



# **Relatório de Gestão**

## **HC FMUSP**

### **2010**





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – 2010  
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 Eloy Pessoa de Barros Filho

Membros Titulares: Prof. Dr. José Otávio Costa Auler Júnior  
Profa. 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: Profa. Dra. Magda Maria Sales Carneiro-Sampaio  
Prof. Dr. Wagner Farid Gattaz  
Prof. Dr. Arnaldo Valdir Zumiotti  
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  
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

Coordenação dos Trabalhos: NPG – Núcleo de Planejamento e Gestão  
Elaboração e Produção: Superintendência

Hospital das Clínicas da FMUSP  
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 225  
CEP 05403-010 – São Paulo – SP  
Tel: (11) 2661 6000  
Site: [www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br)

# 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 2010 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 2010.

José Manoel de Camargo Teixeira  
Superintendente

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| PERFIL.....   | 06  |
| P1 Descrição da Organização.....                                    | 06  |
| P2 Concorrência.....  | 19  |
| P3 Aspectos Relevantes.....   | 19  |
| P4 Histórico da Busca da Excelência.....                            | 19  |
| P5 Organograma.....   | 20  |
| 1. LIDERANÇA.....   | 22  |
| 1.1 Governança Corporativa.....                                     | 22  |
| 1.2 Exercício da Liderança e Promoção da Cultura da Excelência..... | 28  |
| 1.3 Análise do Desempenho da Organização.....                       | 38  |
| 2. ESTRATÉGIAS E PLANOS.....  | 45  |
| 2.1 Formulação das Estratégias.....                                 | 45  |
| 2.1 Implementação das estratégias.....                              | 52  |
| 3. CLIENTES.....  | 58  |
| 3.1 Imagem e Conhecimento de Mercado.....                           | 58  |
| 3.2 Relacionamento com Clientes.....                                | 61  |
| 4. SOCIEDADE.....   | 68  |
| 4.1 Responsabilidade Socioambiental.....                            | 68  |
| 4.2 Desenvolvimento Social.....                                     | 73  |
| 5. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO.....                                  | 79  |
| 5.1 Informações da Organização.....                                 | 79  |
| 5.2 Informações Comparativas.....                                   | 84  |
| 5.3 Ativos Intangíveis e Conhecimento Organizacional.....           | 88  |
| 6. PESSOAS.....   | 92  |
| 6.1 Sistemas de Trabalho.....                                       | 92  |
| 6.2 Capacitação e Desenvolvimento.....                              | 95  |
| 6.3 Qualidade de Vida.....  | 99  |
| 7. PROCESSOS.....   | 107 |
| 7.1 Processos Principais do Negócio e Processos de Apoio.....       | 107 |
| 7.2 Processos de Relacionamento com os Fornecedores.....            | 117 |
| 7.3 Processos Econômico-financeiros.....                            | 121 |
| 8. RESULTADOS.....  | 126 |
| 9. OUTRAS REALIZAÇÕES E PRÊMIO RECEBIDOS.....                       | 166 |
| GLOSSÁRIO.....  | 168 |



## **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.

A capacidade hospitalar mensal instalada no HCFMUSP em 2010 foi de 2.217 leitos, dos quais estiveram em operação 2.020 leitos. O número de saídas hospitalares no período foi de 70.131, com volume mensal, em média, de 5.844. O volume médio de procedimentos cirúrgicos foi de 3.089 por mês, totalizando 37.063 cirurgias realizadas no ano. A taxa de ocupação mensal variou de 75% a 80,8%, sendo a média anual de 78,7%. A média de permanência hospitalar em variou de 7,8 a 8,9 dias.

Nas unidades de emergência foram realizados 260.029 atendimentos (em média 21.669 por mês). Este volume de atendimentos gerou 29.214 internações. Nos ambulatórios, foram realizadas 1.365.016 consultas médicas (média mensal de 113.751 consultas). A produção de diagnóstico por imagem no ano de 2010 foi de: 440.764 Raios-X; 86.009 Tomografias; 20.904 Ressonâncias magnéticas; 193.043 outros exames.

Ocupa uma área construída de aproximadamente 376.000,00 m.<sup>2</sup>, com 14.690 funcionários e um orçamento estadual executado em 2010 de R\$ 825.000.000,00. A este valor devem ser somados mais R\$ 429.000.000,00 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. P1A1 apresenta-se, para cada Unidade, a média de leitos operacionais ofertados durante o ano de 2010.

| <b>LEITOS OPERACIONAIS – HCFMUSP 2010</b>                                  |              |                                     |   |
|--|--------------|-------------------------------------|---|
| <b>Unidade</b>   | <b>Sigla</b> | <b>MÉDIA DE Leitos Operacionais</b> | <b>Característica Principal</b>                                 |
| Instituto Central Dr. Adhemar Pereira de Barros                            | IC           | 897                                 | Hospital Geral de Especialidades                                |
| Instituto do Coração Prof. Euríclides de Jesus Zerbini                     | InCor        | 456                                 | Hospital Especializado em Cardiologia Clínica e Cirúrgica       |
| Instituto de Ortopedia e Traumatologia Prof. Francisco Elias Godoy Moreira | IOT          | 152                                 | Hospital Especializado em Ortopedia e Traumatologia             |
| Instituto da Criança Prof. Pedro de Alcântara                              | ICr          | 198                                 | Hospital Especializado no Atendimento a Crianças e Adolescentes |
| Instituto de Psiquiatria Prof. Antonio Carlos Pacheco e Silva              | IPq          | 103                                 | Hospital Especializado em Psiquiatria                           |
| <b>Total Médio leitos operacionais</b>                                     |              | <b>1806</b>                         | <b>Hospitais agudos</b>   |
| Hospital Auxiliar de Suzano  | HAS          | 110                                 | Hospital para atendimento de pacientes crônicos                 |
| Hospital Auxiliar de Cotoxó  | HAC          | 103                                 | Hospital para atendimentos de pacientes subagudos               |
| <b>Total leitos operacionais</b>   |              | <b>213</b>                          | <b>Hospitais de crônicos e subagudos</b>                        |
| <b>Total de Leitos Operacionais (Média 2010)</b>                           |              | <b>2019</b>                         |   |

Figura P1A1 - 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

## 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 1.082 alunos de medicina, 110 de fisioterapia, 107 de fonoaudiologia e 103 de terapia ocupacional. Destaca-se que os dois últimos anos do curso de graduação em medicina da FMUSP são de internato, centrado principalmente nas seguintes áreas gerais: clínica médica, cirurgia, cardiopneumologia, dermatologia, gastroenterologia, ginecologia, medicina preventiva, moléstias infecciosas, medicina legal, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e traumatologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e radiologia. Em 2010 formaram-se 160 alunos de medicina, 23 alunos de fisioterapia, 31 alunos de fonoaudiologia e 19 de terapia ocupacional.

##### (1.1.2) Residência Médica

O programa de Residência Médica é oferecido por 16 Departamentos da FMUSP, totalizando em 2010, 1063 médicos residentes. São vagas credenciadas nas seguintes áreas básicas e de acesso direto: Acupuntura, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Genética Médica, Infectologia, Medicina de Família e Comunidade, Medicina do Trabalho, Medicina Esportiva, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Medicina Preventiva e Social, Neurologia, Neurocirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Oftalmologia, Ortopedia e Traumatologia, Patologia, Patologia Clínica / Medicina Laboratorial, Pediatria, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Como Especialidades Clínicas: Alergia e Imunologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Hematologia e Hemoterapia, Nefrologia, Pneumologia, Reumatologia, Cancerologia Clínica, Endocrinologia e Geriatria. Como Especialidades Cirúrgicas têm: Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Geral - Programa Avançado, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Coloproctologia e Urologia. Outras Especialidades: Cancerologia Pediátrica, Cirurgia da Mão, Mastologia, Medicina Intensiva, Neurologia Pediátrica e Nutrologia. Há também os anos adicionais de: Cirurgia do Aparelho

Digestivo - Endoscopia Digestiva, Clínica Médica - Clínica Médica, Gastro - Hepatologia, Gastro - Endoscopia Digestiva, Medicina Física - Neurofisiologia Clínica, Medicina Preventiva - Administração em Saúde, OG - Medicina Fetal, OG, Reprodução Humana, OG - Ultra-Sonografia, OG - Endoscopia Ginecológica, Otorrino - Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial, Pediatria (Alergia e Imunologia Pediátrica, Endocrinologia Pediátrica, Gastroenterologia Pediátrica, Infectologia Pediátrica, Medicina do Adolescente, Medicina Intensiva Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia, Neurologia Pediátrica, Nutrologia Pediátrica, Pediatria, Pneumologia Pediátrica, Reumatologia Pediátrica), Psiquiatria (Psicogeriatrics, Psicoterapia, Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Psiquiatria Forense), Coração (Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular), Pulmão (Cirurgia Torácica e Pneumologia), Fígado (Cirurgia do Aparelho Digestivo, Gastroenterologia, Cirurgia Pediátrica), Rim (Pediatria, Nefrologia e Urologia).

Os residentes são matriculados com Bolsas fornecidas pela Secretaria de Estado da Saúde (93% do total), Bolsas de Fonte Privada (6% do total) e Bolsas do Ministério da Saúde – Transplantes (1% do total). Neste total incluem bolsas R1, R2, R3, R4 e R5.

### **(1.1.3) Programa Aprimoramento Profissional**

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;
- 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 2010, para início em 2011, 2421 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. Em 2010 houve um crescimento no número de cursos administrados pela Escola em função da incorporação dos cursos técnicos profissionalizantes e extracurriculares administrados pelo CeFACS, os cursos médicos e o Programa Angola. No ano de 2010, foram administrados 57 cursos pela equipe, sendo que 18 para os profissionais técnicos, 32 para profissionais da área de saúde, 06 para médicos e 01 para médicos estrangeiros.



#### **(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 Técnico), 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. Em 2010 a Escola celebrou 94 termos de contrapartida com 34 Instituições de Ensino.

#### **(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 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. Algumas categorias 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 2010 foram contemplados 442 profissionais nesse programa.

#### **(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 2010 houve 181 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 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.

Em 2010 na ajuda de custo foram contemplados sete servidores (supervisor titular/suplente ou colaborador).

#### **(1.1.9) 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 frequentando 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 quatro estudantes de Direito. Os primeiros estudantes chegaram no mês de setembro de 2009. No ano de 2010 foram 8 alunos.

#### **(1.1.10) Residência Multiprofissional e Residência em Área Profissional da Saúde**

Ingressaram pela primeira vez, 8 residentes no Programa de Residência em Odontologia Hospitalar com bolsas de Estudo oferecidas pelo Programa nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, criado pelo Ministério da Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde e Ministério da Educação – Secretaria de Educação Superior no ano de 2010.

#### **(1.1.11) 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 da Universidade do Estado de São Paulo – FFM/HC-FMUSP. 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.

Em 2010 foram contemplados 12 profissionais para esse programa.

#### **(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;
- Reabilitação motora e sensório-motora.

## **(2) Principais processos de apoio:**

- Planejamento estratégico;
- Engenharia e arquitetura hospitalar;
- Tecnologia da informação;
- Infraestrutura e logística;
- Jurídico;
- Gestão de pessoas;
- Comunicação institucional;
- Gestão econômico-financeira;
- Organização de eventos;
- 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.

