada pelo Conselho Deliberativo do Hospital a celebração do Termo de Cooperação entre a AES Eletropaulo e o HC, objetivando a implementação do Projeto Eficiência Energética, que consiste na execução de ações de modernização dos sistemas de refrigeração no IC. Destaca-se em 2009 a assinatura de mais um Termo, esse referente à racionalização da eficiência energética, nas Unidades: IOT, ICr e InCor, com melhorias nos sistemas de iluminação e ar condicionado.

Outra prática a destacar é o Projeto de Gestão de Arborização, gerenciado pelo NILO, com o objetivo de realizar manutenção dos jardins, com destaque às árvores de grande porte. Estabelecido há vários anos, com um amplo relacionamento com as Unidades, por meio de reuniões mensais do NILO e com os representantes dos CILOs. Em 2009 por meio de realização de diagnóstico das árvores adultas e devido ao aumento de ocorrência de queda de árvore de grande porte na Cidade de São Paulo, estabeleceu novas ações na gestão das mesmas, tais como:

- Realizar levantamento quantitativo e qualitativo da arvore existente;
- Diagnosticar árvores com potencial risco de queda;

- Sistematizar as podas, obedecendo à legislação por tratar-se de área de preservação permanente;
- Cobrar junto do Poder Público manutenção das árvores do entorno;
- Implementar controle fitossanitário;

- Implementar compensação ambiental, em consoante com a Legislação que rege as áreas de preservação permanente; e
- Ampliar a vegetação arbórea.

A fig. 4.1.1 representa, ainda, o exemplo do fluxo utilizado pelo NEAH para a identificação e tratamento dos impactos ambientais, quando do desenvolvimento de novos projetos.

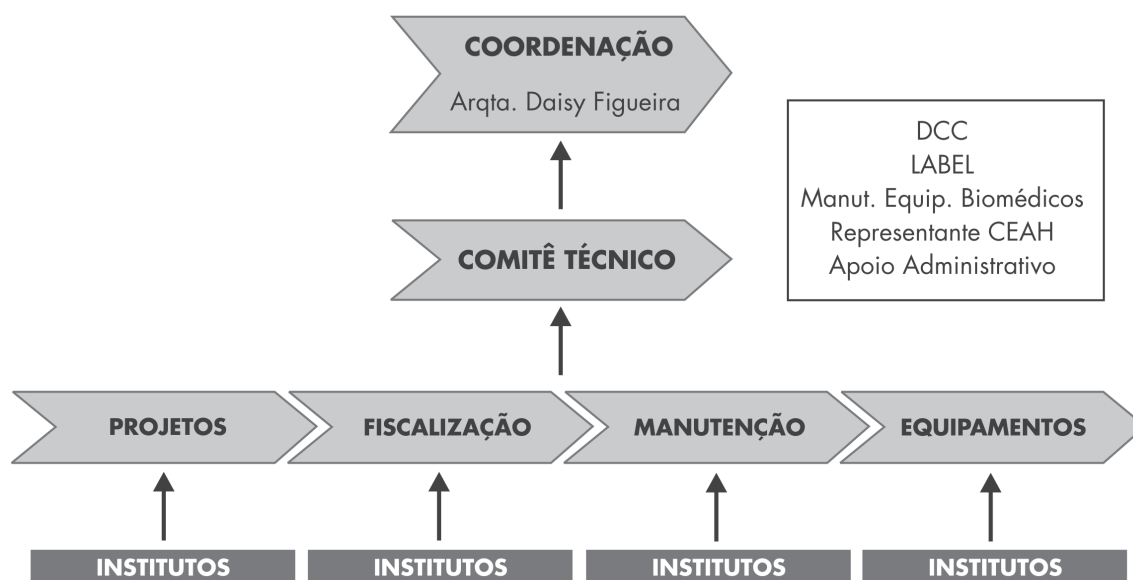


Figura 4.1.1 - Relacionamento do NEAH com as Unidades – Projetos.

Acrescenta-se que as ferramentas oficiais para a segurança do trabalhador, como o PCMSO e PPRA, contribuem para a prática de identificação e tratamento dos impactos ambientais, isso porque estimulam a discussão conceitual sobre o risco e sua associação com os impactos inerentes ao próprio processo desenvolvido nas Unidades. Estas ferramentas são gerenciadas no HC pelo Núcleo de Gestão de Pessoas - NGP, por meio de Serviço Especializado de Engenharia e Medicina do Trabalho - SESMT.

Outro impacto social negativo advindo dos processos desenvolvidos pelo Hospital está relacionado às atividades de camelôs em torno das Unidades. Para minimizar esses impactos o Hospital vem desenvolvendo continuamente ações balizadas nas orientações emanadas na Lei do Município de São Paulo, Nº 11.405, de 09/09/1993 que regulamenta o exercício do Comércio de Ambulantes próximo as Instituições de Saúde.

Essas ações consistem em campanhas de combate à atividade ilegal dos camelôs nas intermediações do Complexo, iniciado a cerca de nove anos, com o objetivo de melhorar a segurança da comunidade. O trabalho prevê a atuação das áreas de Zeladoria e Segurança de todos os Institutos em parceria com a subprefeitura de Pinheiros, a Polícia Militar do Estado de São Paulo e a Guarda Civil Metropolitana – GCM, para combater a venda de produtos de origem suspeita, principalmente alimentos, como chocolate, balas, chicletes, salgadinhos, pão de queijo e outros.

Outras normatizações utilizadas para o tratamento dos aspectos identificados no Hospital são as orientações definidas pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente – CONAMA, Resolução 358/05, que regulamenta as ações relacionadas aos resíduos gerados pelos Serviços de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/1996, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa científica,

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Resolução RDC-306/04 e Conselho Nacional de Energia Nuclear – CNEN, que orienta o funcionamento de Serviços de Radiologia.

As orientações dos órgãos de Engenharia e Arquitetura, como o CREA, Instituto de Engenharia e Instituto dos Arquitetos do Brasil, são também utilizadas no tratamento dos impactos produzidos, quando do desenvolvimento de projetos novos relacionados à estrutura física do Hospital e reformas nessa estrutura.

Para melhorar a prática relacionada à identificação dos impactos negativos potenciais que os produtos, processos e instalações da Instituição causam ao meio ambiente e à sociedade, em 2008 foi elaborada pelo NPG com o auxílio de expertises do Hospital, a ferramenta, Roteiro de Diagnóstico da Situação das Unidades em Relação aos Aspectos Ambientais, que tem o objetivo de diagnosticar, as lacunas de cada Unidade, segundo a proposta para o meio ambiente da norma ISO 14001. A fig. 4.1.2, apresenta os temas tratados na ferramenta.

Gestão de Resíduos do Serviço da Saúde
Aspecto Gerencial
Efluentes Líquidos
Efluentes Gasosos
Resíduos com Risco Biológico – Grupo A
Resíduos Químicos – Grupo B
Resíduos Radioativos – Grupo C
Resíduos Sólidos – Grupo D
Manejo dos Resíduos
Segregação
Identificação
Tratamento Preliminar
Transporte Interno
Sala de Armazenamento de Resíduo Temporário - SART
Abrigo de Armazenamento Externo
Coleta, Transporte Externo, Tratamento ou Disposição Final
Segurança e Saúde do Trabalhador
Biossegurança
Indicadores
Gestão de Infra- Estrutura
Gestão do Racionamento de Consumo

Figura 4.1.2 - Temas tratados pela ferramenta elaborado pelo HC.

Em 2009 foi desenvolvido um indicador estratégico, com meta associada para que as Unidades desenvolvam as ações necessárias baseadas nesse diagnóstico. A fig 4.1.3 é um exemplo de como as Unidades vêm trabalhando as ações associadas a estas discussões.

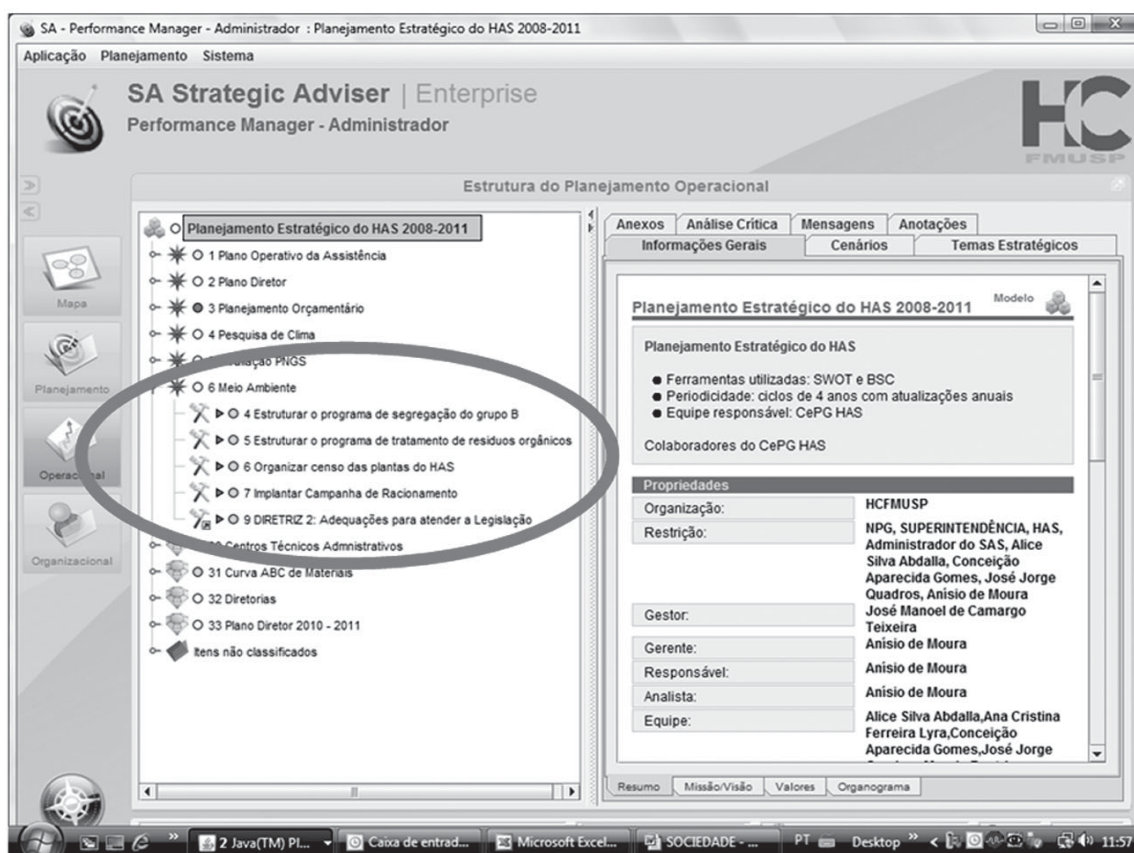


Figura 4.1.3 – Exemplo de como as Unidades vêm tratando suas lacunas identificadas pelo Roteiro.

Para a área de Apoio destaca-se também no ano de 2009 o trabalho desenvolvido pelo Centro de Convenções Rebouças - CCR com a implantação de um sistema de coleta seletiva junto aos seus clientes, tendo reciclado nesse ano, em torno de seis toneladas de lixo.

B) COMUNICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES RELATIVAS À RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL RELEVANTES À SOCIEDADE

O Hospital utiliza seus canais de comunicação, tais como internet, HC-TV, boletins informativos, entre outros, para a comunicação à sociedade dos possíveis impactos negativos potenciais que seus produtos, processos e instalações podem causar ao meio ambiente e à sociedade, quando relevantes. Se necessário uma comunicação mais específica (com maiores detalhes e

orientações), a Unidade responsável pelo processo, convida os grupos de interesse para reunião presencial, onde o tema será discutido.

Cabe destacar como já foi relatado anteriormente no capítulo Clientes, que em 2009 o HC assinou convênio, por um período de dois anos, com a TV da Universidade de São Paulo (TV USP), ampliando o acesso da sociedade às informações divulgadas pelo HC-TV, o que vem facilitando esta comunicação.

C) IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DOS REQUISITOS LEGAIS, REGULAMENTARES E CONTRATUAIS APLICÁVEIS A QUESTÕES SOCIOAMBIENTAIS

A identificação e análise dos requisitos legais, regulamentares e contratuais aplicáveis às questões socioambientais, são feitas pelas

diversas expertises do Hospital no assunto, em cada tema em questão. Assim, quando estas questões referem-se ao lixo hospitalar, são os técnicos que lidam com esse tema, espalhados por todas as Unidades do Hospital que identificam seus aspectos legais regulamentares e contratuais. Se as questões referem-se aos projetos de reforma e à infra-estrutura física, os especialistas dessa área são os responsáveis por esta identificação. Já o controle do cumprimento do PCMSO e PPRA cabe a outro grupo de profissionais, e assim por diante.

Mesmo com este controle, caso ocorram pendências ou eventuais sanções legais relacionadas às essas questões, o tratamento das mesmas é conduzido pelo NUDI. Esse Núcleo tem atuação multidisciplinar, objetivando o assessoramento e atuação na defesa do HC em qualquer instância administrativa do Estado e na promoção extrajudicialmente à conciliação e a mediação quando ocorrer conflito de interesses.

Ciente da responsabilidade que o Hospital tem em relação à sociedade, no que se refere às questões éticas e legais, têm sido ainda preocupação do NUDI, a orientação e capacitação das lideranças do HC para os aspectos legais.

O NUDI participa das ações do HC concernentes ao meio ambiente, também por meio das seguintes ações:

- Interatividade com o público, para atendimento das demandas da população;
- Observância do Código de Defesa do Consumidor;
- Sustentabilidade jurídica para as iniciativas voltadas à qualidade de vida e assuntos relacionados à inclusão de pessoas com deficiência e ao acesso universal na atenção à saúde;
- Apoio jurídico às ações de recuperação ambiental e paisagística do Complexo HC;
- Apoio jurídico às ações sobre: destinação de resíduos, coleta seletiva, consumo de água e energia elétrica.

Como melhoria para o tratamento das questões relacionadas aos requisitos legais, regulamentares e contratuais aplicáveis às questões socioambientais, em 2009 foram organizados os planos de ação para a correção de rumo das lacunas encontradas com a ferramenta "Roteiro de Diagnóstico da Situação das Unidades em Relação aos

Aspectos Ambientais", das Unidades pertencentes ao HC, conforme já citado no item anterior.

D) PRESERVAÇÃO DOS ECOSISTEMAS

A preservação dos ecossistemas no HC vem sendo feita por meio, da educação para ações que visam minimizar ou sanar efeitos prejudiciais ao meio ambiente, destacando o já mencionado Programa Pura e a Campanha de Redução do Consumo de Energia Elétrica.

Além disso, cita-se que o edital de contratação o HC exige a comprovação de responsabilidade ambiental da empresa no descarte e tratamento das embalagens dos produtos, o que é comprovado por documentação específica, atendendo a legislação CONAMA 257.

E) ENVOLVIMENTO DA FORÇA DE TRABALHO

O Hospital das Clínicas envolve sua força de trabalho com as questões relativas à responsabilidade socioambiental com o incentivo ao desenvolvimento de boas práticas ambientais, com participação de equipe multiprofissional para orientar e incentivar essa cultura, em todos os seus colaboradores, por meio de eventos específicos para esse fim e, principalmente, buscando a integração dessas práticas com as desenvolvidas como rotinas no Hospital.

Como exemplo dessas práticas cita-se a iniciativa da Divisão de Laboratório Central, em 2009, com a realização de atividades na Semana do Meio Ambiente, entre os dias 1º e 5 de junho. Nesse período, o Comitê de Implantação de Gestão Ambiental da Divisão de Laboratório Central do HC promoveu uma série de cursos e simpósios, abrangendo a implantação da coleta seletiva, gerenciamento de resíduos em serviços de saúde, sustentabilidade em medicina laboratorial, além de outros assuntos.

Destaca-se ainda o papel importante das campanhas de redução de consumo de água, energia elétrica e uso racional de papel, práticas estas contínuas e disseminadas em todas as Unidades do Hospital, nesse processo de envolver os profissionais com a discussão dos problemas sócio-ambientais.

4.2 - DESENVOLVIMENTO SOCIAL

A) IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES E EXPECTATIVAS DA SOCIEDADE

As necessidades e expectativas da sociedade e da comunidade vizinhas ao Hospital, são identificadas por meio de suas diversas Unidades, com os canais disponíveis para esse relacionamento, tais como as visitas às instituições específicas que representam estas comunidades, ou por informações de outras organizações que se relacionam, formal ou informalmente, com o HC.

B) FORTALECIMENTO DA SOCIEDADE

O entendimento atual do Hospital em relação ao direcionamento de esforços para o fortalecimento da sociedade remete à idéia de que são ações sociais todas as atividades desenvolvidas pelo HC a determinado grupo da comunidade, diferente do seu grupo de clientes, sejam essas atividades associadas ou não à expertise dos seus profissionais, segundo a Missão do Hospital. São também consideradas ações sociais aquelas desenvolvidas para os seus clientes, que não estão associadas às suas atividades ou Missão.

A partir desses conceitos, as parcerias com as organizações do Terceiro Setor vêm permitindo a mobilização da força de trabalho do HC para o fortalecimento da ação social no Hospital. A gestão dessas parcerias segue um padrão definido de trabalho e é validada por meio de Termo de Cooperação.

Vários são os exemplos de programas do Hospital das Clínicas junto à comunidade. Entre eles, podem ser citados alguns projetos e campanhas desenvolvidas nas Unidades do HC:

Projetos

- AVOHC – Associação dos Voluntários do HC - voluntários que desenvolvem atividades diversificadas, principalmente na área assistencial, além da organização de comemorações junto aos pacientes. A Associação completou 52 anos de serviços prestados à comunidade em 2009;

- A Estação Especial da Lapa, que é de responsabilidade do Instituto de Medicina Física e de Reabilitação do HC oferece um processo integrado de reabilitação, realizando cerca de 20 mil atendimentos gratuitos/mês a pessoas com deficiência, ampliando as oportunidades de capacitação profissional e geração de renda. São oferecidos cursos de iniciação em manutenção e reparo predial, panificação e confeitaria, reparo e confecção de calçados, tapeçaria de móveis, tricô à máquina, costura, informática, serviços administrativos e telemarketing, oficinas culturais e de atividades esportivas adaptadas, como: atletismo, condicionamento físico, ginástica rítmica desportiva, basquete, caminhada, futsal, judô e vôlei. Este trabalho é feito por meio de convênio com o Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo;
- Divisão de Clínica de Otorrinolaringologia do IC em parceria com a Fundação Otorrinolaringologia, desde 2006, realiza a Caminhada no Parque do Ibirapuera, com o mote "Qualidade de vida ajuda a prevenir e diminuir o zumbido", visando educar e prevenir os usuários do parque.

Campanhas

- Campanha Nacional de Prevenção do Câncer de Próstata, desenvolvido pela Divisão de Clínica de Urologia do IC. Em 2009 foram atendidas 780 pessoas incluindo servidores do HC e pacientes de outras instituições de saúde, encaminhados pela Secretaria de Estado da Saúde, marcados pelo *Call-Center*.
- Campanha Visão do Futuro, promovida pela Divisão de Clínica Oftalmológica do IC e parcerias com o Fundo de Solidariedade e Desenvolvimento Social e Cultural do Estado de São Paulo, Secretaria Estadual da Saúde e Secretarias Estadual e Municipal da Educação, com objetivo de identificar e prevenir a deficiência visual nos alunos. Nas três edições durante 2009 conseguiu prestar atendimento a 7 mil estudantes do 1º ano do Ensino Fundamental da Rede Pública do Estado de São Paulo.

- Campanha “Captação Interna Informação e Orientação sobre Doação de Sangue” promovida pelo Instituto de Radiologia por meio do seu Comitê de Humanização.
- Campanha de esclarecimento à população a respeito de Psoríase, promovida pela Divisão de Clínica Dermatológica do IC, no Dia Mundial de Combate a Psoríase. Durante o Dia dos Médicos o Ambulatório da Psoríase distribuiu material educativo e esclareceu dúvidas. Na ocasião, houve exibição de vídeos sobre a doença.
- Campanha do Agasalho de iniciativa e coordenação do Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo destinada a repassar as doações recebidas às entidades assistenciais devidamente cadastradas e aos Municípios. Em 2009 o Hospital das Clínicas da FMUSP arrecadou 5.338 peças, sendo todas estas, doações realizadas por colaboradores do Complexo.
- Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola, onde o Centro de Imunização aplicou 6.251 doses da vacina, sendo 3.653 em mulheres e 2.598 em homens.
- Mutirão de mamografia organizado pela Secretaria de Estado da Saúde, com o Instituto de Radiologia sendo um dos locais na Grande São Paulo que participou deste mutirão para mulheres de 40 anos ou mais. Foram realizados, em 2009, 315 exames.
- Mutirão de cirurgia de câncer de próstata, realizado pela Divisão de Clínica Urológica do IC para pacientes com câncer de próstata. Foram realizadas, em 2009, 70 cirurgias, envolvendo cerca de 100 profissionais.
- Mutirão para fornecimento de órteses, próteses e outras ajudas técnicas a pacientes SUS cadastrados em instituições de saúde pública, promovido pela Unidade Lapa do Instituto de Medicina Física e Reabilitação do HC. Foram atendidos pacientes da capital, da região metropolitana de São Paulo, da região de Campinas e do Vale do Paraíba, totalizando cerca de 500 ajudas técnicas, em 2009. O objetivo foi zerar as filas de espera por órteses e próteses de pacientes do SUS cadastrados em instituições de saúde desses Municípios, e para

isso, foi estabelecida uma espécie de força-tarefa, da qual participam, diariamente, cerca de 25 profissionais da Rede Lucy Montoro, entre médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos em órteses e próteses.

- Jornada Contra a Asma – o Instituto do Coração, Instituto Central e a Associação Brasileira de Asmáticos – ABRA, realizam desde 2007, no Parque Ibirapuera, jornada contra a asma, com objetivo de prevenção da doença, sendo o público, o portador da doença e usuários do Parque Ibirapuera.

Além dessas ações que atendem diretamente à população, destacam-se também as ações voltadas ao fortalecimento da sociedade, relacionadas ao compartilhamento do conhecimento técnico científico dos especialistas da Instituição com outros profissionais que se beneficiam dessas informações para utilização em outras organizações de saúde, ou com a própria população, servindo como um serviço de utilidade pública, objetivando a prevenção de doenças.

Os canais e/ou ferramentas utilizadas para o desenvolvimento dessas ações, que se destacam no Hospital são:

- HC-TV – por meio do telejornal diário “Bom Dia Saúde”, com conteúdo voltado para toda a saúde do cidadão, levando ao público orientações, pesquisas de ponta e informações inéditas sobre as mais diversas doenças e tratamentos. Cabe destacar, novamente que o Hospital das Clínicas é o primeiro Hospital do país a contar com um telejornal diário. A fig. 4.2.1 apresenta um exemplo do telejornal.
- Teleconferência – citando-se com exemplo os seminários realizados pela Divisão de Otorrinolaringologia do IC, em parceria com Fundação Otorrino, desde 2008, abordando os temas: “Presbiacusia”, “Surdez: passado, presente e futuro” e “perda auditiva por ruído, sendo integrados e interativos, abrangendo médicos e leigos de todo o Brasil.
- Telemedicina – ferramenta utilizada para disseminação do conhecimento, proporcionando o compartilhamento deste conhecimento com a sociedade em geral e com a comunidade científica, em especial.

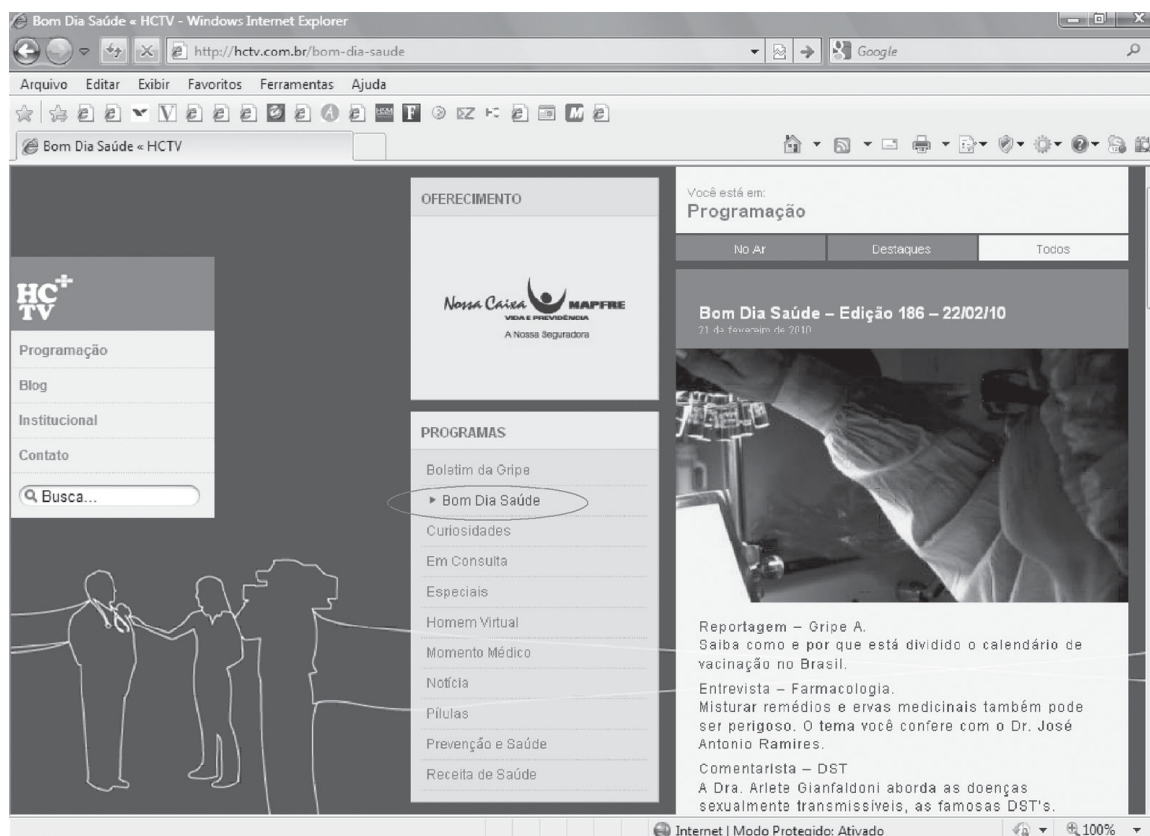


Figura 4.2.1 – Telejornal “Bom Dia Saúde” exibido pela HC-TV.

Em 2009 destaca-se ainda como ação de fortalecimento da sociedade, o trabalho desenvolvido pela Divisão de Farmácia, que preparou o remédio contra gripe H1N1, em curto espaço de tempo, em momento estratégico e de extrema necessidade para a sociedade. A Divisão de Farmácia do HC foi a única a conseguir esta preparação em tão curto espaço de tempo, representando um diferencial de qualidade e excelência para a Instituição. Com técnica e rapidez, a Farmácia do HC preparou, em três dias, 5.000 frascos do Oseltamivir sob a forma de solução.

C) ESTÍMULO E ENVOLVIMENTO DA FORÇA DE TRABALHO

O HC estimula o envolvimento da sua força de trabalho na implementação de seus projetos sociais, por meio da reflexão sobre os conceitos relacionados ao desenvolvimento social, feita nos cursos ministrados internamente (incluindo os FBPs), destinados à discussão do Modelo de Gestão adotado no Hospital.

Além disso, cada Unidade, de acordo com seu perfil de atendimento e considerando também o perfil de seus profissionais, possuem estratégias específicas para o envolvimento de seus colaboradores com esses projetos, sendo que os projetos relatados anteriormente já demonstram, por seu escopo, a participação dessa força de trabalho, pois se referem às campanhas de doação de agasalho, jornadas e outras que envolvem ações educativas para a população, onde necessariamente dependem desse envolvimento para se efetivarem.

Outra forma de se demonstrar a participação da força de trabalho com projetos sociais está no Programa de Ensino Fundamental, desenvolvido e coordenado pela EEP, para os colaboradores. Mesmo o projeto sendo dirigido para os colaboradores, os professores são voluntários, ou seja, funcionários de diferentes funções, com perfil educacional e que apóiam essa ação social voltada para colaborar com a inserção de uma minoria que ainda não teve oportunidade de estudo formal.



Informações e Conhecimento

5 - INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO

Aqui será descrito como é realizada a gestão e a utilização das informações do Hospital e de informações comparativas pertinentes, bem como é feita a identificação, desenvolvimento, manutenção e proteção dos ativos intangíveis do Hospital das Clínicas.

5.1 - INFORMAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO

A) IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

A gestão das informações no Hospital inclui seus aspectos clínicos e administrativos, relacionados ao ensino, pesquisa e assistência. Apoiada em um fluxo de documentos, registros existentes e no uso da Tecnologia da Informação, a gestão da informação é feita por meio do uso intensivo dos sistemas de informática e seu gerenciamento.

As necessidades de informação no Hospital são identificadas de duas formas: atendendo demandas externas obrigatórias e as demandas internas do Hospital. Sendo assim, a identificação das informações necessárias para o desenvolvimento das ações diárias e para a tomada de decisões é feita por meio:

- do processo de Planejamento Estratégico Corporativo (informações identificadas pelo NPG para análise de ambiente interno e externo) e de suas Unidades (informações identificadas pelos CePGs, necessárias para o desdobramento do Planejamento Estratégico Corporativo);
- do processo de análise crítica do desempenho organizacional (informações identificadas pela Superintendência e Diretorias Executivas para a avaliação dos resultados associados à produção e produtividade, desempenho econômico-financeiro, investimentos realizados com a infraestrutura, recursos humanos, equipamentos e Tecnologia da Informação, entre outras); e
- do atendimento às demandas externas de informações, sendo o NIS, o Núcleo Técnico responsável por estas demandas. As solicitações de informações vêm por meio da alta direção do Hospital e são repassadas para o NIS, tendo origem nas Secretarias

Municipal e Estadual de Saúde de São Paulo, Governo do Estado de São Paulo, Conselho Regional de Medicina, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Ministério da Educação. Essas informações estão relacionadas às quatro áreas específicas (epidemiologia, registro hospitalar de câncer, gerência de vigilância sanitária e monitoramento de indicadores assistenciais) e seguem os fluxos que se relatam abaixo.

Epidemiologia

- DNC – Doenças de Notificação Compulsória (diária, semanal) → Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) → Regional Lapa/Pinheiros → COVISA-Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) → Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES) → Ministério da Saúde e
- Óbitos (semanal) → Regional Lapa/Pinheiros - Comitê Morte Materna e Infantil e COVISA SMS; outras secretarias municipais segundo solicitação.

Registro Hospitalar de Câncer

- Neoplasias malignas → (trimestral) Fundação Oncocentro/SES-SP.

Gerência de Vigilância sanitária

- Informações de eventos adversos (diária, semanal) → Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Monitoramento de Indicadores Assistenciais

- Contratualização Hospitais de ensino - Plano Operativo – trimestral → SES-SP e
- Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino – SAHE mensal e anual.

A fig. 5.1.1 representa o fluxo do macro fluxo do NIS, onde é possível visualizar quais os processos estão centralizados no Núcleo e quais estão sendo desenvolvidos de forma descentraliza.

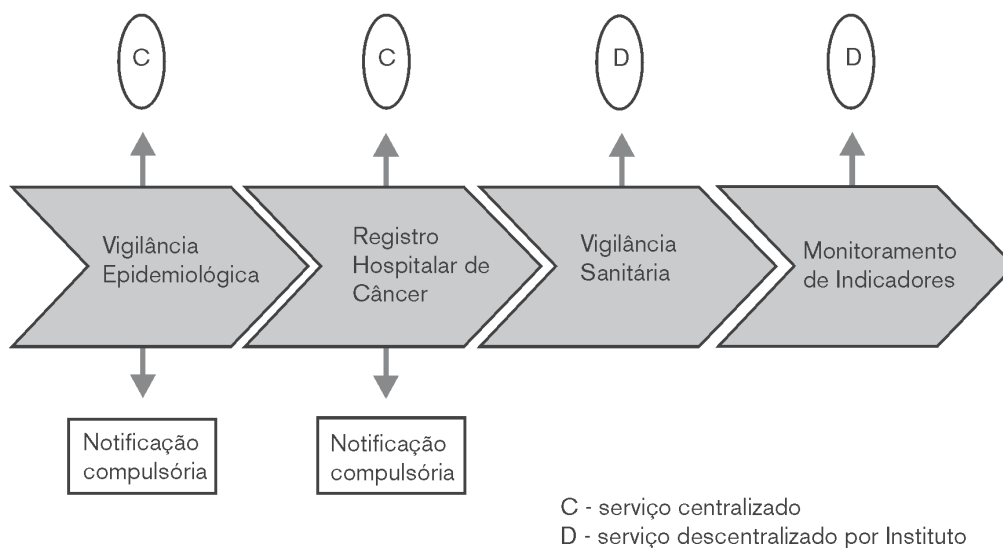


Figura 5.1.1 - Macro-fluxo do Núcleo de Informação em Saúde.

Cabe destacar ainda que o NIS, como responsável pelo estabelecimento da política institucional de Informações em Saúde tem como propósito fundamental a utilização de conhecimento científico e técnico específico em epidemiologia, informação e gestão em hospitais, para o desenvolvimento de atividades que contribuem para a implantação e sustentação de condições adequadas de produção de informações institucionais padronizadas, comparáveis, válidas e acessíveis aos gestores e profissionais de saúde e à população.

Por isso, o NIS vem trabalhando na padronização dos conceitos utilizados nas estatísticas hospitalares, que geram as informações que serão utilizadas no processo de análise crítica do desempenho da organização. Para tanto, foi necessária a elaboração de um glossário que adequou o Sistema Integrado de Gerenciamento Hospitalar - SIGH aos conceitos definidos pelo NIS para o controle dessas estatísticas hospitalares.

Da mesma forma, todos os demais sistemas da casa (SI-3, SI-ICr, etc.) também aplicaram a nomenclatura definida pelo NIS, com a mesma finalidade de padronizar as informações e conceitos no Hospital.

Fazem parte desse trabalho os conceitos relacionados às seguintes informações e indicadores: leitos operacionais, leitos extras, leitos blo-

queados, leitos instalados, leitos de observação, censo hospitalar, paciente-dia, leito-dia, internação, saídas, transferências externas, óbitos institucionais, óbitos hospitalares, óbitos cirúrgicos, número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, número de cirurgias realizadas, número de moradores, taxa de ocupação hospitalar operacional, média de permanência, índice de giro (rotatividade), índice de intervalo de substituição, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade hospitalar e taxa de mortalidade cirúrgica.

Este trabalho está disseminado a todos os colaboradores das Unidades do Sistema FMUSP-HC por meio de divulgação de glossário na Intranet.

Sobre os demais processos principais da Instituição, cita-se que a Identificação das necessidades de informação relativas ao ensino e pesquisa é discutida na Diretoria Clínica, Escola de Educação Permanente e nos Laboratórios de Investigação Médica - LIMs, a partir de demandas advindas da força de trabalho.

A partir das necessidades identificadas, desde o início das atividades do NETI e do Comitê Especializado em Tecnologia da Informação - CETI, em 2004, foi implantada uma sistemática para a definição dos sistemas de informação, que conta com a participação de todos os gerentes de informática do Hospital. Esse Comitê reúne-

se quinzenalmente, para elaborar, discutir, planejar e organizar os serviços de TI no HC.

Ainda assim, o NETI e o CETI nesse processo de definição das informações têm caráter técnico-consultivo, servindo como base da Infra Estrutura Corporativa para a definição e gestão de políticas de informação e informática para o Hospital.

A composição do NETI e do CETI possibilitou medidas organizacionais importantes para garantir o funcionamento adequado dos equipamentos de *hardware*, *software* e o financiamento adequado dos projetos de acordo com o Plano Estratégico e o Plano Diretor de TI.

A análise da suficiência e adequação de informações também ocorre por ocasião do Planejamento Estratégico, com revisões periódicas em função das definições dos novos objetivos corporativos (revisão anual).

Para acompanhar essa dinâmica, uma série de projetos vem sendo desenvolvidos, possibilitando a melhoria dos padrões de trabalho definidos para os sistemas de informações. Entre estes projetos destacam-se:

- Projetos de Infraestrutura tecnológica, que inclui a atualização do parque instalado de *hardware*, seja no que se refere aos ativos eletrônicos da rede HCNet, aos microcomputadores (*front-end*) e aos *servers* e
- Projetos Avançados: o desenvolvimento de modelos de gestão de informação de pacientes, por meio do Prontuário Informatizado e projetos de Telemedicina, itens estes que colocam o HC como pioneiro nacional nestas áreas. Dados de exames laboratoriais, diagnósticos, procedimentos, prescrição de medicamentos, e mais recentemente a instalação do sistema RIS/PACS de imagens de radiologia fazem da Informática do HC referência nacional na gestão de informações em saúde.

O Portal inicial para acesso aos sistemas de informações do HC é feito por meio da página Web na Internet (<http://www.hcnet.usp.br/>). No *site Web* do HC existem diversas páginas e *links* contendo informações, dados históricos, fotos, catálogos, entre outros, de uso para os clientes e pacientes. Internamente, as informações e sistemas estão classificados e organizados dentro do Portal da Intranet (<http://www.phcnet.usp.br/>).

As figs. 5.1.2 e 5.1.3 demonstram a página da Internet e da Intranet do Hospital.

Os sistemas de informação em uso e sua finalidade são:

1. Sistemas Administrativos: Sistema de Administração de Materiais (SAM), utilizado por todo Hospital, faz a gestão dos almoxarifados e estoques dos suprimentos da casa; Sistema do NEF sobre o acompanhamento dos recursos orçamentários; Cadastro Integrado de Recursos Humanos, juntamente com o sistema de enquadramento de funcionários, plano de cargos HC e o sistema Forponto de controle de frequência; Sistema de Controle de Processos e Contratos do NUDI; Sistema Scol – Consulta *On-Line* de informações das contas e CG da FFM; Painel de Controle de Indicadores do HC; e, diversos outros sistemas que estão organizados no Portal da Intranet do hospital;

2. Sistemas Assistenciais: existem três sistemas assistenciais principais no HC:

- a) Sistema SIGH-PRODESP;
- b) Sistema SI3-HC e SI-3 InCor; e
- c) Sistema de Gestão de Pacientes do ICr.

Dentre os módulos mais importantes destes sistemas, destacam-se o cadastro de pacientes, internação, matrícula, agendamento de consultas, controle de leitos, entre outros. Dentre os sistemas de gerenciamento de dados clínicos de pacientes cita-se o Sistema de Laboratório e o Sistema RIS/PACS Philips. O Sistema SIGH, gerenciado e desenvolvido pela PRODESP atende a maior parte das Unidades do Hospital, estando em operação desde 2001 e possuindo uma base cadastral de cerca de 4 milhões de pacientes. Os Sistemas de Pacientes do InCor e do ICr atendem aos seus próprios Institutos e Unidades relacionadas a estes, mantendo bases de 3 milhões e 2 milhões de pacientes, respectivamente. Como melhoria desta prática estas bases de dados foram integradas, formando uma base unificada para todo o Hospital (DW); e

3. Sistema Gerencial: Sistema *Strategic Adviser* (SA), implantado em 2008 para o gerenciamento do Planejamento Estratégico Corporativo e seu desdobramento para as Unidades do HC. Abrange as informações relacionadas às Diretrizes Amplas do Hospital, Objetivos Corporativos e Específicos, Indicadores Estratégicos, Planos de Ação, Plano Diretor, Planejamento Orçamentário e Plano Operativo.



Figura 5.1.2 – Página da Internet do HC.



Figura 5.1.3 – Página da Intranet do HC.

B) DISPONIBILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

A Intranet é a principal ferramenta para o armazenamento organizado e para a difusão de informação, conhecimento e troca de experiências entre todos os funcionários dos diversos Institutos e Departamentos do Hospital. Disponibiliza, *on line*, as informações relativas às Unidades e promove a integração e indexação dos sistemas corporativos dentro do Portal, garantindo a segurança e privacidade dos dados por meio de uso de *login* e senhas, sendo estas autorizadas pelo superior imediato. As informações acerca das atividades de ensino e pesquisa são disponibilizadas na Intranet, em sistemas como *Up to date* e OVID.

As áreas da rede a serem disponibilizadas são definidas pelas Unidades ou Núcleos, juntamente com o NETI/CETI, podendo ser de acesso restrito, grupo de trabalho ou acesso público.

Um dos principais problemas de TI do HC identificado é a necessidade de integração das informações, que estão segmentadas e fragmentadas nos diversos sistemas existentes. Isto ocorreu devido às questões históricas, onde vários sistemas foram sendo desenvolvidos de forma independente e desordenados. Buscando a melhoria do processo de disponibilização das informações para a força de trabalho, o NETI vem desenvolvendo o Projeto de Integração de Informações e a construção da Base de Dados Corporativa. A primeira unificação foi em relação à padronização de tabelas em uso. Uma das principais tabelas a serem unificadas foi a que se refere à estrutura organizacional, identificando-se as UAs (Unidades Administrativas) e UFs (Unidades Funcionais).

Em relação aos dados administrativos, foi construída a base de dados de profissionais, integrando informações dos sistemas de recursos humanos (Prodesp, FFM, FZ e FMUSP). Com isso foi possível o desenvolvimento de funcionalidades para visualização unificada de informações nestes diversos módulos.

Outro ponto abordado nesse processo foi a unificação e integração dos sistemas de gestão de dados de pacientes. Os três principais sistemas do Hospital (SIGH-PRODESP, SI-3, e SI-ICr), que trabalhavam de forma independente, hoje estão integrados e os dados dos pacientes unificados.

Cabe destacar que informações armazenadas em papel, muitas vezes para o atendimento a questões legais, são também disponibilizadas, sempre que necessário, aos seus usuários, com os devidos controles de acesso. Além disso, os boletins produzidos pelas Unidades são enviados tanto por meio eletrônico, como por cópias impressas disponibilizadas nos murais dos Institutos, para conhecimento dos funcionários que não têm acesso aos computadores.

C) SEGURANÇA DAS INFORMAÇÕES

A segurança das informações no HC vem sendo abordada por meio da Política de Segurança de Rede. Foram atualizados o antivírus corporativo, o novo *anti-spam*, *hardware e software de firewall*, *security software*, entre outros aplicativos.

O NETI utiliza conceitos da Norma ISO NBR 17799 e está capacitando equipe para uso da Norma ISO NBR 27000. O Projeto de "Política de Segurança Corporativa" apresenta um conjunto de regras e procedimentos de caráter preventivo, no tocante à segurança da informação de todo HC. Essas normas e procedimentos tratam dos padrões de trabalho para a utilização dos recursos computacionais, incluindo a conscientização dos usuários e técnicos, quanto às necessidades e cuidados a serem tomados na manipulação e uso dos recursos de tecnologia da informação e comunicação dentro do ambiente corporativo e acesso externo.

A confidencialidade do sistema de informações compreende ainda o sistema de autenticação por meio de *logins*, senhas, certificação digital, níveis de autorização para as operações nos sistemas, criação de perfis de usuários e rastreamento de acesso. O controle de acesso garante a integridade das informações, alta disponibilidade e *performance*.

A segurança das informações contidas nos documentos não informatizados é garantida mediante a postura ética do profissional, conforme descrito no Código de Ética do Servidor Público, possibilitando, assim, a confidencialidade das informações como, por exemplo, aquelas oriundas das áreas de Recursos Humanos, Jurídico e SAME.

5.2 - INFORMAÇÕES COMPARATIVAS

A) IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES DE INFORMAÇÕES COMPARATIVAS

A identificação das fontes de informações comparativas utilizadas no HC é feita a partir da observação da idoneidade dessas fontes e dos contatos feitos com as organizações identificadas como referenciais comparativos pertinentes, conforme descrito no capítulo Liderança deste relatório.

Entre as fontes possíveis de informações comparativas, destacam-se a Internet (utilizada quando a organização referencial disponibiliza esta informação nesta ferramenta, por ser mais rápida a coleta), relatórios oficiais (disponibilizados pelas próprias organizações, após contatos realizados ou disponibilizados por meio de fontes secundárias, tais como o *SITE* do Ministério da Saúde ou publicações como os Boletins de Indicadores do PROAHSA ou produtos dos Grupos NAGEH do Programa CQH) e visitas às organizações para o processo de *Benchmarking*.

Literaturas nacionais ou internacionais de referência também são utilizadas como fonte de informação comparativa, quando o resultado do Hospital apresenta nível de excelência se comparado com os referenciais definidos.

Cabe lembrar que cada Unidade do HC, partindo de sua missão específica, busca suas próprias fontes de informações comparativas. Nestas Unidades é comum também a utilização da Intranet com fonte das informações comparativas (*Benchmarking* interno).

B) OBTENÇÃO E MANUTENÇÃO DA ATUALIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES COMPARATIVAS

As informações comparativas são obtidas a partir da escolha do referencial para cada indicador e/ou processo a ser comparado, fonte definida para esta coleta e definição dos padrões para a obtenção, de acordo com o esquema da fig. 5.2.1.

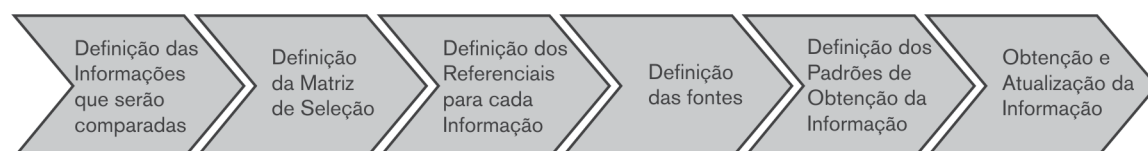


Figura 5.2.1 – Esquema da informação comparativa.

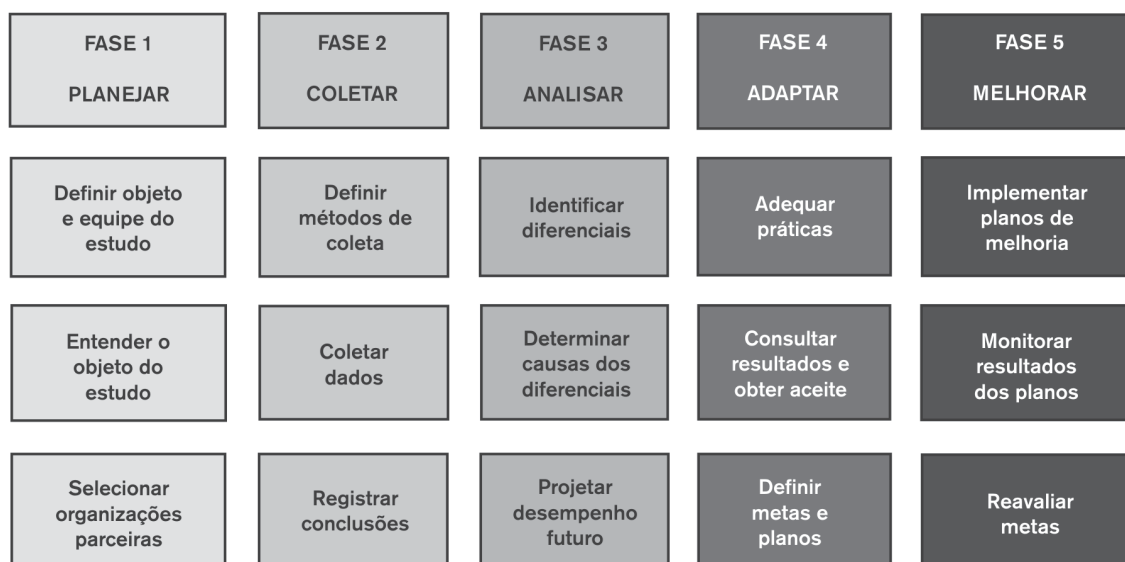
A fig. 5.2.2 descreve os padrões utilizados para determinar a obtenção das informações comparativas, a partir das fontes estabelecidas:

Fonte	Padrão
Internet	Obtenção pelo <i>SITE</i> da organização referencial
Relatórios oficiais disponibilizados pelas próprias organizações	Visitas programadas às organizações referenciais. Caso a organização seja fora do Estado de São Paulo, o relatório deverá ser encaminhado pelo Correio – Carta Registrada
Relatórios oficiais disponibilizados por meio de fontes secundárias	Obtenção pelo <i>SITE</i> da fonte secundária – aceitos apenas organismos oficiais ou de reconhecimento público, como o Ministério da Saúde, Secretarias Municipais ou Estaduais, FNQ ou Programas da Rede de Prêmio da FNQ, tais como o Programa CQH
Boletins de Indicadores do PROAHSA	Coletados diretamente no PROAHSA - aceitos apenas as publicações atualizadas
Produtos dos Grupos NAGEH do Programa CQH	Participação de colaboradores do HC nas reuniões agendadas pelo Programa CQH para a discussão de indicadores – reuniões dos NAGEHs
Processo de <i>Benchmarking</i>	Obtenção por processo de <i>Benchmarking</i> , seguindo as orientações preconizadas pela FNQ para esse processo, conforme esquema descrito na fig. 5.2.3

Figura 5.2.2 - Padrões utilizados para determinar a obtenção das informações comparativas.

Obtenção e Atualização de Informações Comparativas

Benchmarking



Fonte: FNQ— Benchmarking

Figura 5.2.3 – Esquema do processo de Benchmarking preconizado pela FNQ.

Ainda, como processo de *Benchmarking* interno entre as Unidades do Hospital, o NPG realiza, desde 2005, o FBP, com a exposição das melhores práticas entre as diversas Unidades. Esse processo tem sido aprimorado ao longo dos anos, sendo que as práticas são anexadas na Intranet permitindo sua visualização e consulta por todas as Unidades (também relatado no capítulo Liderança). Esse Banco de Práticas da Intranet é também uma forma de obtenção de informação comparativa, no caso do *Benchmarking* de processo.

Para a atualização das informações comparativas o padrão é definido a partir da sistemática proposta para a análise crítica do indicador, conforme orientado na classificação destes no S.A. (fig. 5.2.4). Sendo assim, se a definição para a periodicidade de análise da informação é anual, também deverá ser anual a atualização da sua informação comparativa. Se semestral, a informação comparativa será atualizada semestralmente e assim por diante.

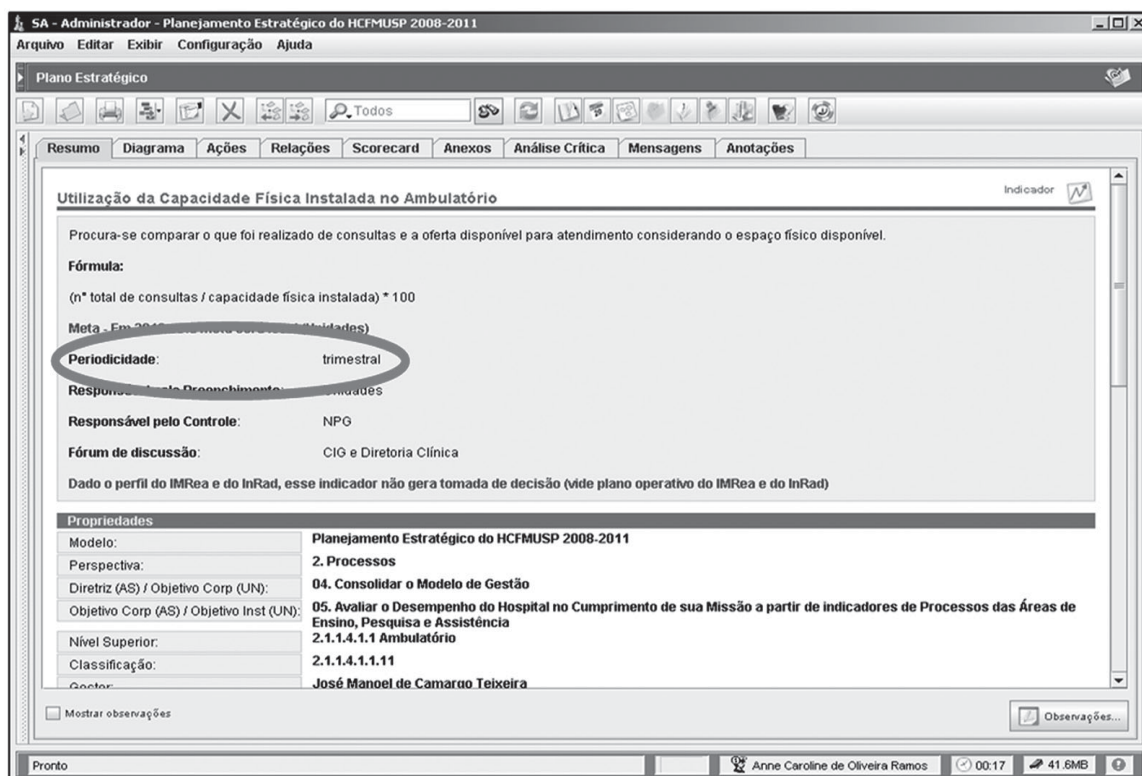


Figura 5.2.4 – Classificação do indicador – Utilização da capacidade física instalada no ambulatório.

C) ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS VISANDO ADAPTAÇÃO À REALIDADE

As informações comparativas podem ser classificadas, por tudo que já foi relatado até o momento, como internas ou externas. As comparações internas são realizadas entre as Unidades do HC e as externas incluem outras Unidades de saúde, podendo ser serviços públicos diversos e até empresas privadas similares.

Quando as informações a serem comparadas utilizam fontes e processos de *Benchmarking* interno, as adaptações à realidade da organização

são feitas nos próprios fóruns de análises críticas, como o CIG e o CAO, onde os Dirigentes das Unidades e a Superintendência se apóiam nos perfis específicos e nas Diretrizes Corporativas para balizar essas análises.

A adaptação à realidade do Hospital é feita ainda para a informação obtida por meio dos Produtos dos Grupos NAGEH do Programa CQH e Processo de *Benchmarking*.

As informações obtidas por meio dos Produtos dos Grupos NAGEH do Programa CQH, são utilizadas no caso das comparações externas de cunho setorial (enfermagem, farmácia, hote-

laria, entre outros), sendo que o trabalho realizado por esses grupos já prevê a análise dos indicadores a serem comparados, visando a sua adaptação à realidade de cada organização participante do grupo. São discutidos, por exemplo, como são desenvolvidos os processos associados ao indicador discutido, como as informações são coletadas e como cada Hospital participante entende este indicador (fórmula utilizada e informações constantes do numerador e do denominador).

Para aquelas obtidas por meio do processo de *Benchmarking*, o próprio processo prevê essa etapa, da análise da informação, conforme relatado na fig. 5.2.3 apresentada acima na fase 3. Essa fase do processo é registrada para discussão nas próximas etapas do *Benchmarking*.

A fig. 5.2.5 mostra o processo de análise e adaptação das informações no *Benchmarking* realizado pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO/RJ). O INTO, assim como o IOT, é uma organização focada no atendimento de alta complexidade em traumatologia, ortopedia e reabilitação.

Centro de Planejamento e Gestão – DIREX – IOT HCFMUSP

RELATÓRIO - PROJETO BENCHMARKING

VISITA AO INTO – RIO DE JANEIRO

1 – Identificação
Visita ao INTO - Instituto Nacional de traumatologia e Ortopedia (Rio de Janeiro – RJ)

2 – Introdução
A visita ao INTO foi proposta pelo Diretor Executivo mediante a necessidade de estabelecermos vínculo com instituições similares para realização de Benchmarking em várias linhas gerenciais.
A escolha do INTO está diretamente ligada à semelhança entre ambas as instituições (INTO e IOT), que estão focadas no atendimento de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Reabilitação.
O objetivo inicial é implantar um sistema de troca de informações sobre os seguintes focos: gestão estratégica, gestão financeira, gestão de processos e gestão da informação.

3 – Período
O período de visita foi de 08:00 as 17:00 horas do dia 15/01/2010.

O que pode ser implantado no IOT a partir da visita - (Discutir prazos)

1. Rever agenda ambulatorial com implantação de gerenciamento de fila para cirurgia
2. Investimento na formação de gerentes (qualificação)
3. Padronizar informações para Benchmarking
4. Intensificar relações com o INTO (consultorias, intercâmbio, convênio federal)
5. Implantar cirurgia segura
6. Estabelecer equipe da qualidade
7. Montar comitês matriciais (todas as áreas têm representação para discutir o assunto)
8. Estabelecer evento sentinela por setor ou serviço
9. Buscar premiações
10. Terceirização para help desk, manutenção preventiva e corretiva
11. Refazer rede de comunicação
12. Farmácia clínica

Figura 5.2.5 - Processo de *Benchmarking* - IOT.

Para as demais fontes de informações como Internet, relatórios oficiais disponibilizados pelas próprias organizações, relatórios oficiais disponibilizados por meio de fontes secundárias e Boletins do PROAHSA, a análise da informação

comparativa se concentra na similaridade da organização ou processo que esta sendo comparado, cabendo, o uso destas fontes, apenas para as informações específicas e clássicas do setor Saúde.

5.3 - ATIVOS INTANGÍVEIS E CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL

A) IDENTIFICAÇÃO DOS ATIVOS INTANGÍVEIS

A identificação dos ativos intangíveis é realizada durante o processo de Planejamento Estratégico quando é analisado o ambiente interno do Hospital. Essa identificação é resultado do tratamento de várias informações como a pesquisa de clima organizacional, a pesquisa de satisfação do cliente, os resultados assistenciais, de ensino e pesquisa, com a identificação dos pontos fortes e oportunidades de melhoria para o Hospital.

Como citado anteriormente no capítulo Estratégias e Planos, como melhoria na análise de ambiente interno, foram definidos os critérios para determinação dos pontos fortes da Organização, o que contribuiu para o aprimoramento na identificação dos ativos intangíveis.

A organização considera, atualmente, como ativos intangíveis, seus especialistas (capital humano que agrega valor à Instituição, fazendo com que o Hospital se diferencie das demais Unidades do setor), a marca (de reconhecimento público, agregando valor à Instituição por meio do respeito gerado aos produtos e serviços disponibilizados pelo HC para a sociedade), a tecnologia (sendo o Hospital pioneiro em diversas técnicas relacionadas aos procedimentos assistenciais) e o conhecimento (gerado por meio do desenvolvimento de seus processos e disseminados por todas as partes interessadas de forma a contribuir para o desenvolvimento científico de todo o país).

B) DESENVOLVIMENTO E PROTEÇÃO DOS ATIVOS INTANGÍVEIS

A ligação dos serviços médicos do Hospital com as disciplinas da FMUSP é um estímulo para o constante desenvolvimento de atividades científicas e acadêmicas, o que também tem sido uma prática de desenvolvimento dos diversos ativos intangíveis do Hospital.

Em 2009, o Hospital das Clínicas cria a universidade corporativa, gerenciada pela EEP, com o objetivo de padronizar e ampliar a oferta de cursos *Lato Sensu* para o público interno e externo. Esta prática impacta diretamente no

desenvolvimento de seus ativos humanos e na retenção de talentos na Instituição para o público interno e no compartilhamento da informação, quando o curso é destinado ao público externo. Por meio da Universidade Corporativa, podem-se oferecer cursos de especialização, aperfeiçoamento, atualização e difusão, nas áreas médica, não médica e técnica, contribuindo com o aprimoramento do ensino, pesquisa e assistência à saúde. Além de aulas presenciais estão previstos cursos à distância e via Internet, com a parceria do Departamento de Telemedicina da Faculdade de Medicina da USP.

Como forma de proteção do seu capital intelectual (conjunto dos ativos intangíveis), o corpo clínico do Hospital e o corpo docente da FMUSP são responsáveis pelo estímulo e pela orientação de grande volume de publicações de trabalhos em periódicos científicos nacionais e internacionais, além de trabalhos em revistas e livros técnicos. As Divisões e Serviços do Hospital relatam, ainda, periodicamente sua produção intelectual à Infraestrutura Corporativa e há divulgação de trabalhos relevantes na intranet, em murais e no boletim dos Institutos.

Especificamente para os ativos humanos, acrescenta-se que os processos e produtos do Hospital são por si só, práticas de desenvolvimento e proteção das pessoas. Muitos profissionais, altamente qualificados, estão vinculados ao HC pelo prestígio externo que esta instituição tem, pelo potencial ímpar para o desenvolvimento de pesquisas, por reunir grande volume de pacientes, além da plataforma técnica e disponibilidade de recursos humanos qualificados, geralmente indisponíveis em outras instituições.

Para os ativos intangíveis relacionados à tecnologia, ao conhecimento e a marca, vale destacar que as Unidades têm elaborado um grande número de protocolos de pesquisa clínica. O resultado desses estudos desenvolve a tecnologia, o conhecimento e a marca HC. Sempre que este resultado se traduz em nova tecnologia, essa é protegida por meio de patentes obtidas para produtos desenvolvidos pela Instituição. Já o conhecimento é protegido com o repasse das informações técnicas, em fóruns específicos, tais como reuniões científicas e aulas técnicas ministradas. A marca, por sua vez, é protegida pelo controle que o Núcleo de Comunicação Institucional faz das inserções da marca na mídia.

Em 2009, com a definição dos indicadores estratégicos corporativos e sua associação com os riscos empresariais, a proteção de determinados ativos intangíveis vem sendo controlada diretamente pela Governança do Hospital. Os indicadores estratégicos diretamente relacionados à proteção dos ativos intangíveis são: Índice de Inserções Negativas na Mídia, Índice de Internacionalização das Publicações, Índice de Citação dos Trabalhos em Revistas Indexadas, Índice de trabalhos publicados.

Também, para garantir o desenvolvimento e proteção do conhecimento gerado pela administração e gestão do Hospital, são elaborados os Procedimentos Gerenciais Padrão (PGPs) para os padrões Corporativos e os Procedimentos Operacionais Padrões (POPs) para os padrões setoriais.

C) COMPARTILHAMENTO E RETENÇÃO DO CONHECIMENTO NA ORGANIZAÇÃO

Pela natureza acadêmica da Instituição e em atenção à Missão do Hospital, existe intensa troca de conhecimento técnico entre os profissionais e suas áreas. Todos os serviços médicos especializados realizam reuniões periódicas nas quais não é incomum a participação de outras clínicas de fora do HC, ampliando a troca de conhecimento. Da mesma forma, a maior parte das clínicas do Hospital realiza eventos científicos periódicos voltados para o público externo.

Ainda objetivando o compartilhamento e a proteção do conhecimento, o HC publica sua revista, indexada no *Index Medicus*, para a qual sempre há contribuições de grupos das Unidades. Esta vinculação entre as Unidades e a FMUSP possibilita a disseminação do conhecimento para os alunos da Faculdade e de outras Unidades ligadas à FMUSP.

Cita-se também que a última avaliação do *Webometrics Ranking of World* classificou o Hospital das Clínicas da FMUSP (www.hcnet.usp.br) em 2º lugar entre os melhores sites de hospitais da América Latina. Com a atual posição, o site do Complexo HC está entre os 100 melhores do mundo. O mais recente "*Webometrics Ranking of World Universities*" (*Ranking Mundial de Universidades na Web*), pesquisa divulgada semestralmente pelo *Cybermetrics Lab*, vinculado ao Conselho Superior de Investigações

Científicas, do Ministério da Educação do governo da Espanha aponta o site do Hospital - www.hcnet.usp.br - como o terceiro mais acessado na Internet na América Latina. O *Ranking Mundial* é resultado da avaliação pelos *sites* de cada universidade tanto em análises quantitativas quanto em conteúdo disponível aos internautas. São levados em conta a geração de trabalhos acadêmicos, o conhecimento científico e seu respectivo desempenho. Estas práticas estão, inclusive, inter relacionadas com as definidas para divulgação da Imagem do Hospital e com as relacionadas com a organização das informações, citadas anteriormente.

A Telemedicina, atualmente uma das áreas com forte crescimento no Brasil e no Mundo, vem sendo também ao mesmo tempo um ativo intangível identificado pela Instituição e uma ferramenta para a disseminação do conhecimento. Com a perspectiva que, por meio do Ministério da Educação, 45 Hospitais Universitários estejam interligados por uma estrutura de Telemedicina, houve a necessidade de melhor adequar o HC para fazer parte desse processo de desenvolvimento tecnológico, instituindo assim, no Sistema FMUSP-HC, o Núcleo de Telemedicina.

O processo de compartilhamento do conhecimento foi aprimorado com a implantação da HC-TV, uma vez que a mesma é utilizada para que informações técnicas de expertises da Instituição sejam repassadas para o público interno e externo. Em 2009, conforme já relatado, foi assinado convênio, por um período de dois anos, da HC-TV com a TV da Universidade de São Paulo (TV USP), sendo que nesta parceria a HC-TV colabora com a TV USP com boa parte de sua produção.

O FBP, cuja metodologia também já foi apresentada anteriormente, tem importante papel para a atualização, disseminação e compartilhamento do conhecimento administrativo e gerencial por todo Hospital, onde soluções inovadoras relacionadas à liderança, planejamento, atendimento aos clientes, gestão de pessoas, entre outras praticadas pelas Unidades, são disseminadas.

O Portal da Intranet constitui-se em outro verdadeiro ambiente de trabalho e repositório de conhecimento para toda a organização e seus colaboradores, propiciando acesso às informações relevantes e servindo como plataforma para comunicação de prática e redes de conhe-

cimento. Nos estágios mais avançados permite customização e personalização de interface para cada um dos funcionários.

A disseminação interna do trabalho com os PGP's e POP's do HC é feita, por exemplo, no Portal da Intranet por meio do repositório para os Procedimentos Padrões elaborados na Instituição, tornando acessível a informação sobre os processos corporativos e setoriais, disseminando as

melhores prática e tecnologias (cultura da colaboração). A fig. 5.3.1 representa o objetivo do Hospital em trabalhar com a disseminação dos Procedimentos Padrões. Já o controle dessa prática é feito pelo SA, conforme descrito no capítulo Liderança deste relatório, destacando o inter relacionamento da prática, com a prática relacionada à tomada de decisão (vinculação entre os Atos Administrativos e Procedimentos Padrões).

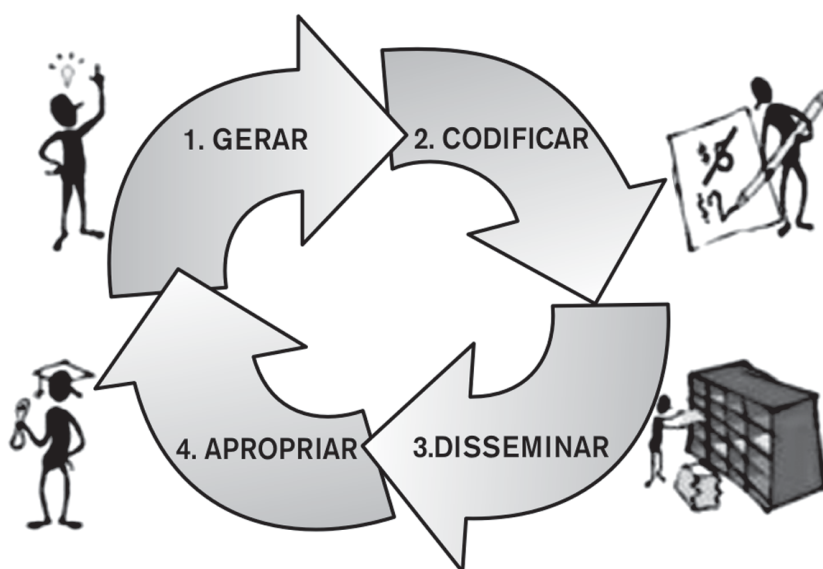


Figura 5.3.1 - Representação dos objetivos com a divulgação dos Procedimentos Padrões na intranet.



Pessoas

6 - PESSOAS

Em pessoas será relatado como funciona o sistema de trabalho no HCFMUSP, incluindo a organização do trabalho, os processos relativos a seleção e contratação de pessoas, assim como o estímulo ao desempenho das pessoas. Também são relatados os processos relativos a capacitação e desenvolvimento das pessoas e como o Hospital promove a construção do ambiente propício a qualidade de vida das pessoas.

6.1 - SISTEMA DE TRABALHO

A) ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A organização do trabalho é definida por estrutura de cargos e funções-atividades definidos por decretos e leis específicas. Tanto os cargos e funções-atividades da área saúde como os da área meio contam com 3 níveis: elementar, intermediário e universitário. Os cargos e funções-atividades de encarregatura, chefia, supervisão, assistência e direção são exercidos em comissão ou em confiança e os demais são de execução. Com a classificação dos postos de trabalho dentro da estrutura organizacional ficam definidas a hierarquia e o grau de autonomia.

A organização do trabalho vem sendo implementada no Hospital a partir do modelo de estrutura matricial, onde as Unidades vinculadas transferem para sua estrutura, o modelo desenhado para a Administração Superior. Esse modelo promove maior integração entre as Unidades e a Administração Superior, dando autonomia às Unidades vinculadas sem que a Administração perca o controle necessário para o processo decisório corporativo. A fig. 6.1.1 representa o modelo de estrutura matricial utilizado no HC para a organização do trabalho.

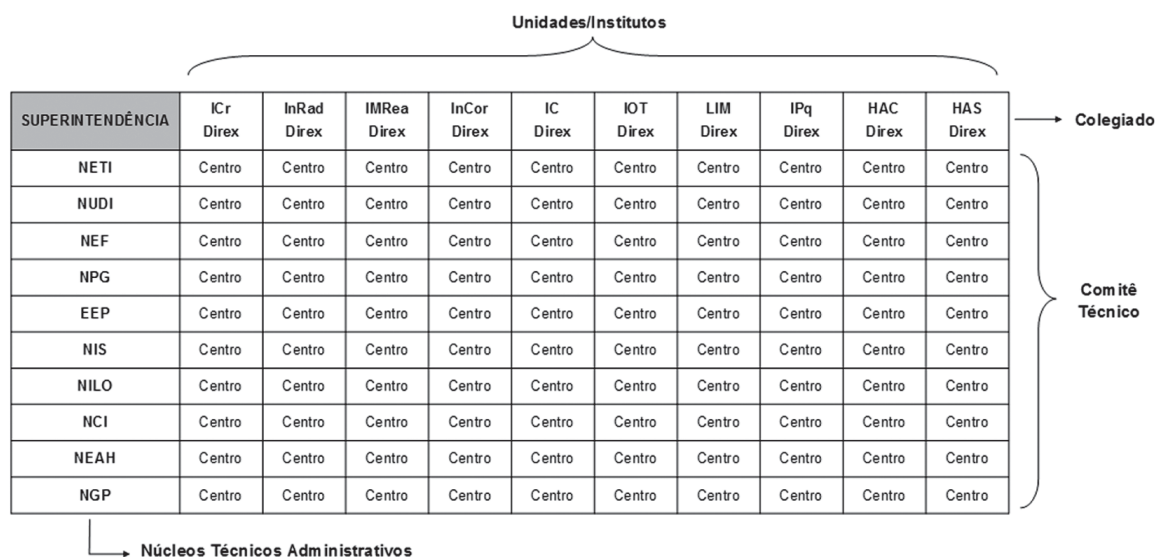


Figura 6.1.1 - Estrutura matricial utilizada no HC para a organização do trabalho.

A criação dos Núcleos Técnicos Administrativos e dos respectivos Comitês Técnicos nesta estrutura matricial objetivou a descentralização de operações, possibilitando agilidade, iniciativa e comunicação eficaz, aproximando a tomada de decisão dos níveis operacionais e estimulando a participação das pessoas nesse processo.

A discussão sobre a implementação da organização do trabalho no Hospital, também é feita por meio das discussões da Mesa de Negociação, que é um organismo colegiado destinado à negociação, com atribuição de celebrar acordos entre as partes, podendo desenvolver funções consultivas e propositivas. Esta prática tem como objetivo acompanhar e avaliar a política de recursos humanos e as questões trabalhistas do HC com participação dos gestores e das entidades representativas dos servidores.

Como forma de estimular o trabalho em equipes, a organização do trabalho no Hospital é feita, ainda, por meio da formação de diferentes Comissões (temporárias ou permanentes, apresentadas nos diversos capítulos deste Relatório), o que também vem assegurando a cooperação, a eficácia na comunicação, a iniciativa conjunta e a criatividade da força de trabalho do Hospital.

No mesmo formato, funcionam os Times e Grupos de Trabalho, tais como o Time de Clima Organizacional e os Grupos específicos para a discussão da padronização de medicamentos e de gêneros alimentícios, entre outros, organizados de acordo com as demandas e estratégias organizacionais.

Para definir, gerir e melhorar os processos do Hospital, os Comitês Técnicos, Comissões, Times e Grupos de Trabalho, têm total autonomia, desde que seguidas às orientações corporativas de forma a garantir que o interesse coletivo e corporativo seja soberano ao interesse de grupos isolados, praticando-se assim, ao mesmo tempo, o pensamento criativo e sistêmico dentro da Instituição.

Agregando valor ao trabalho que já vem sendo desenvolvido no Hospital, foi publicada a Lei Complementar nº 1080, de 17 de dezembro de 2008, pelo Governo do Estado de São Paulo, que contribui para a modernização da gestão pública, consolidando no Estado uma estrutura de pessoal ágil, inovadora e profissionalizada, além de permitir à Administração Pública empregar melhor a sua força de trabalho. Des-

taque-se também que as mudanças têm como diretriz fundamental fortalecer a capacidade de governar com foco na obtenção de resultados para os cidadãos.

Essa legislação tem como objetivo primordial promover uma ampla e profunda reestruturação e valorização das carreiras funcionais, para assegurar maior eficiência ao Estado na execução de políticas públicas e na prestação de serviços de qualidade à população. Tal medida igualmente visa assegurar a implantação de carreiras valorizadas e atrativas, como perspectiva clara de ascensão.

B) SELEÇÃO E CONTRATAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

A seleção e a contratação de pessoal no Hospital são feitas por meio de Concurso Público, após autorização Governamental. Do total de vagas liberadas para contratação, 5% destina-se às pessoas portadoras de deficiência, nos termos da Lei Complementar 683, de 18/09/1992.

A abertura de concurso público é feita mediante edital publicado pelo DOE obedecendo aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência administrativa na sua realização. Após aprovação nas provas escritas, o profissional é encaminhado ao Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores para realização de exame médico admissional.

As admissões realizadas por meio das Fundações de Apoio obedecem a normas específicas que contemplam a padronização dos critérios e procedimentos para processo seletivo que atenda às necessidades da organização e continue a garantir a transparência e equidade nesse processo. No ano de 2009 o processo seletivo do Hospital contou com a autorização governamental para preenchimento de 823 funções-atividades e realização de 103 concursos públicos.

Com a utilização da Internet e o apoio da Nossa Caixa e da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - ECT nos concursos públicos, foi possível a melhoria para o processo seletivo, por meio da agilidade que se conseguiu, com essa parceria. A ficha de inscrição passou a ser extraída pela Internet e o pagamento da taxa passou a ser possível em todas as agências da Nossa Caixa da Capital, dos bairros e do interior do Estado de São Paulo. O envelope dirigido ao Serviço de

Recrutamento, Seleção e Movimentação da Divisão de Recursos Humanos é enviado também por meio de qualquer agência da ECT por Carta Registrada + Aviso de Recebimento (AR), sendo o número desse AR considerado como número de inscrição do candidato. Com isso, não há mais necessidade de amplo espaço físico específico para esse processo, nem o pagamento de taxas na Tesouraria do HC, diminuindo filas e a circulação de candidatos no Prédio da Administração.

O Hospital promove a redução de 50% do valor da taxa de inscrição nos concursos públicos aos candidatos que comprovarem ser estudantes, considerando os que se encontrem regularmente matriculados em uma das séries do ensino fundamental ou médio, curso pré-vestibular ou curso superior em nível de graduação ou pós-graduação e cumulativamente percebam remuneração mensal inferior a 2 salários mínimos ou estejam desempregados.

Além do processo seletivo corporativo, algumas Unidades executam seleção interna para a ocupação de funções de confiança ou para a realocação de servidores, por meio de programa desenvolvido exclusivamente para gerenciar a força de trabalho, onde são identificados os profissionais dentro do perfil desenhado pela Instituição.

C) INTEGRAÇÃO DOS NOVOS MEMBROS DA FORÇA DE TRABALHO

A EEP realiza o Programa de Integração para colaboradores recém admitidos, e também para aqueles que mudaram de função ou foram readmitidos. Nesta integração são apresentados o perfil da Unidade, o Modelo de Gestão utilizado, o sistema de liderança, as diretrizes organi-

izacionais, o sistema de trabalho, os principais processos e resultados alcançados. As pessoas são ainda orientadas quanto aos seus direitos, benefícios e deveres.

Na oportunidade o profissional recebe o Manual de Integração do Servidor (com informações detalhadas e de interesse para o servidor recém-admitido) e *folders*. São apresentados o *site* do HC (*internet e intranet*), o vídeo institucional e os boletins corporativos. A Chefia de Gabinete participa de todas as integrações a fim de dar boas vindas aos novos colaboradores e apresentar o Modelo de Gestão utilizado no Complexo.

Após as palestras, o profissional é recebido nas áreas de trabalho e é preparado para a execução das funções específicas programadas. Algumas áreas também realizam a integração específica da Unidade e incorporam o profissional ao programa de educação continuada da área.

D) AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

O HC avalia o desempenho de sua força de trabalho em dois momentos, quais sejam, durante o período de experiência do colaborador, com ferramentas específicas e padrões de trabalho pré-estabelecidos para a organização, e, para os colaboradores com vínculo estadual (sem complementação das Fundações de Apoio), trimestralmente, com a ferramenta do Governo do Estado denominada Prêmio de Incentivo - PIN.

Em 2008, como melhoria para esse processo, foi publicada a Ordem de Serviço nº 31/2008, que dispõe sobre o contrato individual de trabalho e a avaliação do desempenho no período de contrato de experiência a fig. 6.1.2, apresenta o resumo da OS.

AValiação DE DESEMPENHO DO SERVIDOR CELETISTA
(Ordem de Serviço nº 31/2008)

Premissas

- necessidade de conhecer o desempenho e o grau de contribuição de cada servidor;
- política institucional de aperfeiçoamento constante da qualidade de assistência à saúde prestada à comunidade;
- avaliação do desempenho no período do Contrato de Experiência objetivando o desenvolvimento conjunto do servidor e da Instituição;
- implantação de métodos de identificação das habilidades de cada servidor para o melhor desempenho de suas atividades;
- envolvimento efetivo das chefias.

AValiação DE DESEMPENHO objetiva transformar ou não o Contrato de Experiência de 90 (noventa) dias em Contrato Individual de Trabalho por prazo indeterminado.

Figura 6.1.2 - Resumo da Ordem de Serviço nº 31.

Acrescenta-se que em áreas específicas como a Enfermagem, por exemplo, a maioria das Unidades do Hospital realiza uma avaliação e orientação profissional específica, que culmina em ações de educação continuada, necessárias na manutenção e/ou melhoria dos padrões de trabalho assistenciais.

Em outras áreas a avaliação de desempenho dos profissionais é verificada em relação às competências genéricas (previstas nos requisitos exigidos na descrição do cargo e de acordo com a diretriz da corporação) e comportamentais (atitudes e comportamentos esperados de acordo com valores do Hospital e para aquela função/cargo específica).

São, também, utilizados como critérios para avaliação dos profissionais, a presença, exigências éticas e responsabilidade profissional, respeito e integração com a equipe, desempenho frente às atividades rotineiras e resposta às solicitações internas e externas.

E) REMUNERAÇÃO, RECONHECIMENTO E INCENTIVOS

A remuneração, reconhecimentos e incentivos para a sua força de trabalho são definidos no HC a partir das recomendações e legislações específicas do Governo do Estado de São Paulo.

Os benefícios concedidos são: bilhete único, cartão BOM (Bilhete de Ônibus Metropolitano) do Consórcio Metropolitano de Transportes (para os servidores que utilizam o transporte intermunicipal), auxílio-alimentação, cesta básica, programa de preparação para aposentadoria dos servidores.

Faz parte dessas recomendações, a tabela de salários pagos atualmente na Instituição e a autorização para concessão do Prêmio de Incentivo, sendo que em 2009, essa autorização contemplou 3.999 servidores do HC.

Ainda como forma de reconhecimento e incentivo à força de trabalho para melhores resultados, a organização confere a complementação salarial (recursos fundacionais) para os profissionais que assumem determinadas responsabilidades e funções, não previstas no Decreto de criação dos cargos e funções do Hospital (fruto de melhorias que foram implantadas na Instituição) e possibilita a realocação de profissionais, quando solicitados por estes. Também, alguns Institutos ainda têm como política de motivação, a disponibilização para cursos de especialização para carreira acadêmica e horário flexível.

Para os médicos, a concessão da progressão funcional é feita por mérito pela Comissão de Avaliação do Corpo Clínico, mediante solicitação do profissional interessado.

Acrescenta-se que, desde 2006, o Hospital vem implantando e implementando seu Plano de Cargos e Salários - PCS e Plano de Carreira do Corpo Clínico, sendo que as atividades desenvolvidas pelos diversos colaboradores estão sendo avaliadas para os devidos enquadramentos. Esses enquadramentos são realizados pela Comissão de Enquadramentos vinculada à Chefia de Gabinete, Comissão de Avaliação e pela Comissão de Acreditação do Corpo Clínico vinculada à Diretoria Clínica.

A Comissão de Acreditação do Corpo Clínico é composta, ainda, por representantes médicos das Unidades do HC, sendo que seu objetivo é

implantar a política de carreira do profissional médico. A Comissão se reúne, ordinariamente, para o cumprimento de seus objetivos, uma vez por mês. Faz parte também do processo de discussão da remuneração, reconhecimento e incentivo da força de trabalho do Hospital, a Mesa Interna de Negociação Coletiva do HC, já citado anteriormente.

Cabe dizer ainda que os processos gerenciais relacionados à política de remuneração, reconhecimento e incentivos adotados pelo HC estão em harmonia com a Lei Complementar nº 1080, de 17 de dezembro de 2008. Essa Lei Complementar institui um Plano Geral de Cargos, Vencimentos e Salários que organiza as classes que o integram, tendo em vista a complexidade das atribuições, os graus diferenciados de formação, responsabilidade e experiência profissional requeridos.

6.2 - CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A) IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

O levantamento das necessidades de treinamento e capacitação de pessoal do Hospital é feito atualmente pelos Centros de Educação Permanente - CEPs de cada Unidade que compõe o HC, considerando as diretrizes organizacionais, as solicitações feitas pelos gerentes de áreas e os resultados das Pesquisas de Clima Organizacional e de Satisfação dos Clientes. Essas necessidades são identificadas ainda, conforme a implantação de novos programas no Hospital, que exigem novas tarefas ou mudanças que ocorrem numa área.

As informações advindas desses levantamentos são recebidas pela Escola de Educação Permanente – EEP por meio de instrumentos

próprios de diagnóstico de necessidades, sendo que a partir destes levantamentos, são selecionadas as demandas corporativas e organizada a programação dos treinamentos que deverão ser realizados ou financiados pela Instituição.

Em 2008 iniciou-se um trabalho conjunto entre o NPG e a EEP de revisão e estudo da metodologia para o levantamento das necessidades de capacitação e desenvolvimento. Em 2009, foram organizados os fluxos de solicitação de capacitação e treinamento e seus respectivos PGPs, considerando os itens já trabalhados pela Casa, quais sejam necessidades identificadas a partir das Diretrizes Amplas e dos Objetivos Estratégicos Corporativos e necessidades identificadas a partir do resultado da Pesquisa de Clima Organizacional. As fig. 6.2.1 e 6.2.2 apresentam, como exemplo, os dois fluxos citados.