Em 2010, O IC inaugurou nova área da Unidade de Hemodiálise de Agudos, localizada no 7º andar do prédio, que permitirá um aumento na capacidade de realizar diálise em pacientes internados ou em atendimento de emergência. A estimativa é que após as obras de ampliação e aquisição de mais três máquinas convencionais, cerca de 24 pacientes renais sejam atendidos diariamente em quatro turnos, eliminando o quinto turno de diálise, adotado para atender a procura dos doentes que necessitam de tratamento dialítico. Além da aquisição de equipamentos e da reforma, foram realizadas obras de revitalização, troca da parte hidráulica e elétrica, revisão de sistema de filtros de água e de ar-condicionado e adequação da rede de tratamento de água por osmose.

O IC também inaugurou novas instalações do Setor de Saúde Suplementar da Divisão de Clínica Otorrinolaringológica e investiu no Serviço de Eletroencefalografia da Divisão de Neurologia, aumentando em 100% sua capacidade de atendimento (de 300 exames por mês o serviço passará a realizar 600 exames). Além dos equipamentos fixos, o setor contará com equipamentos móveis para a realização de exames em pacientes graves internados nas Unidades de Terapia Intensiva ou com entrada no Pronto-Socorro.

**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 e 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.

Em 2010, o IOT inaugurou um moderno Laboratório de Artroscopia. De acordo com o coordenador do laboratório, doutor José Ricardo Pécora, o novo espaço estará entre os melhores do mundo em termos de tecnologia e será utilizado para o treinamento de ortopedistas de toda a América do Sul, além de alunos e residentes do HC.

Também inaugurou oficialmente em agosto, o Centro de Microcirurgia Reconstructiva e Cirurgia de Mão - o primeiro do país a ter equipes especializadas de plantão, atendendo 24 horas por dia, de segunda a sexta-feira. O novo centro traz à população avanços da medicina que tornam possível a recuperação de um membro, evitando a amputação.

**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 2010, o IPq conseguiu junto à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) apoio financeiro no valor de R\$ 3,5 milhões destinado a um grande projeto temático sobre Doença de Alzheimer. A pesquisa envolve estudos clínicos, laboratoriais e de neuroimagem envolvendo cerca de 30 profissionais.

Também inaugurou sua nova brinquedoteca terapêutica voltada ao atendimento de crianças e adolescentes vinculadas ao ambulatorio, hospital dia e unidade de internação do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência. A brinquedoteca terapêutica atuará também como pólo de formação de profissionais da rede municipal de saúde que desejam especialização em intervenções lúdicas.

**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.

**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 2010, o InCor inaugurou novas salas de exames e operacionalização das três novas câmaras de cintilação no setor de Medicina Nuclear, garantindo maior qualidade dos exames e maior conforto para o paciente.

Também foram realizadas as primeiras cirurgias realizadas no InCor-HCFMUSP para implante da válvula Noedir Antônio Groppo Stolf, que é uma nova tecnologia de implante da válvula transcater.

**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.

**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.

## **C) INSTITUIDORES**

### **(1) Mantenedores**

São os mantenedores do HC à 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 11.852 servidores do HC, 2.326 funcionários FFM e 766 da FZ, totalizando 14.690 colaboradores.

Em 2010, a Instituição obteve liberação para preenchimento de vagas existentes em seu quadro e autorização para efetuar reposição automática das mesmas, sendo que para tanto foram realizados 202 concursos públicos, totalizando 1.414 funções-atividade preenchidas e 667 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 assistência, 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 de pós-graduação na 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 pesquisas, 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, 59.051 são pelo SUS e 7.930 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;
- 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, 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;
- 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  
 Antibioticos do Brasil Ltda  
 Baxter Hospitalar Ltda  
 Becton Dickinson Industria Cirurgicas Ltda  
 Biolab Sanus Farmacêutica Ltda  
 CBS Medico Cientifica Comércio e Representações Ltda  
 Cirurgica Fernandes Com e Repres de Mat. Cir. Hospitalares Ltda  
 Columbia Comercial Paulista Ltda  
 Confecções Gigantex Ltda  
 Cremer S.A.  
 Cristalia Produtos Quimicos e Farmacêuticos Ltda  
 E. Tamussino & Cia Ltda  
 Fresenius Medical Care Ltda  
 GE Healthcare Clinical Systems Equipamentos Medicos Ltda



Guerbet Produtos Radiologicos Ltda  
Hosp Log Comércio de Produtos Hospitalares Ltda  
Hospira Produtos Hospitalares Ltda  
IBG Indústria Brasileira de Gases Ltda  
Interlab Farmacêutica Ltda  
Janssen Cilag Farmaceutica Ltda  
Laboratórios B.Braun S/A  
Laboratórios Pfizer Ltda  
Meditronic Comercial Ltda  
Merck S.A.  
Mogami Importação e Exportação Ltda  
Novartis Biociencias S/A  
Philips Medical Systems Ltda  
Pontual Comercial Agricola Ltda  
Roche Diagnóstica Brasil Ltda  
Sanofi Aventis Comercial e Logistica Ltda  
Support Produtos Nutricionais Ltda.  
Zodiac Produtos Farmaceuticos 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, 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;
- 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;
- 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 objetivos:

- 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;
- 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 – Hemocentro 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 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 infraestrutura 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.

Em 2010 introduziu-se a participação de examinadores externos no processo de auto-avaliação e teve a coordenação do Instituto Paulista de Excelência em Gestão.

## **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 administração 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.

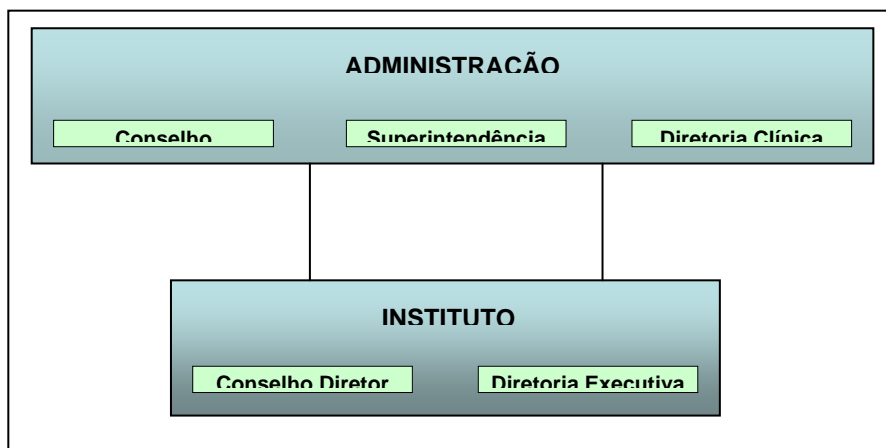


Figura P5.1 - Estrutura Organizacional

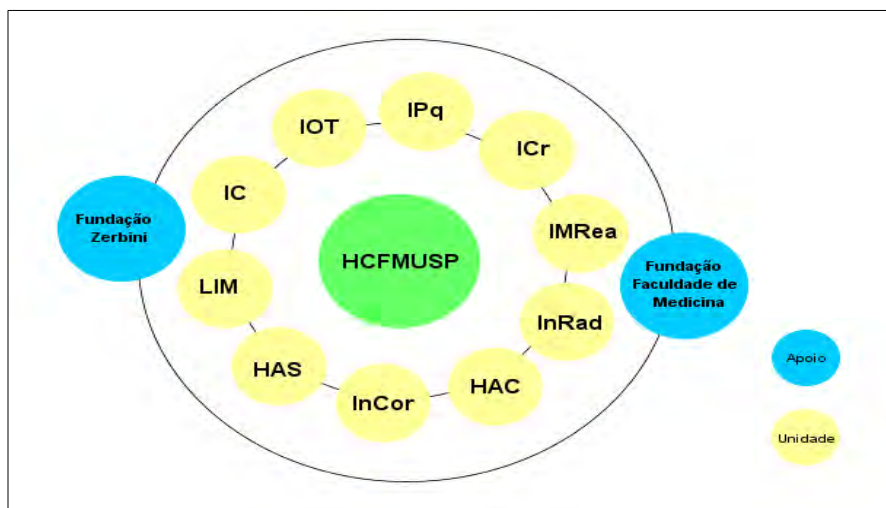


Figura P5.2 - Estrutura Funcional Descentralizada



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 dos 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 interesse 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 pertinentes à gestão orçamentária, financeira e contábil da Autarquia, por meio de análise, elaboração e proposição, controle e acompanhamento orçamentário. 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. Desde 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. Participaram 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 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. Como exemplo de risco tecnológico identificado a partir da visão administrativa cita-se a rotina do NEAH, que apresenta os riscos da má elaboração de um memorial descritivo para a aquisição de equipamentos 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, desde 2009, foram contemplados indicadores estratégicos para acompanhamento 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. Um 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;
- 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 desde 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 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. O NUDI também 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

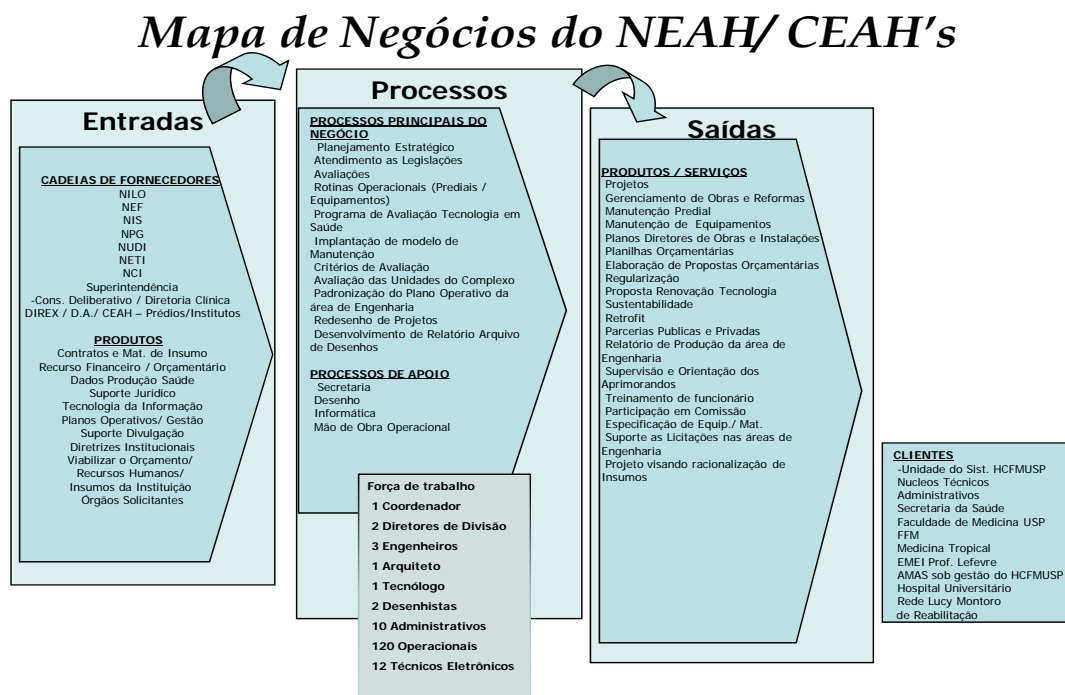
hospitalar incluem o projeto sentinela patrocinado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

## 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: 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 de Negócio, proposto pela Fundação Nacional da Qualidade - FNQ, para a utilização de seus examinadores no processo de avaliação do Prêmio Nacional da Qualidade - PNQ.