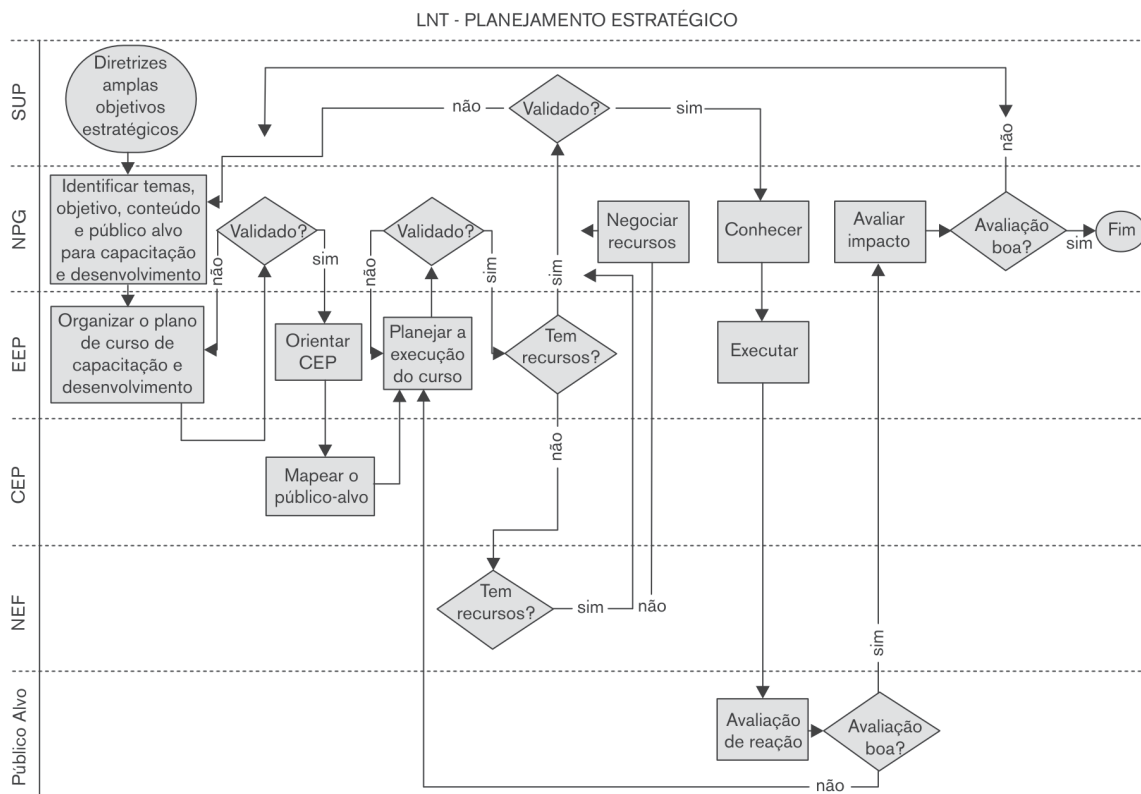


Figura 6.2.1 - Fluxo do levantamento de necessidades de capacitação e desenvolvimento a partir do planejamento estratégico da Instituição.

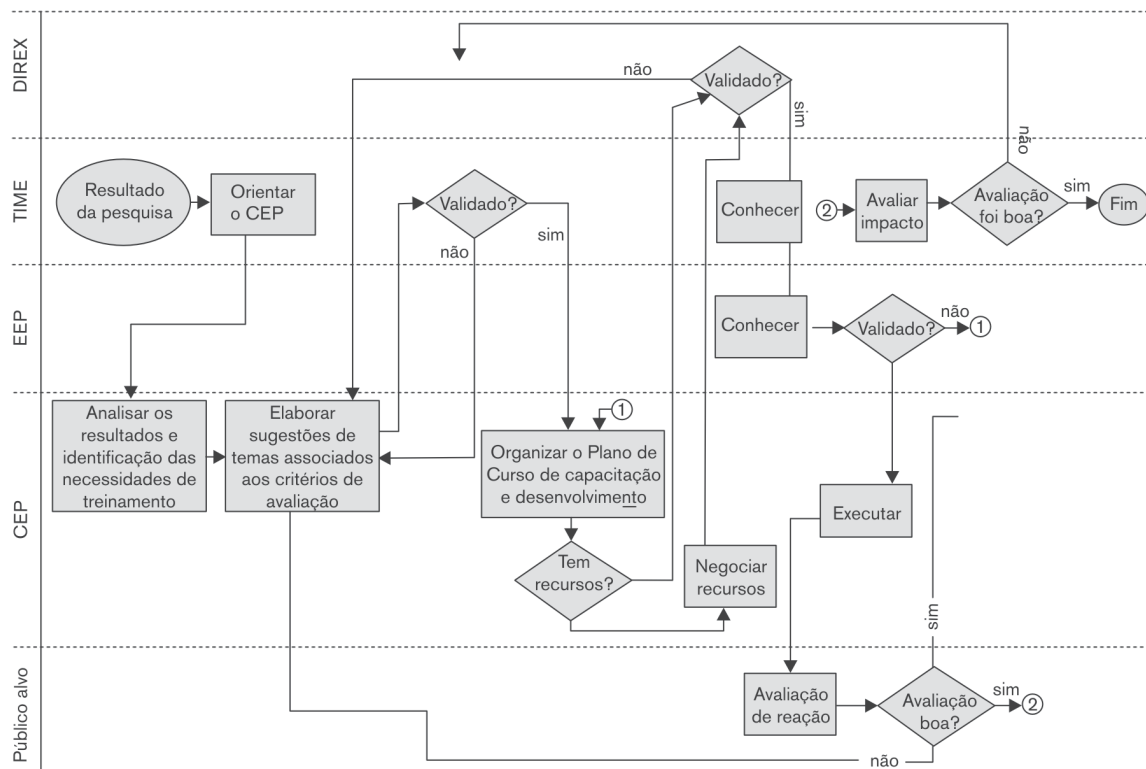


Figura 6.2.2 - Fluxo do levantamento de necessidades de capacitação e desenvolvimento a partir do Planejamento Estratégico da Instituição.

B) PROGRAMAS DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

A EEP e os CEPs coordenam e controlam os programas de capacitação e desenvolvimento de pessoal do Hospital, a partir do que foi identificado como necessidades da Instituição. Para tanto, utilizam eixos norteadores e distribuem a execução dos mesmos, de acordo com os focos a serem atingidos.

Atualmente, a política de capacitação e desenvolvimento no âmbito do HC é norteada pelos seguintes eixos:

- Integração de novos colaboradores para o conhecimento da Missão, Visão e Valores do HC, da conduta e integração no novo ambiente institucional;
- Capacitação e desenvolvimento corporativo/profissional: que visa preparação da liderança para as atividades de gestão e atualização de competências técnicas e gerenciais permitindo aos líderes o acompanhamento constante da evolução das tendências mundiais sobre temas vinculados à gestão de negócios, de tecnologias e de pessoas;
- Capacitação e desenvolvimento formal: que visa a implementação de ações que contemplem os diversos níveis de educação formal;
- Capacitação geral: que visa oferta de informações sobre normas e rotinas hospitalares, vinculados a Missão da organização e;
- Capacitação específica: que visa oferecer informações específicas para a atuação no desempenho de atividades vinculadas ao cargo/função.

A implementação dos programas de capacitação e desenvolvimento citados acima tem as seguintes responsabilidades:

- Áreas profissionais: quando a necessidade é técnico-operacional específica,
- CEPs: quando a necessidade é organizacional identificada no Instituto/Unidade Administrativa,

- EEP: quando a necessidade é comum a vários Institutos/ Unidades Administrativas, ou seja, é do Sistema FMUSP-HC.

Os programas desenvolvidos pela EEP de forma corporativa são:

- **Programa de Integração Funcionário Recém-Admitido** – Como já mencionado, proporciona aos servidores recém-admitidos, o conhecimento da Missão, Visão, Valores, diretrizes institucionais, direitos e deveres da força de trabalho. Em 2009 participaram do programa 610 colaboradores.
- **Programa Ensino Fundamental** – Objetiva proporcionar o Ensino Fundamental aos servidores do Sistema FMUSP-HC que não o concluíram. Está organizado em 2 segmentos e atingiu 34 servidores matriculados no ano de 2009:
 - 1º Segmento: contempla os servidores com domínio da leitura, interpretação de texto, que escrevem com coerência e coesão; e, apresentam noções básicas de matemática; e
 - 2º Segmento: contempla servidores que concluíram a 4ª série e apresentam um bom domínio da leitura e da escrita; realizam situações problemas com números naturais, envolvendo as operações básicas.
- **Programa de Ajuda de Custo** – Este benefício é concedido aos Supervisores Titulares, Suplentes, Colaboradores, todos cadastrados na Fundação para o Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP) no Programa de Aprimoramento Profissional do HC, para participação em eventos técnicos científicos, apresentando trabalhos (oral ou pôster), exceto quando nas condições de presidente da mesa ou de ouvinte. Em 2009 foram contemplados sete profissionais diretamente ligadas ao Programa de Aprimoramento Profissional.

Agregando valor a esse processo de organização dos Programas de Capacitação e Desenvolvimento no HC, vêm sendo ainda definidos os Programas voltados para a Cultura da Excelência (identificados a partir da implementação do Modelo de Gestão proposto para o Hospital, baseado nos Fundamentos de Excelência preconizados pela Fundação Nacional da Qualidade).

O desenvolvimento dos Programas associados à cultura de excelência é de responsabilidade do NPG e vem sendo desenvolvido por meio dos cursos específicos sobre o Modelo de Gestão, tais como o curso de Auto-Avaliação e Preparação para a Banca Examinadora nos critérios do PNGS. Quando solicitado, o NPG aplica cursos *"in company"* para as Unidades do HC, com temas desenvolvidos a partir das necessidades evidenciadas pelas próprias Unidades. Em 2009 foram realizados quatro cursos de Preparação para a Banca Examinadora totalizando 123 participantes e quatro cursos de Redesenho de Processos, sendo dois *"in company"* (IOT e HAS), totalizando 90 participantes.

O FBP também representa um mecanismo de desenvolvimento da Cultura da Excelência na Instituição, uma vez que é concebido a partir da necessidade da disseminação do Modelo e da sua aplicabilidade nas Unidades do HC. O Fórum, como já foi dito anteriormente, é realizado mensalmente, se apresentando como uma educação continuada para a Cultura da Excelência. Além disso, faz parte da metodologia do Fórum a avaliação das práticas apresentadas pela própria platéia que assiste às apresentações, o que possibilita o envolvimento de todo o público com o aprendizado sobre os conceitos ali trabalhados. Em 2009 iniciou-se uma parceria com a EEP a fim de incluir o FBP em programa de educação formal para a média gerência.

C) AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA

A eficácia dos Programas de capacitação e desenvolvimento realizados no HC é avaliada por meio do levantamento da hora/homem/ano treinamento e do investimento/servidor. Acrescenta-se que as ações de capacitação e desenvolvimento são avaliadas também pela pesquisa de reação ao final das atividades. Estas avaliações são tabuladas e discutidas nas reuniões para alterações e melhoria contínua dos programas desenvolvidos.

A avaliação do conhecimento recém-adquirido com os treinamentos realizados para a Cultura da Excelência é feita, ainda, por meio do próprio ciclo de avaliação interna e com a evolução progressiva e individual de cada Unidade nesse processo de implantação do Modelo de Gestão (vide a descrição desse processo no capítulo Liderança).

Em 2009 iniciou-se a avaliação de efetividade para o FBP de Gestão com duas Unidades: IOT e ICr. A finalidade é monitorar o progresso da assimilação e sedimentação dos conceitos disseminados.

6.3. QUALIDADE DE VIDA

A) SAÚDE OCUPACIONAL, SEGURANÇA E ERGONOMIA

O Hospital identifica os perigos e trata os riscos relacionados à saúde, à segurança e ergonomia da sua força de trabalho por meio do seu Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores, Serviço Especializado de Engenharia, de Segurança e Medicina do Trabalho e da CIPA Central do HC, que desenvolvem determinadas ações preventivas para essa identificação e tratamento.

Em relação aos riscos relacionados à saúde e segurança destacam-se a organização do PPRA e do PCMSO, disseminados nas Unidades do Hospital e que funcionam como controles para a segurança do trabalhador e de sua saúde.

O PPRA é um programa estabelecido pela norma regulamentadora NR-9, que tem como objetivo preservar a saúde e a integridade dos trabalhadores por meio da prevenção, antecipação e reconhecimento dos riscos químicos, físicos e biológicos. No Hospital das Clínicas, também são avaliados os riscos relacionados a ergonomia e acidente de trabalho.

Além disso, visa criar uma mentalidade preventiva nesta força de trabalho, pois após aplicar os métodos e técnicas para reconhecimento, avaliação e controle dos riscos encontrados nas atividades laborais nos setores, são tomadas providências para eliminar ou minimizar estes riscos. Isto é realizado por meio de mudanças nos processos de trabalho (substituição de produtos manipulados, alteração e ou rotatividade das atividades), treinamentos de segurança específicos, otimização dos processos, implementação de proteção em máquinas e equipamentos, adequação da jornada de trabalho e adoção de medidas de proteção coletiva e individual.

O programa também visa o gerenciamento da proteção radiológica, por meio da dosimetria individual dos funcionários expostos à radiação ionizante, e a dosimetria das áreas de radioterapia, medicina nuclear e radiologia geral, a qual é realizada com a periodicidade de 3 a 6 meses. Desta forma, é possível atestar se os níveis de radiação são inferiores à dose máxima permitida para indivíduos do público geral.

O PPRA é aplicado a todos os setores do Hospital das Clínicas e passa por reavaliação anual. O controle é realizado por meio de visitas técnicas periódicas para o acompanhamento do cronograma de ações estabelecidas. A seção de Engenharia do Trabalho emite laudos de insalubridade de acordo com a exposição aos riscos químicos, físicos e biológicos no ambiente de trabalho. As visitas técnicas são realizadas mediante solicitação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA ou áreas, quando evidenciado um risco. Após a avaliação técnica, é elaborado um relatório que será enviado ao responsável da área. Essa medida possui como objetivo prevenir a ocorrência de agravos à saúde do trabalhador.

Como ação de segurança pode ser citada, ainda, a atuação da CIPA/SAMSS, que promove ações da Brigada de Incêndio, onde a força de trabalho é treinada para atuar em casos de necessidade por acidentes com fogo. Também organizam a revisão dos diversos Mapas de Risco do Hospital e o controle da utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva.

O PCMSO estabelece o controle de saúde física e mental do trabalhador, em função de suas atividades. Obriga a realização de exames médicos admissionais, demissionais, de mudança de função e de retorno ao trabalho, estabelecendo ainda a obrigatoriedade de um exame médico periódico. O programa tem caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis a saúde do trabalhador.

É realizado por meio de avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional, exame físico e mental e exames complementares de acordo com os riscos envolvidos. Além disso, o programa também visa a imunização dos trabalhadores, a realização de teste tuberculínico nas áreas de risco e a vigilância sanitária dos profissionais que manipulam alimentos.

Quanto aos riscos relacionados à ergonomia, é realizada a análise profissiográfica. Essa é constituída de um relatório descritivo das atividades desempenhadas pelo colaborador individualmente, analisando-se quantitativamente os movimentos, o tempo e esforço despendido para

a sua execução. Também são analisadas a ergonomia e a postura do colaborador que possam gerar doenças osteomusculares. A análise profissiográfica possui como objetivo identificar o possível estabelecimento de nexo causal entre a queixa apresentada pelo colaborador, durante consulta médica e as atividades desempenhadas no posto de trabalho. Além disso, visa à preservação da saúde e da integridade física do trabalhador. A análise é elaborada pelo técnico de segurança do trabalho em comum acordo com o funcionário e a chefia, sendo revisada pelo engenheiro do trabalho e pelo médico do trabalho.

O tratamento é feito por meio da ginástica laboral praticada em diversas Unidades do Hospital. Essa prática consiste na realização de exercícios leves feitos no próprio local de trabalho em curto espaço de tempo, para uma dinâmica melhor no desenvolvimento das tarefas diárias, minimizando, ainda, a possibilidade do profissional, adquirir DORT. A descrição de mobiliários adequados, quando das novas aquisições, avaliados pela equipe de recebimento de material, também vêm amenizando os riscos relacionados com a ergonomia.

B) IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE AFETAM BEM-ESTAR, SATISFAÇÃO E O COMPROMETIMENTO

A identificação dos fatores que afetam o bem-estar, a satisfação e o comprometimento das pessoas é feita bi-anualmente, desde 2005, por meio da Pesquisa de Clima Organizacional. Esta pesquisa é desenvolvida pelo Time de Clima

Organizacional que é formado por representantes de todas as Unidades e coordenado pelo Núcleo de Gestão de Pessoas.

Outro mecanismo utilizado no Hospital para a identificação desses fatores é a realização das reuniões com a Mesa Interna de Negociação Coletiva do HC, com a participação do Chefe de Gabinete e do Superintendente do Hospital, uma vez que este fórum busca acompanhar e avaliar a política de recursos humanos do Hospital, conforme já citado anteriormente.

O SESMT possui, ainda, uma seção de Ouvidoria, que registra as queixas, elogios, questionamentos e sugestões, realizadas pessoalmente, pela força de trabalho do Hospital, por meio de carta ou do preenchimento da ficha de satisfação. Os dados registrados permitem identificar as principais causas de insatisfação com os serviços prestados por este setor, responsável por parte das práticas desenvolvidas pelo Hospital, relacionadas a saúde das pessoas.

As práticas desenvolvidas pela Superintendência para interação com a força de trabalho, de agendamento, duas vezes por semana para o atendimento a quem desejar conversar pessoalmente com o Superintendente, o Café da Manhã e o e-mail- "Canal Direto com o Superintendente", também vêm trazendo importantes informações que auxiliam na identificação desses fatores relacionados ao bem estar, o comprometimento e satisfação das pessoas.

A fig. 6.3.1 apresenta os principais fatores que afetam o bem-estar, a satisfação e o comprometimento das pessoas, identificados pelas ferramentas acima citadas, no HC.

Incentivo para o desenvolvimento profissional e para sugerir melhorias
Retorno sobre o trabalho realizado
Treinamento para a execução do trabalho
Integração na Unidade
Aprendizado de novas atividades
Reconhecimento e valorização das pessoas
Aproveitamento de talentos
Benefícios e Salário

Figura 6.3.1 - Principais fatores que afetam o bem estar, motivação e satisfação das pessoas, identificados

C) TRATAMENTO DOS FATORES QUE AFETAM BEM-ESTAR, SATISFAÇÃO E O COMPROMETIMENTO

Para o tratamento dos fatores identificados, que afetam o bem estar, a satisfação e o comprometimento das pessoas, são gerados planos de ação a partir da Pesquisa de Clima. A fig. 6.3.2 demonstra planos de ação do HAS, como exemplo.

Os benefícios oferecidos pelo HC aos seus colaboradores têm impacto direto nesses fatores de bem estar, satisfação e comprometimento. Por isso, são amplamente discutidos e negociados com a Mesa Interna de Negociação Coletiva e a Governança do HC. Como principais benefícios concedidos de forma corporativa citam-se o vale-transporte, auxílio alimentação, cesta básica, creche, uniforme, cooperativa de crédito, acade-

mia com descontos especiais, plano de saúde entre outros para os seus colaboradores.

No processo de concessão de benefícios, cita-se como melhoria a implantação do Cartão BOM do Consorcio Metropolitano de Transportes para aqueles servidores que utilizam o transporte intermunicipal. Com isso, beneficiou-se tanto a força de trabalho como a Instituição pela rapidez na concessão, por meio de créditos mensais, evitando-se os riscos de furtos e diminuindo os passos do processo.

O Programa de Readaptação Funcional dos servidores do Complexo HC é outro mecanismo que visa minimizar ou tratar os fatores que afetam a motivação e o comprometimento com o trabalho, pois tem o objetivo de operacionalizar o procedimento de readaptação dos servidores que apresentam problemas de saúde relacionados ou não ao trabalho.

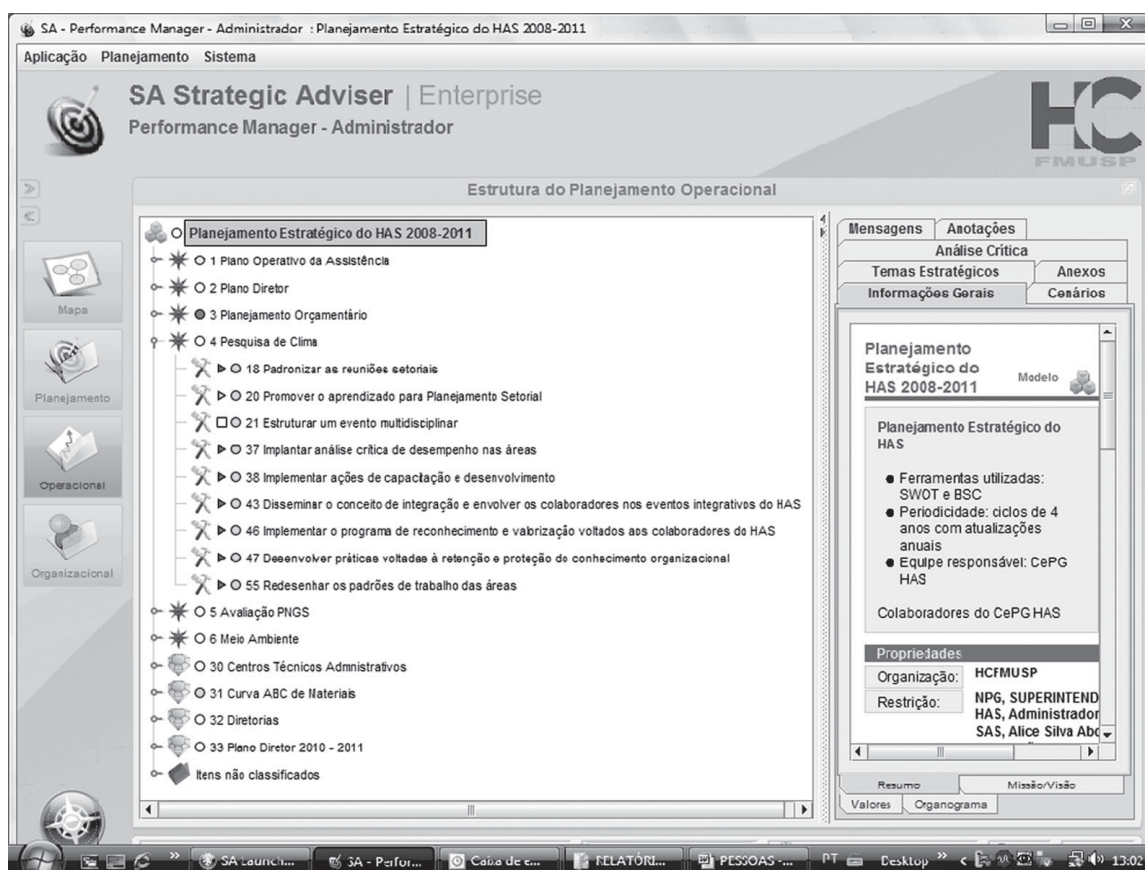


Figura 6.3.2 – Planos de ação de Correção de Rumo da Pesquisa de Clima Organizacional.

O Programa também acompanha o funcionário com incapacidade parcial, com vistas a sua reintegração e prevenção de novos afastamentos. Tal ação é realizada por equipe multidisciplinar necessária para uma abordagem mais ampla do problema trazido pelo funcionário, apreendendo a saúde como um fenômeno biológico, psicológico e social.

Ao reiniciar suas atividades laborais o servidor é convidado a comparecer ao Grupo de Suporte Psicológico coordenado pelo psicólogo do SESMT. Nos casos em que se julga necessário, é oferecido acompanhamento psicológico individual. Após o retorno definitivo, a continuidade do processo é feita por meio de visitas bimestrais ao servidor, em seu local de trabalho, por profissional visitador comunitário, durante seis meses, visando à prevenção de novos afastamentos. Os casos atendidos pelo programa são avaliados em termos de seu desempenho profissional, por meio de relatório de visita. O programa do Visitador Comunitário ocorre desde 2008.

Nos casos de afastamentos por transtornos mentais, é realizado semanalmente um grupo de saúde mental, envolvendo profissionais de vários Institutos e especialidades, para discutir a abordagem e conduta mais adequada ao servidor.

Ainda como forma de resolver fatores que podem afetar a motivação e bem estar do funcionário, a equipe de psicologia do SESMT intervém para auxiliar na resolução de conflitos entre chefia e funcionários e reduzir absenteísmo, rotatividade e insatisfação.

D) MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA FORÇA DE TRABALHO

A qualidade de vida da força de trabalho do HC vem sendo uma preocupação constante da Governança do Hospital. Essa preocupação pode ser verificada, seja por ações programadas (com datas de início e término definidas), como o Programa Calorias Inteligentes, seja por ações permanentes como as que vêm sendo desenvolvidas pelo Ambulatório de Atendimento aos Servidores do Hospital.

O Programa Calorias Inteligentes, comandado por profissionais especializados na área de saúde, objetivou promover a melhora de qualidade de vida dos colaboradores por meio de reedu-

cação alimentar, alimentação com melhor qualidade nutricional, combate a obesidade, incentivo à atividade física e prevenção de diversas doenças. O Programa teve duração de 16 meses e participaram 1.937 servidores, com um resultado de 5.123,4 kilos de peso perdido.

Como ações permanentes desenvolvidas pelo HC para a qualidade de vida de seus colaboradores, citam-se os trabalhos do Atendimento Médico ao Servidor - AMS. O Plano de Saúde do HC atende os servidores ativos, residentes, aprimorandos e alunos de graduação da FMUSP, totalizando em torno de 20.000 pessoas. Para uma maior resolubilidade do atendimento médico e com o objetivo de se criar um vínculo entre o funcionário-paciente e os médicos assistentes, o plano de saúde apresenta uma "porta de entrada" de atendimento em ambulatório próprio com as seguintes especialidades: Clínica Médica, Ginecologia, Oftalmologia, Psiquiatria, Nutrição e mais recentemente Ortopedia.

Em 2009, foram contratados dois Ortopedistas, após ter sido constatado que as patologias ortopédicas são a segunda maior causa de afastamento do trabalho. Os funcionários são atendidos com hora marcada de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 18:00h. Se houver necessidade o funcionário é encaminhado para atendimento em outras especialidades disponíveis nos ambulatórios dos Institutos do HC.

Várias outras ações vêm sendo feitas neste Atendimento, no sentido de proporcionar as melhorias necessárias para a qualidade de vida da força de trabalho, citando-se:

- Contratação de Enfermeira, Assistente Social e Psicóloga (1982);
- Atendimento médico especializado em Oftalmologia (1995), Acupuntura (2001), Ginecologia (2003) e Ortopedia (2007);
- Dispensação de medicamentos para funcionários na farmácia no SAMSS (2001);
- Programa de atendimento aos funcionários hipertensos, incluindo atendimento com Nutricionista e Farmacêutico (2003): O Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas (hipertensão e diabetes) tem como objetivo estimular que o paciente se trate continuamente não só com medicação,

mas também com a mudança de hábitos de vida. O acompanhamento é feito por equipe multidisciplinar composta por Médicos, Enfermeiras, Nutricionista e Psicólogas e consiste de consultas individuais para orientação da alimentação, atividade física e da medicação a ser tomada. Semestralmente são realizadas palestras aos funcionários que participam dos programas e demais interessados no tema.

- Atendimento ambulatorial de Psiquiatria, centralizado no AMS (2006);
- Programa anti-tabagismo (2007): É oferecido aos funcionários com dependência nicotínica que queiram parar de fumar e visa a promoção de saúde do funcionário. É realizado por equipe multidisciplinar composta por Médico, Enfermeiro, Psicólogo e Educador Físico, capacitados pela Secretaria da Saúde. São realizadas consultas individuais e em grupo, incluindo sessões de relaxamento. Se houver necessidade de medicamentos específicos, estes são fornecidos pela farmácia do SAMSS. O funcionário que para de fumar é acompanhado por pelo menos um ano após a data de cessação do tabagismo; e
- Triagem de enfermagem (outubro 2008).

Outras ações desenvolvidas pelo Hospital com o objetivo de melhoria da qualidade de vida, não relacionadas diretamente ao atendimento assistencial são:

- CINECLUBE HC: com sessões mensais de filmes que conseguiram sucesso de público em exhibições nos cinemas nacionais. O objetivo é proporcionar momentos de integração, lazer e de discussão de temas atuais com especialistas;
- Comemorações internas das áreas, como aniversários, festas juninas, datas especiais

de homenagem ao dia do profissional e confraternizações de natal e ano novo;

- Campanha de vacinação contra a gripe, com postos fixos e volantes para vacinação dos colaboradores do Hospital;
- Visita aos colaboradores afastados pelo INSS;
- Visitas domiciliares às funcionárias puérperas; e
- Momento Cultural: tem como objetivo, a integração e entretenimento dos colaboradores por meio de uma programação que envolve música e show artístico. O Centro de Convenções Rebouças - CCR, em conjunto com o NCI, buscam os recursos necessários e fazem o planejamento e organização desse Projeto.

Em 2009 realizou-se o Projeto Olimpíadas HC para os servidores do HC, que tem o objetivo de promover qualidade de vida aos Servidores por meio do incentivo a prática esportiva entre os mesmos. As modalidades foram disputadas no Complexo Esportivo do Pacaembu e na Associação Atlética Acadêmica Oswaldo Cruz (AAAOC). Destacamos ainda o apoio do NGP (SESMT, AMS e DRH) e NETI nos processo de exames médicos, cadastro dos Servidores e inscrições eletrônicas.

Em 2009, o SAMSS iniciou também o Grupo de Luto, com reuniões periódicas com funcionários do Sistema HC que tenham passado por situações de luto, divórcio e doença grave na família para diálogos com o auxílio de um Médico Psiquiatra, Psicólogo e Assistente Social.

Essas ações estão inter relacionadas, também, com as ações promovidas para o tratamento do bem estar, satisfação e o comprometimento das pessoas, colaborando para um ambiente com clima organizacional favorável.

E) AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS PESSOAS

A avaliação da satisfação dos colaboradores do HC com a Instituição é feita pela Pesquisa de Clima Organizacional, conforme já mencionado anteriormente.

A Pesquisa de Clima Organizacional é respondida pela intranet por meio de senhas que são geradas aleatoriamente no momento que o colaborador vai responder, garantindo o sigilo da informação.

A partir do resultado da Pesquisa do último ciclo de avaliação, o NPG reuniu o Time de Pesquisa de Clima e o CPG para a orientação das ações que devem ser tomadas com o resultado obtido. Foi orientado que todas as Unidades organizem planos de ação de correção de rumo para as questões que obtiveram o valor menor que 70% de satisfação (considerando nesta categoria as respostas com ótimo e bom) e aquelas que não apresentam tendências definidas ou tendências desfavoráveis, quando comparado o último resultado com os anos anteriores.



Processos

7 - PROCESSOS

Em Gestão de Processos será relatado como o Hospital identifica, gerencia, analisa e melhora seus processos principais (relacionados à missão) e seus processos de apoio. Também relata como o Hospital gerencia o processo de relacionamento com os fornecedores e conduz a gestão dos processos econômico-financeiros.

7.1 - PROCESSOS PRINCIPAIS DO NEGÓCIO E PROCESSOS DE APOIO

A) REQUISITOS APLICÁVEIS AOS PROCESSOS PRINCIPAIS DO NEGÓCIO E PROCESSOS DE APOIO

Os processos principais do HC são os relacionados às atividades de ensino, pesquisa e assistência.

Os processos de ensino envolvem as atividades desenvolvidas na FMUSP que utiliza o HC como o campo prático para a formação dos alunos de Graduação e Pós-Graduação. Para a área não médica, os processos de ensino são gerenciados pela EEP por meio das atividades desenvolvidas para o Aprimoramento na Área da Saúde, Cursos Dirigidos aos profissionais de nível superior para atualização técnico profissional, Estágios Curriculares, Visitas Técnicas, Programa Ensino Fundamental, Programa Classe Hospitalar, Programa Ajuda de Custo, Programa de Estágios para Estudantes com Bolsa de Estudos, Estágios de Capacitação em Serviço e Projeto Angola.

A definição dos requisitos aplicáveis ao processo de ensino de Graduação e Pós-Graduação é feita pelo Hospital das Clínicas a partir das necessidades identificadas pelos diversos Departamentos da Faculdade de Medicina, que atuam dentro dos Institutos do Hospital. Esses requisitos envolvem as discussões acadêmicas realizadas na Faculdade e estão traduzidas no documento denominado de "Projeto Acadêmico da FMUSP".

Os requisitos aplicáveis aos processos de ensino da área não médica são definidos pela EEP em conjunto com os CEPs, a partir da política pública de saúde e de educação. São consideradas também as tendências de mercado do setor saúde x educação (demandas externas) x corporação (ofertas), a revisão de literatura e a análise comparativa com outras Instituições. Há, ainda, a preocupação em alinhar os requisitos

definidos com as Diretrizes Amplas do HC e seus Objetivos Estratégicos definidos no ciclo de Planejamento Estratégico Corporativo.

Os processos relacionados à pesquisa são desenvolvidos pelo LIM, sendo os requisitos desses processos definidos a partir da análise dos projetos de pesquisas apresentados, verificando a utilidade desses projetos para as demandas da realidade brasileira. As linhas de pesquisa definidas na FMUSP traduzem os requisitos dos processos de pesquisa e a avaliação anual realizada no LIM, possibilita a revisão permanente desses requisitos, de forma a possibilitar que as pesquisas desenvolvidas no Sistema FMUSP-HC sejam de total relevância para a sociedade.

A definição dos requisitos aplicáveis aos processos assistenciais é feita a partir da identificação, por parte das equipes técnicas das Unidades, das necessidades e expectativas das diversas partes interessadas do Hospital (FMUSP, SES, clientes, força de trabalho e sociedade). As ferramentas utilizadas para essa identificação são as pesquisas de opinião, manifestações da Ouvidoria, reuniões da Congregação da FMUSP, reuniões do Conselho Deliberativo, reuniões da Governança do HC com as Secretarias, Estadual e Municipal de Saúde, reuniões com os Conselhos Comunitários, entre outras, já mencionadas nos diversos capítulos deste Relatório. Essas necessidades e expectativas identificadas são traduzidas em projetos, encaminhados aos Conselhos Diretores, ao Conselho Deliberativo, à Diretoria Clínica e à Superintendência.

Os requisitos aplicáveis aos processos de apoio são definidos a partir das necessidades de atendimento dos processos principais do Hospital, sendo estas necessidades identificadas por meio da avaliação das Unidades prestadoras de serviço, Pesquisa de Satisfação dos Clientes e Pesquisa de Clima Organizacional. Os fóruns de tomada de decisão são utilizados para a apresentação

dessas necessidades e definição dos requisitos dos processos de apoio.

O resumo dos principais requisitos dos processos do HC está apresentado na fig. 7.1.1. Esta figura apresenta apenas o resumo desses requisitos, uma vez que, como já dito anterior-

mente, os requisitos dos processos de ensino estão traduzidos no Projeto Acadêmico, os de pesquisa, nas normas e critérios estabelecidos pelo Núcleo e Apoio à Pesquisa Clínica NAPesq para avaliação dos projetos, e, os da assistência, definidos pelas equipes gestoras das Unidades a partir do perfil específico de cada uma.

Processo	Requisito	Indicador
Ensino	<ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo programático com foco na necessidade do público alvo e mercado da saúde - Instrutores capacitados e atualizados - Estrutura adequada para o atendimento aos objetivos dos cursos ministrados - Proteção do conhecimento gerado no HC 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de aprimorandos e residentes absorvidos pelo mercado - Docente/leito - Índice de satisfação do aluno - Índice de trabalhos publicados
Pesquisa	<ul style="list-style-type: none"> - Obediência à legislação vigente - Desenvolvimento de pessoas e de protocolos clínicos inovadores 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de reprovação dos projetos encaminhados para as Comissões de Ética em Pesquisa - Índice de Internacionalização da Produção Científica - Índice de Pesquisas Transformadas em Protocolos Assistenciais - Captação de Recursos X Publicação
Assistência	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência multiprofissional com agilidade e segurança - Assistência individualizada, integral e documentada - Resolubilidade dos procedimentos assistenciais - Acessibilidade à assistência especializada - Distribuição de medicamentos padronizados - Preparo e armazenamento de fórmulas isentas de contaminação - Atendimento integral à saúde do paciente, de forma humanizada - Precisão no diagnóstico - Conforto no atendimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de espera para o atendimento - Satisfação do cliente - Taxa de complicações/intercorrências - Densidade de Incidência de IH associada a Cateter Venoso Central - Densidade de Incidência de Pneumonia relacionada a Respirador - Incidência de Queda de Paciente (IQP) - Índice de úlcera por pressão (UPP) - Mortalidade institucional - Taxa de erro de medicação - Notificação do Erro de Medicação - Taxa de entregas atrasadas de medicamentos - Intercorrências por medicação administrada - Perdas de filmes - Taxa de repetição de exames - Taxa de ocupação hospitalar - Média de permanência - Índice de rotatividade dos leitos - Percentual de re-internações pelo mesmo diagnóstico - Produção e produtividade da equipe multiprofissional
Planejamento Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> - Inovação, proatividade e visão sistêmica 	<ul style="list-style-type: none"> - Índice de evolução na pontuação do HC na avaliação da implantação do Modelo de Gestão do Hospital - % de planos de ação desenvolvidos no prazo para a consecução dos Objetivos Corporativos
Engenharia e Arquitetura Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Precisão, segurança e agilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Requisições atendidas/mês sobre o total de requisições
Tecnologia da Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Segurança, integridade, confiabilidade, precisão, agilidade e acessibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - % de áreas cobertas pelos sistemas informatizados - Tempo médio do sistema "off line", - Tempo para o atendimentos do serviço de informática

Processo	Requisito	Indicador
Infraestrutura e Logística	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio às Unidades sem desperdício e com qualidade no fornecimento - Apoio aos processos do negócio com segurança e agilidade - Identificação e tratamento dos impactos dos Processos e Produtos gerados no HC para o Meio Ambiente e Sociedade 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de reposição de estoque por item de consumo - Índice de devolução de material pelas áreas, por não conformidade com o produto - Taxa de Não-Conformidade Técnica na Entrega dos Fornecedores - Taxa de Atraso dos Fornecedores - % de viaturas em manutenção/mês - Tempo de indisponibilidade das viaturas - Pontuação Média do Roteiro de Diagnóstico do Impacto Ambiental
Jurídico	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização e precisão 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de ações perdidas pelo HC
Gestão de Pessoas	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização das pessoas, agilidade, competitividade, saúde ocupacional, segurança e desenvolvimento profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Absenteísmo - Rotatividade - Índice de Acidentes de Trabalho - Porcentagem de funcionários que realizam os exames periódicos - Resultados da pesquisa de clima organizacional - Índice de Treinamento
Comunicação Institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação, criatividade, proatividade e inovação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inserções em mídia - Índice de busca à mídia
Gestão Econômica-financeira	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento à legislação, precisão, eficiência, competitividade, proatividade, transparência, responsabilidade, parceria e sustentabilidade econômica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados das auditorias realizadas - Execução orçamentária - Índice de Sustentabilidade (Índice de Dependência de Recursos Extra-Orçamentários)
Organização de Eventos	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização, inovação, acessibilidade, organização. 	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação dos usuários do CCR, com os seus serviços
Ouvidoria Central	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade e resolubilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de queixas atendidas e % de queixas resolvidas

Figura 7.1.1 - Resumo dos Requisitos dos Processos Principais e de Apoio do HC e os Indicadores de Controle.

B) PROJEÇÃO DOS PROCESSOS

Os processos principais do negócio e os processos de apoio são projetados e modificados a partir da tomada de decisões nas reuniões da Congregação da FMUSP, do Conselho Deliberativo do HC e dos Conselhos Diretores das Unidades. Essas decisões são pautadas na análise crítica do desempenho da Instituição para o atendimento de sua Missão e Diretrizes Estratégicas, assim como para o atendimento aos requisitos desejáveis definidos anteriormente.

Cabe às equipes técnicas da FMUSP, Núcleos Técnicos e Unidades, a organização dos projetos formais de implantação, implementação ou modificação dos processos do Sistema FMUSP-HC, para a validação e aprovação de sua alta liderança.

Em 2008, com a organização das práticas relacionadas à definição dos padrões de trabalho corporativos (vide capítulo Liderança), foi estabelecida a sistematização para a projeção ou modificação dos processos. Ou seja, a partir das ordens de serviços (ou portarias, ou decretos governamentais), são organizados os Procedimentos Gerenciais Padrão – PGP, que são corporativos. Para tanto, faz-se necessário o desenho ou redesenho do processo em questão, sempre tendo como ponto de partida os requisitos definidos para os mesmos. As Unidades estabelecem suas Instruções de Serviços baseadas nas orientações desses PGPs e estas Instruções devem gerar as normas, rotinas e procedimentos para o desenvolvimento dos diversos processos do Hospital.

Em 2009, como exemplo de trabalho de revisão dos processos, destaca-se o mapeamento dos processos relacionados à Manutenção Predial no HC. Para esse fim foram realizadas reuniões com representantes do NEAH e CEAH setoriais, redesenhados os fluxos e definido o PGP, que inclui a definição do objetivo, abrangência, justificativa e responsabilidades do processo em questão. Após validação do PGP e da Ordem de Serviço a mesma foi publicada no Encarte HC notícias e disponibilizada na *intranet*.

Ainda como melhoria, o NPG organizou em conjunto com o IOT e HAS, um curso de processos com o objetivo de alinhamento conceitual e assessoria na revisão e projeção de processos dessas Unidades, já mencionado em capítulo anterior.

C) GERENCIAMENTO DOS PROCESSOS

Os processos de ensino e pesquisa são gerenciados pela FMUSP por meio de seus Departamentos e pelo HC por meio de suas Unidades e dos Laboratórios de Investigação Médica, incluindo aqui a gestão dos indicadores e os mecanismos para o tratamento das não conformidades com esses processos.

A Diretoria Clínica do Hospital tem, também, por missão, a coordenação das atividades médicas e o apoio às atividades de ensino e pesquisa científica dos Institutos e dos Departamentos que compõem o HC. Seus mecanismos de gerenciamento e de identificação de não conformidades são as atuações das Comissões Técnicas-Científicas e Núcleos. São elas:

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

A CCIH tem por objetivo o desenvolvimento do programa de controle de infecções hospitalares. Com uma composição multiprofissional e multidisciplinar, a CCIH se reúne uma vez ao mês para discutir e deliberar sobre ações no âmbito da Instituição. Agregado à CCIH, o Grupo de Controle de Infecção Hospitalar, operacionaliza em conjunto com as Subcomissões de Controle de Infecção Hospitalar, de cada Instituto, todas as deliberações da CCIH. Vinculado ao Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da FMUSP, é responsável, ainda, pela capacitação e treinamento de profissionais nessa área.

COMISSÃO DE BIOÉTICA - CoBi

Suas finalidades e metodologia de trabalho já foram descritas no capítulo Liderança deste Relatório.

COMISSÃO DE ANÁLISE DE INFORMAÇÕES SOBRE PACIENTES- CAIP

A Comissão de Análise de Informações sobre Pacientes – CAIP tem por finalidade assessorar o Diretor Clínico no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento dos registros produzidos na assistência integral ao paciente, proporcionando apoio aos sistemas de informação em saúde e à avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Nos diversos Institutos do Complexo foram instaladas Subcomissões de Avaliação da Informação sobre Pacientes, que mais próximos dos profissionais da saúde, estabelecem diretrizes para a melhoria da qualidade da informação, assim como a análise do conteúdo dos prontuários. Às SAIPS, por meio dos Grupos de Trabalho, também compete à avaliação dos óbitos ocorridos na Casa, de acordo com o que preceitua as legislações sobre a matéria.

Além dos Presidentes das SAIP, a CAIP é composta por equipe multiprofissional e multidisciplinar, realizando, ordinariamente, uma reunião mensal.

COMISSÃO DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS - CTOT

A CTOT tem por finalidade assessorar a Diretoria Clínica do HC, por meio da orientação, coordenação e controle das atividades referentes à captação, retirada e transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos, científicos e humanitários. Reúne-se, ordinariamente, uma vez por mês.

COMISSÃO DE FARMACOLOGIA - CF

A CF tem por finalidade assessorar o Diretor Clínico, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, aquisição, distribuição e uso de fármacos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos no Complexo HC. Composta de um grupo multidisciplinar, com reuniões ordinárias, uma vez por mês.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA ANÁLISE DE PROJETOS DE PESQUISA – CAPPesq

Suas finalidades e metodologia de trabalho já foram descritas no capítulo Liderança deste Relatório.

NÚCLEO E APOIO À PESQUISA CLÍNICA - NAPesq

Criado para assessorar a Diretoria Clínica no sentido de facilitar as etapas para a formalização e realização de projetos de pesquisa clínica, atrair novas pesquisas clínicas para serem realizadas no HC, bem como a obtenção de recursos para financiamento de pesquisas clínicas no Sistema FMUSP-HC.

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA - CEM

Suas finalidades e metodologia de trabalho já foram descritas no capítulo Liderança deste Relatório.

Os processos relacionados às atividades assistenciais são gerenciados pelas Diretorias Executivas, por meio das orientações emanadas dos Departamentos da FMUSP, Diretoria Clínica e Superintendência. Esses processos envolvem as atividades de consultas eletivas, de emergência e de urgência; internações hospitalares clínicas, cirúrgicas e obstétricas; serviços auxiliares ao diagnóstico e ao tratamento; farmácia; nutrição e dietética; reabilitação motora e sensório-motora.

Para o tratamento das não conformidades, é feita a integração entre os Departamentos e a Diretoria Executiva das Unidades, responsáveis por organizar a infra-estrutura necessária para o desenvolvimento desses processos.

Os processos de apoio são gerenciados pela Superintendência do Hospital, por meio dos Núcleos Técnicos Administrativos. São eles: o planejamento estratégico; engenharia e arquitetura hospitalar; tecnologia da informação; infraestrutura e logística; jurídico; gestão de pessoas; comunicação institucional; gestão econômico-financeira; organização de eventos e ouvidoria central.

ESCOLA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A EEP tem a função de cadastrar, padronizar e organizar os cursos oferecidos aos médicos, profissionais da saúde e afins, de níveis superiores e técnicos das diferentes áreas do HC e para a comunidade. Ela vem estabelecendo parcerias com o Departamento de Telemedicina da FMUSP e o canal de televisão do Hospital das Clínicas (HC-TV), visando utilizar tecnologias de ponta de rápido acesso ao conhecimento e às informações. Os fóruns utilizados para o tratamento das eventuais não conformidades dos seus processos são as reuniões do Conselho do EEP do Colegiado da Educação e do Colegiado das Profis-

sões, quando necessário, sendo suas ações registradas em atas.

NÚCLEO DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE – NIS

O Núcleo de Informações em Saúde tem como atribuição básica a utilização de conhecimento científico e técnico específico em epidemiologia e informação de gestão em hospitais, para o desenvolvimento de atividades que contribuem para a implantação e sustentação de condições adequadas de produção de informações institucionais padronizadas, comparáveis, válidas e acessíveis aos gestores e profissionais de saúde e à população.

A estrutura inicial e atribuições propostas para o Núcleo de Informações em Saúde em 2002 foram sendo ampliadas desde então, de acordo com demandas tanto internas quanto externas, sendo que, para o adequado atendimento a essas demandas foram desenvolvidas novas atividades e a criação de diferentes instâncias de articulação com setores diversos do Hospital. O NIS tem atualmente, na sua estrutura organizacional, quatro setores com atividades específicas, já citadas anteriormente, quais sejam, Epidemiologia, Registro Hospitalar de Câncer, Monitoramento de Indicadores Hospitalares e Vigilância Sanitária – Projeto Hospitais Sentinela.

NÚCLEO ESPECIALIZADO EM DIREITO – NUDI

Tem atuação multidisciplinar, objetivando assessoramento jurídico do Superintendente, nas tomadas de decisão, defesa jurídica do HC em processos cíveis, trabalhistas e penais, perante todos os órgãos jurisdicionais do Estado e em todas as instâncias; orientação e defesa do HC em qualquer instância administrativa do Estado; assessoramento, na elaboração de atos normativos, orientação e consultoria jurídica; ações educativas e preventivas de conflitos; difusão do conhecimento dos direitos humanos, da cidadania e do ordenamento jurídico; ações objetivando a tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais visando à preservação e reparação das violações aos direitos.

NÚCLEO ECONÔMICO-FINANCEIRO – NEF

Com atuação multidisciplinar e multisetorial, o NEF tem por objetivo coordenar as ações atinentes à gestão orçamentária, financeira e contábil da Autarquia, por meio de análise, controle e acompanhamento, para manter os registros necessários à demonstração das disponibilidades dos saldos, e propiciar os meios indispensáveis

para o cumprimento da Missão institucional, particularmente quanto à eficiência na gestão de recursos públicos; analisar e apurar os custos hospitalares e de programas e projetos; orientar os Centros Econômicos Financeiros - CEF, das Unidades do HC, visando ao bom cumprimento das normas estabelecidas.

A Gestão Orçamentário-Financeira é executada por meio da elaboração e análise de relatórios periódicos, mensais e anuais, demonstrando a necessidade e a utilização dos recursos pelas Unidades.

NÚCLEO ESPECIALIZADO EM TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO – NETI

Tem atuação multidisciplinar e multisetorial, objetivando promover o desenvolvimento, a implantação e a integração da tecnologia de informática, no âmbito da autarquia. O Serviço de Suporte, Sistemas e Operação integra o NETI que é responsável pelo suporte de informática à rede e aos servidores corporativos do HC. Os Centros de Informática dos Institutos voltam a desenvolver a prática de gerenciamento dos dados geradores no Complexo HC, cabendo-lhes compilar as informações de forma a permitir obter os indicadores que compõem a estatística nosocomial e administrativa.

Os principais processos de apoio realizados pelo NETI referem-se à disponibilização de sistemas informatizados para registrar, armazenar, processar e gerenciar informações em todos os setores e áreas do HC, incluindo virtualmente todos os principais processos administrativos e assistenciais.

NÚCLEO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO – NPG

É o responsável pelos seguintes processos:

- Planejamento Estratégico, que inclui a análise do macro ambiente e setor de atuação; análise do ambiente interno; revisão, quando necessário, e disseminação dos princípios organizacionais; revisão das Diretrizes Amplas do Hospital; definição e revisão dos Objetivos Estratégicos Corporativos; definição e monitoramento dos indicadores estratégicos; e, a definição, revisão e acompanhamento de planos de ação;
- Implementação do Modelo de Gestão, que inclui a capacitação para os con-

ceitos relacionados ao Modelo utilizado no Hospital, elaboração do Relatório de Gestão Corporativo, organização, acompanhamento e avaliação dos resultados do processo de auto-avaliação, organização e acompanhamento dos planos de correção de rumo e o redesenho de processos corporativos;

- Análise Crítica do Desempenho Organizacional, por meio da promoção do processo de *Benchmarking* e do Planejamento e Acompanhamento da Medição do Desempenho Organizacional, incluindo o Plano Operativo para a avaliação do Plano Operacional da Instituição e os indicadores do Mapa Estratégico para a avaliação do Plano Estratégico do Hospital; e
- Promoção da Cultura da Excelência, por meio do desenho dos processos corporativos, elaboração e orientação para a organização dos PGPs, acompanhamento e organização dos Atos Administrativos na estrutura do Modelo de Gestão.

NÚCLEO DE INFRA-ESTRUTURA E LOGÍSTICA – NILO

O NILO foi criado com o objetivo de coordenar as ações atinentes à gestão da logística e da infra-estrutura de serviços do Hospital das Clínicas. Para tanto, entre as funções do NILO destaca-se a promoção do trabalho conjunto e do inter-relacionamento das diversas Unidades do HC, visando apoiar o processo de descentralização administrativa e proporcionar o avanço institucional da Autarquia. A estrutura organizacional do NILO é composta pelas seguintes áreas:

- Divisão de Material – DM, responsável pela aquisição de bens e serviços do HC, por meio de procedimentos licitatórios, em suas diversas modalidades, em âmbito nacional e internacional. As atividades desenvolvidas pela Divisão de Material se realizam em conformidade com legislação específica, que regulamenta as compras públicas. Com base no planejamento institucional proposto e nas dotações orçamentárias de custeio e de investimento aprovadas, a DM desenvolve suas

rotinas de planejamento e processamento de aquisições, integrada aos demais Núcleos e Unidades Hospitalares. Os principais Sistemas de Gestão e Ferramentas de Trabalho são: SAM, Gestão Documental, Siafísico, Siscomex, IMESP, Bolsa Eletrônica de Compras (BEC), Pregão e CADTERC. Unidade de Controle de Contratos – UCC, responsável por promover as diligências e tratativas necessárias para embasar a formalização do termo contratual, observando os princípios da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade e da probidade administrativa. Com base no planejamento institucional proposto e nas dotações orçamentárias de custeio e de investimento aprovadas, a UCC desenvolve suas rotinas de planejamento e processamento de aquisições, integrada aos demais Núcleos e Unidades Hospitalares. Seus principais Sistemas de Gestão e Ferramentas de Trabalho são: IMESP, Contratos de Serviços Terceirizados, relatórios do Tribunal de Contas do Estado, Gestão Documental, CADTERC e SAM.

- Divisão de Atividades Complementares – DAC, responsável por prestar serviços de gerenciamento predial do Prédio da Administração (PA) e prédios anexos e de gerenciamento de infraestrutura das áreas comuns do Complexo HC, com destaque a serviços de limpeza, segurança, de transportes, estacionamento, controle de geração e descarte de resíduos, combate a pragas e manutenção de extintores e mangueiras de combate a incêndio.
- Unidade de Apoio a Licitação – UAL, responsável por executar as licitações de bens e serviços do HC, dos diversos processos licitatórios gerados pela Divisão de Material – DM. Seus principais Sistemas de Gestão e Ferramentas de Trabalho são: SAM, Gestão Documental, Siafísico, IMESP, Bolsa Eletrônica de Compras (BEC), Pregão, CADTERC.
- Serviço de Comunicações Administrativas – SCA (protocolo)

NÚCLEO DE ENGENHARIA E ARQUITETURA HOSPITALAR - NEAH

Tem a missão de promover a integração multisetorial e do Corpo Técnico das Unidades pertencentes ao Sistema FMUSP-HC, responsável pelas atividades relacionadas aos projetos arquitetônicos, obras, reformas, adequações, implementações físicas, modernização e atualização tecnológica das edificações, manutenção e conservação dos prédios e manutenção e conservação de equipamentos.

Os indicadores utilizados para a gestão desses processos são os relativos à área de produção em manutenção (predial e de equipamentos) e os associados ao Plano Diretor do Hospital.

NÚCLEO DE COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL – NCI

Objetiva o estabelecimento, alinhamento, formulação de diretrizes e execução de planos de ação, na área de comunicação. O desenvolvimento de suas atividades se faz por meio da coordenação e integração das ações de comunicação de forma transparente e eficaz junto aos seus diferentes públicos, e das estruturas descentralizadas de Relações Públicas e de Imprensa, localizadas nos Institutos e Hospitais do HC, que constituem os Centros de Comunicação Institucional – CCI.

Periodicamente, as equipes técnicas especializadas em comunicação institucional do Sistema FMUSP-HC (Comitê Técnico do NCI) avaliam seus produtos e processos, adequando-os às necessidades da Casa. As projeções ou modificações implementadas, normalmente, seguem parâmetros detectados em experiências anteriores de desenvolvimento da atividade.

No caso da elaboração de serviços por meio de empresas terceirizadas, a avaliação e suporte técnico dos profissionais da área compreendem desde a análise do material, com detalhamento sucinto das suas especificações, até as cotações, contratações, acompanhamentos e finalização.

O gerenciamento dos processos serve para que o NCI mapeie o diagnóstico comunicacional da Corporação. A partir da definição e da concepção de cada produto, o Núcleo trabalha a política de comunicação mais apropriada, adequando, por exemplo, a linha editorial de suas publicações, projetos gráficos, sistemas de produção, articulação com fontes de informação, instrumentos de

pesquisa e interface com áreas competentes. Por meio da análise de indicadores, identifica potenciais focos que exigem mudanças e as implementa.

NÚCLEO DE GESTÃO DE PESSOAS – NGP

Suas atribuições envolvem, entre outras, o desenvolvimento dos processos de trabalho, o planejamento, promoção e execução do programa de atendimento médico ao servidor e do programa de medicina, engenharia e segurança do trabalho.

Para o NGP, o gerenciamento de seus processos é determinado por leis, decretos e normas regulamentares. Seus processos são projetados ou modificados, visando ao cumprimento dessas legislações. Os controles realizados são: o cumprimento nos prazos para fechamento da folha de pagamento, itens do Edital e Instruções Especiais, para evitar recursos nos concursos públicos, ao cumprimento de prazos para a instrução em processos judiciais, à concessão de benefícios, ao cadastro de pessoal e de vagas, à concessão dos direitos dos servidores e às ocorrências que geram os indicadores de pessoas.

No tratamento das eventuais não-conformidades identificadas, são utilizados métodos para regularização, tais como, orientação, devolução e solicitação para o reprocessamento da folha de pagamento; anulação parcial ou total do concurso público e pedido de dilação do prazo para análise de laudos.

Em 2009, o NGP contratou uma consultoria, com o objetivo de documentar e diagnosticar os Processos de RH. O trabalho foi iniciado com o desenho do fluxo de processos, a fim de documentar os atuais processos-chave. Após o trabalho de desenho dos processos a empresa realizou o diagnóstico das forças, fraquezas, riscos e oportunidades de cada processo documentado, por meio da análise SWOT. Ao final foi elaborado um Roteiro de Diagnóstico com recomendações de ações de melhoria para os processo-chave de RH do HC.

CENTRO DE CONVENÇÕES REBOUÇAS – CCR

O CCR atua como apoio ao Sistema FMUSP-HC, disponibilizando sua estrutura para ser sede dos eventos promovidos por suas Unidades, contribuindo para a disseminação da pesquisa, do conhecimento e do saber. Paralelo a isto, atende também eventos de empresas e entidades nacionais e internacionais.

Para os eventos externos o CCR segue as regras e padrões comerciais de mercado. Em 2009 foram sediados no CCR, 339 eventos, sendo 223 promovidos pelo HC e 116 promovidos por empresas externas.

Reuniões mensais são realizadas pelo Superintendente do HC e a Diretoria do CCR, para analisarem o andamento das atividades e também verificarem as possibilidades de melhorias. Relatórios gerenciais são também encaminhados, mensalmente, para o Superintendente e o Chefe de Gabinete.

Reuniões internas são feitas também para a verificação do andamento dos processos desenvolvidos no CCR, por meio dos relatórios e da pesquisa de satisfação do cliente com os serviços oferecidos. Essa análise permite fazer o planejamento de melhorias e investimentos, bem como as melhores estratégias para atingir seus objetivos.

D) ANÁLISE E MELHORIA

A análise dos processos principais e dos processos de apoio é feita em 3 momentos, dentro do HC:

- 1º Em um primeiro momento os processos são avaliados por meio do acompanhamento dos indicadores relacionados aos requisitos dos processos, pelos responsáveis das próprias áreas.
- 2º Em um segundo momento, os processos são avaliados nos fóruns de tomada de decisão (Congregação, Conselho Deliberativo, Conselhos Diretores, CIG e CAO), onde é realizado o acompanhamento ao atendimento dos requisitos desejados, conforme registrado em atas de reuniões.
- 3º Em um terceiro momento, os processos são avaliados a partir dos critérios “Rumo à Excelência” do PNGS, por meio da avaliação das Unidades (processo coordenado pelo NPG), gerando os planos de ações corretivas.

Cabe destacar, ainda, que os processos relacionados à pesquisa também são avaliados com ferramentas específicas para esse fim, pelo LIM, de forma sistematizada, anualmente; e, que para os processos de ensino, a avaliação e implan-

tação das melhorias necessárias são feitas em conjunto com a FMUSP, que utiliza da avaliação do seu desempenho (comparado com outras Instituições de Ensino e Cursos da USP) e o preconizado no “Projeto Acadêmico”, como critérios para a avaliação e a indicação de planos de correção de rumo, nessa área.

Em 2009, o processo de avaliação das atividades assistenciais foi aprimorado com a organização do CAO. A análise crítica do desempenho do Hospital passa a intervir mais diretamente

nessas melhorias, com a associação da análise da utilização da capacidade física e operacional e dos investimentos necessários para a manutenção ou crescimento das Unidades e a necessidade da revisão do Modelo Assistencial adotado. A fig. 7.1.2 mostra a discussão que tem sido feita para o HAS, a partir da análise crítica de sua média de permanência, gerando um plano de ação, onde está prevista a melhoria dos processos a partir da revisão dos Processos Assistenciais daquela Unidade, conforme os requisitos estabelecidos pela Governança do Hospital.

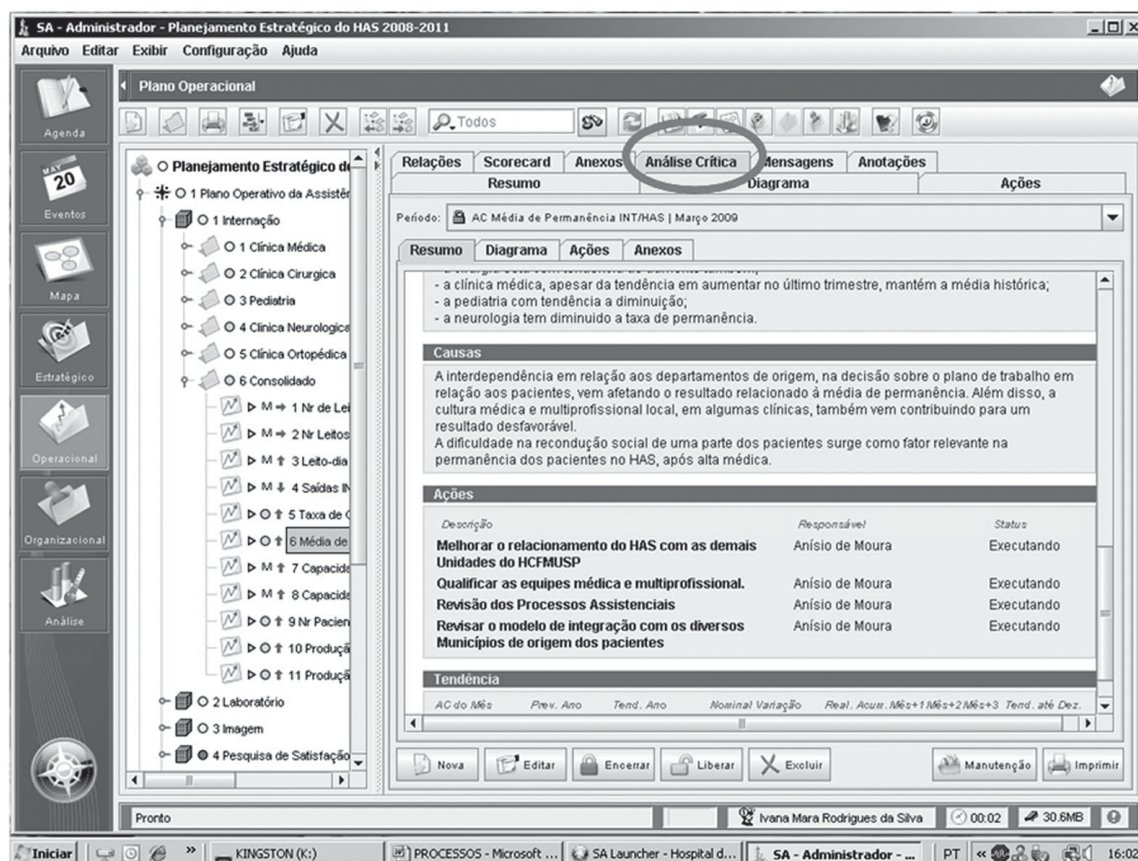


Figura 7.1.2 – Exemplo de Análise crítica e plano de ação no HAS.

Como exemplos das principais melhorias ocorridas em 2009 de impacto corporativo citam-se:

- Ampliação do Instituto de Medicina Física e Reabilitação (IMRea). O IMRea, além de pertencer ao HC, passa a integrar a Rede de Reabilitação Lucy Montoro, que será composta por, no mínimo, seis unidades fixas no Estado de São Paulo, e da Unidade Móvel, com um comitê coordenado por um integrante do próprio Instituto.
- Criação de uma universidade corporativa dentro da Instituição, por meio da EEP, que iniciou suas atividades com o objetivo de padronizar e ampliar a oferta de cursos *Lato Sensu* para o público interno e externo.
- Inauguração de novas instalações da unidade ambulatorial da Divisão de Urologia IC. O projeto privilegia a assistência urológica ao idoso. A reestruturação da área permitiu a construção de 15 consultórios, três a mais dos existentes, e de salas com

recursos sofisticados para diagnósticos e intervenções minimamente invasivas guiadas por imagem. No local serão realizados estudos urodinâmicos, endoscopia, manipulações transuretrais, biópsias percutâneas, exames de ultrassom e radiológicos.

- Inauguração de novas instalações da Unidade Central do Laboratório de Investigação Médica (LIM-36) no ICr. Além da Unidade de Genômica Pediátrica, instalada na FMUSP, o ICr passa a contar com as novas plataformas de biologia celular e molecular. Também está sendo integrada ao LIM-36 a Unidade de Função Respiratória. Com as

novas instalações o laboratório amplia as pesquisas clínicas e experimentais desenvolvidas no Instituto dando melhor apoio aos médicos e pesquisadores da Instituição.

- Lançamento do Guia de Orientações “Saiba mais sobre seus medicamentos” que ocorreu durante a II Semana de Atenção Farmacêutica promovida pela Divisão de Farmácia do IC.

As demais melhorias foram descritas no capítulo Perfil, quando da descrição dos principais equipamentos, instalações e tecnologias de produção do HC.

7.2. PROCESSOS DE RELACIONAMENTO COM OS FORNECEDORES

A) QUALIFICAÇÃO E SELEÇÃO

Os principais processos que envolvem o relacionamento com o fornecedor foram desenhados por equipe composta por integrantes de diversas áreas da Instituição, incluindo Divisão de Material, Farmá-

cia, Nutrição e Dietética, Enfermagem e outros usuários dos insumos críticos do HCFMUSP. A fig. 7.2.1 exemplifica o sistema de informação de materiais e serviços e resume as etapas deste processo.

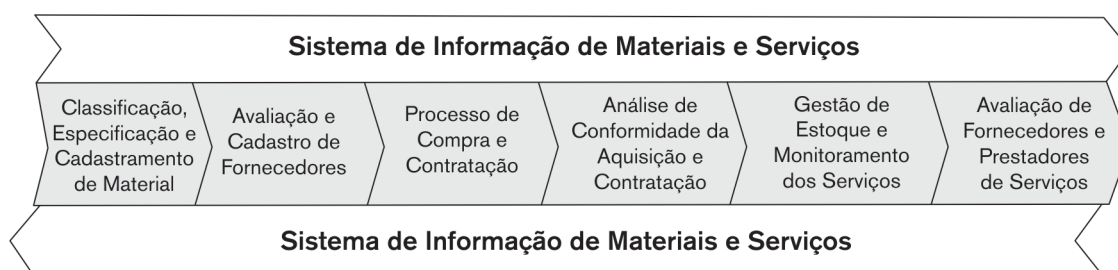


Figura 7.2.1 – Sistema de informações de materiais e serviços.

Por se tratar de órgão público, integrante da administração estadual indireta, os critérios, para compra de bens e serviços, utilizados pelas Unidades do HCFMUSP, obedecem à Lei Federal 8.666, de 21/06/1993, e suas alterações, que estabelecem as normas gerais sobre licitações para compra de produtos, contratos de serviços e obras. As modalidades de licitação utilizadas pelo HC (mecanismos de qualificação e seleção), com a utilização de recursos orçamentários, são: convite, tomada de preços, concorrência, convite pela BEC (Bolsa Eletrônica de Compras) e

pregão, com utilização preferencial destas duas últimas. De forma complementar, podem ser feitas aquisições e contratações com recursos extra-orçamentários, por meio das Fundações de Apoio, para as quais se exigem no mínimo três orçamentos ou carta de exclusividade.

Diversas equipes técnicas especializadas do Complexo HC participam da avaliação dos produtos no processo de licitação, compreendendo desde a análise documental, visita técnica ao local onde o material é produzido, análise mi-

crobiológica, sensorial e, quando necessário, testes com o material para avaliação da qualidade. A contratação de serviços também passa pela avaliação de técnicos especializados. Objetivando a melhoria desta prática, a partir de 2009, os editais para esse fim, contam com um anexo que especifica os critérios de Avaliação da Qualidade dos Serviços Prestados, que deverá ser aplicado na gestão do contrato.

Os fornecedores de bens e serviços cadastrados são distribuídos de acordo com a relação dos grupos de produtos padronizados na Instituição (ver fig. 7.2.2). Cabe à Divisão de Material, integrante do NILO, manter o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações.

Grupos	Material
01	Material de uso técnico-hospitalar
02	Fio sutura
03	Fotogr. radiológicos
04	Inclusão
05	Instrumental
07	Odontológico
10	Químicos
11	Esp. Farmacêutica
12	Produtos HC
14	Reagentes
15	Radioativos
20	Perfilados
21	Elétricos
22	Conexões
23	Ferramental
24	Pecas, acessórios e insumos para equipamentos
25	Gases e outros
29	Alimentos para animais
30	Gêneros alimentícios
31	Utensílios
40	Saneantes domissanitários
41	Rouparia
42	Administrativos
43	Impressos
44	Vidraria e correlatos

Figura 7.2.2 - Grupos de produtos padronizados no HCFMUSP.

A compra de bens e a contratação de serviços com recursos orçamentários são solicitadas à Divisão de Material, que instrui o respectivo processo, e comunica os fornecedores sobre a abertura de licitações por meio de publicação no Diário Oficial do Estado (DOE), jornais de grande circulação e nos seguintes sites: www.hcnet.usp.br, www.imprensaoficial.com.br, www.pregao.sp.gov.br e www.bec.sp.gov.br.

As empresas que participam das licitações devem apresentar documentos necessários à comprovação da capacidade técnica, jurídica, econômico-financeira e regularidade fiscal da empresa.

O fornecimento dos medicamentos, por suas especificidades, possui também padrões de trabalho específicos. Portanto, para a qualificação técnica do fornecedor de especialidades farmacêuticas e de insumos farmacêuticos, são exigidos:

Especialidade Farmacêutica

- Bula atualizada com descrição compatível com a registrada no Ministério da Saúde;
- Certificado de Boas Práticas de Fabricação expedida pelo fabricante do produto ou detentor do registro;
- Cópia autenticada do registro no Ministério da Saúde publicado no Diário Oficial da União;
- O licitante que cotar especialidade farmacêutica relacionada na Portaria 344/98, da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, deverá apresentar cópia autenticada da autorização especial;
- Laudo analítico laboratorial para medicamentos antimicrobianos e quimioterápicos.

Insumo Farmacêutico

- Atendimento às especificações técnicas;
- Autorização de funcionamento de empresa;
- Licença de funcionamento estadual / municipal (Especial – Portaria nº 344/98);
- Apresentação de certificado de análise ou catálogos para verificação do atendimento às especificações técnicas;
- Análise / teste em amostra do produto.

Em 2003, iniciou-se o processo de descentralização administrativo-financeira no Hospital e cada Instituto/Unidade passou a se organizar para proceder ao planejamento de compras, recebimento, armazenamento e distribuição dos materiais, contribuindo para o cadastramento dos fornecedores, elaboração de ficha técnica dos materiais, avaliação de produtos e fornecedores e monitoramento de indicadores de desempenho. Com o objetivo de adequar e otimizar a gestão de fornecedores e parceiros criou-se, em 2004, um grupo multidisciplinar do Hospital das Clínicas para identificar e reavaliar os processos de aquisição de materiais e contratação de serviços.

Dando continuidade a este processo, em 2009 foi criada a Comissão de Avaliação em Tecnologia de Saúde - CATS, que analisa a introdução de novos materiais no Hospital, bem como critérios de substituição tecnológica.

B) AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES

A avaliação dos fornecedores do Hospital tem início com o registro de qualquer ocorrência com o produto e/ou fornecedor, quando do recebimento do material ou utilização dos mesmos. Essas ocorrências registradas são verificadas e avaliadas para orientação do fornecedor ou troca do produto, com encaminhamento do parecer técnico para a empresa. Além disso, a ocorrência é informada ao sistema de Gerenciamento de Risco, por meio de impresso próprio, para conhecimento, registro e providências. Problemas com materiais médico-hospitalares e medicamentos são notificados à ANVISA pelo grupo do Projeto Hospital Sentinela.

Para o recebimento dos medicamentos e insumos farmacêuticos, a Divisão de Farmácia procede à verificação dos seguintes requisitos técnicos:

- Especificações dos produtos – os medicamentos devem ser entregues em conformidade com a especificação de edital e nota de empenho: nome genérico, forma farmacêutica, concentração, apresentação, condições de conservação e inviolabilidade.
- Certificado de análise de controle da qualidade – todo produto deve estar acompanhado do certificado de análise do lote entregue.

- Embalagem e rotulagem – os produtos devem estar em suas embalagens originais ou conforme especificação de edital, devidamente identificadas, rotuladas com a informação “venda proibida ao comércio”; não devem apresentar sinais de violação, aderência ao produto, umidade, mancha e inadequação em relação ao conteúdo.
- Lote / validade – O número do lote dos produtos recebidos deve ser o mesmo constante da Nota Fiscal. O prazo de validade deve estar de acordo com o prazo mínimo especificado em edital no ato da entrega.

Para monitoramento dos processos relativos aos fornecedores, a Divisão de Farmácia acompanha os indicadores que demonstram o desempenho das atividades nos aspectos relativos à aquisição, recebimento e utilização de medicamentos e insumos farmacêuticos. A fig. 7.2.3 demonstra os indicadores utilizados:

Taxa de Rejeição de Itens Entregues

$$TRIE = \frac{\text{nº de itens rejeitados}}{\text{nº total de itens entregues}} \times 100$$

Taxa de Não Conformidades

$$TNC = \frac{\text{nº de itens não conformes}}{\text{nº total de itens entregues}} \times 100$$

Taxa de Itens Entregues Fora do Prazo

$$TIEFP = \frac{\text{nº de itens entregues fora do prazo}}{\text{nº total de itens entregues por fornecedor}} \times 100$$

Nº de notificações de Farmacovigilância

Nº de notificações de Penalização emitidas

Figura 7.2.3 - Indicadores utilizados para a avaliação dos fornecedores de medicamentos.

O processo de avaliação dos fornecedores, conta ainda com padrões de trabalho específicos também na Divisão de Nutrição e Dietética, que avalia os seus fornecedores, a cada recebimento e periodicamente. Esta avaliação é registrada pela Seção de Recebimento e Armazenamento - SRA em uma ficha para cada fornecedor. Semestralmente, a Seção realiza reuniões com os for-

necedores, na qual se comunicam os resultados das avaliações de desempenho, sendo discutidas e solicitadas providências quanto às não-conformidades ocorridas no período. Anualmente, a Divisão de Nutrição entrega aos seus fornecedores qualificados um certificado, com a finalidade de incentivar suas melhorias nos fornecimentos ao Hospital das Clínicas.

Cita-se ainda que para a aquisição de equipamentos, fazem parte do contrato, indicadores de performance para análise de desempenho dos fornecedores. Em caso de não atendimento, são aplicadas sanções conforme condições previstas em contrato, estipuladas por legislação vigente. Quanto às obras, existe um sistema de recebimento provisório e definitivo, onde são apontados às pendências e vícios de execução, sendo que para o recebimento definitivo, a empresa deverá sanar todos os itens apontados, a contento.

Todos os critérios utilizados para a avaliação dos fornecedores são declarados nos editais de abertura para a seleção dos fornecedores, sendo nesse momento, estabelecidas as regras de fornecimento e da sua avaliação, conforme já descrito anteriormente.

C) ENVOLVIMENTO DOS FORNECEDORES

O HCFMUSP visa assegurar as relações com seus fornecedores balizadas na transparência, honestidade, respeito, parceria efetiva, compartilhamento de risco e cumprimento das obrigações. Para tanto, envolve e compromete os fornecedores que atuam diretamente nos seus processos com seus valores e diretrizes organizacionais, seja por meio da participação da força de trabalho das empresas terceirizadas, nos treinamentos de integração e/ou os relacionados à Cultura de Excelência, seja por meio de encontros específicos com essa finalidade e orientações escritas.

O “Encontro com os Fornecedores”, por exemplo, realizado pela Divisão de Nutrição e Dietética e a Divisão de Farmácia, semestralmente, vem servindo como mecanismo para esse envolvimento e comprometimento. Os encontros objetivam a apresentação dessas áreas e do Hospital, como um todo, ao grupo de fornecedores, possibilitando a troca de experiências, avaliação, integração destes com as diretrizes organizacionais e o aprimoramento do fornecimento, além de estimular a parceria para melhoria contínua do processo.

Melhorando esta prática, a Divisão de Nutrição e Dietética do IC elaborou um manual do fornecedor. Esse manual esclarece e orienta o fornecedor, definindo normas de higiene, condições físicas e de temperatura do veículo, apresentação pessoal do entregador (uniformes), programação de entrega, preenchimento de notas fiscais e documentos, além das normas já estabelecidas nos editais de licitação e documentos oficiais. Este manual integra os editais de licitação padronizados para aquisição de gêneros alimentícios.

Outra ferramenta resultante de melhorias para esse relacionamento é o “Guia de Boas Práticas de Fornecedores de Medicamentos e Insumos Farmacêuticos” elaborado pela Divisão de Farmácia do Instituto Central, que orienta para a seleção e padronização de medicamentos, cadastro de materiais, processo licitatório, processo de transporte, processo de entrega e recebimento, avaliação de fornecedores e indicadores de avaliação.

Em 2009, o Grupo de Materiais, formado pela Divisão de Material e representantes das áreas técnicas das Unidades do Hospital, estudou a viabilidade de estender as experiências citadas anteriormente para os fornecedores de todos os grupos de materiais.

7.3 - PROCESSOS ECONÔMICO-FINANCEIROS

A) GERENCIAMENTO DOS ASPECTOS QUE CAUSAM IMPACTO NA SUSTENTABILIDADE ECONÔMICA DO NEGÓCIO

A criação do Núcleo Econômico-Financeiro foi fundamental para o processo da descentralização administrativa do Hospital, pois orientou as Unidades para a descentralização orçamentária. Esta descentralização orçamentária se deu por meio dos seguintes passos:

- 2003/2004 – Elaboração Orçamentária por Instituto,
- 2005 – Descentralização da Liquidação (Recebimento de Material e Serviço pela própria unidade com movimento de contabilização pela própria),
- 2006 – Implantação do controle da execução via intranet, aprimoramento da descentralização da liquidação e realização
- 2007 – Revisão com as áreas para implantação do sistema de custo e integração de recursos, onde as Unidades passaram a visualizar o recurso fundacional junto ao recurso orçamentário,
- 2008 – Implantação do Planejamento Orçamentário no SA, facilitando o cruzamento dessas informações com as relacionadas ao Plano Diretor, Plano Operativo e Planejamento Estratégico.
- 2009 – Organização das informações relacionadas ao custo por Unidade e cruzamento destas com a produção assistencial, conforme fig. 7.3.1.

do fórum de gerenciamento de custos, visando avaliar a oportunidade de implantação dos sistemas de gerenciamento de custo no complexo, a partir da experiência interna e externa de outros grandes hospitais,

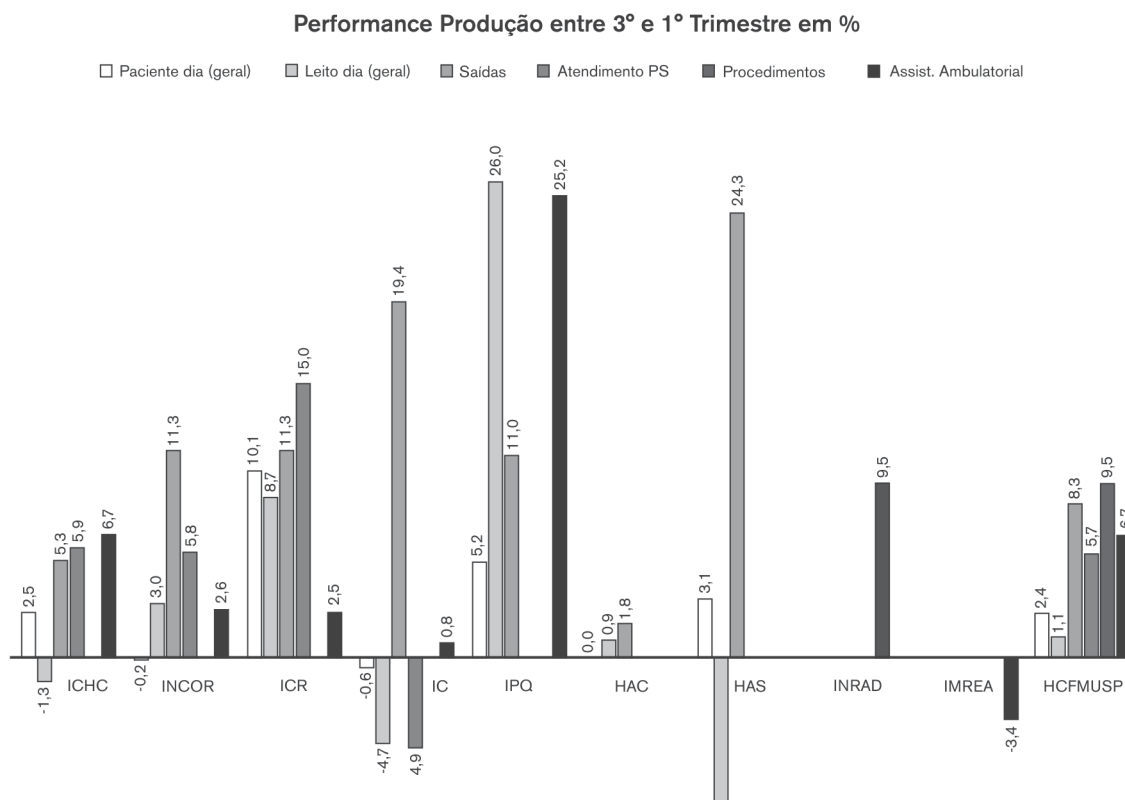


Figura 7.3.1 – Custo por Unidade X Produção Assistencial.

Feitas essas considerações cabe destacar que atualmente, o gerenciamento dos aspectos que causam impacto na sustentabilidade econômica do Hospital é feito pelo Núcleo Econômico-Financeiro por meio das seguintes atividades:

- Elaboração de previsão orçamentária para o exercício seguinte, em conjunto com as diversas Unidades do Complexo, obedecendo a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, por meio de sistema informatizado e gerenciado pela Secretaria de Economia e Planejamento do Estado;
- Análise e controle da execução do orçamento e diretrizes aprovadas para o exercício corrente;
- Elaboração de pedidos de alteração orçamentária por meio de sistema informatizado e gerenciado pela Secretaria de Economia e Planejamento do Estado;
- Elaboração do Plano Plurianual para o período de quatro anos e acompanhamento mensal para o período e em vigência, por meio de sistema informatizado e gerenciado pela Secretaria de Economia e Planejamento do Estado.
- Execução do orçamento do corrente exercício por meio do SIAFEM e do SIAFÍSICO, com a emissão de notas de reserva orçamentária, notas de empenho, notas de lançamento e programação de desembolso;
- Definição da programação orçamentária das despesas executadas em conjunto com as diversas Unidades do Complexo;
- Análise e acompanhamento do Faturamento/SUS, Convênios e Particulares, junto às Unidades do Complexo HCFMUSP e as Fundações de Apoio.

Os parâmetros financeiros utilizados para a gestão econômico-financeira do Hospital são os apresentados no capítulo deste Relatório relativo aos Resultados Econômico-Financeiros. Em 2009, esse processo foi aprimorado com a definição dos indicadores estratégicos do HCFMUSP e sua associação com os riscos empresariais, conforme descrito no Capítulo Liderança deste Relatório.

B) RECURSOS FINANCEIROS PARA AS NECESSIDADES OPERACIONAIS E EQUILÍBRIO DO FLUXO FINANCEIRO

O planejamento orçamentário é a principal ferramenta utilizada para o atendimento das necessidades operacionais do HCFMUSP. Sua elaboração é feita pelo Grupo de Planejamento Orçamentário (GPO), de acordo com as metas e as premissas determinadas pela Alta Direção, com participação das Unidades executoras.

Seguem as diversas fontes de recursos, com informações sobre como são repassadas e a forma de sua aplicação:

1. GOVERNAMENTAL

- 1.1 Orçamento do Estado de São Paulo – dotação Hospital das Clínicas;
- 1.2 Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – contempla projetos dentro das linhas programáticas do Ministério da Saúde. Os recursos são creditados nas fundações, com destinação específica e data limite para prestação de contas;
- 1.3 Secretaria de Estado da Saúde – contempla projetos específicos. Os recursos são creditados nas Fundações de Apoio, com destinação específica e data limite para prestação de contas.

2. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

- 2.1 Receitas operacionais de serviços médico-hospitalares prestados a diferentes clientes, por meio de:
 - 2.1.1 Sistema Único de Saúde – SUS – recursos do Ministério da Saúde;
 - 2.1.2 Plano de Saúde – contratos firmados com diferentes operadoras de planos;
 - 2.1.3 Particulares.

2.2 Doações e recursos de ensino e pesquisa

Historicamente, as fontes do Orçamento do Estado e receitas operacionais advindas de serviços médicos prestados a diferentes clientes, são as mais estáveis e constantes. As outras fontes são baseadas em projetos específicos, com recursos eventuais, que nos últimos anos têm ajudado significativamente a Instituição.

Para a elaboração do orçamento de custeio, considera-se a seguinte composição dos grupos de despesas: recursos humanos, benefícios, material de consumo e serviços de terceiros/despesas diversas.

As reuniões do CIG, com a participação da Superintendência, Diretorias Executivas dos Institutos, Coordenadoria do NEF, e demais Núcleos, discutem aspectos relevantes em relação à execução orçamentária/financeira do Hospital entre outras prioridades, com o objetivo de assegurar os recursos financeiros e manter o fluxo financeiro equilibrado.

Também com frequência quinzenal o Comitê de Gerenciamento de Custos se reúne com a finalidade de se ajustar fluxos, ferramentas de gerenciamento e base de dados para a apuração efetiva dos custos hospitalares, coordenado pelo Grupo de Controle de Atividades Administrativas.

O Grupo de Controle de Faturamento realiza mensalmente uma reunião para acompanhamento de fluxos e gerenciamento de informações relativas ao Faturamento Hospitalar de cada Unidade do Complexo Hospitalar, com o propósito de disseminação de informações relativas às tratativas do HCFMUSP junto ao SUS e outros de interesse do processo de faturamento hospitalar.

Em 2009 com a implantação do Comitê de Acompanhamento Orçamentário - CAO, a prática relacionada ao atendimento das necessidades operacionais do Hospital, mantendo seu fluxo financeiro equilibrado, foi revista, permitindo, atualmente, o cruzamento de informações de investimentos e custeio, de forma a facilitar a tomada de decisão em relação ao atendimento dessas necessidades.

C) RECURSOS FINANCEIROS E INVESTIMENTOS PARA SUPORTAR AS ESTRATÉGIAS E OS PLANOS DE AÇÃO

Os recursos financeiros para a realização dos investimentos, visando suportar as estratégias e os planos de ação do Hospital, estão previstos no Planejamento Estratégico da Instituição (planos de ação das diversas Unidades) e no Plano Diretor (plano para a aquisição de equipamentos, obras e reformas) de cada Unidade prestadora de serviço e são também discutidos e deliberados nos fóruns CIG e CAO.

O Planejamento Estratégico é organizado e acompanhado pelo NPG. O Plano Diretor é organizado e acompanhado pelo NEAH. O Planejamento Orçamentário é organizado e acompanhado pelo NEF. A garantia dos recursos financeiros para a consecução dos planos de ação, portanto, só vem sendo possível com o trabalho integrado dos três Núcleos e destes com as Unidades do Hospital, uma vez que as equipes técnicas dessas Unidades são as fontes alimentadoras de todo esse processo de informações necessárias para que a integração dos trabalhos ocorra.

Essa integração começa com a alimentação das informações necessárias para subsidiar as reuniões do CAO, uma análise preliminar de cada Núcleo e depois do NPG com cada Unidade, sobre os primeiros resultados desse cruzamento, a partir de gráficos resumos das discussões, conforme exemplo da fig. 7.3.2.

D) ELABORAÇÃO E GERENCIAMENTO DO ORÇAMENTO

O orçamento é elaborado pelo NEF por meio da avaliação das solicitações feitas por todas as Unidades e por meio da avaliação de séries históricas dos recursos recebidos e executados nos anos anteriores. O controle e acompanhamento da execução orçamentária são feitos mensalmente (orçado X realizado) e administrados em vários níveis. Os gastos excedentes são seguidos de justificativas e efetivados depois de validação pelas Diretorias Executivas.

Gráficos referentes à evolução da produção, investimento solicitado, RH e programação orçamentária (custeio total) - HAC

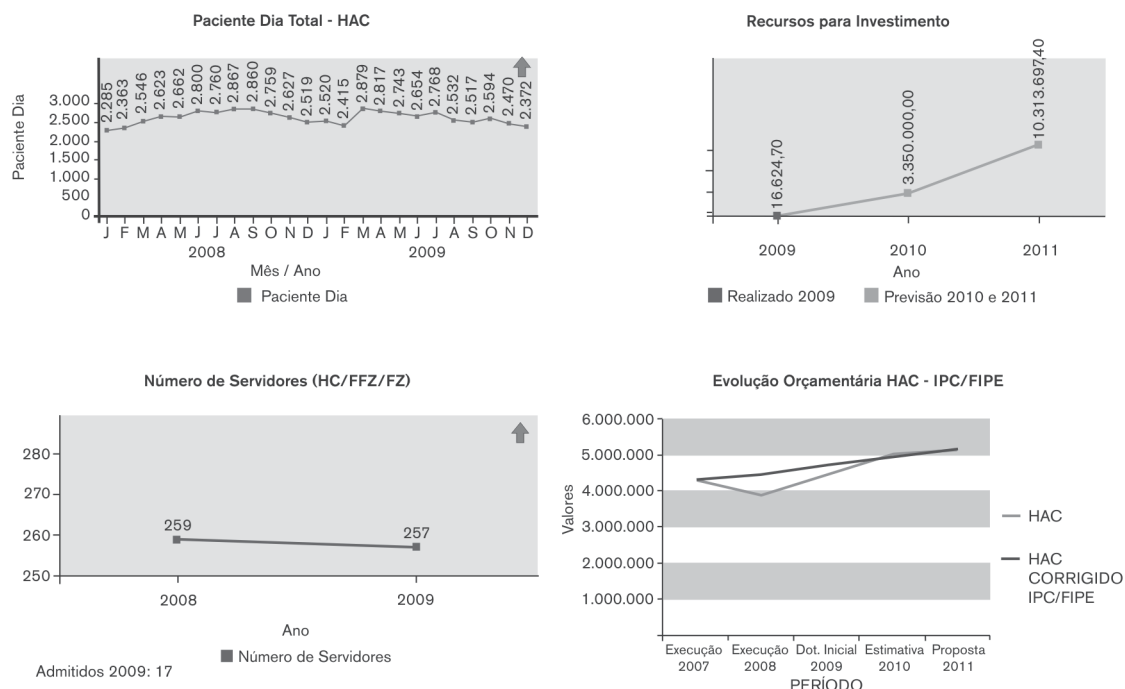


Figura 7.3.2 – Gráficos referentes à produção, investimento, RH e programação orçamentária / HAC.

O gerenciamento do orçamento é feito ainda por meio da apresentação, no CIG, das informações de execução orçamentária, conforme exemplos das figuras 7.3.3 e 7.3.4.

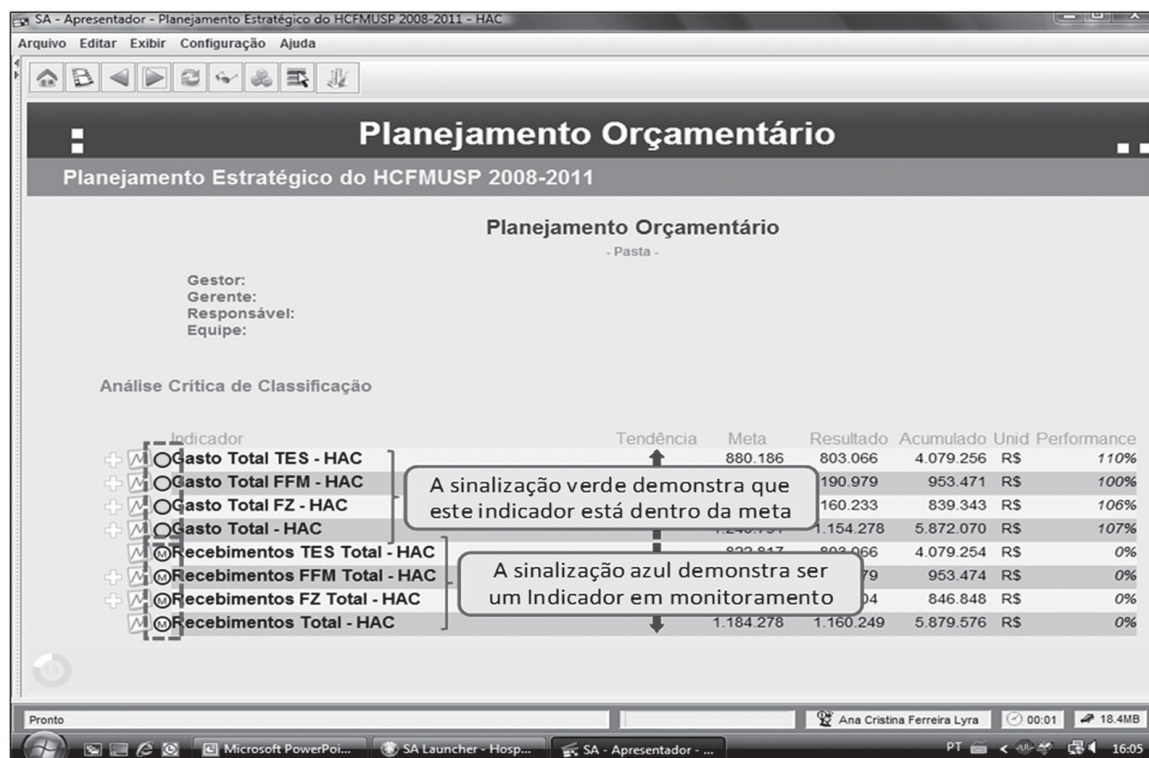


Figura 7.3.3 – Exemplo de gerenciamento das informações sobre execução orçamentária.

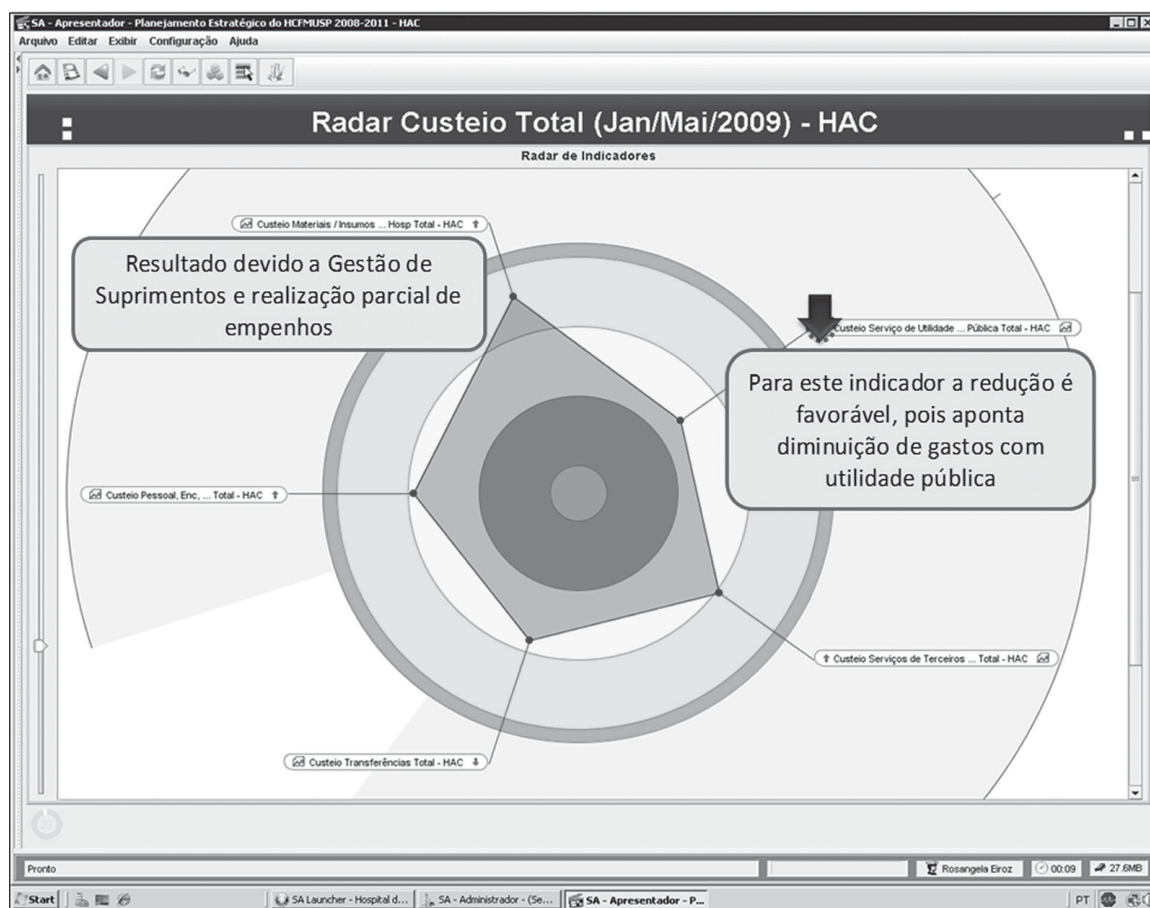


Figura 7.3.4 – Exemplo de gerenciamento das informações sobre execução orçamentária.

Destaca-se ainda que, o NEF divulga mensalmente as informações sobre a execução orçamentário-financeira das Unidades do Hospital, por meio do Painel de Indicadores. O acompanhamento da execução orçamentário-financeira é elaborado de forma detalhada, por Instituto, estabelecendo estudo comparativo possibilitando análises mensais e anuais.

A elaboração e execução orçamentária são devidamente acompanhadas, ainda, pelas centrais, Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria de Estado da Fazenda e Secretaria de Estado de Economia e Planejamento, no que diz respeito aos limites pré-estabelecidos e as despesas efetivamente executadas. A fig. 7.3.5 apresenta o orçamento do Hospital no ano de 2009.

Orçamento (R\$) - 2009	
Tesouro do Estado - Recurso Orçamentário	815.312.664
Fundação Faculdade de Medicina - Recurso Extra Orçamentário	257.000.000
Fundação Zerbini - Recurso Extra Orçamentário	172.000.000
Recursos Próprios	4.875.162
Recursos Federais (PIN+Convênios)	49.987.159
Ministério da Saúde (MEDEX e AIDS)	147.037.990
TOTAL	1.446.212.975

Figura 7.3.5 - Orçamento para o complexo HCFMUSP em 2009.



Resultados

8. RESULTADOS

Serão apresentados os resultados do Hospital das Clínicas da FMUSP, abrangendo os aspectos econômico-financeiros, clientes, pessoas, processos principais do negócio, processos de apoio e as demais conquistas de 2009.

8.1. RESULTADOS ECONÔMICO-FINANCEIROS

Foram considerados relevantes para apresentação neste documento, os indicadores relacionados aos Recursos do Tesouro Estadual e das Fundações de Apoio, Faturamento e Receitas Totais.

Figura 8.1.1 - Participação do Orçamento HC no financiamento do Estado de SP

	R\$ Milhões							Projetado
Recursos do Tesouro Estadual - SP	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Estado	36.515	42.770	53.814	55.596	57.335	61.514	67.320	68.514
Saúde	4.979	5.629	7.199	7.321	7.520	7.830	8.142	8.761
HCFMUSP	454	528	632	646	695	767	816	816
Participação Saúde no Estado	13,6%	13,2%	13,4%	13,2%	13,1%	12,7%	12,09%	12,79%
Participação HC Estado	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,21%	1,19%
Participação HC Saúde	9,1%	9,4%	8,8%	8,8%	9,2%	9,8%	10,02%	9,31%
	R\$ Milhões							Projetado
HCFMUSP Fonte de Recursos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Tesouro do Estado	454	528	632	646	695	767	816	816
Fundação Faculdade de Medicina	185	189	214	226	228	246	257	264
Fundação Zerbini	138	143	151	157	162	162	172	165
Ministério da Saúde (Medex e AIDS)	42	45	49	57	64	72	147	154
Total de Receitas	818	905	1046	1085	1149	1247	1392	1399
	R\$ Milhões							Projetado
Fundações - Fonte Recursos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SUS FZ + FFM	214	220	253	263	279	284	296	290
Convenios FZ	69	72	70	75	72	79	82	80
Convenios FFM	32	36	37	40	35	42	48	52
Outros	7	4	5	4	3	3	3	7
Total das Fundações	322	332	365	382	389	408	429	429
Faturamento Serviços / Receitas Totais HC	39,37%	36,68%	34,87%	35,16%	33,90%	32,76%	30,82%	30,66%

(INDICADOR DIRETO DE CONTRIBUIÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE ECONOMICA DO HCFMUSP)

Figura 8.1.2 - Participação do HC no financiamento do Estado

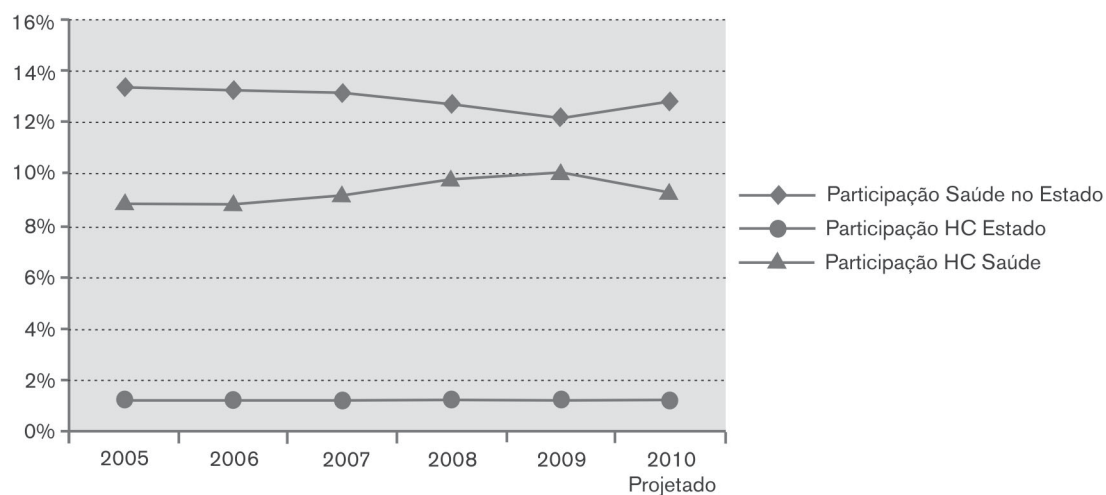


Figura 8.1.3 - Indicador de Autosustentabilidade

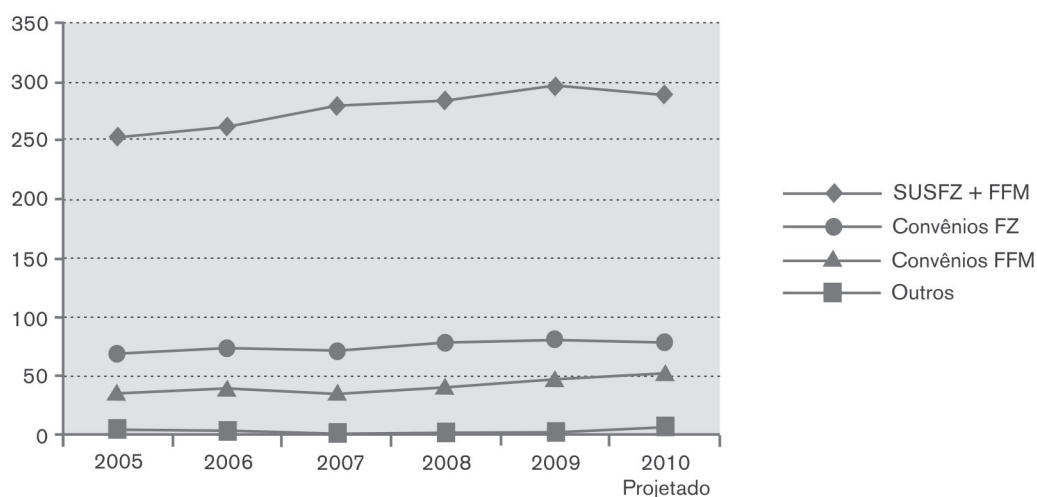
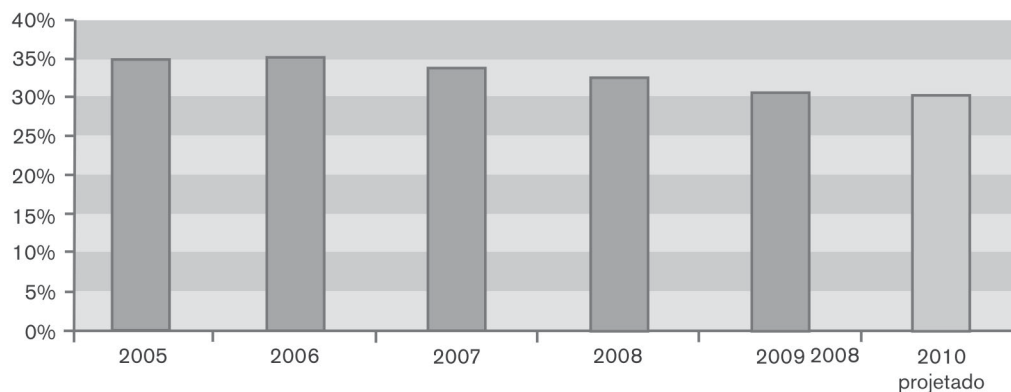


Figura 8.1.4 - Participação do Faturamento/Receitas totais



8.2. RESULTADOS RELATIVOS AOS CLIENTES

Contemplam os resultados dos indicadores relativos aos clientes do HC, estratificados em clientes da internação e dos ambulatorios, as informações relacionadas à satisfação e fidelidade dos clientes e os resultados da Ouvidoria.

8.2.1 SATISFAÇÃO CLIENTES INTERNAÇÃO

No ano de 2009 foram respondidos 10.253 questionários dos pacientes internados nas diversas Unidades do HC. Os principais resultados são apresentados nos gráficos abaixo.

Figura 8.2.1.1 – Número de questionários respondidos na internação

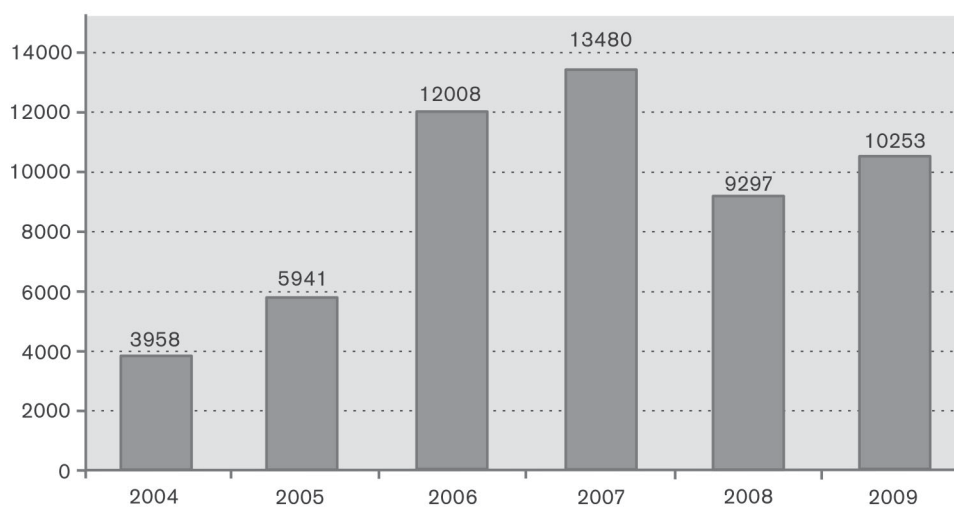


Figura 8.2.1.2 – Motivo da procura pelo HC – Internação 2009

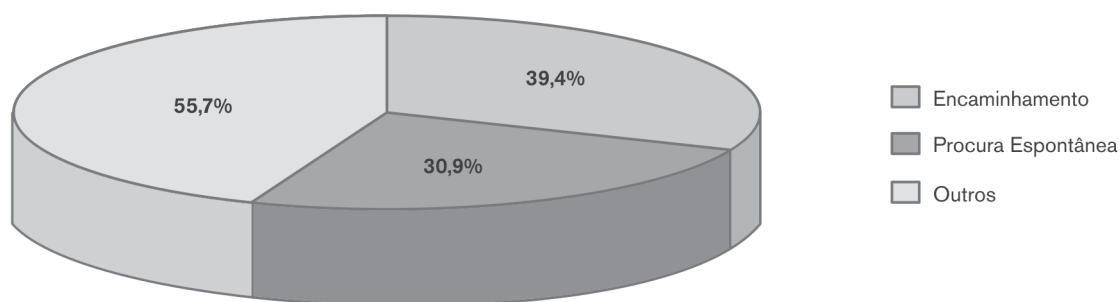


Figura 8.2.1.3 – Satisfação dos Clientes Internados (Avaliação Geral – % Ótimo + Bom)

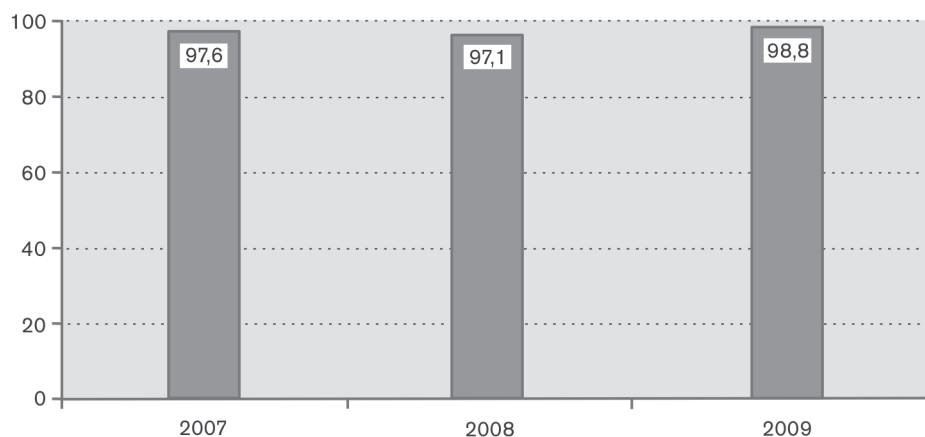


Figura 8.2.1.4 – Fidelização dos Clientes: % dos clientes que recomendariam o HC

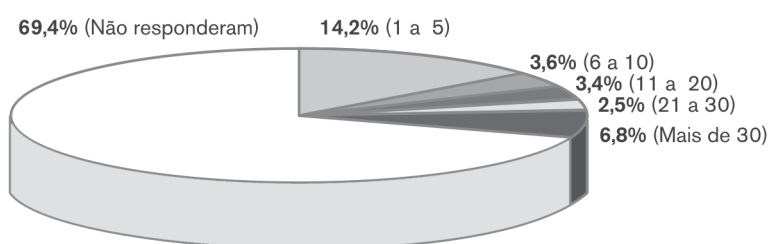
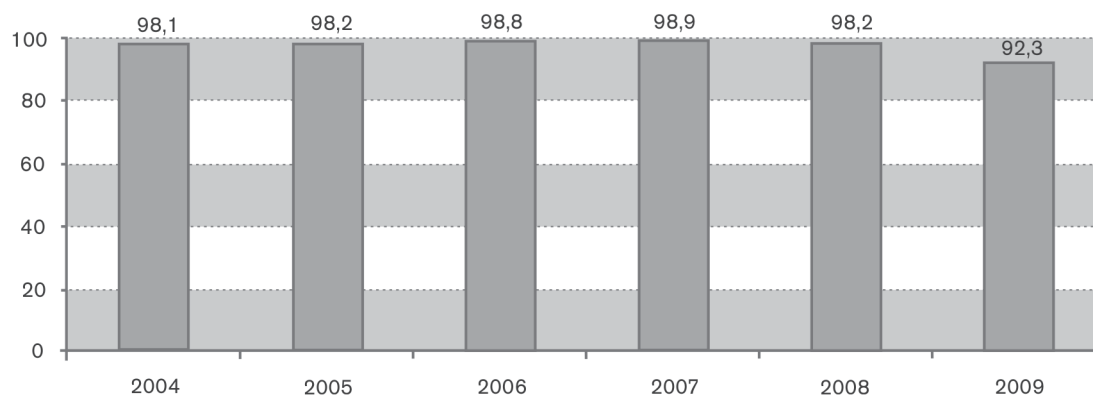


Figura 8.2.1.5 – Tempo entre a última consulta e a internação (em dias)



8.2.2 SATISFAÇÃO CLIENTES DO AMBULATÓRIO

No ano de 2009 foram respondidos 19.800 questionários dos pacientes do ambulatório, nas diversas Unidades do HC. Os principais resultados são apresentados nos gráficos abaixo.

Figura 8.2.2.1 – Número de Questionários Respondidos no Ambulatório

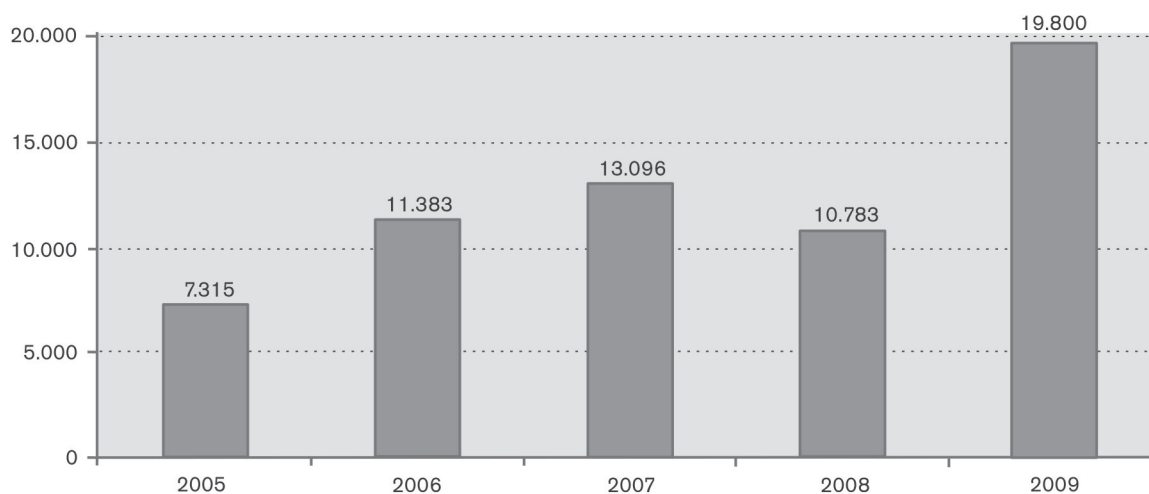


Figura 8.2.2.2 – Motivo da procura pelo HC – Ambulatório – 2009

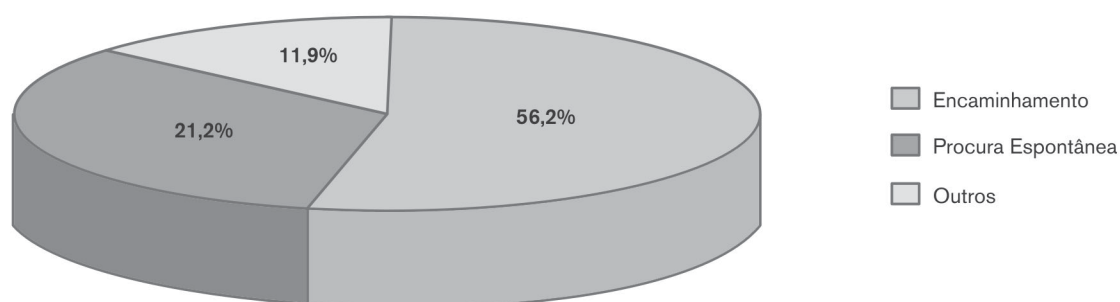
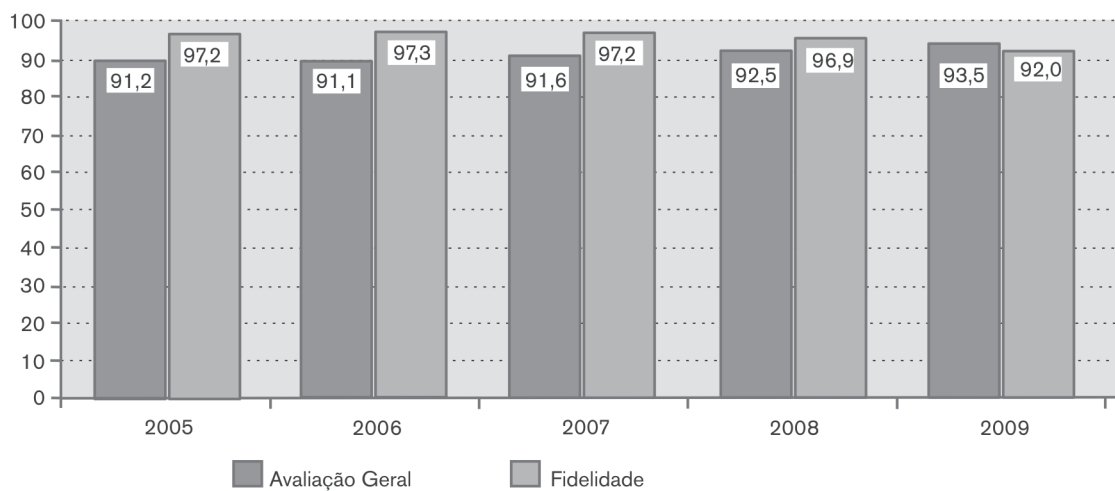


Figura 8.2.2.3 – Satisfação Cliente Ambulatório (Avaliação Geral – % Ótimo + Bom)



8.2.3 – Ouvidoria

Figura 8.2.3.1 – Produção da Ouvidoria

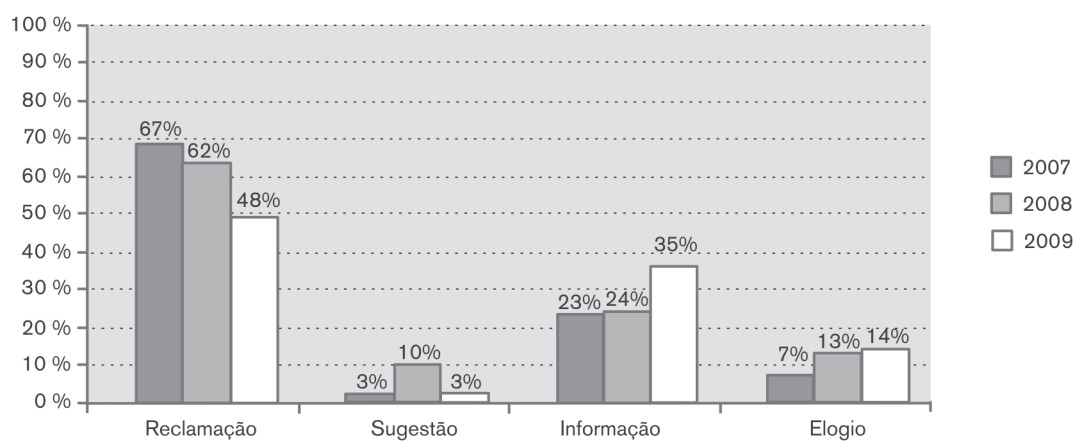
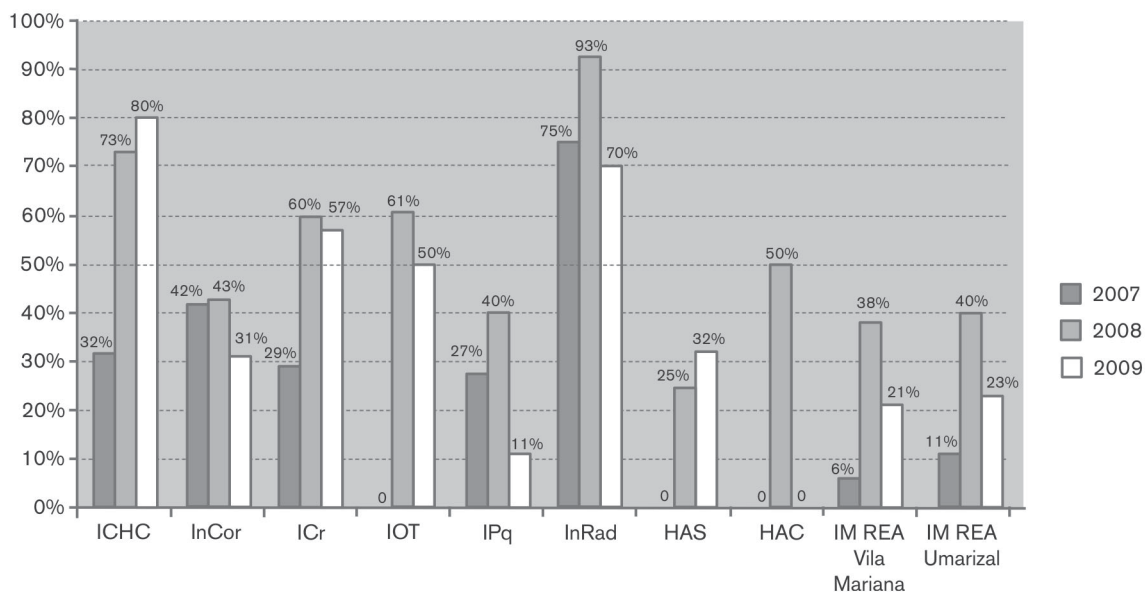


Figura 8.2.3.2 – Porcentagem de Reclamações na Ouvidoria por Unidade



8.3 RESULTADOS RELATIVOS À SOCIEDADE

Contemplam os resultados dos indicadores relativos à sociedade, mais especificamente aos relacionados os resíduos hospitalares, consumo de recursos não renováveis (gás, água e energia elétrica), materiais excedentes encaminhados ao FUSSESP e resíduo comum no HC do HC.