Desde 2009, para a revisão e atualização dos princípios organizacionais, é utilizada a ferramenta Mapa de Negócio, para as Unidades do Hospital e Núcleos Técnicos Administrativos, 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.



ura 1.1.1 - Mapa do negócio do NEAH

Fig

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 o Código de Ética Médica, Código de Ética dos profissionais de Enfermagem, entre outros;
- Manual de Integração do Servidor do HC;
- 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 Civis do Estado de São Paulo.

Os canais de comunicação para a força de trabalho, sociedade e demais parte interessada 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. A comissão 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 Humaniza HC 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 reúne, 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, em uma 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;
- COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA – CEM: extensão do Conselho Regional de Medicina, a Comissão de Ética Médica do HC colabora com a fiscalização do exercício profissional e 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. A comissão 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 com os novos colaboradores, por meio da reflexão 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. Estes 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.

#### 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. 1.1.2 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 |
|--|---|----------------------------|------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|----------------|------------------|-------------------|
| <b>Conselho Deliberativo</b>                 | Deliberar assuntos do HC<br>Aprovar Normas.   | Semanal                    |                  |                       |                 |                 |                |                  |                   |
| <b>Conselhos Diretores</b>                   | Deliberar assuntos relacionados a cada Instituto.   | Definida em cada Instituto |                  |                       |                 |                 |                |                  |                   |
| <b>Comitê de Integração e Gestão</b>         | Realizar estudos, analisar, avaliar e discutir assuntos administrativos, operacionais e executivos.   | Quinzenal                  |                  |                       |                 |                 |                |                  |                   |
| <b>Coordenadores</b>                         | Acompanhar a implementação dos planos de ação corporativos  | Quinzenal                  |                  |                       |                 |                 |                |                  |                   |
| <b>Comitê de Acompanhamento Orçamentário</b> | Cruzar informações e consolidar as análises críticas de forma a subsidiar a proposta orçamentária, minimizando os riscos econômico-financeiros. | Quinzenal                  |                  |                       |                 |                 |                |                  |                   |

Figura 1.1.2 - 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.

Com início em 2009 e continuidade em 2010 o CAO conta com a participação do 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 das 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 HC-FMUSP se traduzem em Ordens de Serviços, que são as tomadas de decisão corporativas; os Procedimentos Gerenciais Padrão (PGPs) são as regras corporativas; as Instruções de Serviço são as tomadas de decisões locais (Unidades); as Rotinas Operacionais são as regras locais (Unidades) e os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) 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. 1.1.3, facilitando a compreensão dos focos de atuação da liderança e possíveis lacunas.

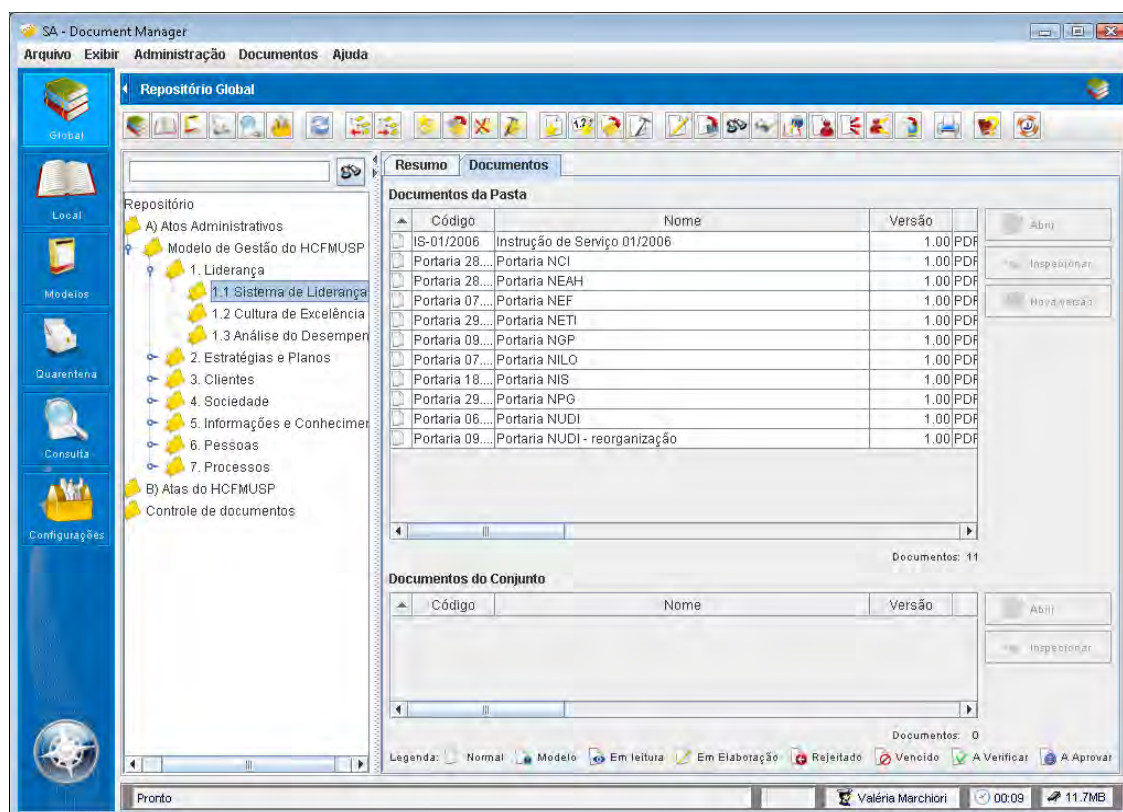


Figura 1.1.3 - Atos Administrativos

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. Esta disseminação possibilita que as reuniões sejam acompanhadas por meio desse sistema, facilitando o acompanhamento pela Superintendência das informações necessárias para a tomada de decisão 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.

## **e) Prestação de contas pela direção dos resultados atingidos**

Os 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 privada), 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.

## **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 e Reabilitação), são constituídos por Diretoria Executiva e Conselho Diretor (também formado por Professores Associados dos Departamentos e Disciplinas da FMUSP). Também fazem parte da estrutura organizacional, dois hospitais auxiliares: Hospital auxiliar de Suzano e Hospital Auxiliar de Cotoxó. 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);
- 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 a 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 partícipes, e todas as reuniões são 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 essencial à perspectiva de crescimento das ações e serviços de saúde, a Diretoria Clínica exerce sua liderança por meio das Comissões Técnicas Científicas, Grupos de trabalhos e dos Núcleos Técnicos Científicos:

- 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 Avaliação e Controle em Medicina Transfusional
- Comissão de Humanização Hospitalar
- Grupo de Interconsulta
- Núcleo de infecção em Imunodeprimidos
- Núcleo de Apoio à Pesquisa Clínica do HC
- Núcleo Técnico Científico em Terapia Intensiva

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 estabeleceu, desde 2003, práticas de gestão de interação com a força de trabalho como: a "Linha Direta com o Superintendente" (que visa a disponibilização de um e-mail para contato direto com o superintendente da Instituição para tratar de assuntos pessoais); o agendamento com o Superintendente (atendimento pessoal aos servidores que desejam conversar com o Superintendente); o canal aberto (caixas de sugestões para reclamações, elogios, críticas, sugestões e agradecimentos) e o café da manhã com o Superintendente (encontros mensais que contribuem para a aproximação dos diversos serviços, com troca de experiências, apresentação de sugestões, integração de profissionais, além de estabelecer um canal de comunicação direto entre a Superintendência e os funcionários da Instituição); e a mesa de negociação coletiva.

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, 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 de aprimoramento das práticas de disseminação.

Desde 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 de 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 do 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 2010 foram realizados dois processos seletivos internos no NPG, para ocupação de dois cargos de assistência técnicas II e III.

#### **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, 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 o curso “Preparação para a Banca Examinadora do Prêmio Nacional de Qualidade” ministrados pela Fundação Nacional da Qualidade, como o curso, com vagas cedidas pela FNQ, por meio de convênio estabelecido entre as duas Instituições. Há também o Fórum de Boas Práticas, que funciona como uma educação permanente a média gerência.

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 a utilizar 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 Administrativos), 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 as 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.

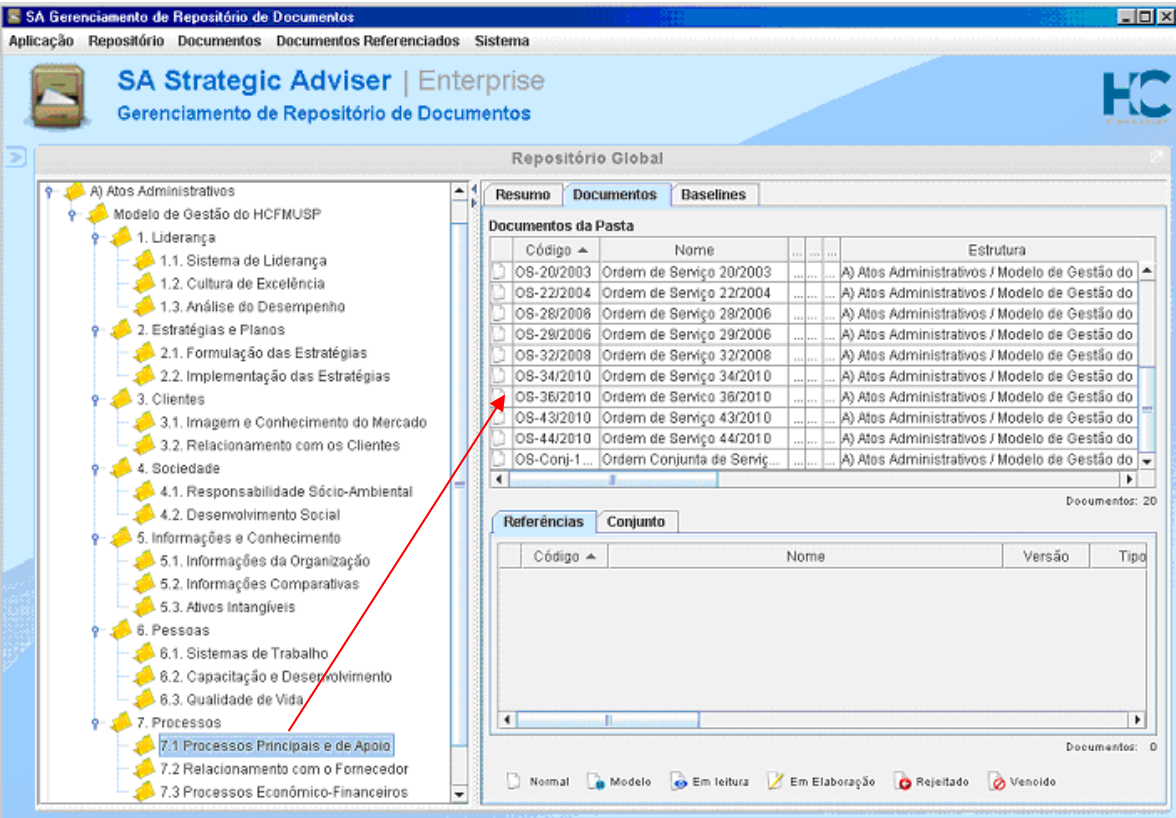


Figura 1.2.1 - Classificação dos Atos Administrativos para fins de controle dos padrões de trabalho corporativos

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. 1.2.3.

| 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 1.2.3 - 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 do fluxo dos Atos Administrativos da Superintendência, fig. 1.2.2.