Figura 8.3.1 – Consumo de gás natural (m³)

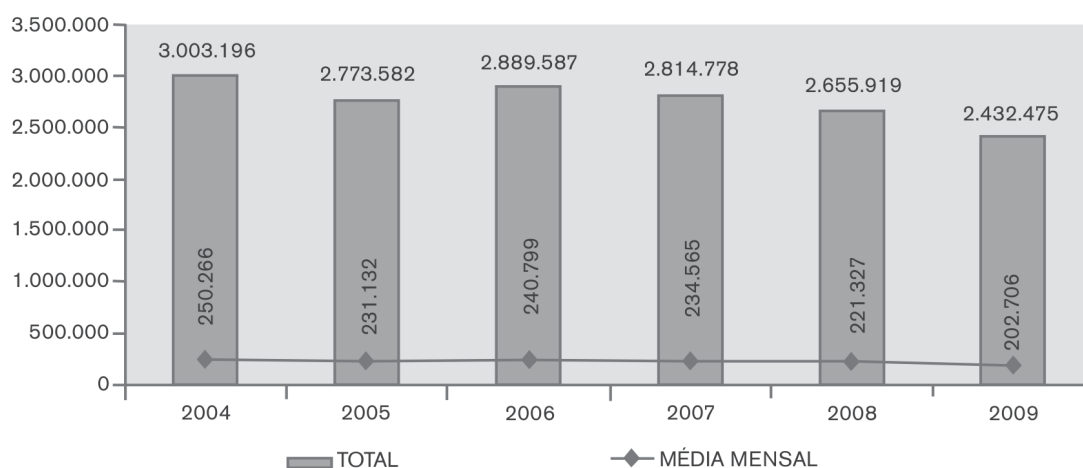


Figura 8.3.2 – Consumo de água e esgoto (m³) Sabesp e poço artesiano

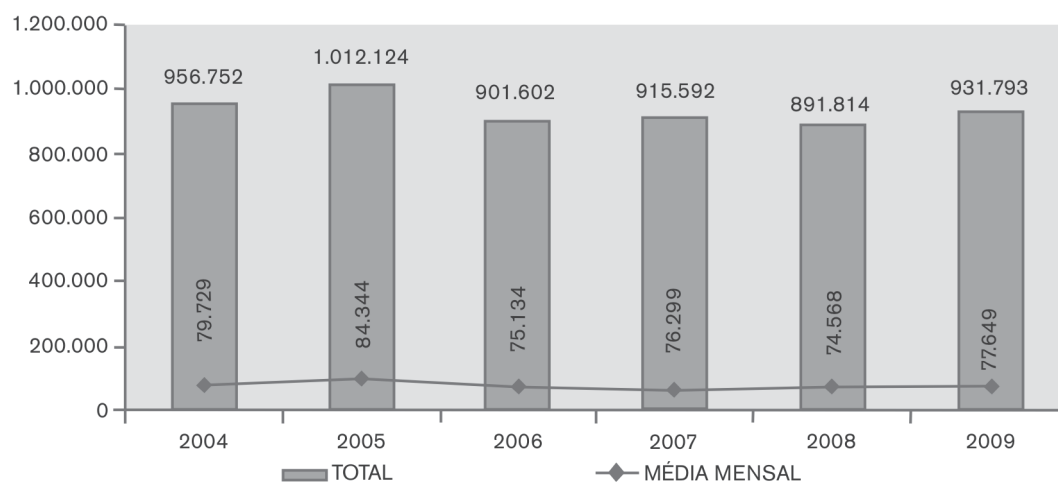


Figura 8.3.3 – Consumo de energia elétrica

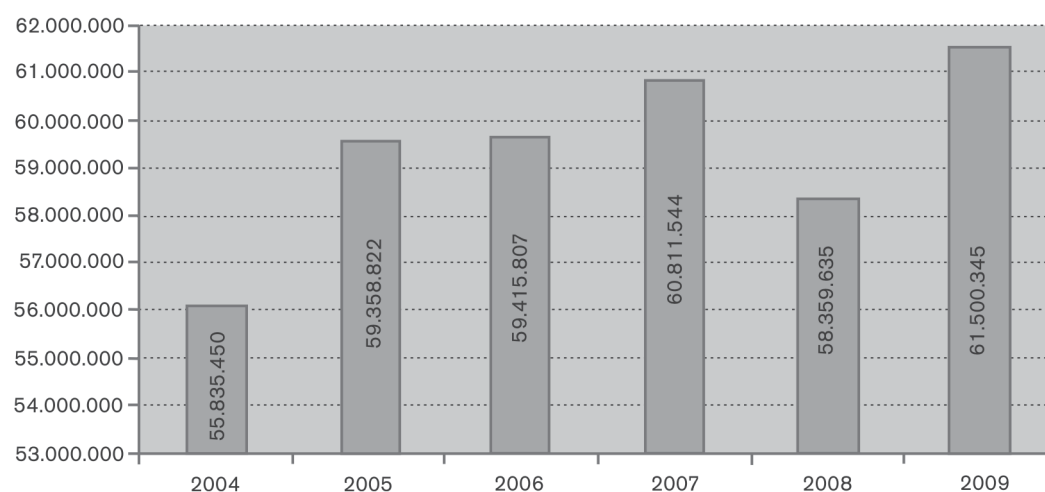


Figura 8.3.4 – Materiais excedentes encaminhados ao FUSSESP (sucata/plástico/papel/papelão)

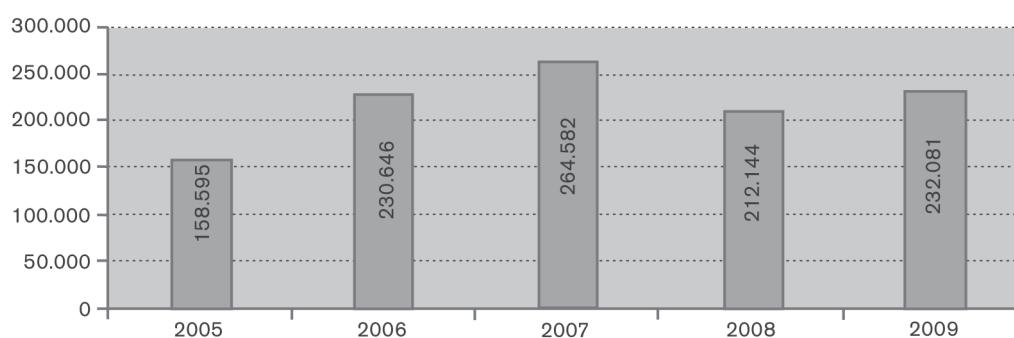


Figura 8.3.5 – Resíduo comum Kg/dia no HC (grupo D)

Unidades	InCor	ICr	InRad	IMRea	IC	IPQ	IOT	LIM	HAS	HAC	PA	TOTAL
2008	1356	400	162	116	2600	875	417	275	150	143	450	6944
2009	2530	324	174	40	6452	859	673	251	170	170	520	12163

8.4 RESULTADOS RELATIVOS ÀS PESSOAS

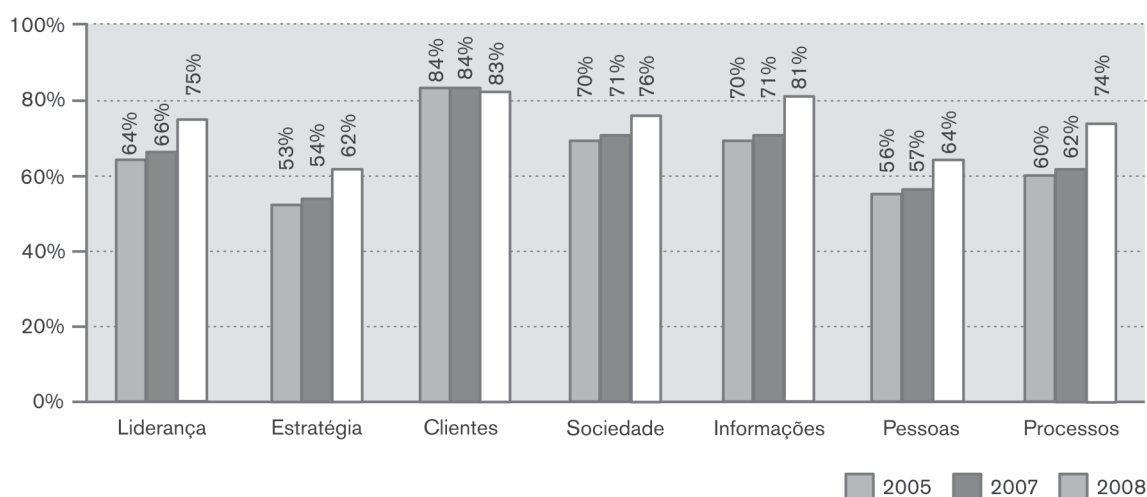
Os resultados relativos às pessoas compreendem os principais indicadores dos sistemas de trabalho, capacitação e desenvolvimento e qualidade de vida. As figuras a seguir apontam dados relacionados à Pesquisa de Clima Organizacional.

Figura 8.4.1 – Porcentagem de Questionário da Pesquisa de Clima Organizacional respondidos por Unidade

Unidades	ADM	HAC	IMRea	HESAP	IC	ICr	InCor	InRad	IOT	IPq	LIM	HAS
2005	9	2	2	2	49	4	19	2	7	1	0	3
2007	6	2	2	4	38	10	21	4	2	4	2	3
2008	7	2	3	6	30	9	23	4	4	5	1	4

Nota ⁽¹⁾ A última aplicação da pesquisa foi em 2008, sendo a próxima prevista para 2010

Figura 8.4.2 – Clima Organizacional por Categoria de Questão (% Ótimo + Bom)



Nota ⁽¹⁾ - A última aplicação da pesquisa foi em 2008, sendo a próxima prevista para 2010.

As figuras a seguir apresentam dados relacionados ao índice de absenteísmo, taxa de rotatividade dos funcionários, número de concursos realizados, processos trabalhistas, número de acidentes de trabalho, doenças profissionais e acidentes de trajeto no HC, número de exames periódicos e sua proporção por especialidades e número de participantes inscritos nos programas oferecidos.

Figura 8.4.3 – Índice de absenteísmo no HC de 2004 a 2009

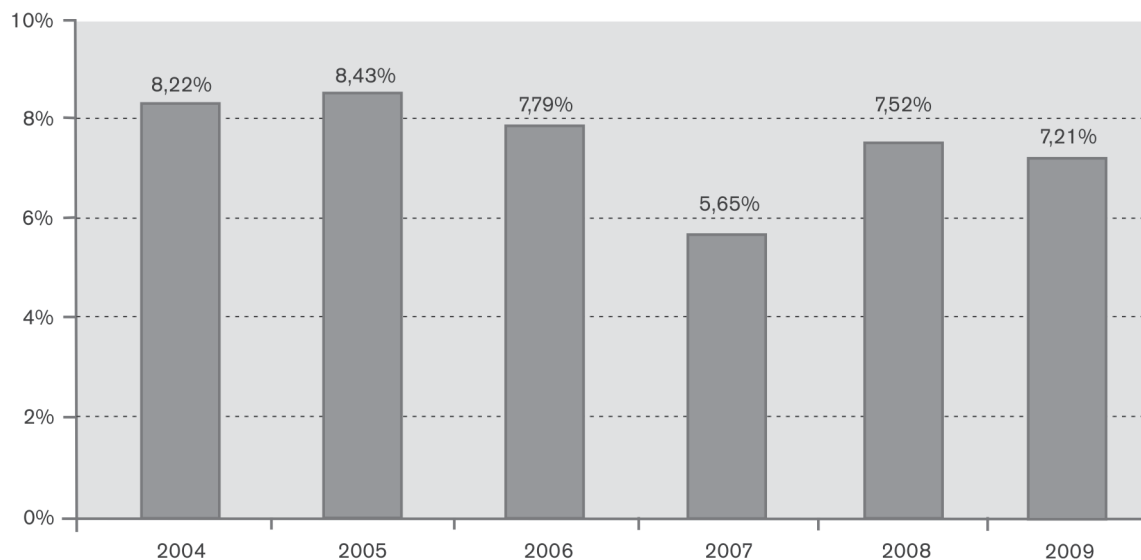


Figura 8.4.4 – Taxa de rotatividade de funcionários do HC de 2004 a 2009

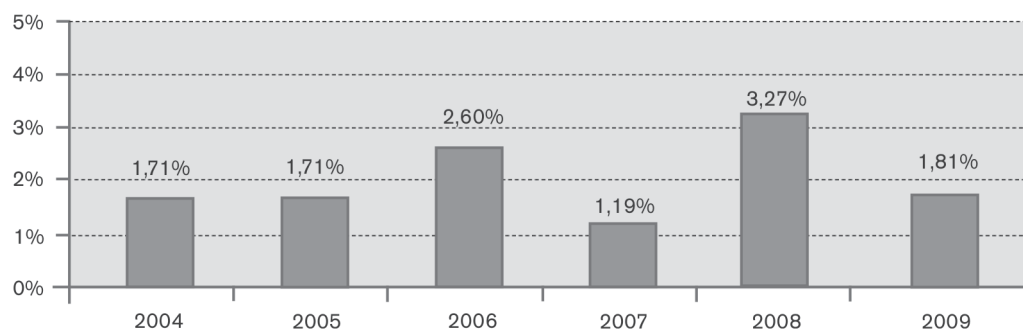


Figura 8.4.5 – Número de concursos realizados no HC de 2004 a 2009

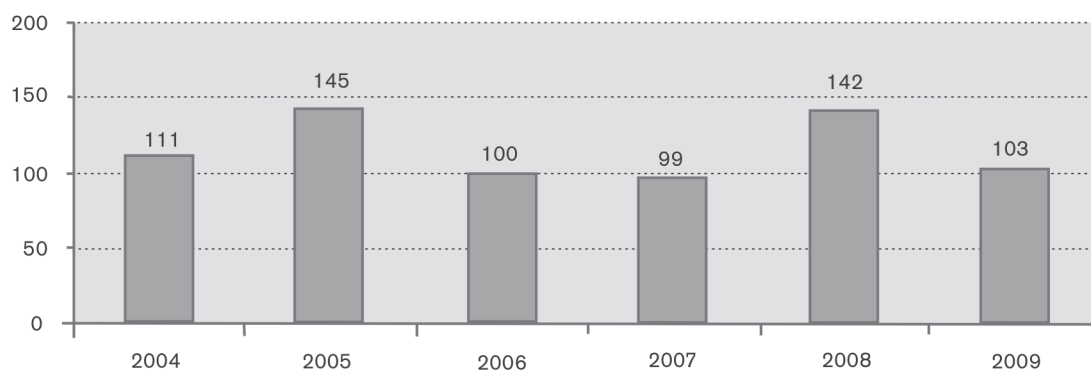


Figura 8.4.6 – Processos Trabalhistas de 2005 a 2009

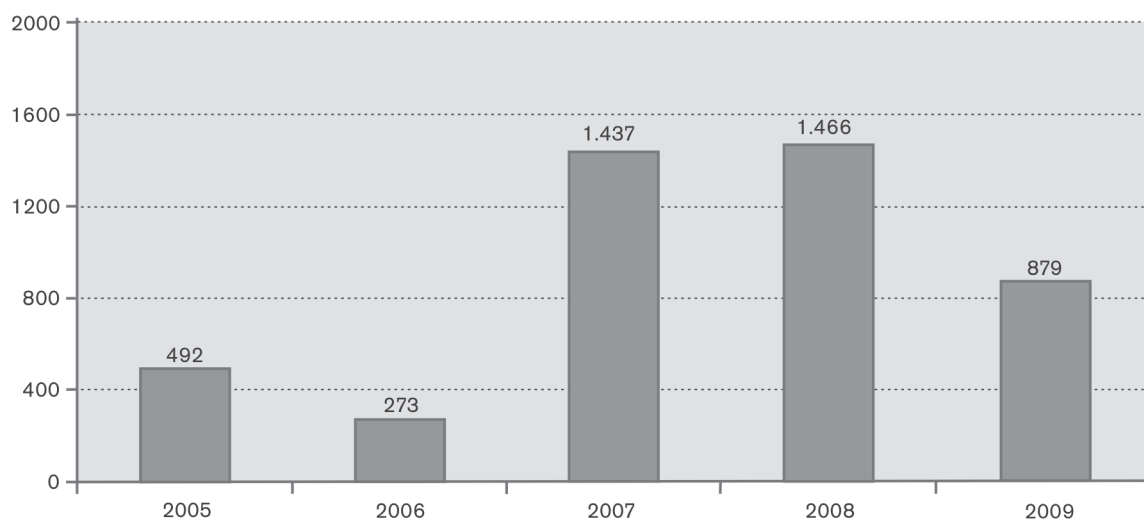


Figura 8.4.7 – Número de acidentes de trabalho, doenças profissionais e acidentes de trajeto no HC de 2005 a 2009

Acidente do Trabalho						
	Sem Afast.	<= 15 Quant.	Dias Afast.	> 15 Quant.	Dias Afast.	Total Dias Afast.
2005	229	277	2094	18	2596	4690
2006	252	251	1839	27	2596	4690
2007	186	247	1903	29	4277	6180
2008	179	207	1667	33	3103	4770
2009	201	253	2124	27	1887	4011
Doença Profissional						
	Sem Afast.	<= 15 Quant.	Dias Afast.	> 15 Quant.	Dias Afast.	Total Dias Afast.
2005	1	2	12	10	3035	3077
2006	3	1	15	2	160	175
2007	1	2	30	5	746	776
2008	0	0	0	1	49	49
2009	19	0	0	0	0	0
Acidente de Trajeto						
	Sem Afast.	<= 15 Quant.	Dias Afast.	> 15 Quant.	Dias Afast.	Total Dias Afast.
2005	15	166	1412	47	6455	7867
2006	22	203	1563	28	4917	6480
2007	22	192	1537	38	3313	4850
2008	21	172	1498	40	4399	5897
2009	17	164	1338	31	2712	4050

Figura 8.4.8 – Número de exames periódicos realizados em 2009

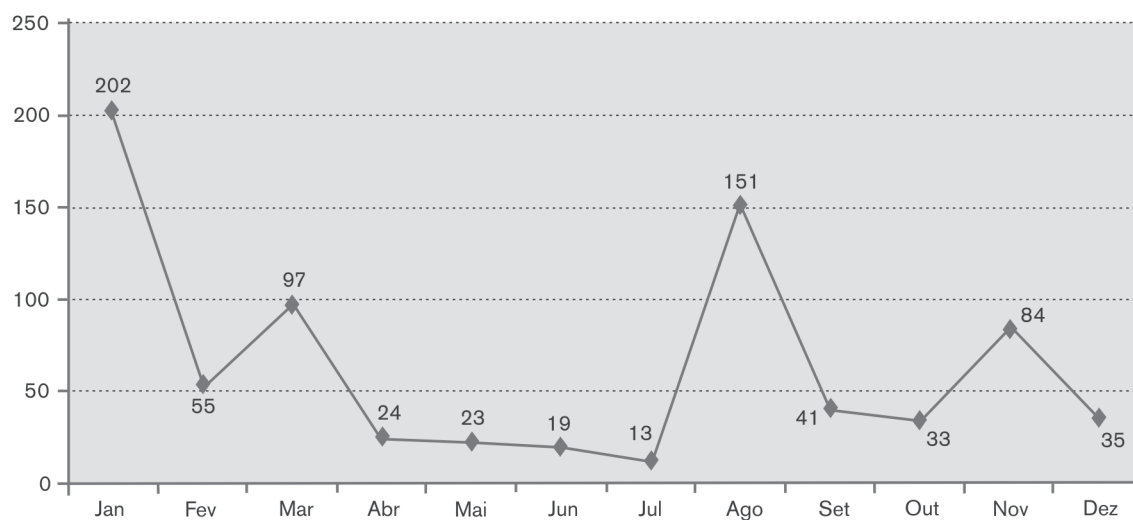


Figura 8.4.9 – Proporção por especialidades – Atendimento da AMS 2009

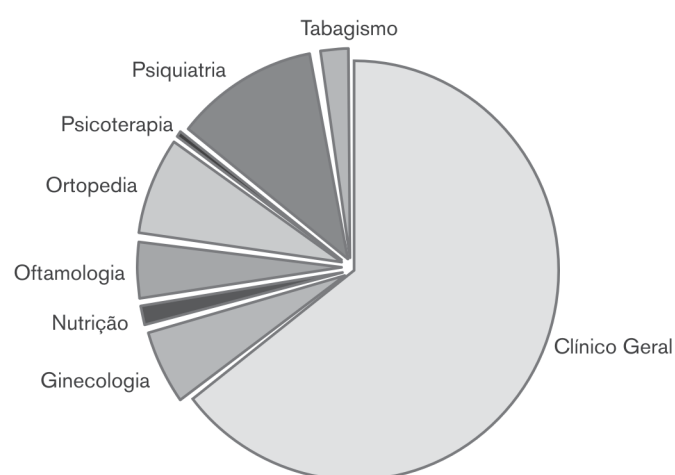
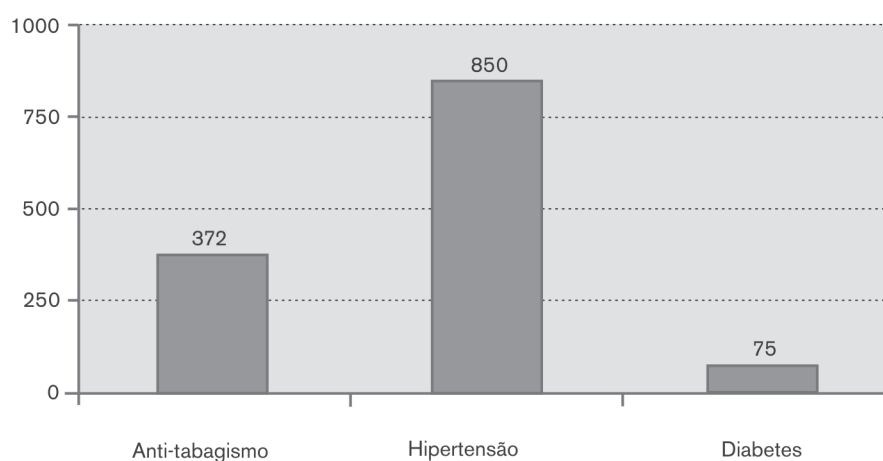


Figura 8.4.10 – Número de participantes inscritos nos programas oferecidos pela AMS em 2009



As figuras a seguir apresentam dados relacionados ao Programa de Integração ao Funcionário Recém-Admitido, o Programa Ensino Fundamental por Segmento, o Programa Classe Hospitalar, Curso de Formação de Banca de Examinadores do PNGS e Curso de Redesenho de Processos.

Figura 8.4.11 – Número de Convidados no Programa de Integração ao Funcionário Recém-Admitido nos Institutos e Unidades Administrativas do Sistema FMUSP/HC em 2008 e 2009

Ano	Convidados	Participantes	%	Ausentes	%
2008	1896	1017	54%	879	46%
2009	1011	610	60%	401	40%

Figura 8.4.12 – Número de alunos-servidores (colaboradores) matriculados no Programa Ensino Fundamental por Segmento em 2007, 2008 e 2009

Segmento	2007	2008	2009
Alfabetização	10	10	não
1º Segmento	47	47	06
2º Segmento	57	57	28
Total	114	114	34

Nota: Em 2009 o Programa Ensino Fundamental passou a ter o 1º e o 2º segmento

Figura 8.4.13 – Número de pacientes-alunos atendidos no Programa Classe Hospitalar – 2008 e 2009

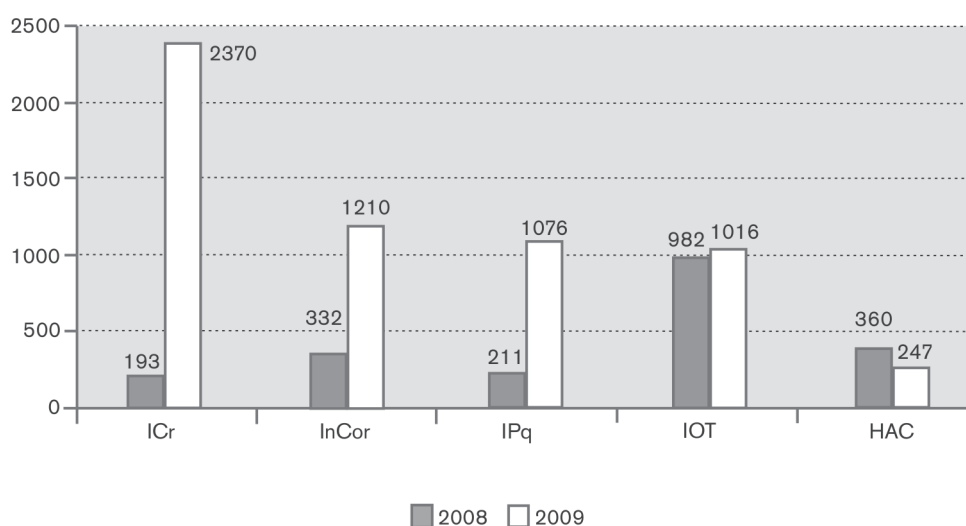


Figura 8.4.14 – Número de participantes e número de horas no Curso de Formação de Banca de Examinadores do PNGS de 2006 a 2009

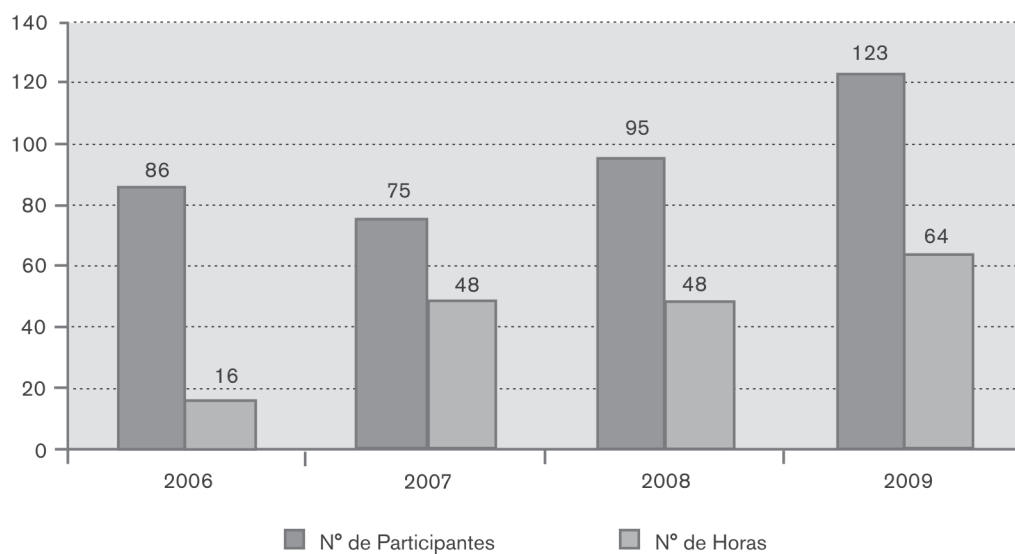
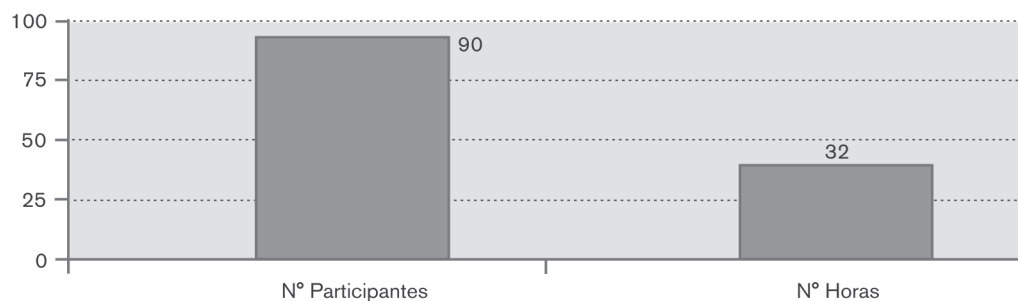


Figura 8.4.15 – Número de participantes e número de horas no Curso de Redesenho de Processos em 2009



8.5 RESULTADOS RELATIVOS AOS PROCESSOS PRINCIPAIS E DE APOIO

Os resultados relativos aos processos principais e de apoio do Hospital compreendem os indicadores relativos aos produtos/produção dos serviços prestados pela Instituição. Os processos principais estão relacionados a resultados relativos às áreas de Ensino, Pesquisa, Assistência.

8.5.1 – ENSINO

Nos processos relacionados ao ensino, as figuras a seguir demonstram os resultados relacionados à Residência Médica, Pós-Graduação Senso Lato e Senso Estrito, Ensino Multiprofissional e Programa de Aprimoramento Profissional.

Figura 8.5.1.1 – Ensino Médico no HC, contemplando Pós-Graduação Senso Lato, Senso Estrito, Número de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado no período de 2003 a 2009

Pós-Graduação da FMUSP – Senso Lato	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Médicos Residentes (51 especialidades médicas)	876	888	945	1.102	991	989	997
Complementação Básica para estrangeiros	40	03	-	-	-	-	-
Programa de Capacitação Profissional para Médicos Estrangeiros	-	-	24	24	27	36	46
Estágios de Complementação Especializada	262	281	307	366	425	467	166
Pós-Graduação da FMUSP – Senso Estrito	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mestrados	471	502	514	583	677	644	574
Doutorados	748	891	897	954	1007	894	861
Total	1.219	1.393	1.411	1.537	1.684	1.538	1.435
Orientadores	793	795	731	910	903	902	937
Produção Científica	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dissertações de Mestrado	205	150	126	168	156	143	220
Teses de Doutorado	287	216	239	222	267	249	261
Total	492	366	365	390	423	392	481

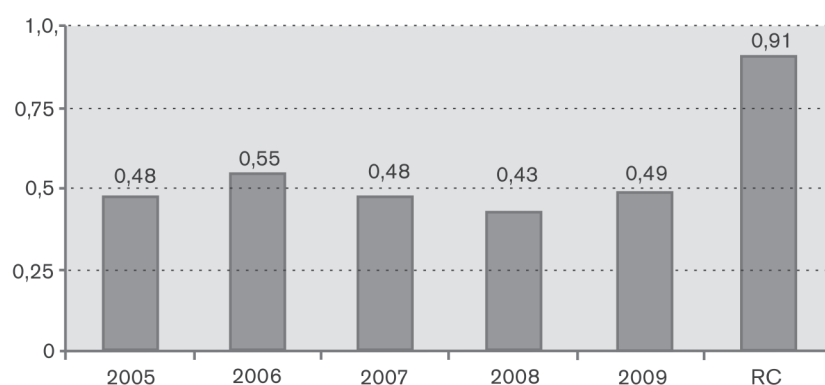
Figura 8.5.1.2 – Ensino Multiprofissional no HC de 2006 a 2009 (hora)

MODALIDADE	2006	2007	2008	2009
Aprimoramento	277	277	277	277
Estágio Curricular - Nível Médio	128.066	601.758	494.919	323.344
Estágio Curricular – Nível Superior	325.882	369.370	192.373	62.474
Visita Técnica	140	526	298	44
Atividade Profissional Supervisionada – Nível Profissionalizante	585	515	269	76
Atividade Profissional Supervisionada – Nível Superior	706	753	669	495
Cursos Avançados	271	319	541	176

Figura 8.5.1.3 – Número de Médicos Preceptores na Instituição de 2005 a 2009

ANO	Nº MÉDICOS PRECEPTORES
2005	75
2006	75
2007	82
2008	88
2009	81
Total	320

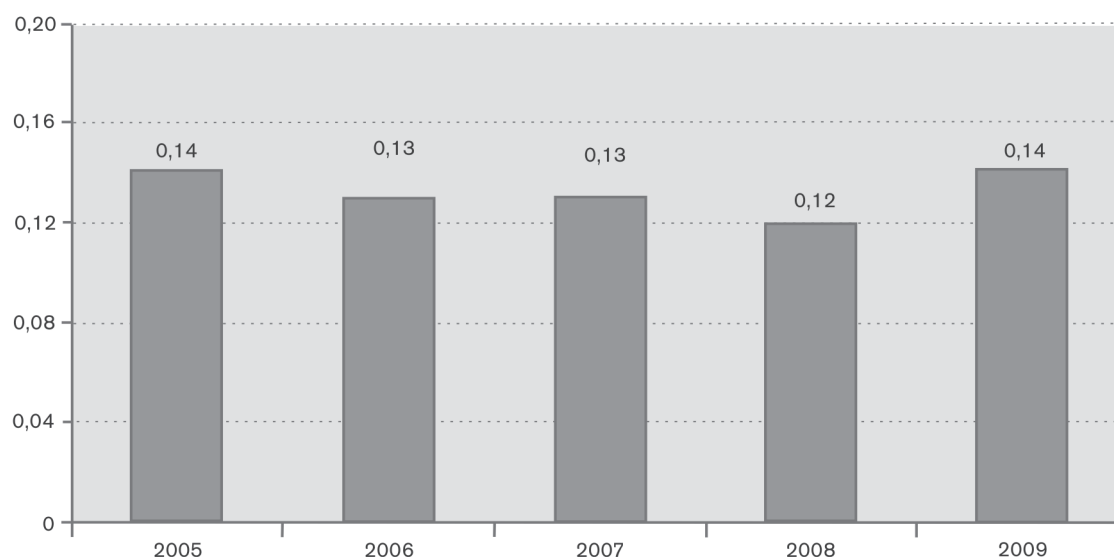
Figura 8.5.1.4 – Residente / Leito Operacional



Referencial Comparativo (RC) – Fonte: Olimpio J Nogueira, Bittar V, Magalhães A. *Hospitais de Ensino: Informações para monitoramento*. Revista de Administração Hospitalar, vol 10, nº 38, jan-março 2008, pg. 12-20.

* Hospitais de Ensino: Hospital das Clínicas da FMUSP; Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; Hospital das Clínicas de Marília; Hospital de Base de São José do Rio Preto; Hospital Estadual de Bauru; Hospital estadual de Sumaré; Hospital estadual de Grajaú; Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia; Hospital Universitário de Presidente Prudente; UNIFESP; Santa Casa de São Paulo; Unicamp; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu; Hospital escola da Universidade de Taubaté; Hospital do Câncer de Barretos; Instituto de Infectologia Emílio Ribas; Hospital de Reabilitação de Anomalias Crânio faciais de Bauru; Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

Figura 8.5.1.5 – Aprimorando / Leito Operacional



8.5.2 – PESQUISA

Nos processos relacionados à pesquisa as figuras a seguir demonstram os resultados relacionados a protocolos de pesquisa, pesquisas concluídas e produção científica da FMUSP.

Figura 8.5.2.1 – Protocolos de pesquisa da CAPPesq de 2004 a 2009

CAPPesq	2005	2006	2007	2008	2009
Sessões realizadas	21	22	15	19	22
Protocolos recebidos	1.283	1.394	1.264	1.136	1.384
Aprovados	1.160	1.131	981	930	1.100
Reprovados	01	01	03	02	04
Em análise	32	142	272	195	269
Suspensos/Cancelados	-	-	-	09	11
Protocolos enviados a CONEP	61	21	28	24	39
Aprovados (dos enviados a CONEP)	55	12	13	02	18
Não aprovado (dos enviados a CONEP)	06	04	03	01	05
Pendentes (dos enviados a CONEP)	09	05	12	21	16

Fonte: CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

Figura 8.5.2.2 – Produção Científica dos LIMs (Trabalhos Originais Publicados) – 2005 a 2008

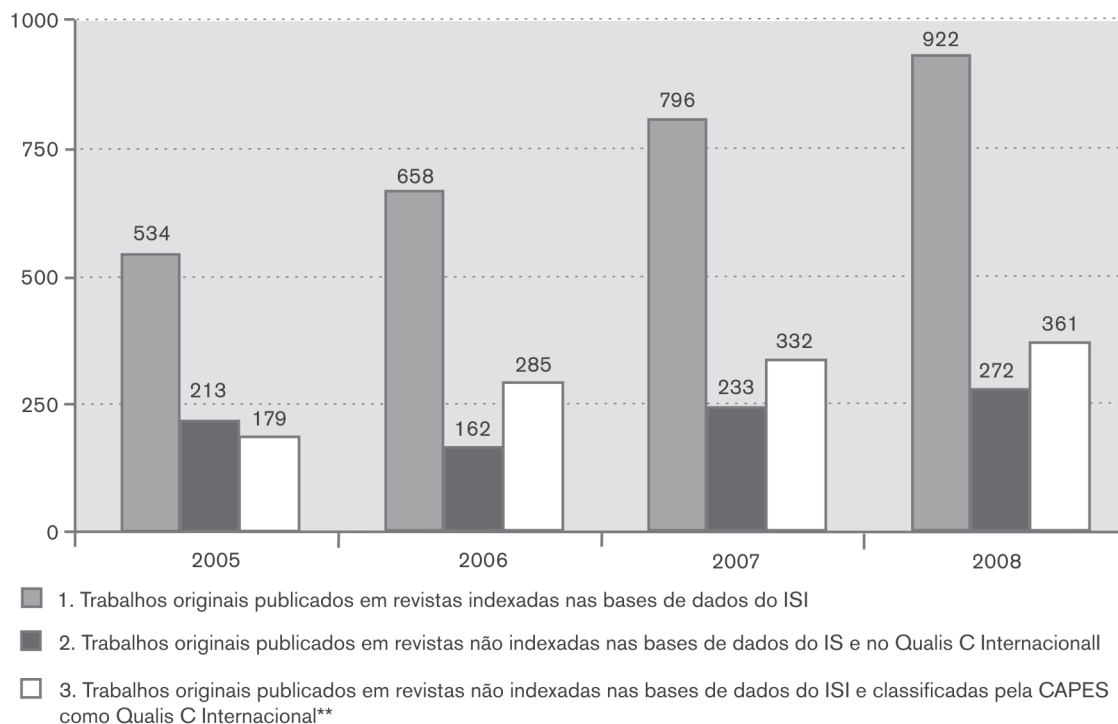


Figura 8.5.2.3 – Produção Científica dos LIMs (Resumos, Capítulos de Livros, Trabalhos de Divulgação, Trabalhos de Difusão) – 2005 a 2008

Natureza do Trabalho	2005	2006	2007	2008
Resumos	1.636	1.918	2.883	2.450
Capítulos de Livro	249	477	285	293
Livros	32	34	50	71
Trabalhos de Divulgação	0	0	0	0
Trabalhos de Difusão	19	21	5	10
Total	2.862	3.555	4.584	4.379

Figura 8.5.2.4 – Produção Científica dos LIMs (Artigos publicados em periódicos científicos internacionais indexados – base de dados ISI)

Ano	LIM (1)	Brasil (2)	América Latina (2)	% do LIM em relação ao Brasil	% do LIM em relação à América Latina
2002	404	11.361	25.915	3,56	1,56
2003	427	12.679	28.673	3,37	1,49
2004	478	13.328	28.594	3,59	1,67
2005	534	15.796	33.831	3,38	1,58
2006	658	16.872	34.552	3,90	1,90
2007	796	19.486	39.286	4,08	2,03
2008	922	30.415	55.742	3,03	1,65

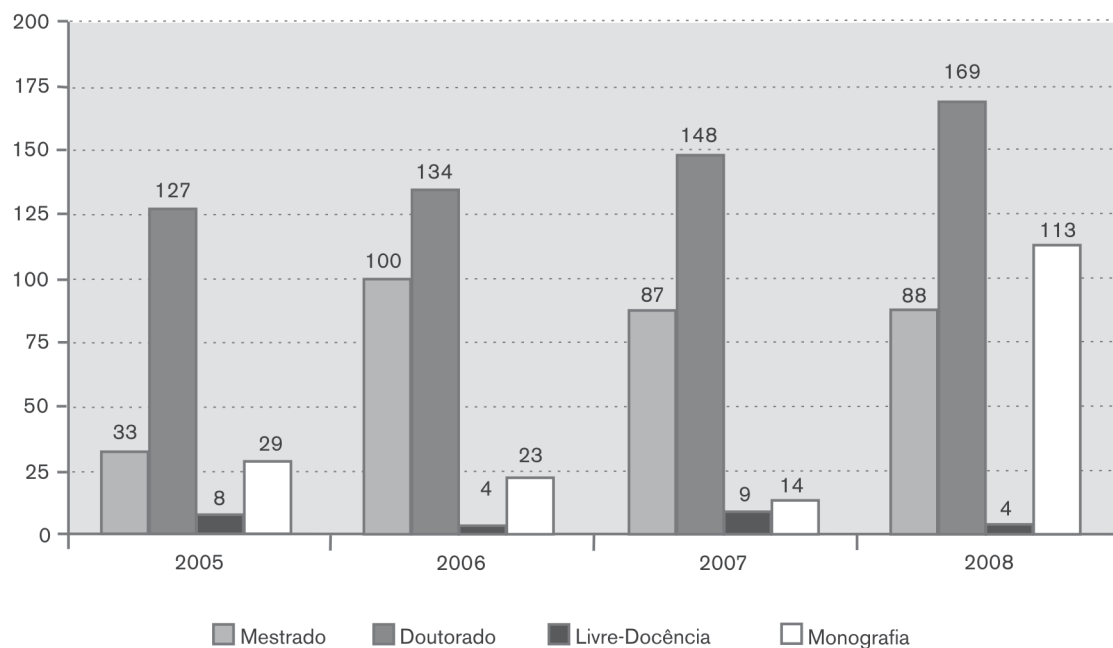
Fonte: (1) Relatórios de Produtividade Científica das Unidades Laboratoriais

(2) MCT-Ministério de Ciência e Tecnologia

Obs.: (1) Publicações na área de Medicina

(2) Publicações de todas as áreas de conhecimento

Figura 8.5.2.5 – Produção Científica dos LIMs (Dissertações e Teses) – 2005 a 2008



8.5.3 – ASSISTENCIAIS

Nos processos principais estão evidenciados resultados relacionados aos processos assistenciais conforme nas informações abaixo relacionadas.

Nas figuras a seguir estão demonstradas as atividades das equipes transplantadoras e as atividades da organização da procura de órgãos:

Figura 8.5.3.1 – Atividades das Equipes Transplantadoras do HC

EQUIPE DE TRANSPLANTE	2005	2006	2007	2008	2009
Coração	34	21	18	33	29
<i>Adulto</i>	30	16	14	29	20
<i>Infantil</i>	04	05	04	05	09
Fígado-Pediátrico	21	36	30	32	35
<i>doador falecido</i>	13	24	20	21	23
<i>doador vivo</i>	08	12	10	11	12
Fígado adulto	48	45	39	69	140
<i>doador falecido</i>	40	44	39	69	129
<i>doador vivo</i>	03	01	00	00	08
PAF					03
Córnea	109	119	67	87	82
Rim	106	145	149	163	188
<i>doador falecido</i>	53	59	61	82	123
<i>doador vivo</i>	53	86	88	81	65
Pâncreas Isolado	05	04	01	05	00
Pâncreas Conj. Rim	00	04	08	05	12
Pâncreas Conj. Fígado	05	00	03	03	08
Medula Óssea	160	188	235	189	195
Osso ¹	17	303	1.266	1.218	1.517
Pulmão	13	13	16	23	20
Pele ²	45	00	00	00	00
TOTAL DE TX REALIZADOS	563	878	1.832	1.827	2.226

Fonte: Equipes Transplantadoras

Nota:

1. Em relação às atividades do módulo de transplantes de osso, houve aumento significativo no ano 2006 a 2009 com resultado das reformas e o credenciamento do Banco de Tecido Músculo Esquelético junto ao Ministério da Saúde/Sistema Nacional de Transplante.
2. As atividades do módulo de transplantes Pele estão suspensas desde setembro/2006, em decorrência de reformas que estão sendo realizadas.