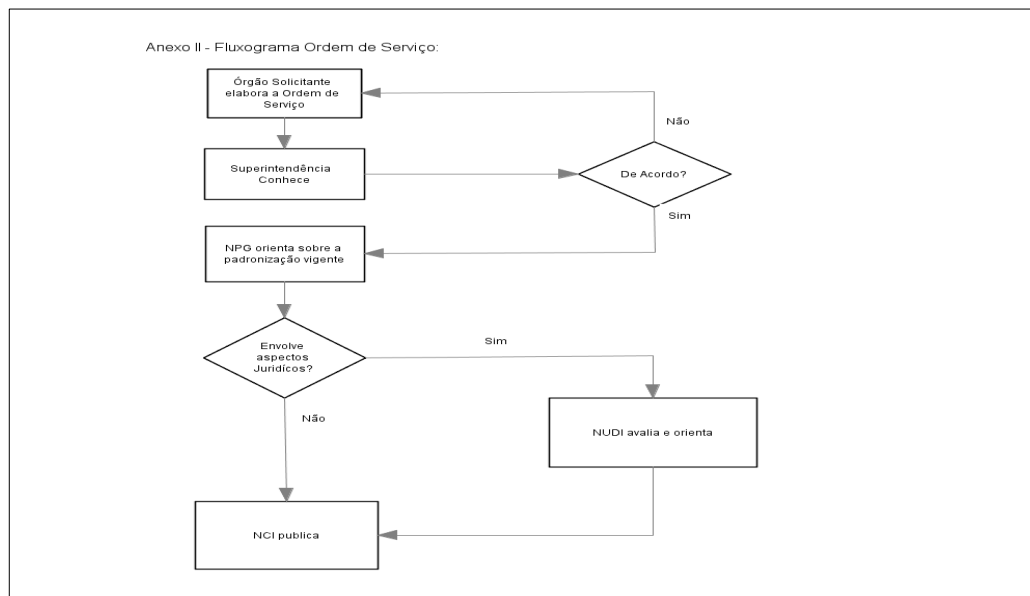


Figura 1.2.2 – Fluxo da Ordem de Serviço

Em 2010, houve a conversão dos Atos Administrativos vigentes, que não estavam adequados à nova padronização de acordo com a Ordem de Serviço 33/2009, conforme a tabela apresentada na fig. 1.2.3.

| Nomenclatura e numeração Anterior             | Nomenclatura e Numeração Atual Republicada | EMENTA  |
|---|--|---|
| Instrução de Serviço nº 07/2004               | Ordem de Serviço nº 35/2010                | Esclarece quanto às implicações dos ilícitos administrativos: advocacia administrativa, omissão do dever de ofício e transgressão do dever de gestão e respectiva responsabilização |
| Instrução de Serviço nº 05/2004<br>Nº 03/2007 | Ordem de Serviço nº 36/2010                | Disciplina o fluxo de expedientes/ processos a serem submetidos ao Núcleo Especializado em Direito - NUDI   |
| Instrução de Serviço nº 02 /2001              | Ordem de Serviço nº 37/2010                | Disciplina a utilização do "Espaço Cultural" do Prédio da Administração, para exposição de obras de arte, trabalhos de natureza técnico-científica e educacional                    |
| Instrução de Serviço nº 04/2007               | Ordem de Serviço nº 38/2010                | Disciplina as atividades da Assessoria de Imprensa no âmbito do Complexo HCFMUSP  |
| Instrução de Serviço nº 03/2003               | Ordem de Serviço nº 39/2010                | Disciplina a propaganda médico-farmacêutica nas dependências do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo   |
| Instrução de Serviço nº 02/2006               | Ordem de Serviço nº 40/2010                | Estabelece normas de funcionamento do Comitê de Integração e Gestão (CIG) do HCFMUSP  |
| Instrução Normativa nº 02/1999                | Ordem de Serviço nº 41/2010                | Dispõe sobre o credenciamento dos Institutos/Departamentos (Unidades Executivas) para fins de delegação de serviços públicos  |

Fig. 1.2.3 - Tabela Atos Administrativos adequados de acordo com os Padrões de Nomenclatura, Numeração e atualizações, conforme OS-33/2009.

#### 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.

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 FNQ, sobre o Modelo de Excelência em Gestão - MEG.

Em todos os ciclos são gerados os relatórios de avaliação para a discussão dos planos de correção de rumo. Após o ciclo, o processo é avaliado pela equipe que participou da banca examinadora por meio do sistema de avaliação (E-meg), e as melhorias para que a prática atenda a 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).

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.

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

Em 2010, como refinamento da prática introduziu-se a avaliação de examinadores externos ao HCFMUSP, para comporem a equipe de avaliadores. Além disso, a coordenação do processo ficou a cargo do Instituto Paulista de Excelência em Gestão em conjunto com o NPG, a fim de garantir a lisura ao processo. A equipe foi então, composta por seis examinadores externos e seis examinadores internos, sendo que nesses foram incluídos três Diretores Executivos.

Outro refinamento da prática foi a avaliação do HC enquanto corporação, levando à uma pontuação única. Nesta mudança de metodologia, buscou-se evidências de práticas adequadas no planejamento, desenvolvimento, controle e melhoria na infraestrutura corporativa e a disseminação das mesmas nos Institutos.

Após a auto-avaliação, o NPG reuniu-se com todos os Diretores Executivos e apresenta 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 possibilita a organização dos planos de ação das Unidades que são acompanhados pelo NPG, trimestralmente. Em 2010, os Institutos apresentaram o andamento dos planos de ação referentes às oportunidades de melhorias identificadas na avaliação de 2009. A tabela a seguir exemplifica produtos que foram evidenciados como resultantes dos planos de ação citados, e qual o Instituto que o produziu:

| Produtos  | Responsável      |
|---|------------------|
| Instrumento de Avaliação de Fornecedor  | IPq, Incor e ICr |
| Instrumento de Avaliação por competências (gestores e colaboradores)  | ICr              |
| Padrões de Trabalho   | ICr              |
| Indicadores e análises ligados à segmentos de clientes  | ICr              |
| Formulário LNT  | ICr              |
| Descrição de cargos e funções   | ICr              |
| Ginástica laboral   | ICr              |
| Projeto de segurança  | ICr              |
| Mapeamento de processos   | ICr              |
| Avaliação Desempenho (IPq em números)   | IPq              |
| Gestão Financeira (Novos CGs)   | IPq              |
| Avaliação Desempenho de Funcionários  | IPq              |
| Integração avaliação fornecedores com sistema NILO  | IPq              |
| Consultoria para análise de contratos comerciais e dos processos a fim de diagnosticar principais problemas no faturamento de convênios e particulares                  | Incor            |
| Revisão e atualização dos processos administrativos do atendimento de pacientes conveniados e particulares e processos de atendimento dos serviços de apoio diagnóstico | Incor            |
| Diagnóstico realizado nos processos relacionados ao Centro Cirúrgico  | Incor            |
| Redesenho dos processos de faturamento de pacientes internados  | Incor            |
| Check list para cirurgia segura   | IC               |
| Adequar processo de identificação do paciente   | IC               |
| Programa dose individualizada de medicamentos   | IC               |
| Prontuários por patologia   | IC               |
| Plano de atividades: neuro, gastro cirurgia e cirurgia plástica   | HAS              |
| Melhorias na infraestrutura (pintura e mobiliário)  | HAS              |
| Capacitação e desenvolvimento das pessoas com foco técnico para mudança de modelo (cursos e treinamento no IC)  | HAS              |
| Revisão da estrutura funcional  | HAS              |
| Análise da capacitação do GAE   | IMRea            |
| Redefinição do Painel de Bordo  | IMRea            |
| 2 processos de benchmarking   | IMRea            |
| Análise Crítica dos resultados do 3º. Encontro com a Liderança e Pesquisa de Satisfação   | HAC              |
| Relação dos Indicadores   | HAC              |
| Projeto para o Recursos Humanos do HAC  | HAC              |
| Projeto Voluntários   | InRad            |
| Benchmarking – 2 processos (comunicação e atendimento convênio)   | InRad            |
| Avaliação de desempenho – corpo clínico   | InRad            |

Fig. 1.2.4 - Produtos elaborados pelos Institutos a partir dos Planos de Ação de correção de rumo.

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. A tabela a seguir demonstra as melhorias ocorridas no processo de avaliação ao longo dos anos, desde o seu início:

| <b>Histórico do Processo de avaliação do HCFMUSP</b> |  |
|--|--|
| 2002   | Utilização da ferramenta: roteiro CQH – mais prescritivo para unidades iniciantes, devido a maturidade das Unidades.   |
| 2003   | Uso do PNGS no lugar do roteiro.   |
| 2004   | Introdução do Relatório de Gestão feito pelas Unidades para subsidiar a avaliação.   |
| 2005   | 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. Verificada a necessidade de melhorar o Relatório de Avaliação e envolver mais pessoas, sem com isso perder a uniformidade e a isenção alcançada em 2005.  |
| 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. Evidenciado o maior amadurecimento das Unidades para o uso da metodologia.   |
| 2007   | Organizadas as avaliações pelas próprias Unidades, com orientação e supervisão do NPG. A partir desse ano, a prática de avaliação passou a funcionar com ciclos intercalados pelo NPG por ciclos de avaliações feitas pelas Unidades. Verificou-se a 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.  |
| 2008   | Ampliação do número de seniores. Apenas uma Unidade para ser avaliada por cada sênior (até esse ciclo, um mesmo sênior avaliava mais que uma Unidade). Verificou-se a necessidade de uso de um sistema (software de avaliação) para garantir a padronização de todas as etapas, promovendo maior controle dos padrões desenvolvidos e maior credibilidade na avaliação das séries históricas, quando comparando as pontuações atribuídas pelo NPG e pela Unidade.  |
| 2009   | Utilização do software de avaliação nas Unidades com todas as etapas sendo rigorosamente trabalhadas (pré visita, visita, pós visita, alinhamento com o Orientador e finalização do RA). Verificou-se a necessidade de criar uma ferramenta customizada para o HCFMUSP, que identificasse a adequação dos requisitos contidos no Modelo, se deveriam partir das Unidades ou da infraestrutura Corporativa. Essa necessidade foi identificada a partir da avaliação de que as Unidades estavam se mantendo há 3 ciclos na mesma faixa de pontuação.   |
| 2010   | Foi construída pelo NPG a ferramenta: Tabela de Avaliação, com os Pontos de Verificação das adequações dos requisitos do Modelo de Gestão, com uma avaliação única do Hospital (Unidades e infraestrutura Corporativa) e relatórios de avaliação por Unidade. A ferramenta permitiu identificar lacunas de disseminação e continuidade de práticas cuja adequação cabe a Infra Estrutura, ou apontando lacunas de adequação quando os enfoques dos requisitos eram de suas responsabilidades. Introduziu-se também seis examinadores externos ao HCFMUSP, e mais seis examinadores internos, sendo que, dentre estes, três eram Diretores Executivos. Além disso, todo o processo teve a coordenação do Instituto Paulista de Excelência em Gestão – IPEG. Houve uma pontuação única para o HCFMUSP e RA para todos os Institutos. |

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, 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.