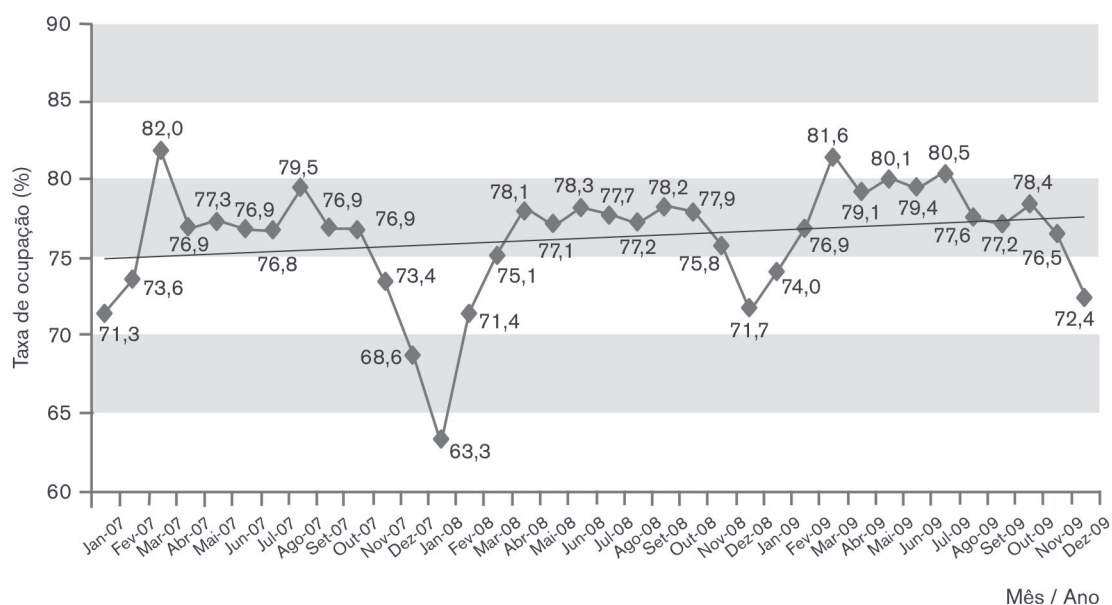
Figura 8.5.3.2 – Atividades da Organização da Procura de Órgãos

Captações	2005	2006	2007	2008	2009
Captação Interna	21	19	18	38	37
Captação Externa	46	59	34	52	106
Total	67	78	52	90	143

Fonte: OPO-HC

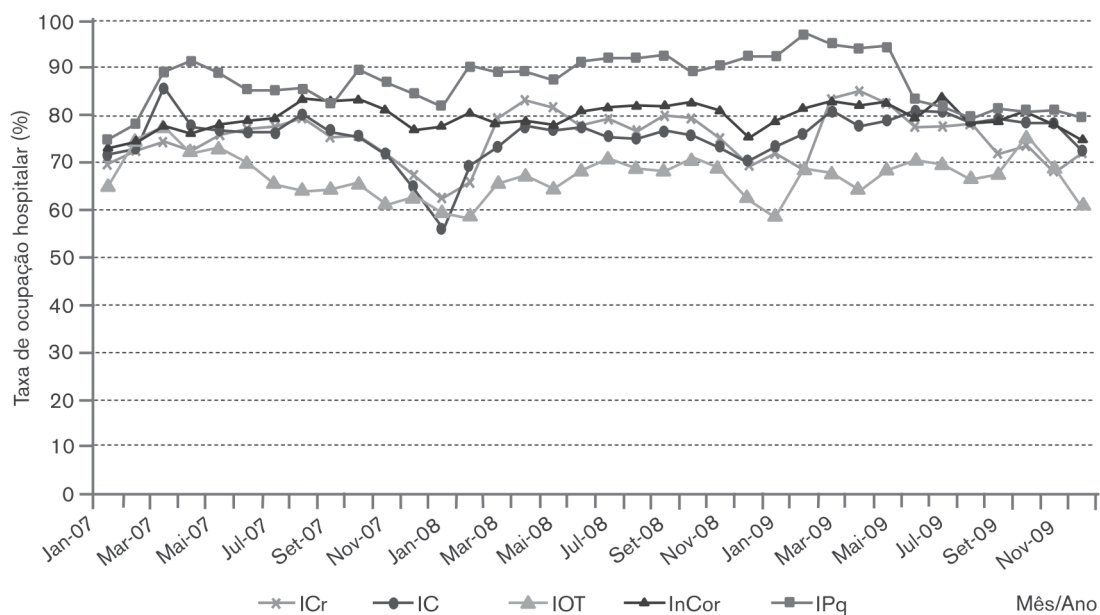
Estão demonstrados os dados da internação no HC nos aspectos relacionados à taxa de ocupação, leitos operacionais, leitos bloqueados, número de leitos-dia e pacientes-dia, média de permanência, índice de giro, índice de intervalo de substituição, conforme figuras a seguir:

Figura 8.5.3.3 – Distribuição mensal da Taxa de Ocupação Hospitalar (%) e tendência linear – Hospitais de Agudos - HC - 2007 a 2009



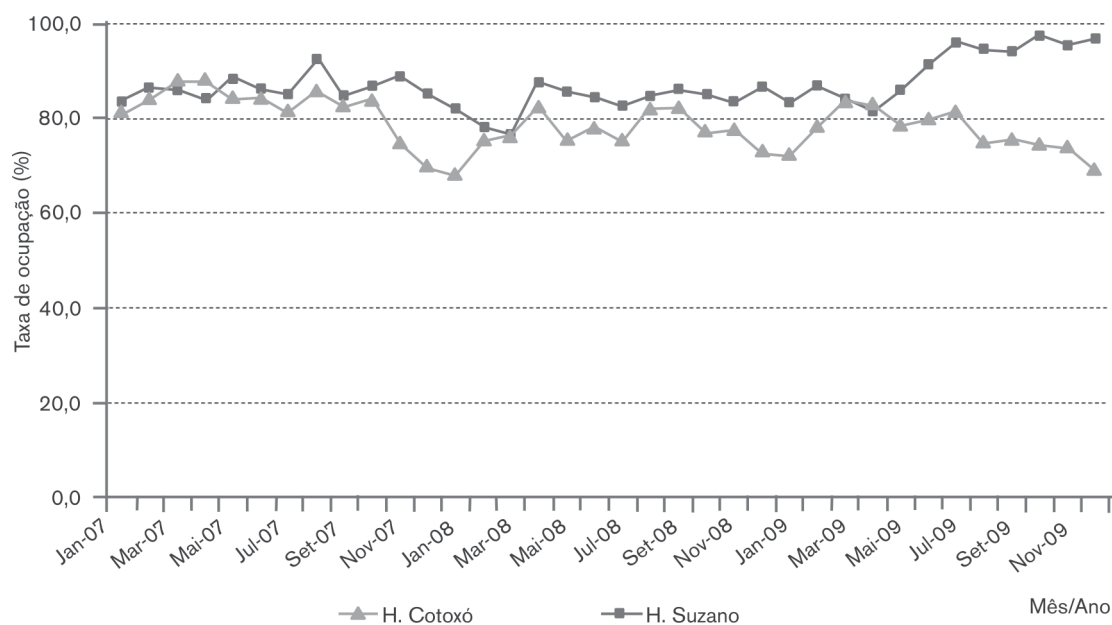
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.4 – Distribuição mensal das Taxas de Ocupação hospitalar segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



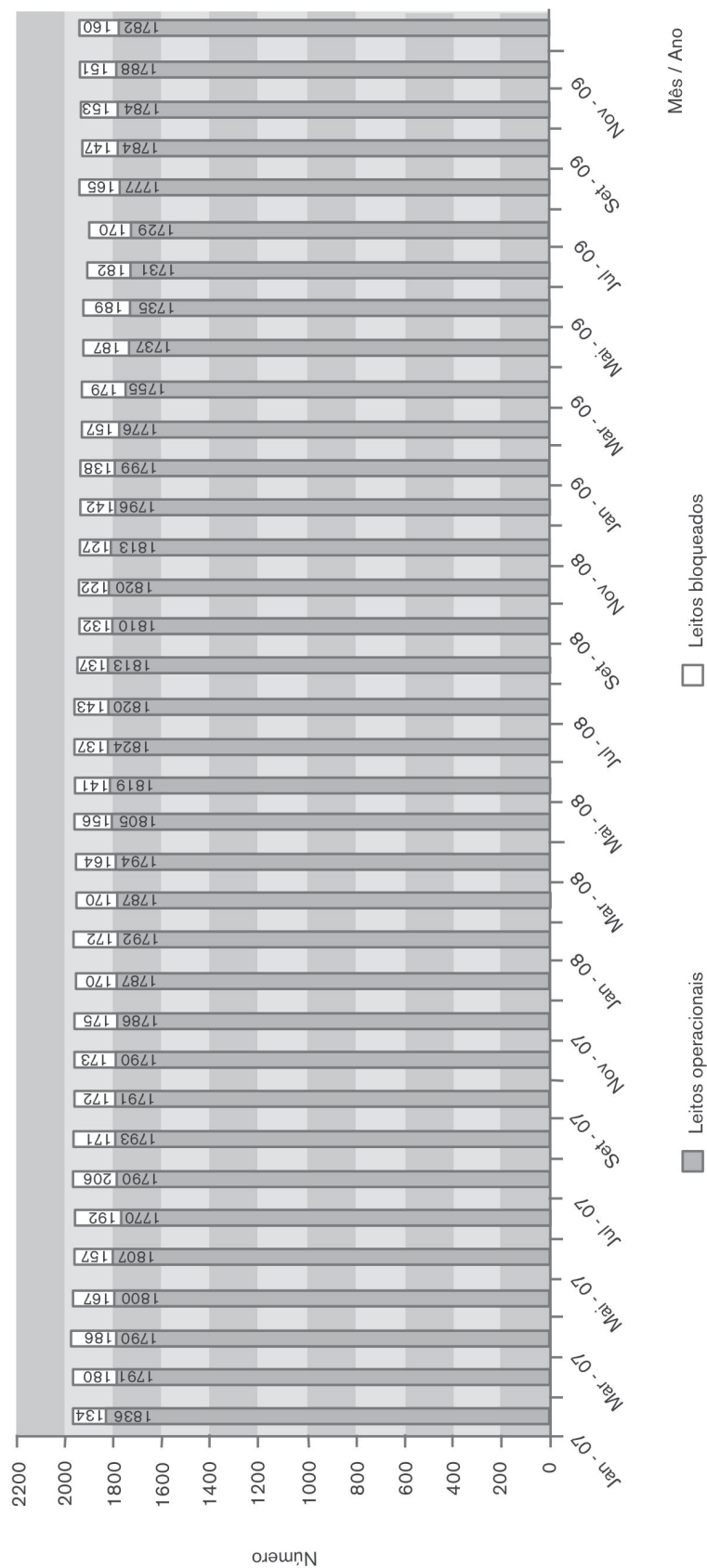
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.5 – Distribuição mensal da taxa de ocupação (%) segundo Hospital Auxiliar - Complexo HC-FMUSP - 2007 a 2009



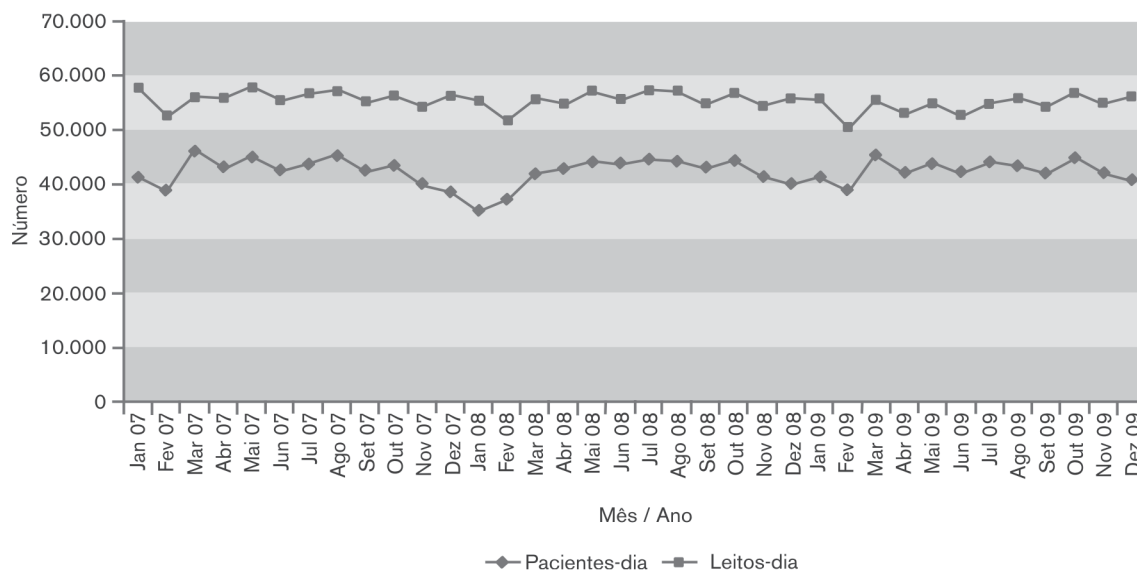
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.6 – Distribuição mensal dos leitos operacionais e bloqueados – Hospitais de Agudos – HC – jan 2007 a dez 2009



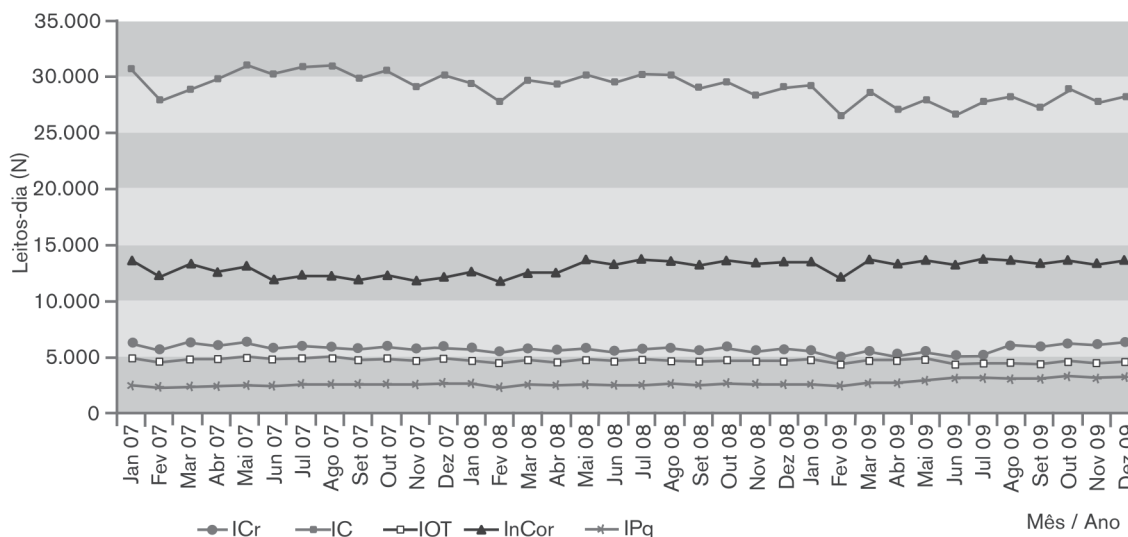
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.7 – Distribuição mensal dos números de leitos-dia e de pacientes-dia – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



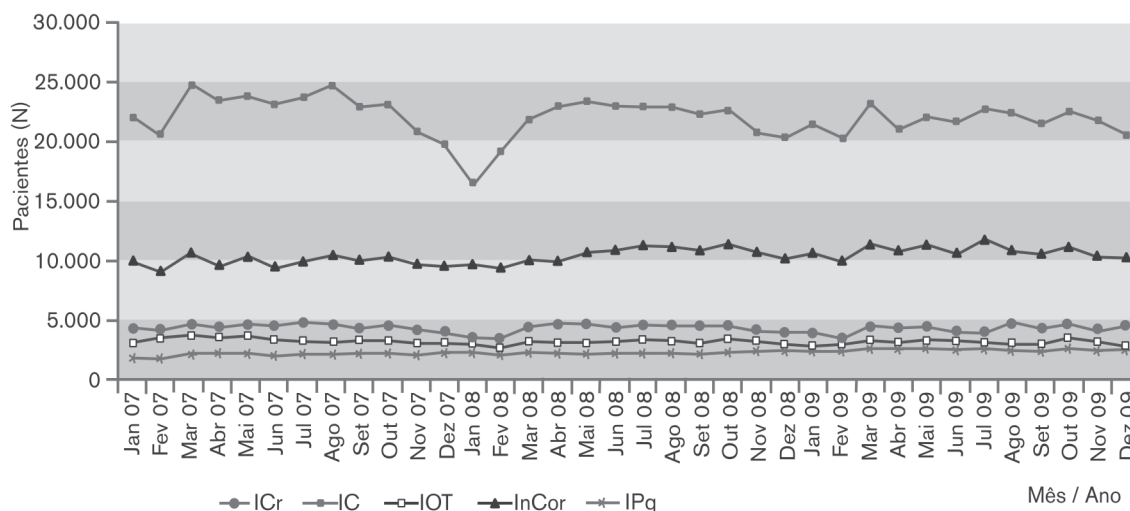
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.8 – Distribuição mensal dos números de leitos-dia segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



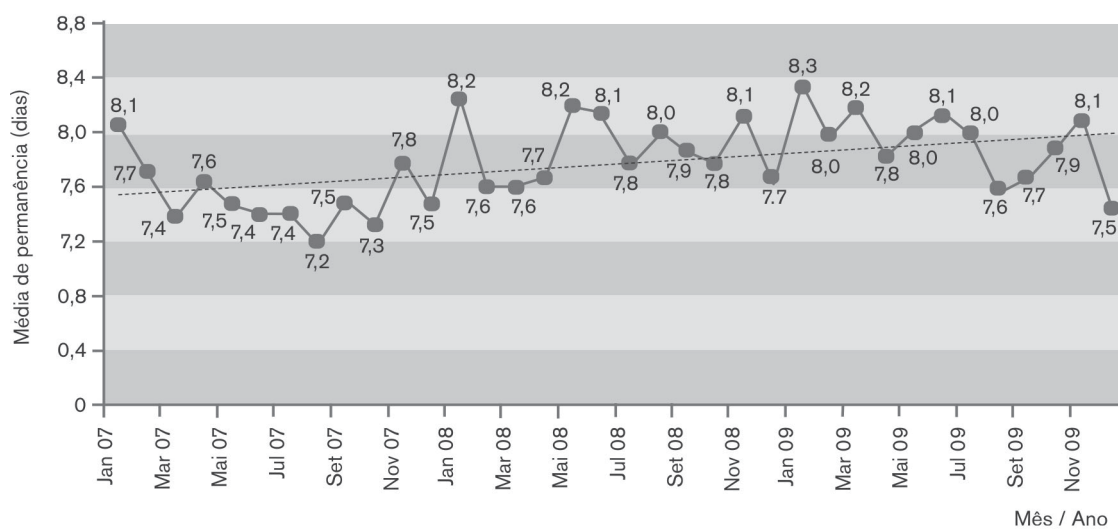
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.9 – Distribuição mensal do Número de pacientes-dia segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



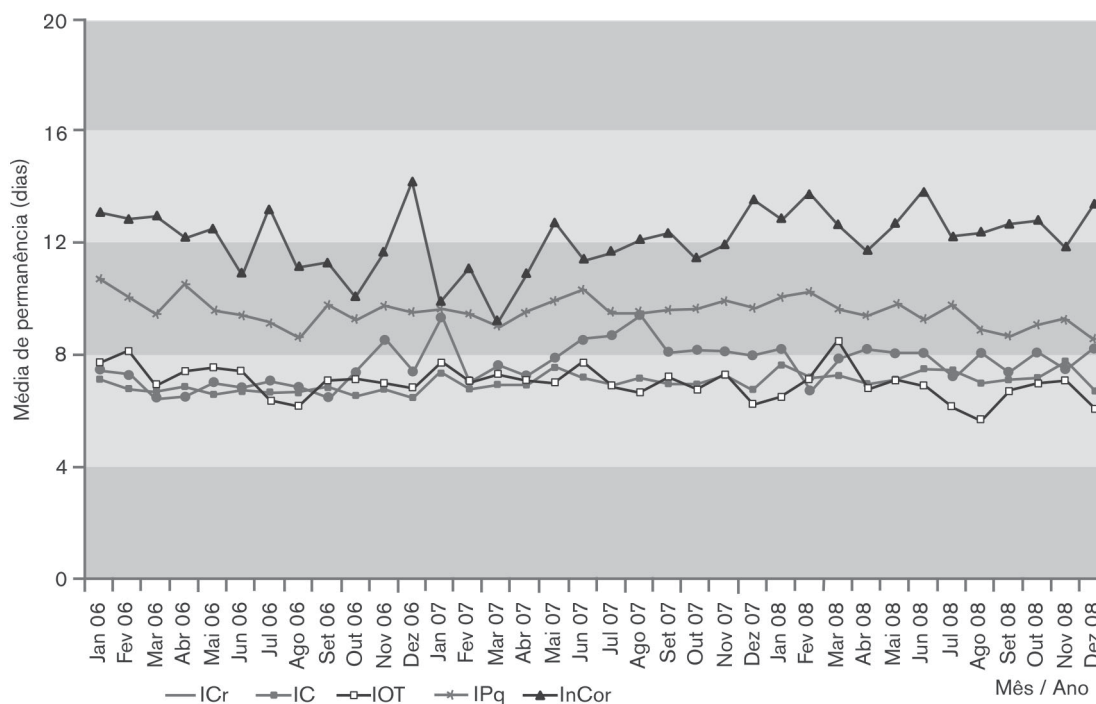
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.10 – Distribuição mensal da Média de Permanência e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



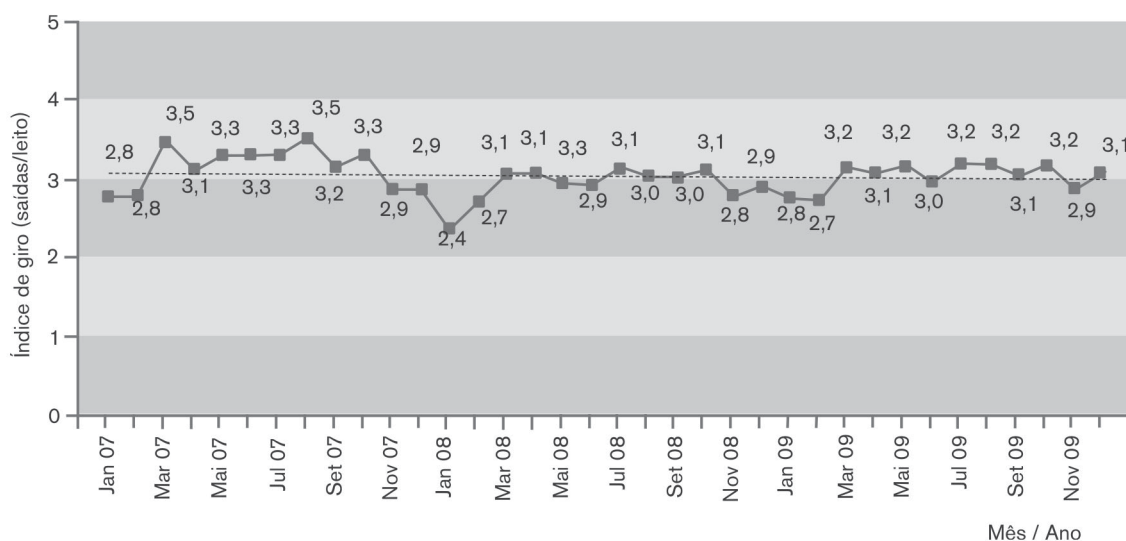
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.11 – Distribuição mensal das Médias de Permanência segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



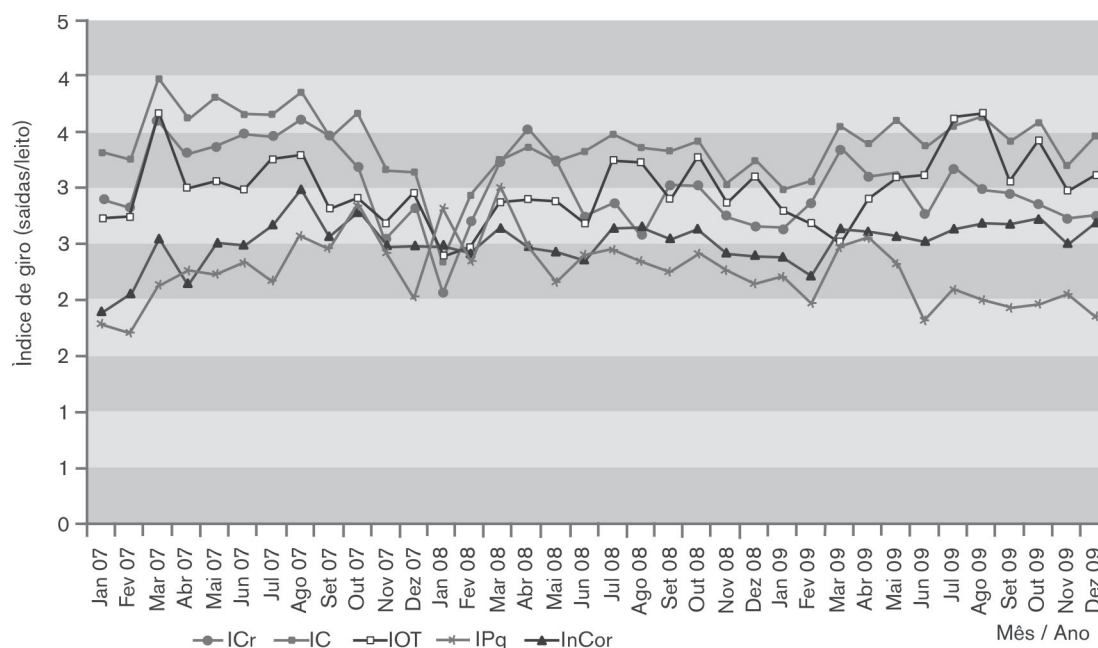
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.12 – Distribuição mensal do Índice de Giro e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



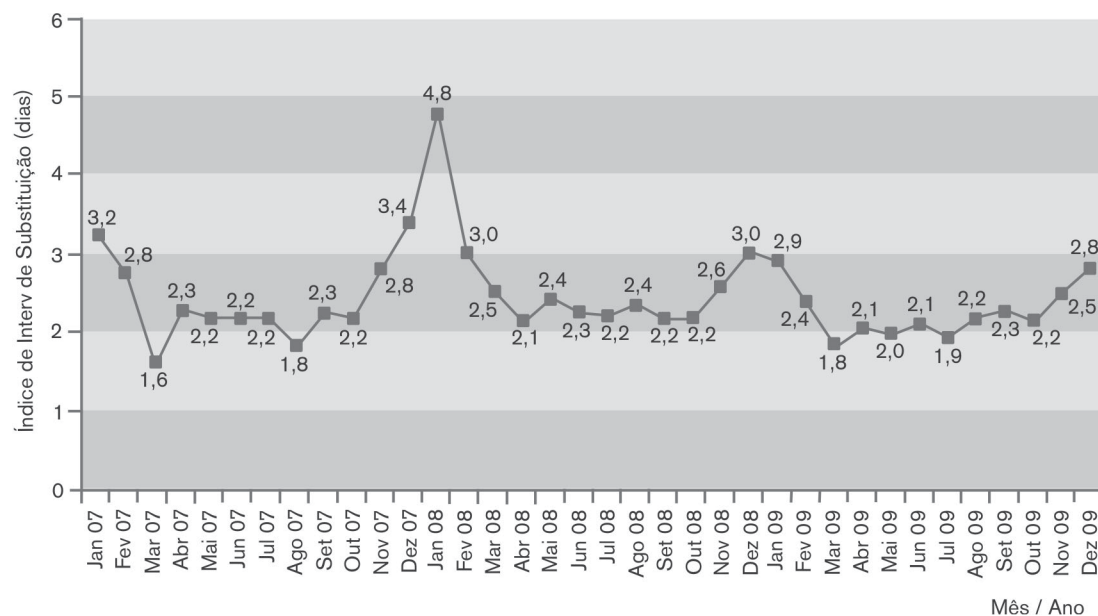
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.13 – Distribuição mensal do Índice de giro (rotatividade) por Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



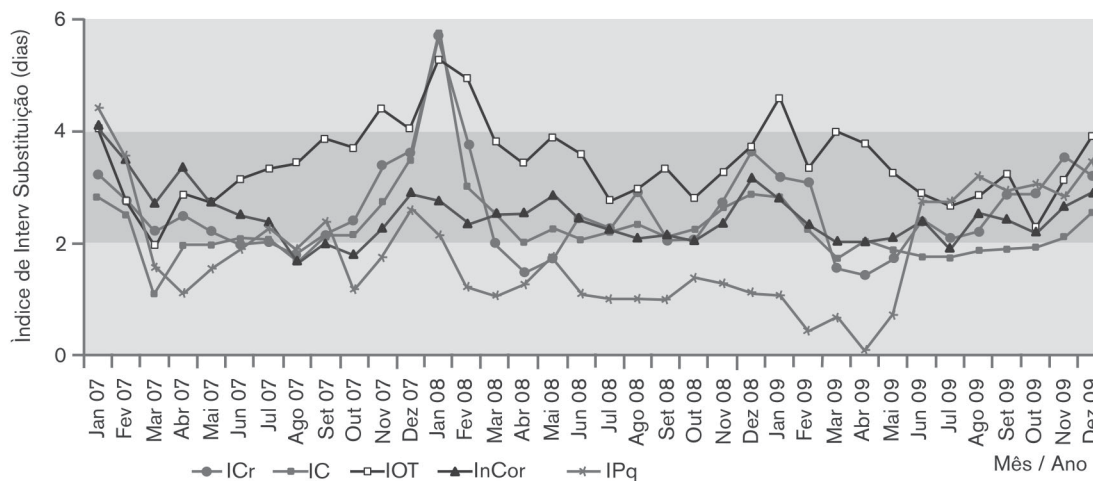
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.14 – Distribuição mensal do Índice de Intervalo de Substituição – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



Fonte: NIS

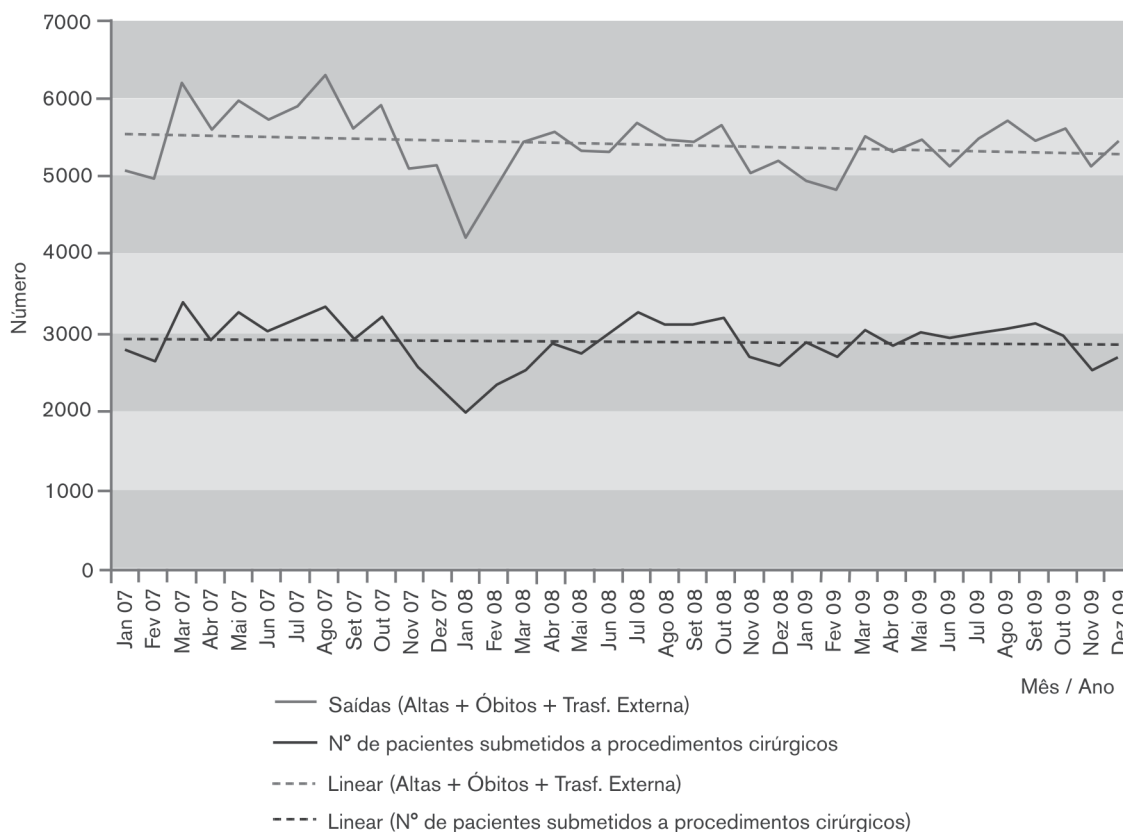
Figura 8.5.3.15 – Distribuição mensal do Índice de Intervalo de Substituição segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



Fonte: NIS

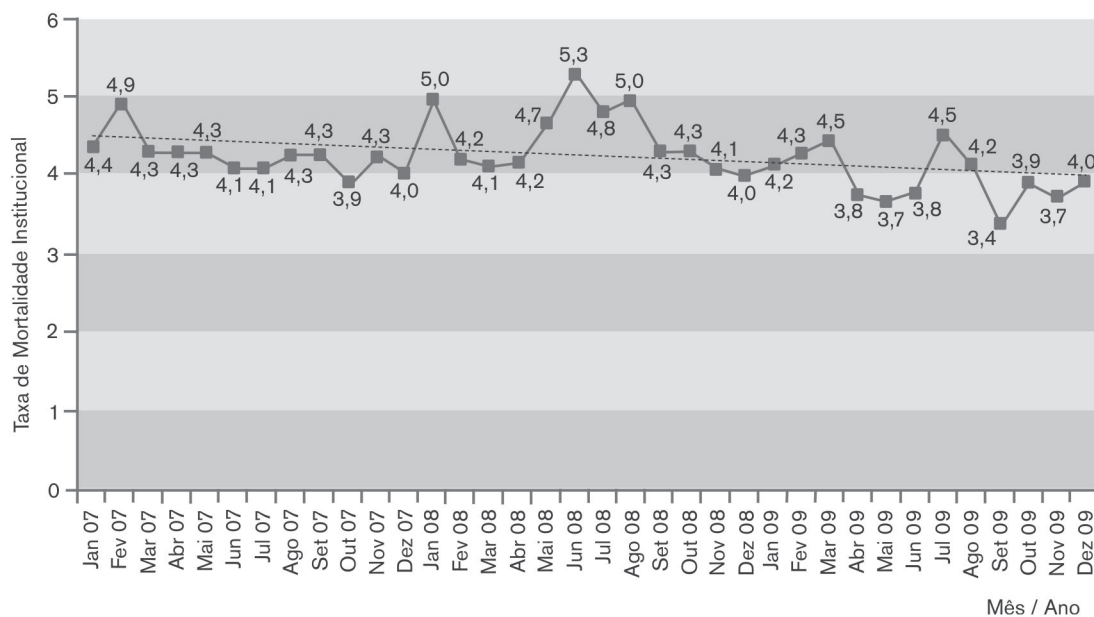
As figuras a seguir demonstram dados relacionados a saídas de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade cirúrgica:

Figura 8.5.3.16 – Distribuição mensal de saídas e pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



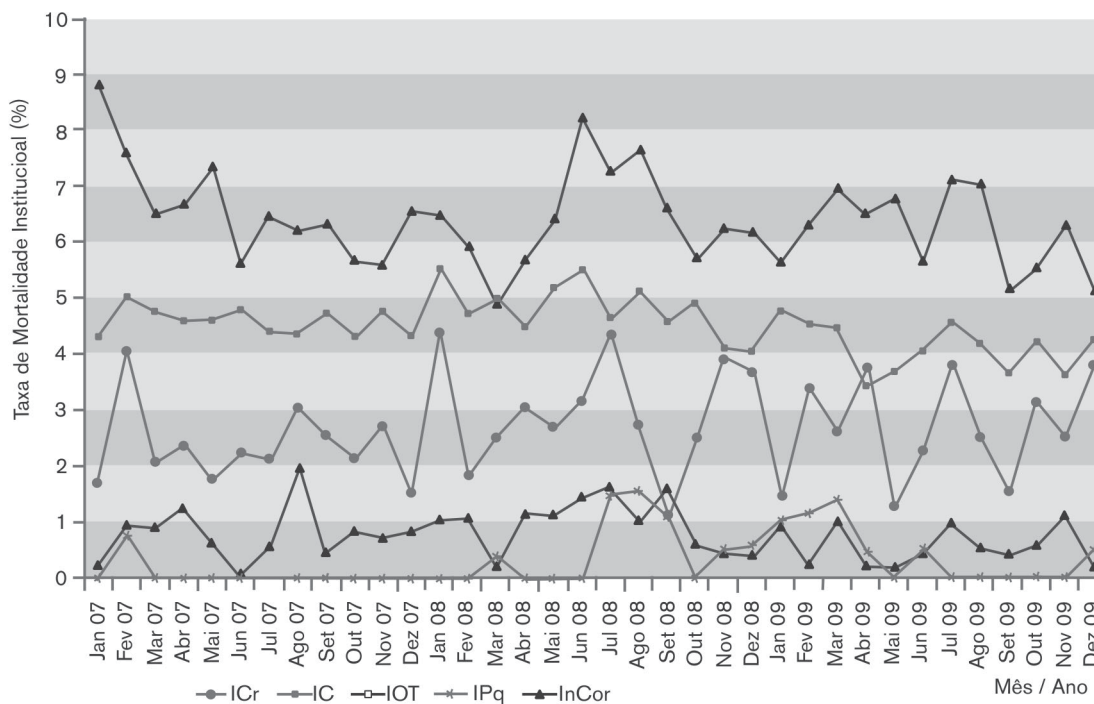
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.17 – Distribuição mensal da Taxa de Mortalidade Institucional e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



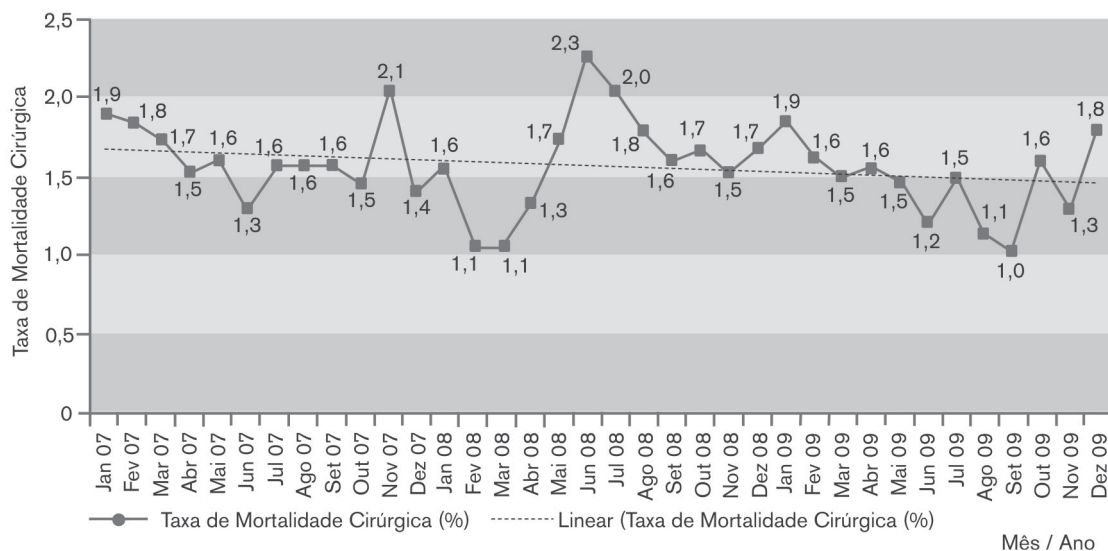
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.18 – Distribuição mensal da Taxa de Mortalidade Institucional segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



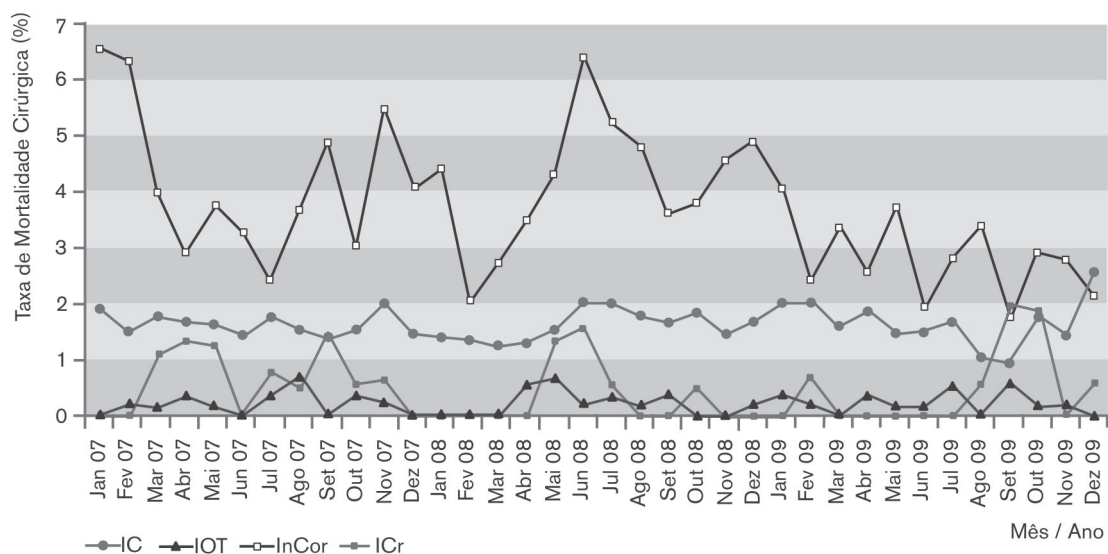
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.19 – Distribuição mensal da Taxa de Mortalidade Cirúrgica (%) e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009



Fonte: NIS

Figura 5.3.20 – Distribuição mensal da taxa de mortalidade cirúrgica segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009

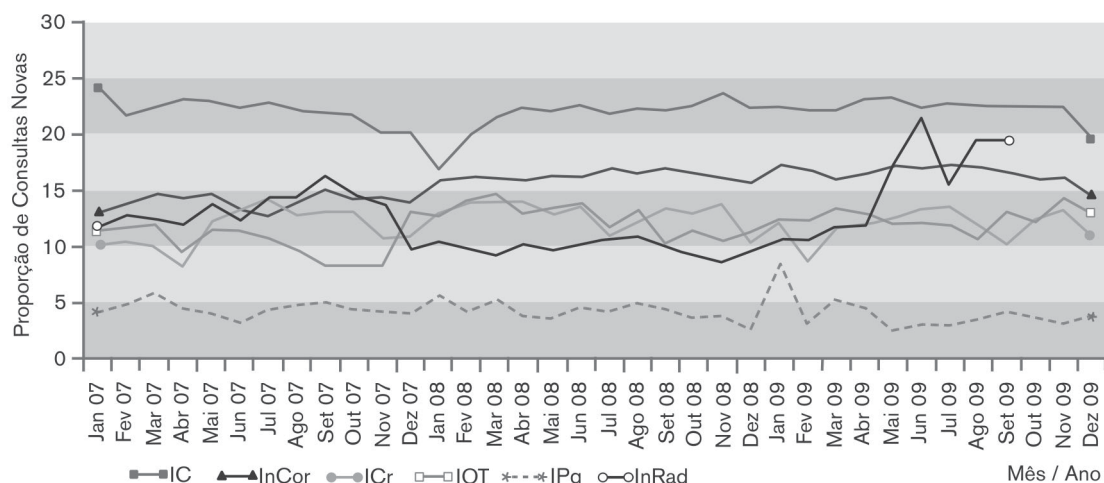


O Instituto de Psiquiatria não apresentou óbitos cirúrgicos.

Fonte: NIS

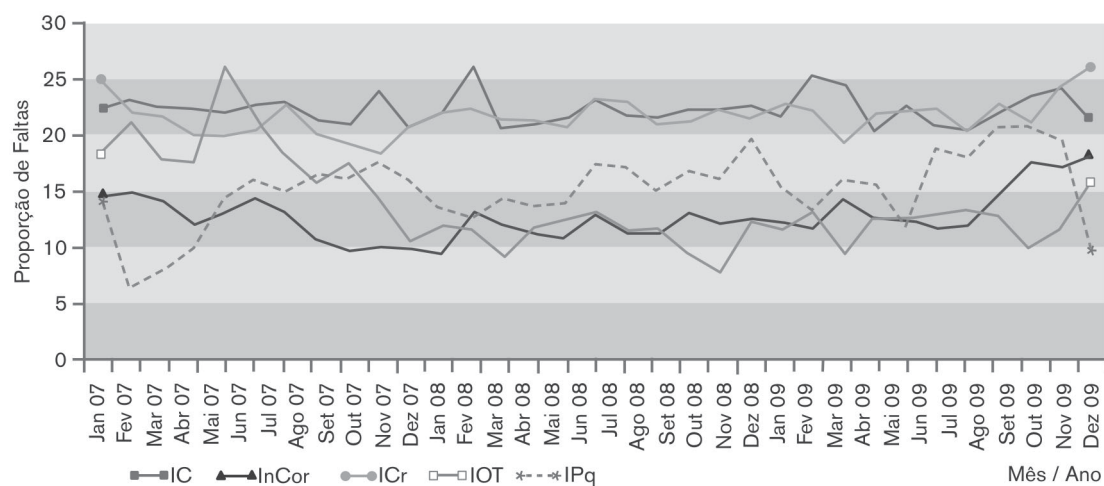
Com relação às consultas ambulatoriais, as figuras a seguir apresentam resultados relacionados a consultas novas realizadas e proporção de faltas e a produção do Pronto Socorro:

Figura 8.5.3.21 – Distribuição mensal do % de consultas novas/realizadas segundo Instituto – HC – 2007 a 2009



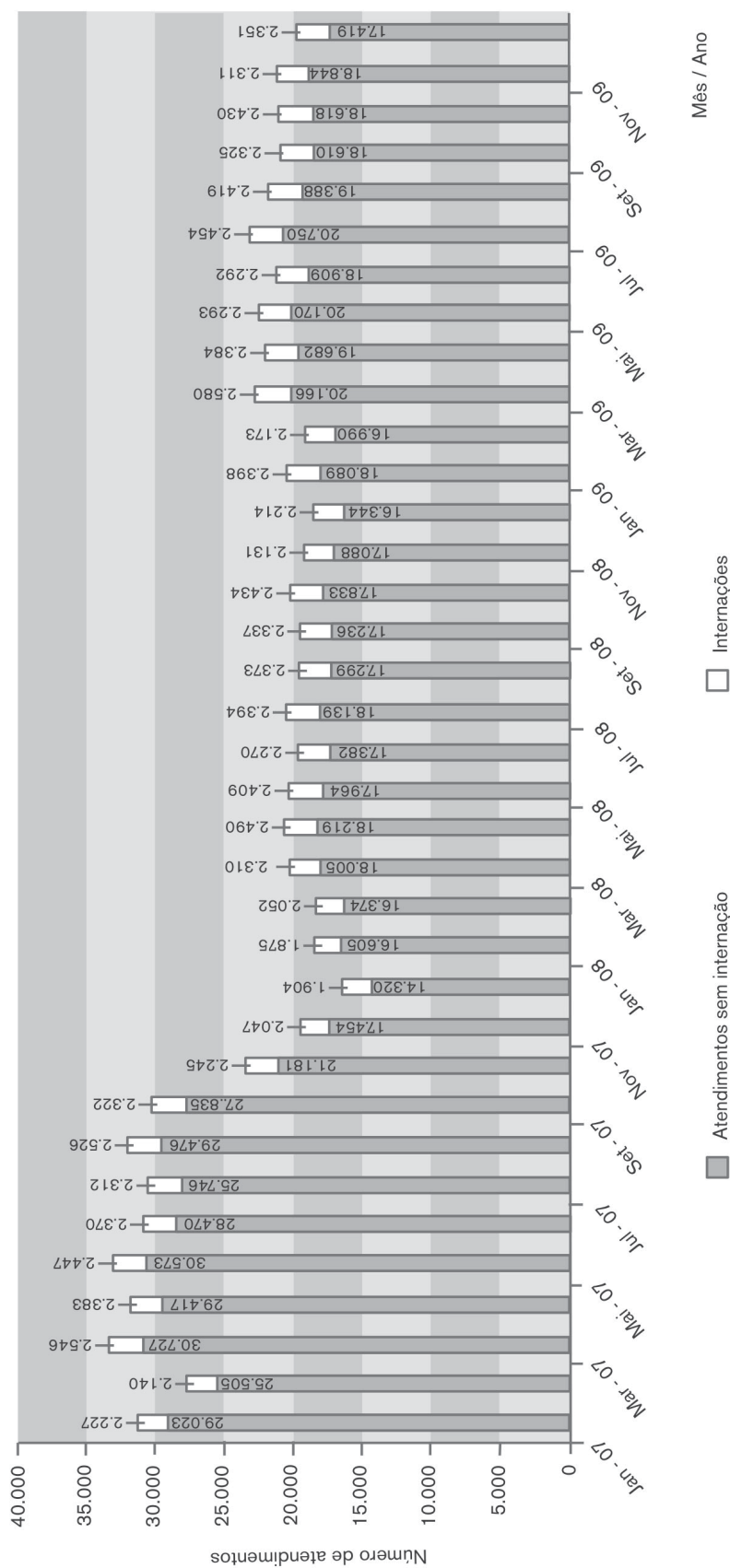
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.22 – Distribuição mensal da proporção de faltas às consultas médicas ambulatoriais segundo Instituto – HC – jan 2007 a set 2009



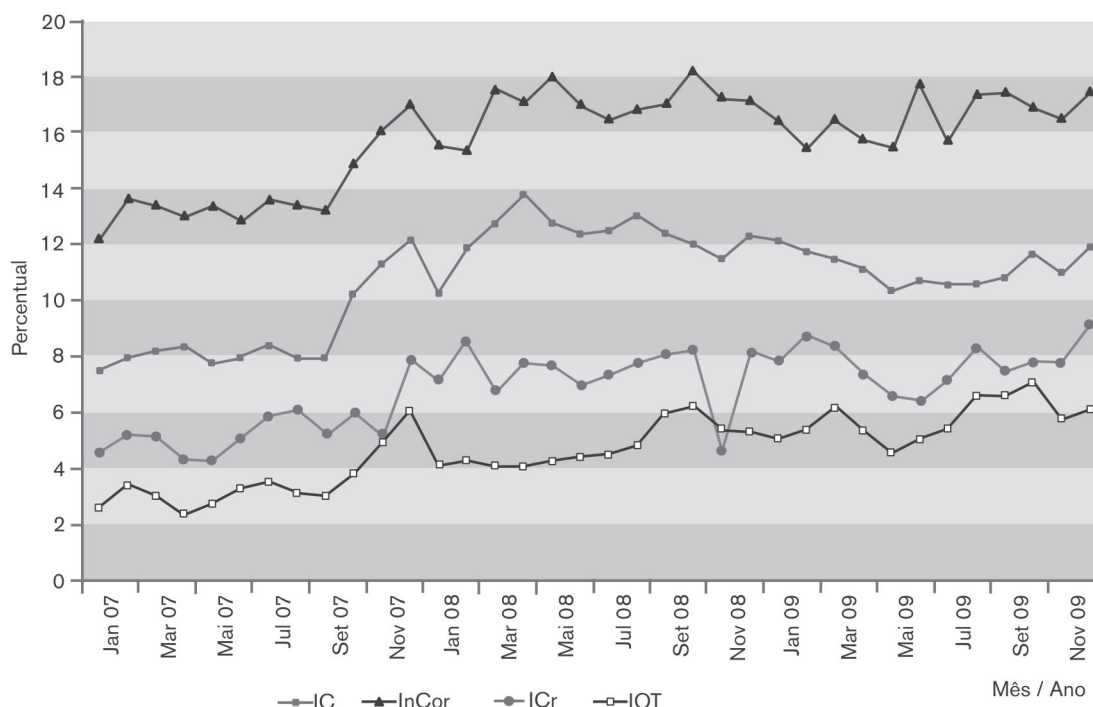
Fonte: NIS

Figura 8.5.3.23 – Distribuição mensal da produção do Pronto Socorro (Atendimentos e internações via Pronto Socorro) – Complexo Hospitalar – HC – 2007 a 2009



Fonte: NIS

Figura 8.5.3.24 – Distribuição mensal da taxa de internação via PS (%) segundo Instituto – Complexo Hospitalar – HC – 2007 a 2009



Fonte: NIS

8.5.4 RESULTADOS DOS PROCESSOS DE APOIO

Nos resultados dos Processos de apoio, estão apresentados dados referentes à pontuação das Unidades na Avaliação da Gestão, dados da Comissão de Ética Médica, Comissão de Bioética, Eventos, Fórum de Boas Práticas, Indicadores do Núcleo Especializado em Direito, e outros processos de apoio ligados à obras, equipamentos, medicações, infra-estrutura, Tecnologia da Informação.

8.5.4.1 Resultados das Unidades na Avaliação da Gestão

Figura 8.5.4.1.1 – Pontuação das Unidades do HC na Avaliação da Gestão

Pontuação	Estágio de Organização	2003	2004	2005	2006	2007/2008	2009
Faixa 4 351 - 450	Enfoques adequados para os requisitos da maioria dos itens, sendo alguns proativos, disseminados na maioria das áreas e processos, produtos e/ou partes interessadas. Uso continuado na maioria das práticas de Gestão, mas existem lacunas no interrelacionamento entre as práticas de Gestão. São apresentados alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação dos enfoques. Alguns resultados apresentam tendências favoráveis, início de uso de informações comparativas.						
Faixa 3 251- 350	Enfoques adequados aos requisitos de alguns itens, sendo os mesmos basicamente reativos, estando disseminados em algumas áreas e processos, produtos e/ou partes interessadas. Existem muitas lacunas no interrelacionamento entre as práticas de Gestão. Alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação dos enfoques são apresentados e algumas tendências favoráveis.						
Faixa 2 151 - 250	Os enfoques se encontram nos primeiros estágios de desenvolvimento, existindo lacunas significativas na aplicação da maioria deles. Começam a aparecer alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação de enfoques implementados.						
Faixa 1 0 - 150	Estágios muito preliminares de desenvolvimento de enfoques para os requisitos dos Critérios, não tendo sido iniciada a aplicação. Ainda não existem resultados relevantes decorrentes de enfoques implementados.						

8.5.4.2 Resultados da Comissão de Ética Médica e Comissão de Bioética

Figura 8.5.4.2.1 – Trabalhos realizados na Comissão de Ética Médica HC 2003 a 2009

Dados	Entrada	Em andamento	Concluídos	Relatados	Encaminha-dos CRM	Oitivas enviadas	Ofícios enviados	Curso da CEM para Residentes
Sindicância 2003	17	0	17	17	14	s/dados	273	s/dados
Sindicância 2004	14	0	14	14	10	s/dados	308	R1;R2;R3 2 dias aulas
Sindicância 2005	33	0	33	33	22	89	319	R1;R2;R3 2 dias aulas
Sindicância 2006	20	1	19	19	11	62	323	R1;R2;R3 2 dias aulas
Sindicância 2007	27	1	26	26	14	92	547	R1;R2;R3 2 dias aulas
Sindicância 2008	23	5	18	18	11	83	390	R1;R2;R3 2 dias aulas
Sindicância 2009	22	4	18	18	9	78	423	R1;R2;R3 2 dias aulas
Total Geral	156	11	145	145	91	404	2583	15 aulas

Nota: As aulas do Curso de Ética Médica são realizadas geralmente em dois módulos, com duração de 3 horas por módulo. Em 2009 foram feitos 2 módulos: 1º modulo meses 06 e 09/09 2º modulo mês 11/09

Figura 8.5.4.2.2 – Tipos de queixas recebidas na Comissão de Ética Médica HC

Tipos de queixas recebidas
Tratamento Pessoal (queixas da relação médico/paciente)
Queixa quanto aos resultados Médicos
Queixas de desentendimento entre profissionais
Não cumprimento das normas Institucionais

Figura 8.5.4.2.3 – Comissão de Bioética

ANO	Número de Pareceres emitidos
2005	10
2006	11
2007	08
2008	06
2009	11
TOTAL	46

8.5.4.3 Resultados do Centro de Convenções Rebouças – CCR

Figura 8.5.4.3.1 – Total de Eventos realizados no CCR - 2007 a 2009

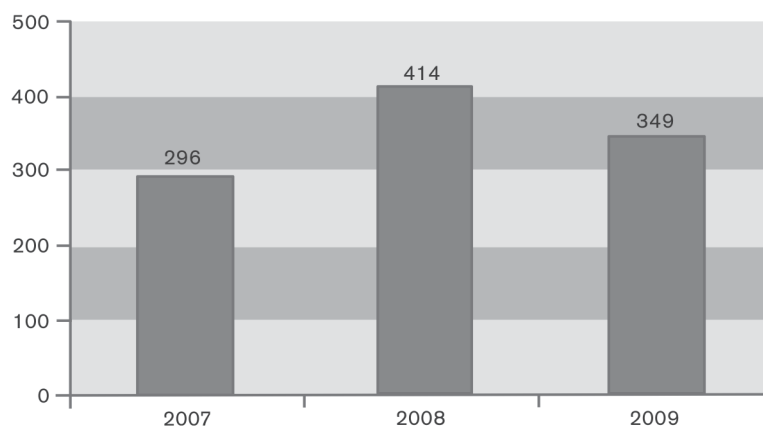


Figura 8.5.4.3.2 – Total de Eventos realizados no CCR segundo eventos externos e internos - 2007 a 2009

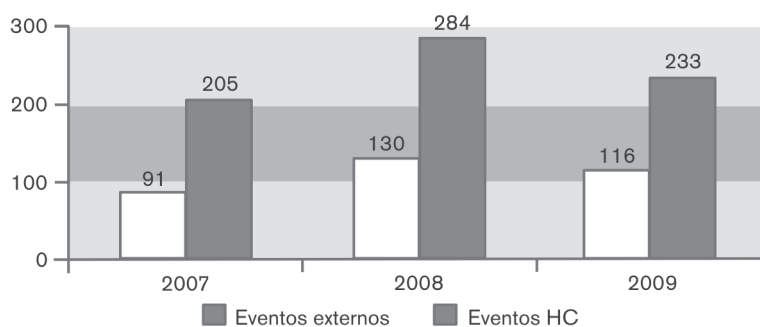


Figura 8.5.4.3.3 – Total de participantes nos Eventos realizados no CCR - 2007 a 2009

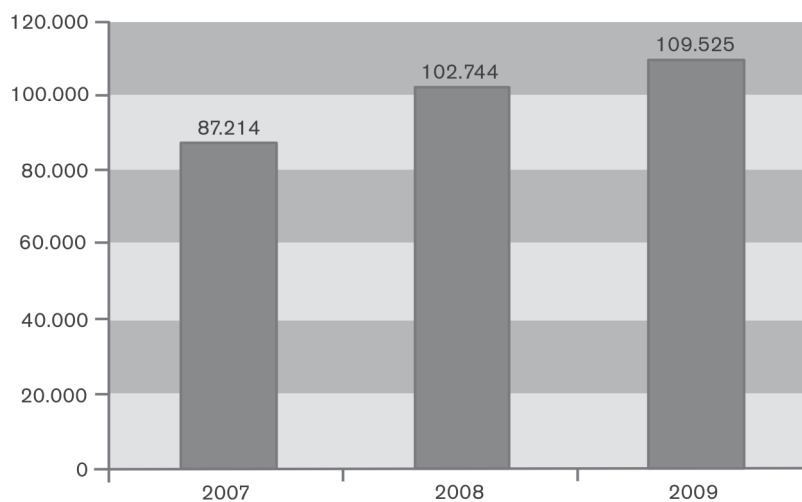


Figura 8.5.4.3.4 – Total de Clientes Novos no Centro de Convenções Rebouças de 2007 a 2009

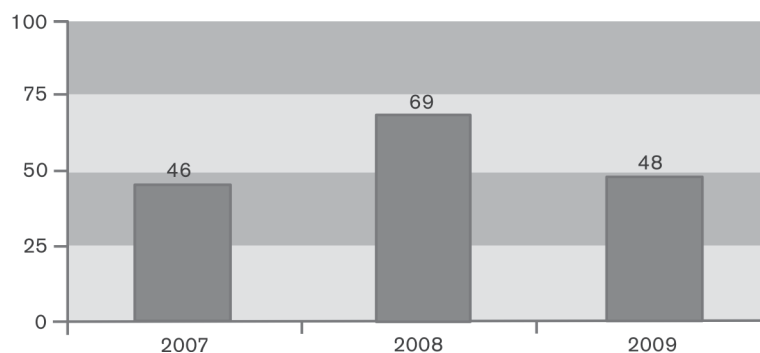


Figura 8.5.4.3.5 – Faturamento do Centro de Convenções Rebouças de 2007 a 2009

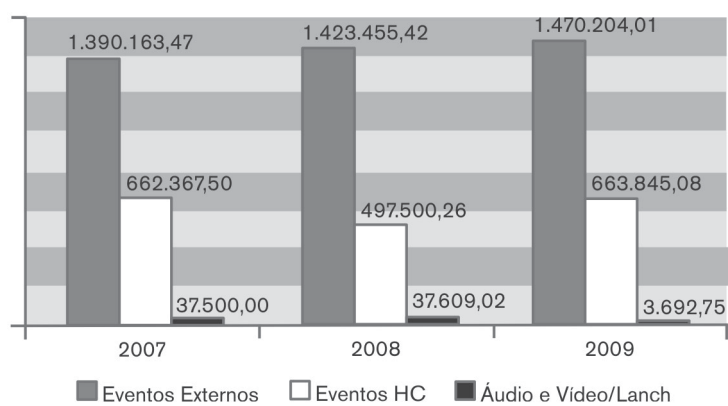


Figura 8.5.4.3.6 – Distribuição de Eventos por Tipologia no CCR - 2007 a 2009

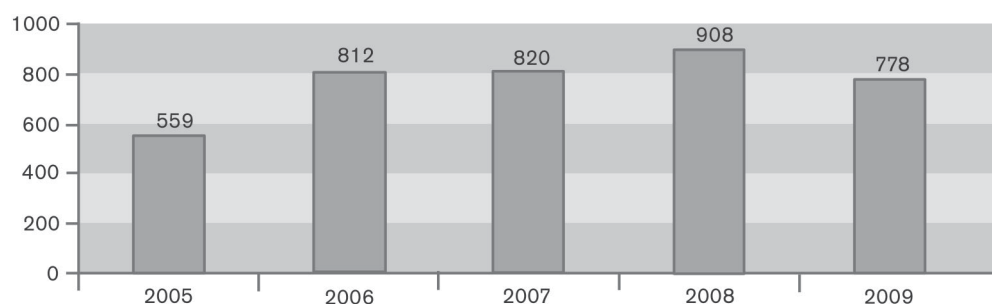
Áreas	2007	2008	2009
Assembléia	3	5	4
Aula	2	14	11
Concurso	7	29	19
Conferência	4	3	4
Congresso	20	23	23
Convenções	5	0	4
Cursos	87	117	94
Debate	0	0	1
Defesa de Tese	11	32	13
Encontros	14	12	15
Exposições	1	0	0
Fórum	16	14	15
Jornadas	11	9	10
Palestras	9	15	8
Reuniões	69	96	56
Seminário	10	15	21
Simpósio	10	12	21
Solenidades	17	17	26
Workshop	1	1	4
Total	297	414	349

Figura 8.5.4.3.7 – Distribuição de Eventos por Área no CCR - 2007 a 2009

Áreas	2007	2008	2009
Administração	63	69	60
Arquitetura	0	1	0
Arte/Cultura	3	3	3
Biologia	0	4	0
Biblioteconomia	1	0	0
Computação	5	8	5
Comunicação	2	4	3
Comércio	2	1	0
Cosmetologia	0	0	0
Direito	2	5	4
Economia	2	2	1
Educação	4	8	3
Energia	0	0	0
Enfermagem	10	8	10
Engenharia	1	1	2
Esporte	1	3	3
Farmácia	0	0	14
Filosofia	0	0	1
Fisioterapia	19	22	17
Física	1	0	0
Gráfica	1	0	0
História	1	0	0
Indústria	1	0	0
Línguas	0	4	1
Medicina Veterinária	0	0	0
Medicina	140	212	172
Meio ambiente	1	0	3
Marketing	1	2	2
Nutrição	7	9	6
Odontologia	4	4	3
Psicologia	0	5	4
Química	2	13	0
Religião	1	0	0
Serviço Social	2	5	3
Social	19	18	27
Turismo	1	3	2
Ética	0	0	0
Total	297	414	349

8.5.4.4 Resultados do Fórum de Boas Práticas

Figura 8.5.4.4.1 – Número de Participantes em Fórum de Boas Práticas



8.5.4.5 Resultados do Núcleo Especializado em Direito – NUDI

Figura 8.5.4.5.1 – Indicadores do Núcleo Especializado em Direito – NUDI

RESUMO DO DESEMPENHO	2005	2006	2007	2008	2009
Consultoria Jurídica	1.732	1.808	3.265	4.922	4.195
Contencioso (Ações Judiciais)	2.381	1.905	4.285	5.336	5.177
Ações Novas	592	323	1.503	1.554	948
Ações Trabalhistas	492	273	1.437	1.466	879
Ações Ordinárias	67	14	44	038	55
Mandados de Seguranças	15	05	11	23	13
Processos	15	02	01	02	*
Ações Civil Públicas	02	01	02	03	01
Execução Fiscal/Cobrança de Taxa	01	29	03	03	0
Comissão Especial de Precatórios					
Precatórios em Tramitação	357	293	372	358	344
Requisição de Pronto Pagamento	21	05	128	276	188
Comissão Processante Permanente – CPP					
Apuração Preliminar	25	11	09	06	09
Sindicâncias	58	04	05	16	14
Processos Administrativos Disciplinares	27	04	03	02	10
Comissão Permanente Acidentes em Veículos Oficiais – CPAVO	10	01	01	01	01

Nota: A partir de 2009 já discriminados em ações trabalhistas, ações ordinárias, ações civis públicas e mandados de segurança.

8.5.4.6 Resultados do Núcleo de Infra-estrutura e Logística

As figuras a seguir demonstram o volume de aquisições de bens e serviços de 2007 à 2009 no que se refere a material de consumo, serviços/contratos, equipamentos e obras:

Figura 8.5.4.6.1 – Volume de aquisições de materiais de consumo - 2007 a 2009 (R\$)

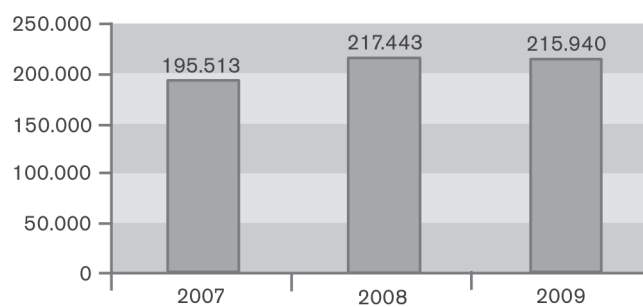


Figura 8.5.4.6.2 – Volume de aquisições de serviços e contratos - 2007 a 2009 (R\$)

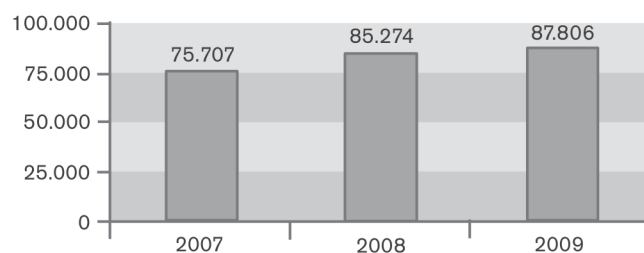


Figura 8.5.4.6.3 – Volume de aquisições de equipamentos – 2007 a 2009 (R\$)

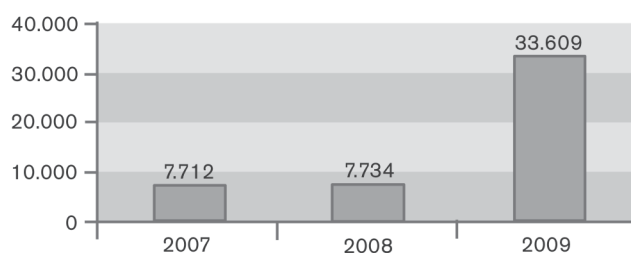


Figura 8.5.4.6.4 – Volume de aquisições de obras – 2007 a 2009 (R\$)

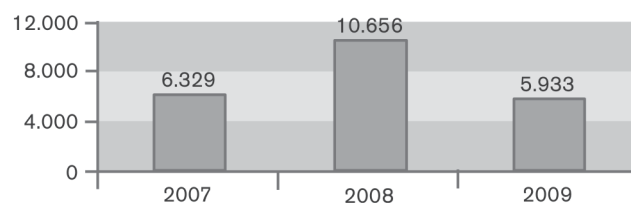


Figura 8.5.4.6.5 – Valores médios de materiais e medicamentos (R\$)

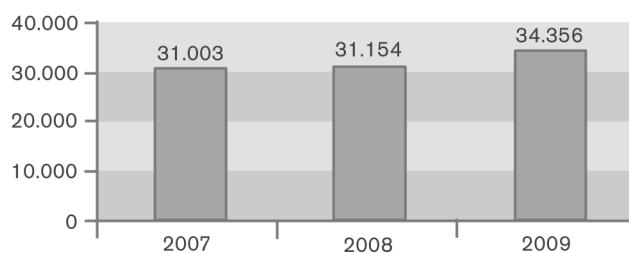


Figura 8.5.4.6.6 – Tempo médio de estoque (Dias)

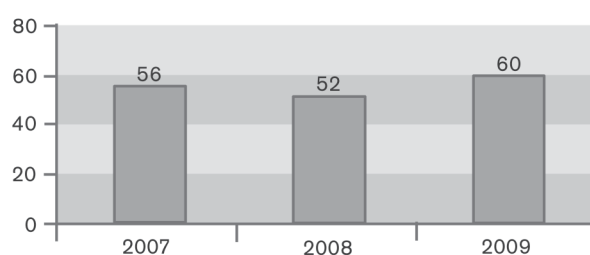


Figura 8.5.4.6.7 – Pontuação do Serviço de Limpeza

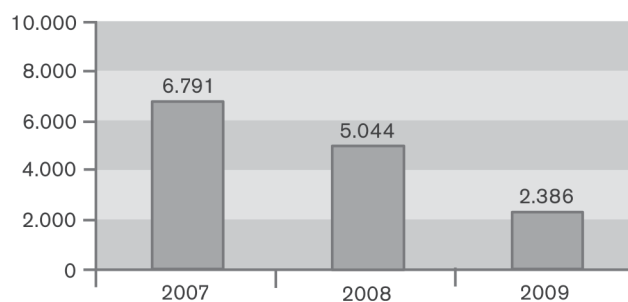
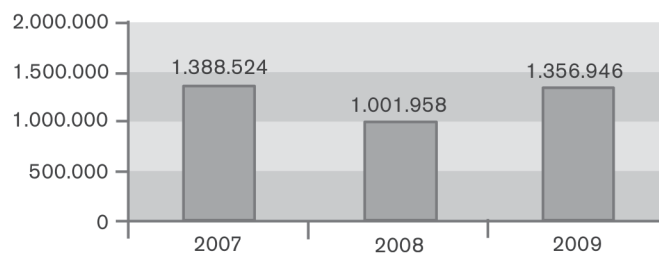


Figura 8.5.4.6.8 – Número de Atendimentos do PABX



8.5.4.7 Resultados do Núcleo de Engenharia e Arquitetura Hospitalar – NEAH

Figura 8.5.7.1 – Obras e Equipamentos do Complexo Hospitalar em 2009

Descrição	Liberado HC			Liberado FFM			Total Geral (HC + FFM)	Diferença Autorizado/ Liberado
	Obra	Equipamentos	Total HC	Obra	Equipamentos	Total FFM		
Instituto Central	4.423.250,48	7.159.112,98	11.582.363,46	138.900,00	-	138.900,00	11.721.263,46	(11.721.263,46)
Instituto de Radiologia	-	-	-	-	-	-	-	-
Instituto do Coração	75.439,15	1.820,00	77.259,15	101.770,61	-	101.770,61	179.029,76	(179.029,76)
Instituto da Criança	259.094,93	-	259.094,93	70.477,12	-	70.477,12	329.572,05	(329.572,05)
Infra-Estrutura + Hospitais Auxiliares	340.516,00	867.756,67	1.208.272,67	36.400.000,00	78.533,26	36.478.533,26	37.686.805,93	(37.686.805,93)
Instituto de Ortopedia e Traumatologia	176.832,90	-	176.832,90	-	-	-	176.832,90	(176.832,90)
Instituto de Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	-
	5.275.133,46	8.028.689,65	13.303.823,11	36.711.147,73	78.533,26	36.789.680,99	50.093.504,10	(50.093.504,10)

8.5.4.8 Resultados do Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação – NETI

Figura 8.5.4.8.1 – Índice de disponibilidade dos sistemas

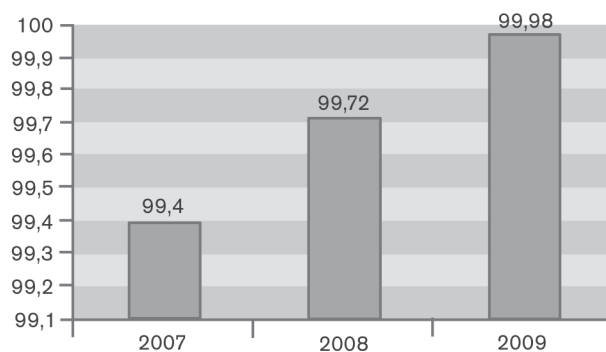
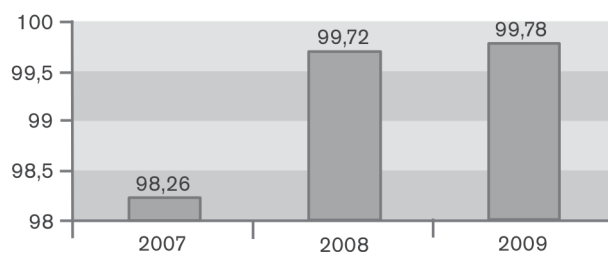


Figura 8.5.4.8.2 – Índice de disponibilidade dos serviços de rede



OUTRAS REALIZAÇÕES E PRÊMIOS RECEBIDOS

I - Prêmios recebidos

1. Prêmio SAÚDE promovido pela revista SAÚDE! É Vital, da Editora Abril, concedido à Disciplina de Urologia da FMUSP e o Laboratório de Investigação Médica da Unidade, com o trabalho: "Para prever a volta de um câncer", conquistando o primeiro lugar na categoria da Saúde Masculina.
2. Prêmio "Prof. Virgílio Carvalho Pinto" aos membros do Serviço de Cirurgia Pediátrica do ICr, pelo trabalho "Surgical Treatment of Hepatic Tumors in Children: Lessons Learned from Liver Transplantation" apresentado no XII Congresso Brasileiro de Urologia, VII Congresso Paulista de Cirurgia Pediátrica e Jornada Brasileira de Transplante de Órgãos em Pediatria.
3. Prêmio Científico em Congresso da Sociedade Brasileira Cardíaca, concedeu ao Instituto do Coração a premiação de melhor trabalho na categoria pesquisa/experimental com "Bandagem Pulmonar Intermitente versus Convencional: Estudo Experimental de Hipertrofia do Miocárdio Adulto".
4. Prêmio Idéias Saudáveis, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde, contemplou o Instituto da Criança com o segundo lugar na categoria Gestão de Recursos Humanos por conta do projeto "Conhecendo quem Faz", cuja proposta consiste em levar as crianças e adolescentes internados a visitar algumas áreas do hospital nas quais os colaboradores não mantêm contato direto com os pacientes.
5. Prêmio Nacional de Saúde Pública no concurso nacional INOVARE de projetos em saúde pública, com o trabalho "Prevalência da Surdez Incapacitante no Brasil". O trabalho é tema de tese de doutorado do programa de pós-graduação da área de Otorrinolaringologia da FMUSP.
6. Premiado em segundo lugar com o pôster "Resíduo de Medicamento: a prática do descarte correto na farmácia ambulatorial de um hospital público de grande porte", da Divisão de Farmácia do Instituto Central, durante o VII Congresso da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar.
7. Prêmio "Banco de Boas Práticas" concedido ao Hospital das Clínicas da FMUSP pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) durante 17º Seminário Internacional em Busca da Excelência, pela disseminação das práticas de gestão que vêm sendo desenvolvidas na Instituição.
8. Prêmio Governador Mário Covas, na categoria "Excelência em Gestão Pública", concedido ao Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP com o trabalho "Gestão Estratégica da Unidade de Farmacotécnica Hospitalar na busca da excelência e resultados".
9. Prêmio Top Hospitalar 2008, concedido ao Hospital das Clínicas da FUMUSP pelo segundo ano consecutivo na categoria Hospital Público.
10. Premiações por trabalhos apresentados no XXI Congresso Brasileiro de Ecocardiografia, ao Serviço de Ecocardiografia. O 1º lugar, na Categoria Melhor Tema Livre com o trabalho "Estudo Comparativo da Avaliação das Alterações da Contração Segmentar e da Perfusão Miocárdica durante Estresse pela Dobutamina-Atropina, pela Ecocardiografia com Contraste e pela Ressonância Magnética, na Detecção de Doença Arterial Coronária Obstrutiva". O 1º lugar na Categoria Melhor Apresentação de Caso, com o tema: "Pseudoaneurisma Subvalvular Mitral ao Eco 3D em Paciente Jovem Febril". E o 2º lugar – Prêmio Jonas Talberg, com o trabalho: Prognostic Value of Dobutamine Stress Echocardiography with Early Injection of Atropine With Versus without Chronic Beta-Blocker Therapy in Patients with Known or Suspected Coronary Heart Disease"
11. Prêmio no Congresso ADH 2009 recebido pela Divisão de Farmácia do Instituto Central do HCFMUSP com o pôster "Fórum Permanentemente para Prevenção ao Erro de Medicação".
12. A Divisão de Laboratório Central (DLC) do IC recebeu no último dia 8 de abril, após auditoria pela empresa certificadora Fundação Carlos Alberto Vanzolini, recomendação a certificação em gestão ambiental pela norma NBR ISO 14001:2004.

13. Menção Honrosa São Paulo sem Rubéola, concedido ao Centro de Imunizações do Hospital das Clínicas da FMUSP pela Secretaria Municipal da Saúde pelo apoio, comprometimento e esforços na Campanha de Vacinação para Eliminação da Rubéola. O Centro de Imunização aplicou 6.251 doses da vacina, sendo 3.653 em mulheres e 2.598 em homens.
14. Prêmio Destaque em Transplantes e Captação de Órgãos 2009, concedido ao Instituto do Coração por ser líder em transplantes de pulmão e coração; e ao Instituto Central do Hospital das Clínicas e ao Instituto da Criança, por Transplante de Fígado.
15. Prêmio “Análise Medicina 2009”, elegeu o Instituto de Ortopedia e Traumatologia do HCFMUSP como um dos hospitais de ortopedia mais admirados, de acordo com a publicação Análise Saúde 2009 – Os Mais Admirados da Medicina – Médicos e Hospitais.
16. Prêmio “Análise Medicina 2009”, apontou o Instituto da Criança como “Os Mais Admirados da Medicina – Médicos e Hospitais”, pela respeitabilidade e reconhecimento de seu corpo clínico. Dos 183 pediatras e 10 cirurgiões pediatras relacionados no levantamento, 34 pediatras e 4 cirurgiões são integrantes da equipe do ICr.

GLOSSÁRIO

AAAOC - Associação Atlética Acadêmica
Oswaldo Cruz

ABNT – Associação Brasileira de Normas
Técnicas

ABRA – Associação Brasileira de Asmáticos

AES - Empresa de energia global com as
empresas de geração e distribuição nos
cinco continentes.

AMS – Atendimento Médico ao Servidor

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância
Sanitária

AR – Aviso de Recebimento

AVE – Acidente Vascular Encefálico

AVOHC – Associação dos Voluntários do
HCFMUSP

BEC – Bolsa Eletrônica de Compras

BOM – Bilhete Ônibus Metropolitano

BSC – *Balanced Score Card*

CADTERC – Cadastro de Serviços
Terceirizados

CAENF - Comissão das Atividades de
Enfermagem

CAIP – Comissão de Análise de informações
sobre Pacientes

CAO – Comitê de Acompanhamento
Orçamentário

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior

CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa

CATS – Comissão de Avaliação em Tecnologia
de Saúde

CCI – Centro de Comunicação Institucional

CCIH – Comissão de Controle de Infecção
Hospitalar

CCR – Centro de Convenções Rebouças

CEAH - Centro de Engenharia e Arquitetura
Hospitalar

CEDEA - Centro de Desenvolvimento do
Ensino e da Aprendizagem

CEF – Centro Econômico-Financeiro

CEM – Comissão de Ética Médica

CEP - Centros de Educação Permanente

CePe – Centros de Gestão de Pessoas

CePG – Centro de Planejamento e Gestão

CETI – Centro Especializado em Tecnologia da
Informação

CF – Comissão de Farmacologia

CG – Centro de Gerenciamento

CIG – Comitê de Integração e Gestão

CILO – Centro de Infra-Estrutura e Logística

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de
Acidentes

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNEN – Conselho Nacional de Energia
Nuclear

CNPq – Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CoBi – Comissão de Bioética

CONAMA – Conselho Nacional do Meio
Ambiente

COVISA - Coordenação de Vigilância em
Saúde

CPG – Comitê de Planejamento e Gestão

CQH – Compromisso com a Qualidade
Hospitalar

CREA – Conselho Regional de Engenharia e
Arquitetura

CRM – Conselho Regional de Medicina

CTOT – Comissão de Transplante de Órgão e
Tecidos

DAC – Divisão de Atividades Complementares

DCC – Divisão de Construção e Conservação

DIREX – Diretor Executivo

DM – Divisão de Materiais	HC-TV – Canal de TV do Hospital das Clínicas da FMUSP
DNC – Doenças de Notificação Compulsória	IC – Instituto Central
DOE – Diário Oficial do Estado	ICESP – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
DORT – Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho	ICr – Instituto da Criança
DRH – Departamento de Recursos Humanos	IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
DW – <i>Data Ware House</i>	IEP – Instituto de Ensino e Pesquisa
EAESP/FGV – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV	IH – Infecção Hospitalar
ECT – Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos	IMESP – Imprensa Oficial do Estado de São Paulo
EEP – Escola de Educação Permanente	IMRea – Instituto de Medicina Física e Reabilitação
EUA – Estados Unidos da América	InCor – Instituto do Coração
FATEC – Faculdade de Tecnologia	INPIA – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Psiquiatria para Infância e Adolescência
FBP – Fórum de Boas Práticas	InRad – Instituto de Radiologia
FFM – Fundação Faculdade de Medicina	INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos	INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	IOT – Instituto de Ortopedia e Traumatologia
FNQ – Fundação Nacional para Qualidade	IPq – Instituto de Psiquiatria
FT – Força de Trabalho	IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social
FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo	IPT – Instituto de Pesquisas Tecnológicas
FZ – Fundação Zerbini	IQP – Incidência de Queda de Paciente
GCAA – Grupo de Controle de Atividades Administrativas	IS – Instrução de Serviço
GCM – Guarda Civil Metropolitana	ISO – <i>International Organization for Standardization</i> (Organização Internacional para Padronização)
GPO – Grupo de Planejamento Orçamentário	ISO NBR - <i>International Organization for Standardization</i> (Organização Internacional para Padronização) – Normas Brasileiras.
HAC – Hospital Auxiliar do Cotoxó	LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
HAS – Hospital Auxiliar de Suzano	LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
HC – Hospital das Clínicas	
HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	
HCNET – Endereço eletrônico a o HC, www.hcnet.usp.br .	

LIM – Laboratório de Investigação Médica	PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
MEDEX – Medicamentos Excepcionais	PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade
MEG – Modelo de Excelência em Gestão	PO – Plano Operativo
NAGEH – Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar	POP – Procedimento Operacional Padrão
NAPesq – Núcleo e Apoio à Pesquisa Clínica	PPA – Plano Plurianual
NCI – Núcleo de Comunicação Institucional	PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
NEAH – Núcleo de Engenharia e Arquitetura Hospitalar	PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar
NEF – Núcleo Econômico Financeiro	PRODESP – Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo
NETI – Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação	PS – Pronto Socorro
NGP – Núcleo de Gestão de Pessoas	PURA – Programa de Uso Racional da Água
NILO – Núcleo de Infra-estrutura e Logística	RA – Relatório de Avaliação
NIS – Núcleo de Informações em Saúde	RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
NPG – Núcleo de Planejamento e Gestão	RG – Relatório de Gestão
NR-9 - Norma Regulamentar número 9	RH – Recursos Humanos
NTA – Núcleo Técnico Administrativo	RIS/PACS – Radiology Information System / <i>Picture Archiving and Communication System</i>
NUDI – Núcleo Especializado em Direito	ROT – Rotinas Operacionais
OEC - Objetivos Estratégicos Corporativos	RP – Relações Públicas
OEE - Objetivos Estratégicos Específicos	SA – <i>Strategic Adviser</i>
OS – Ordem de Serviço	SABESP – Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
OVID – Base de dados para pesquisa	SAHE – Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino
PA – Prédio da Administração	SAIPs – Subcomissões de Avaliação da Informação sobre Pacientes
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	SAM – Sistema de Administração de Materiais
PCS – Plano de Cargos e Salários	SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística
PD – Plano Diretor	SAMSS – Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores
PE – Planejamento Estratégico	SCA – Serviço de Comunicações Administrativas
PEG – Programa de Educação Gerencial	SES – Secretaria Estadual de Saúde
PGP – Procedimento Gerencial Padrão	
PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde	
PIB – Produto Interno Bruto	
PIN – Prêmio de Incentivo	

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

SGP – Secretaria de Gestão Pública

SI - HC - Sistema de Informática Hospital das Clínicas

SI - ICr - Sistema de Informática Instituto da Criança

SI3 – Sistema de Informática do Instituto do Coração

SIAFEM – Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios

SIAFÍSICO – Sistema Integrado de Informações Físico-Financeiras

SIGH - Sistema Integrado de Gerenciamento Hospitalar

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SISCOMEX - Sistema Integrado de Comércio Exterior

SCOL – Sistema de Consulta *On-Line*

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SRA – Seção de Recebimento e Armazenamento

SUS – Sistema Único de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats* (força, fraqueza, oportunidades e ameaças)

TI – Tecnologia da Informação

TIE – Tomógrafo de Impedância Elétrica

UA – Unidades Administrativas

UAL – Unidade de Apoio à Licitação

UCC – Unidade de Controle de Contratos

UF – Unidades Funcionais

UGE – Unidades Gestoras Executoras

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICAMP – Universidade de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPP – Úlcera por Pressão

USP – Universidade de São Paulo