Desde 2004, o Fórum Permanente de Boas Práticas de Gestão, envolveu em torno de 3.502 participantes, 43 convidados externos discutindo os conceitos de gestão.

Em 2010 a Superintendência e o NPG, em parceria com o PROAHSA e a EEP, remodelaram a proposta do Fórum transformando-o em um Curso de Capacitação para a Média Gerência. Isto se deu a partir da avaliação realizada periodicamente sobre o fórum, onde evidenciou-se o envolvimento da média gerência no processo de gestão, ora como operador das práticas gerenciais, ora como controlador dessas ferramentas de gestão e disseminador do conceito para o nível operacional. O NPG e PROAHSA desenvolveram a proposta de Capacitação para Gestores, com o público alvo na Média Gerência, e a EEP planejou a operação.

O objetivo definido para a capacitação foi: fornecer aos profissionais envolvidos subsídios para compreender conceitos de gestão vinculados à rotina de suas atividades; disponibilizar experiências de boas práticas de gestão já implantadas no HCFMUSP relacionadas aos conceitos teóricos apresentados; oferecer um espaço para reflexão e discussão, integrando fundamentos teóricos e práticos, aplicáveis ao desempenho da unidade à qual o profissional está vinculado

Em dezembro de 2010 foi realizado um Fórum Especial de Boas Práticas de Gestão, que envolveu em torno de 150 participantes, onde houve o lançamento da capacitação pelo superintendente.

A fig. 1.2.6 apresenta o resultado das avaliações da prática e as melhorias implementadas.

| Ano  | Histórico do Fórum Permanente de Boas Práticas de Gestão   |
|------|--|
| 2004 | Início do FBP  |
| 2005 | Periodicidade anual do FBP   |
| 2006 | FBP passa a ter periodicidade mensal (fórum permanente)  |
| 2007 | Convidados especialistas nos temas que envolvem o MEG, a partir da necessidade identificada de introduzir apresentações teóricas que abordassem os conceitos envolvidos com o MEG  |
| 2008 | Foi identificada a necessidade de envolver mais pessoas e criar mecanismos para identificar a compreensão das pessoas dos temas discutidos. A organização do fórum foi descentralizada e foi definida a avaliação da platéia como padrão do evento |
| 2009 | Foi definido como público-alvo do FBP, a média gerência. Com isso, os eventos passaram a ser internos (cada Unidade organiza o Fórum para seu público interno com foco e controle de chamada da média gerência).                                   |
| 2010 | Estabelecida parceria entre NPG, Escola de Educação Permanente e PROAHSA para inclusão do FBP em programa de educação formal para a média gerência.  |

Figura 1.2.6 - Refinamentos na prática do FBP

Desde 2009 está disponível na intranet, o Banco de Boas Práticas de Gestão do HC, possibilitando a acessibilidade da informação sobre práticas de gestão utilizadas no Hospital, a toda a sua força de trabalho. 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. 1.2.7.

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 - 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 2010, 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 a 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.

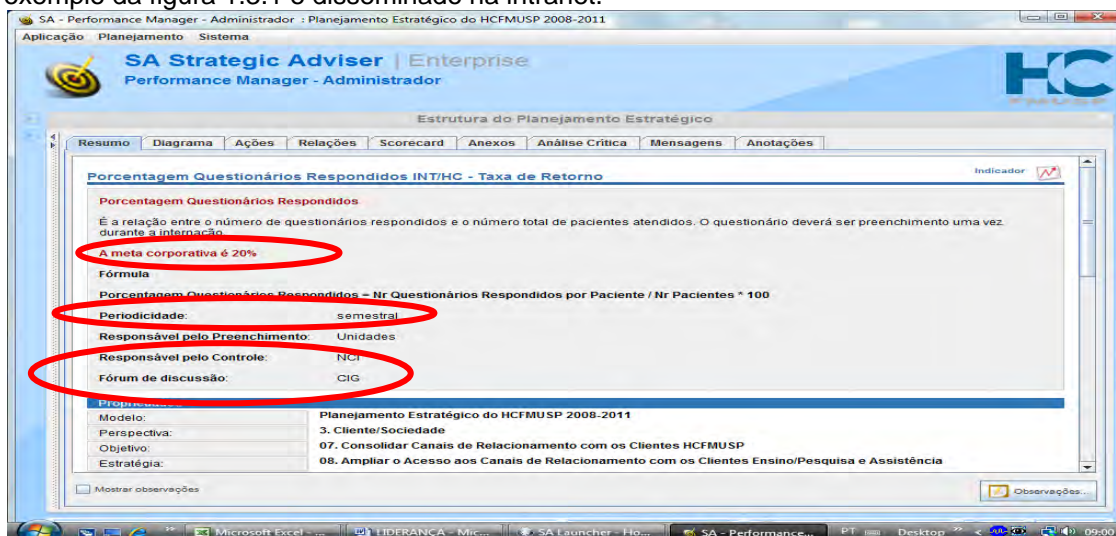


Figura 1.3.1 - Exemplo de classificação de indicador de desempenho no S.A.

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   |
|--|---|
| <b>1. LIDERANÇA E ECONÔMICO FINANCEIRO</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pontuação da Corporação na Avaliação PNGS</li> <li>Índice de Sustentabilidade</li> <li>Participação do orçamento HCFMUSP na Saúde</li> <li>Participação do orçamento HCFMUSP no Estado de São Paulo</li> </ul>   |
| <b>2. PROCESSOS</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Média de Permanência – Hospitais de curta permanência</li> <li>Média de Permanência – Hospitais de longa permanência</li> <li>Taxa de Ocupação Hospitalar</li> <li>Utilização da Capacidade Física Instalada no Ambulatório</li> <li>Utilização da Capacidade Instalada Horas Médico no Ambulatório</li> <li>Densidade de Incidência de IH associada a Cateter Venoso Central</li> <li>Densidade de Incidência de Pneumonia relacionada a Respirador</li> <li>Incidência de Queda de Paciente (IQP)</li> <li>Índice de úlcera por pressão (UPP)</li> <li>Notificação do Erro de Medicação</li> <li>Índice de Pesquisas Transformadas em Protocolos Assistenciais</li> <li>Captação de Recursos para Pesquisa X Publicação</li> <li>Índice de Internacionalização das Publicações</li> <li>Índice de Satisfação dos Alunos com a Estrutura Hospitalar</li> <li>Índice de altas ambulatoriais</li> <li>Índice de Atendimentos Realizados no PS sem Encaminhamento</li> <li>Índice de Encaminhamentos Internos</li> <li>Índice de Treinamento em Programas oficiais do SUS</li> </ul> |
| <b>3. CLIENTES / SOCIEDADE</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentagem de pacientes que desconhecem a ouvidoria</li> <li>Porcentagem de pacientes que não confiam na ouvidoria</li> <li>Porcentagem Questionários Respondidos - Ambulatório</li> <li>Porcentagem Questionários Respondidos - Internação</li> <li>Índice de Insatisfação - Ambulatório</li> <li>Índice de Insatisfação - Internação</li> <li>Índice de Satisfação das Instituições de Origem dos Alunos com a Estrutura Hospitalar</li> <li>Índice de Busca à Mídia</li> <li>Índice de Inserções Negativas na Mídia – Enfoque</li> <li>Pontuação Média do Roteiro de Diagnóstico do Impacto Ambiental</li> </ul>   |
| <b>4. PESSOAS</b>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentagem de funcionários que realizam os exames periódicos</li> <li>Índice de Acidentes de Trabalho</li> <li>Absenteísmo</li> <li>Índice de Rotatividade</li> <li>Índice de Treinamento</li> </ul>  |
| <b>5. INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Índice de Citação dos Trabalhos em Revistas Indexadas</li> <li>Índice de trabalhos publicados</li> <li>Porcentagem de informações utilizadas no SA provenientes diretamente da base de dados dos sistemas institucionais</li> <li>Porcentagem de pessoas que utilizam sistemas institucionais</li> </ul>   |
| <b>6. FORNECEDOR</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de Atraso dos Fornecedores</li> <li>Taxa de Não-Conformidade Técnica na Entrega dos Fornecedores</li> </ul>   |

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 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;
- 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 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 e 2010 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 demonstra a evolução da metodologia de análise crítica da HCFMUSP.

| Evolução da Metodologia de Análise do Desempenho                   |  |
|--|--|
| 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

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.



Figura 1.3.6 - Exemplo de classificação de indicador estratégico

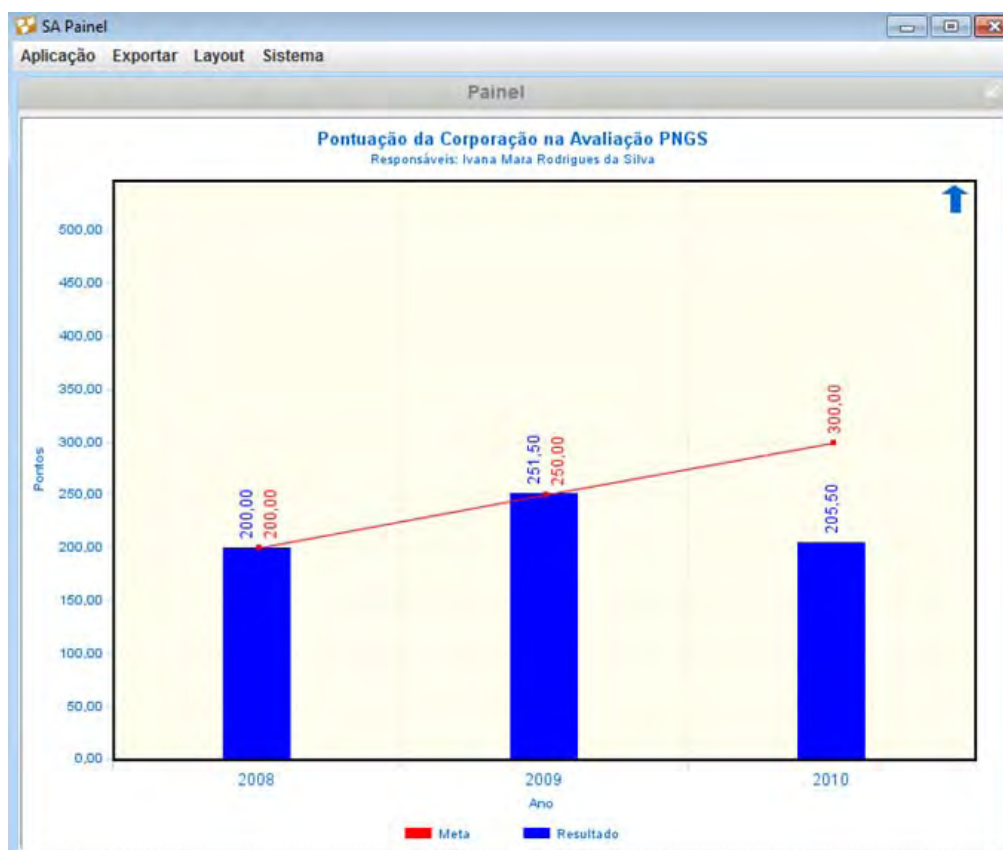


Figura 1.3.7- Exemplo de acompanhamento do cumprimento de meta estabelecida para indicador estratégico

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 1.3.8 - 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 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, o macroambiente e o processo de implementação das estratégias. A definição de indicadores, o desdobramento das metas e planos para as áreas da organização e o acompanhamento dos ambientes internos e externos também serão abordados neste item.

### **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 da 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 um deles 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 a equipe do NPG a propor para a Superintendência que as Diretrizes Amplas definidas para o Hospital no final de 2007 fossem 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, não eram concluídas na totalidade, antes dessa revisão. Desta forma, a partir de 2008 optou-se pela revisão apenas dos Objetivos Estratégicos Corporativos, com as definições de indicadores estratégicos e de planos de ação para a conclusão das Diretrizes Amplas propostas até 2011.

Em 2009, dando continuidade às melhorias implantadas, foram realizadas reuniões com especialistas da própria Instituição (professores da Faculdade de Medicina da USP, técnicos e dirigentes das Unidades e Fundações de Apoio) para coleta de informações associadas aos indicadores que pudessem retratar as tendências do ambiente externo. Como resultado deste trabalho foram propostos indicadores mínimos para o 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, coube ao NPG alimentá-los e disseminá-los sistematicamente, enquanto que passou a ser de responsabilidade das Unidades agregar 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, ou 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, ou 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 acompanhamento 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).

Desde 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 Técnico-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 a 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 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   | 14. Índice de Inserções Negativas na Mídia –  | Diminuir em 0,5% por ano                                     |

|   | Institucional   | Enfoque   |  |
|---|---|---|--|
| 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 previstas |
| 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

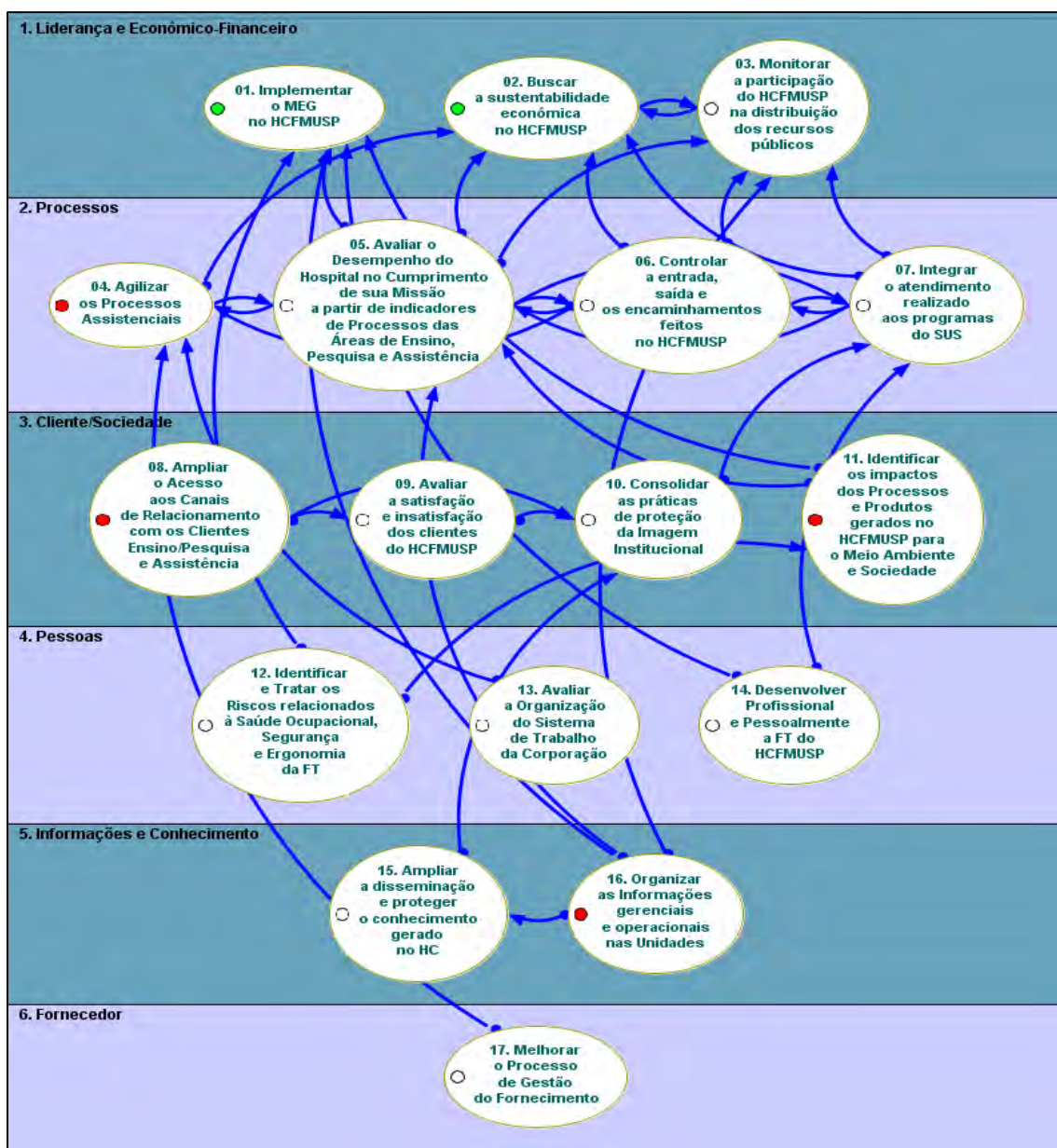


Figura 2.1.4 - Mapa Estratégico

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 necessária essa alteração 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.

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. Em 2010 estes planos foram acompanhados e controlados pela Superintendência e NPG, com apoio da ferramenta SA. A Figura 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.

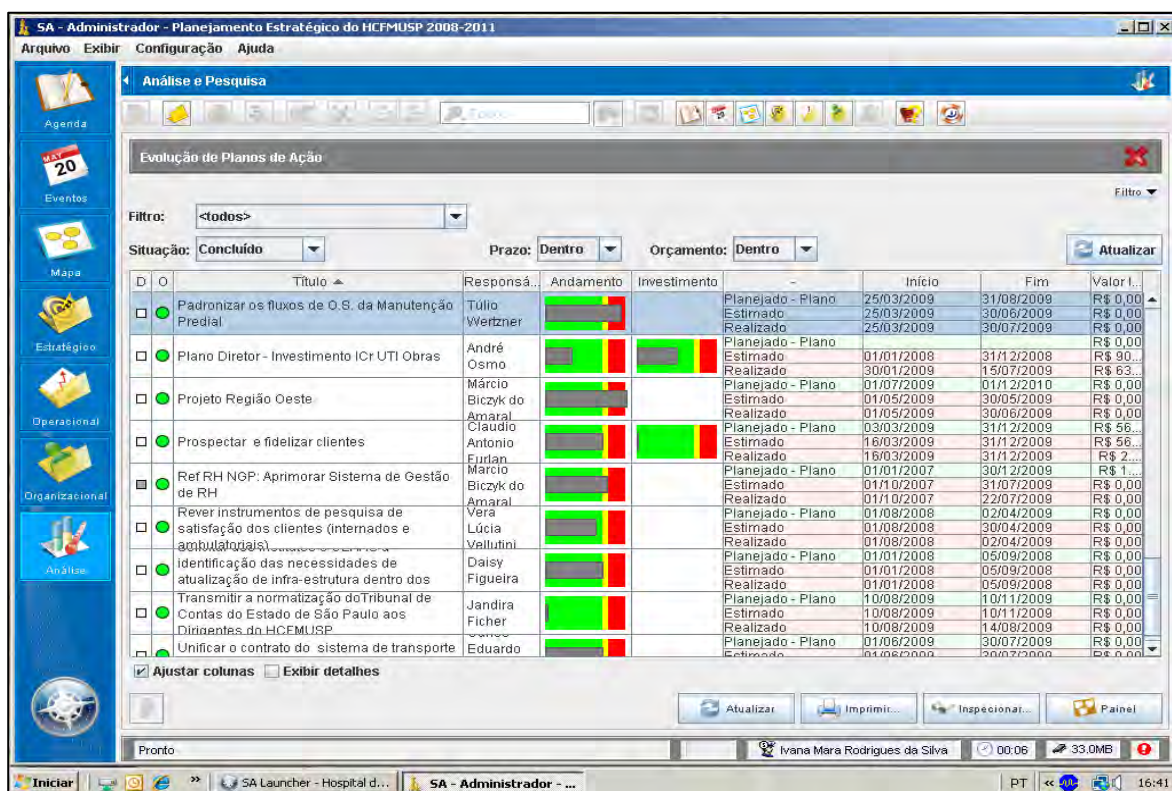


Figura 2.2.1 - Acompanhamento de planos de ação (Unidades e Núcleos Técnicos Administrativos)

## 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, e desde então 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. Este processo 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 2010 foram os que se apresentam na fig. 2.2.2.

| Investimentos em obras e equipamentos por Instituto do HCFMUSP – 2010 (R\$) |              |               |               |
|---|--------------|---------------|---------------|
| Unidades  | Obras        | Equipamentos  | Total         |
| ICHC  | 3.887.524,28 | 7.500.595,95  | 11.388.120,23 |
| InCor   | 1.112.475,72 | 6.992.424,12  | 8.104.899,84  |
| HAS   | -            | 38.717,06     | 38.717,06     |
| Infra-estrutura   | 315.067,00   | 647.846,80    | 962.913,80    |
| Total   | 5.315.067,00 | 15.179.583,93 | 20.494.650,93 |

Figura 2.2.2 - Investimentos em obras equipamentos por Unidade do HC - 2010

### 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.

The screenshot displays the 'Plano Operacional' (Operational Plan) section of the InCor 2009-2011 Strategic Planning System. The main title is 'PA 11.1. Ampliar a rede de contra referências em portadores de cardiopatias para a Unidade de Emergência SUS.' (Expand the counter-reference network in carriers of cardiopathies for the SUS Emergency Unit).

**Indicador:** No de contra referências realizadas/Nº de contra referências solicitadas.  
**Meta:** Disponibilizar 5 leitos de enfermaria e 2 de unidade coronariana por dia, em hospitais secundários.

**Ações em Andamento**

| Data/Fim   | Descrição   | Responsável                       | %   | Status      |
|------------|---|-----------------------------------|-----|-------------|
| 31/12/2009 | Selecionar os hospitais integrados à rede de cardiologia. | Alfredo Manoel da Silva Fernandes | 25% | In Progress |
| 18/01/2010 | Capacitar a equipe da unidade de referência.              | Mucio Tavares                     | 0%  | Pending     |

**Ações em Execução**

| Data/Fim   | Descrição  | Responsável                       | %   |
|------------|--|-----------------------------------|-----|
| 05/01/2009 | Ampliar o número de hospitais para realização de contra referência.  | Alfredo Manoel da Silva Fernandes | 25% |
| 05/10/2009 | Estimular a capacitação da rede para melhor resolubilidade dos pacientes contra referidos para segmento ambulatoriais. | Alfredo Manoel da Silva Fernandes | 25% |

**Ações Planejadas**

| Data/Fim   | Descrição  | Responsável   |
|------------|--|---------------|
| 15/02/2010 | Monitorar o processo de referência e oferecer suporte técnico às equipes externas. | Mucio Tavares |

At the bottom, there is a summary table titled 'Pronto' (Ready) showing the status of various actions:

| Ação | Quantidade Total | Planejadas | Em Andamento | Suspensas | Concluídas | Em Abuso | Fora de Investimento | Não Efetivas | Período Estimado        | Período Realizado |
|------|------------------|------------|--------------|-----------|------------|----------|----------------------|--------------|-------------------------|-------------------|
|      | 5                | 2          | 3            | 0         | 0          | 2        | 0                    | 0            | 05/01/2009 a 31/12/2011 | 05/01/2009 a mid  |

**SA - Administrador - Planejamento Estratégico do HCFMUSP 2008-2011**

Arquivo Editar Exibir Configuração Ajuda

---

**Plano Operacional**

Todos

Resumo Cronograma Protocolo Anexos Análise Crítica Mensagens Anotações

### Criar a medida para avaliar o impacto ambiental gerados no HCFMUSP por meio de seus processos

**Responsáveis:** José Manoel de Camargo Teixeira (Ivana Mara Rodrigues da Silva)

| 2009   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 2010 |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| Mar  | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Sep | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar  | Abr | Mai | Jun | Jul |
| Definir pontuação para o roteiro de diagnóstico da situação das unidades em relação aos aspectos ambientais no HCFMUSP |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Consolidar as informações já encaminhadas pelas Unidades para posterior pontuações                                     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Organizar o Relatório do Diagnóstico dos Impactos Ambientais no HCFMUSP  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Apresentar o Relatório do Diagnóstico dos Impactos Ambientais no CPG e CIG   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |

Registros: 4

Estimado Em Andamento Realizado Instruções Feedback Progresso Orçamento Suspensão Efetivo Não Efetivo

|   |   |   |
|---|---|---|
| Porque: para obter o resultado do impacto que cada unidade está causando ao meio ambiente, com seus processos, segundo os critérios definidos por essa ferramenta | Quando: 02/03/2009 - 30/04/2009<br>Quanto: 0<br>Instruções: -visitar a Mirian do CQH para verificar a planilha que é utilizada pelo programa<br>-organizar tabelas em excel com | Quando: 02/03/2009 - 27/04/2009<br>Quanto: 0<br>Feedback: (13/03/09) - Organizado os resultados das (20/03/09) - Contactado o CQH e foi inform (13/04/09) - Contactado o CQH e conversa pontuação de CQH. |
|---|---|---|

Detalhes Opções Anexo

Atualizar Inspeccionar Anotações Mensagem Imprimir Painel

Pronto

- RELATÓRIO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - 55



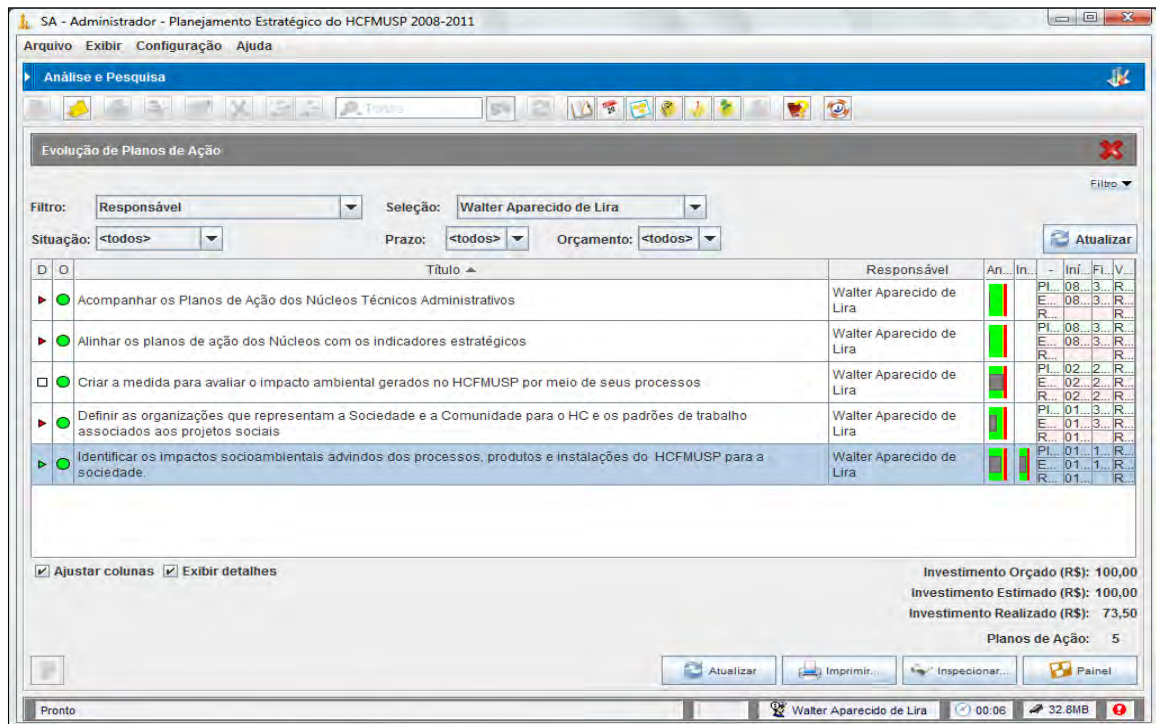


Figura 2.2.5 - Exemplo de acompanhamento dos Planos de Ação por colaborador





Cientes

### 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 dos 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 de diversas escolas voltadas para a formação de profissionais de saúde;
- 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.

A ferramenta de Mapeamento do Negócio vem sendo utilizada por cada uma das Unidades, e permitiu a reflexão sobre esta segmentação, uma vez que preconiza a vinculação entre os clientes-alvo, produtos e processos desenvolvidos. Na fig. 3.1 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-alvo extraído do Mapa de Negócio, a segmentação do mercado vem sendo rediscutida de forma sustentada pelos princípios organizacionais.

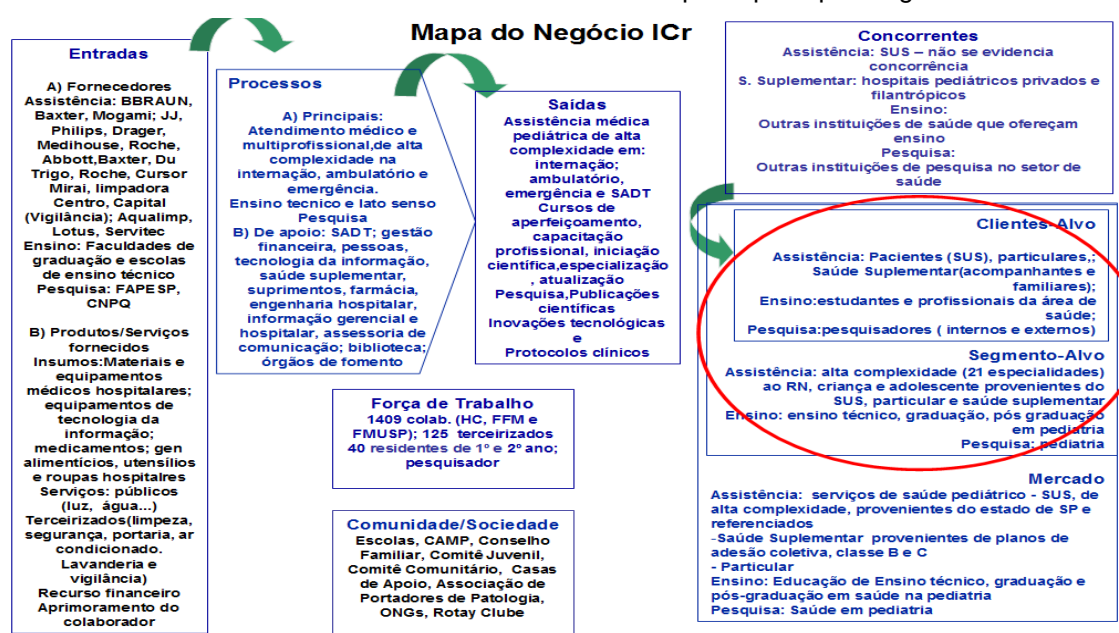


Figura 3.1 - Mapa do Negócio do ICr

## **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 (canal aberto);
- Resultados das pesquisas de satisfação e insatisfação 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;
- 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.

## **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 *online*) 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 3.2 representa o trabalho realizado para a divulgação da imagem Institucional.

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. 3.3.

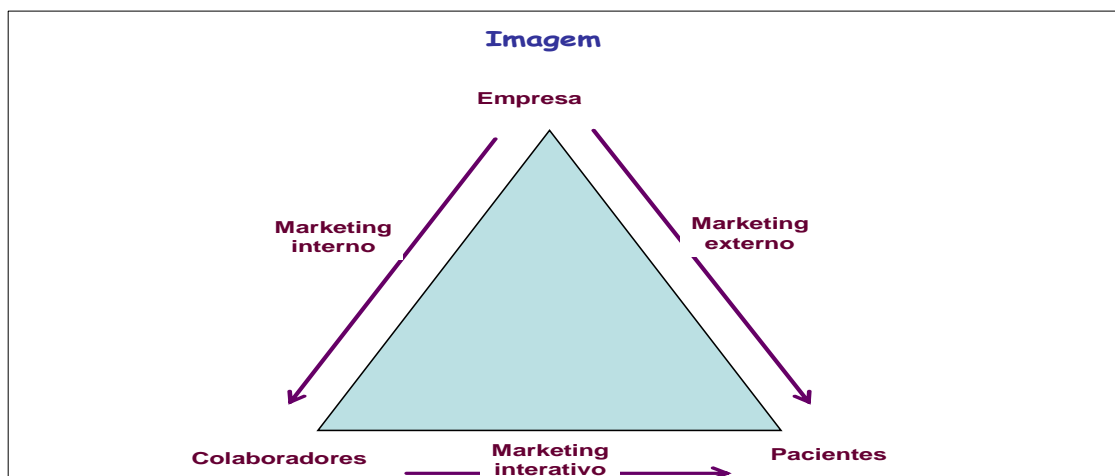


Figura 3.2 - Esquema para o tratamento da imagem no HC

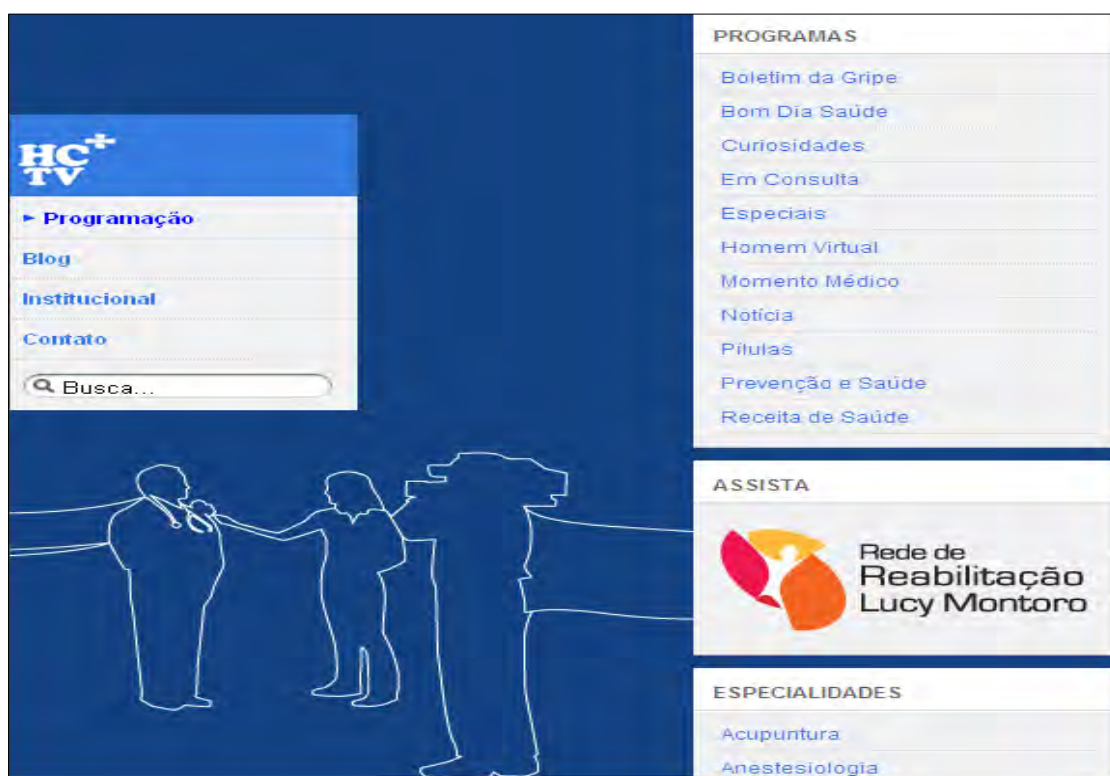


Figura 3.3 - Ferramenta de divulgação e marca

Desde 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](http://www.hctv.com.br/blog)). Em 2010 manteve-se o convênio assinado 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, desde 2009, há 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*.

Em 2010, foram finalizados 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.

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 de 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. O Hospital das Clínicas da FMUSP conta com vários canais de comunicação institucionais utilizados com os clientes usuários, entre eles: as pesquisas de opinião; a ouvidoria; o canal aberto (caixas para sugestões, reclamações, elogios e agradecimentos); o Café da Manhã com a Superintendência (contato direto da Superintendência com os funcionários dos diversos segmentos profissionais que integram o corpo funcional do HCFMUSP em encontros mensais), o “Linha Direta com o Superintendente” (disponibilização de um e-mail para contato direto com o superintendente da Instituição, para tratar de assuntos pessoais); o próprio site da Instituição com sua intranet; e o mais recém-criado *Twitter* HC. Neste último caso, qualquer servidor da Casa pode tornar-se um seguidor, mas não se trata de uma ferramenta direcionada especificamente para esse público.

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 pelos CCI's – Centros de Comunicação Institucional – 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 (atualmente em fase de ajustes e implantação).

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.

Em 2010, foram estabelecidas metas para os indicadores com o intuito de aprimorar a avaliação da Organização em relação aos clientes. São elas: Índice de Insatisfação – Avaliação Geral Ambulatório HC (Meta corporativa: não passar de 3% de insatisfação); Índice de Insatisfação – Avaliação Geral Internação HC (Meta corporativa: não passar de 2% de insatisfação); Índice de Questionários respondidos Ambulatório HC (Meta corporativa: obter pelo menos 3% de retorno); Índice de Questionários respondidos Internação HC (Meta corporativa: obter pelo menos 20% de retorno); Índice de Inserções Negativas na Mídia (Meta corporativa: diminuir em 1% por mês); e Índice de Busca à Mídia (entre 40% e 60%).

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;
- 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.

De acordo com o Regimento Interno todos os Institutos possuem um Ouvidor e um Ouvidor Suplente ligado à Diretoria Executiva, assim como um Ouvidor Geral ligado à Superintendência, que prestam atendimento de segunda a sexta-feira das 8:00 às 17:00. O espaço físico garante o acolhimento dos clientes com privacidade e sigilo. Sabendo-se que o atendimento presencial demanda um volume de horas maior e não eletivo a todos, disponibiliza-se secretária eletrônica 24 horas, assim como a Ouvidoria *online* que tem demonstrado ser uma ferramenta eficaz e democrática, podendo ser utilizada pelos sites: [www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br) e [www.spcidadao.gov.br](http://www.spcidadao.gov.br). Em locais estratégicos, para ser acessado pelos mais diversos clientes, estão disponibilizadas caixas de sugestões devidamente munidas de impressos de manifestação. As diversas Ouvidorias HC estão presentes no Guia de Serviços do Governo do Estado de São Paulo, onde todas as informações de acesso são disponibilizadas, assim como na Cartilha do Usuário do Hospital das Clínicas e em Folder Institucional.

O núcleo de Ouvidores se empenhou no ano de 2010 na reavaliação do Sistema de Ouvidoria *online*, contando com o suporte do NETI, o que possibilitou maior agilidade do sistema assim como que o mesmo oferecesse informações mais adequadas para avaliação dos processos de trabalho da Ouvidoria e relatórios gerenciais.

A Ouvidoria HC acata manifestações anônimas as quais, desde que devidamente circunstanciadas, recebem o mesmo tratamento. Sempre com o compromisso de garantir o retorno ao cliente. Solicita-se que as manifestações sejam tramitadas em cinco dias úteis a cada parte interessada. Todos os clientes da Ouvidoria são municiados com o número dos telefones e e-mail para acompanharem livremente a tramitação de suas manifestações.

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 enfermaria, 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, Infraestrutura, 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);
- 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. 3.4 apresenta o sistema utilizado no HC para a alimentação das informações da ouvidoria do Hospital.

Figura 3.4 - 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. 3.5 demonstra o esquema proposto pelo Hospital para o tratamento das manifestações de seus clientes.



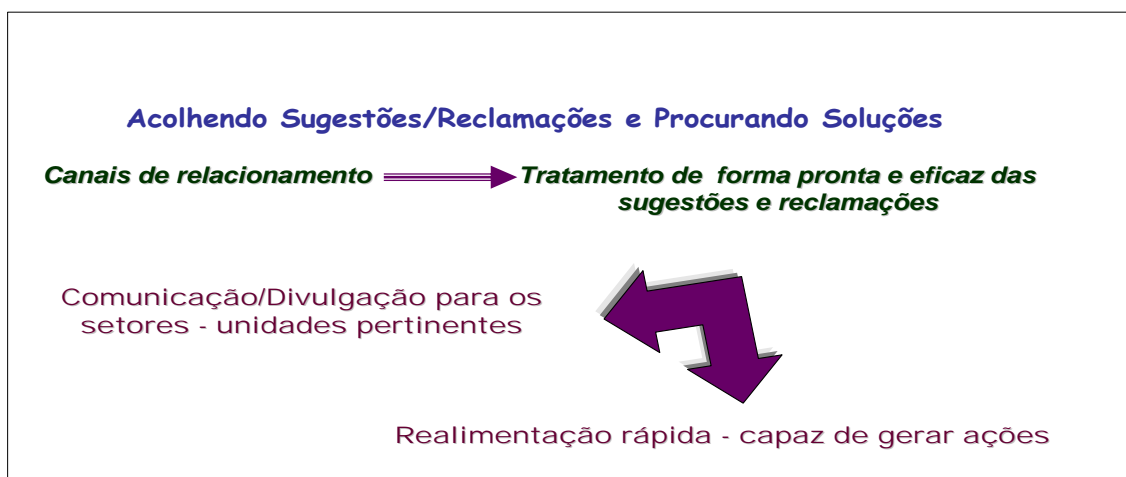


Figura 3.5 - Esquema para o tratamento das manifestações

### 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 feita 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. 3.6 permite visualizar o sistema utilizado para a avaliação da satisfação e insatisfação dos clientes do HC.



Figura 3.6 - 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 eles, 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 frequentar 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 SÓCIO-AMBIENTAL**

#### **a) Identificação e tratamento dos aspectos sócio-ambientais**

Os principais impactos negativos potenciais que os produtos, processos e instalações da Instituição causam ao meio ambiente e à sociedade são relacionados aos resíduos hospitalares, consumo de recursos não renováveis (água e energia elétrica), desenvolvimento de novos projetos 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, desde 2009, foi assinado o 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. Este contrato encontra-se vigente, sendo seu consumo avaliado mensalmente.

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 2010 melhorias nas Unidades: IOT, ICr e InCor nos sistemas de iluminação e ar condicionado.

Outras ações realizadas pelo NEAH foram:

- Substituição das caldeiras que utilizavam como combustível óleo BPF (Baixo Poder de Fluidez) e óleo diesel por caldeiras a gás natural e GLP (Gás Liquefeito de Petróleo).
- Instalação de abafadores de ruídos nos exaustores e ventiladores das caldeiras localizadas ao lado do prédio da DCC.
- Programa de coleta seletiva de resíduos (redução no volume de resíduos comuns gerados com o aumento dos recicláveis).
- Readequação da classificação de resíduos infectantes para comuns das copas das unidades de internação;

- Projeto piloto na Reumatologia do Programa de Coleta Seletiva de Resíduos, promovendo a redução de 75% do peso do resíduo infectante gerado na unidade, aumentando os recicláveis;
- Aquisição de gêneros alimentícios já processados reduzindo o volume de resíduos orgânicos gerados;
- Programa de descontaminação de lâmpadas de vapor de mercúrio (50.000 unidades) para empresa devidamente licenciada e habilitada para esta atividade, por órgãos ambientais;
- Programa de controle de pragas além da preocupação de solicitar as empresas licitantes, comprovação de responsabilidade ambiental da empresa no descarte e tratamento das embalagens dos produtos que são comprovados por documentação específica, atendendo a legislação CONAMA 257.
- Incentivo ao desenvolvimento de boas práticas ambientais com participação de equipe multiprofissional para orientar e incentivar a cultura ambiental e pró-ativa em todos os seus colaboradores por meio de reuniões mensais;
- Ações de parceria entre os Institutos e a Limpurb para a coleta de resíduos químicos (grupo B), quando da coleta interna dos resíduos químicos perigosos, são identificados em impresso próprio junto ao gerador. O órgão municipal realiza coleta externa encaminhando para tratamento de incineração e disposição final em aterro sanitário;
- Em 2007, no Programa de uso racional de água foram trocadas todas as torneiras do Instituto Central, por torneiras economizadoras com temporizador, totalizando 731 peças.

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, desde 2009, são realizados diagnósticos periódicos das árvores adultas, encadeando as seguintes ações:

- Levantamento quantitativo e qualitativo da arvores existente;
- Diagnostico árvores com potencial risco de queda;
- Sistematização das podas, obedecendo à legislação por tratar-se de área de preservação permanente;
- Cobrança junto do Poder Público manutenção das árvores do entorno;
- Implementação de controle fitossanitário;
- Implementação de compensação ambiental, em consoante com a Legislação que rege as áreas de preservação permanente; e
- Ampliação da 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.



|  |
|--|
| <b>Gestão de Resíduos do Serviço da Saúde</b>              |
| 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  |
| <b>Gestão de Infra- Estrutura</b>                          |
| <b>Gestão do Racionamento de Consumo</b>                   |

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.

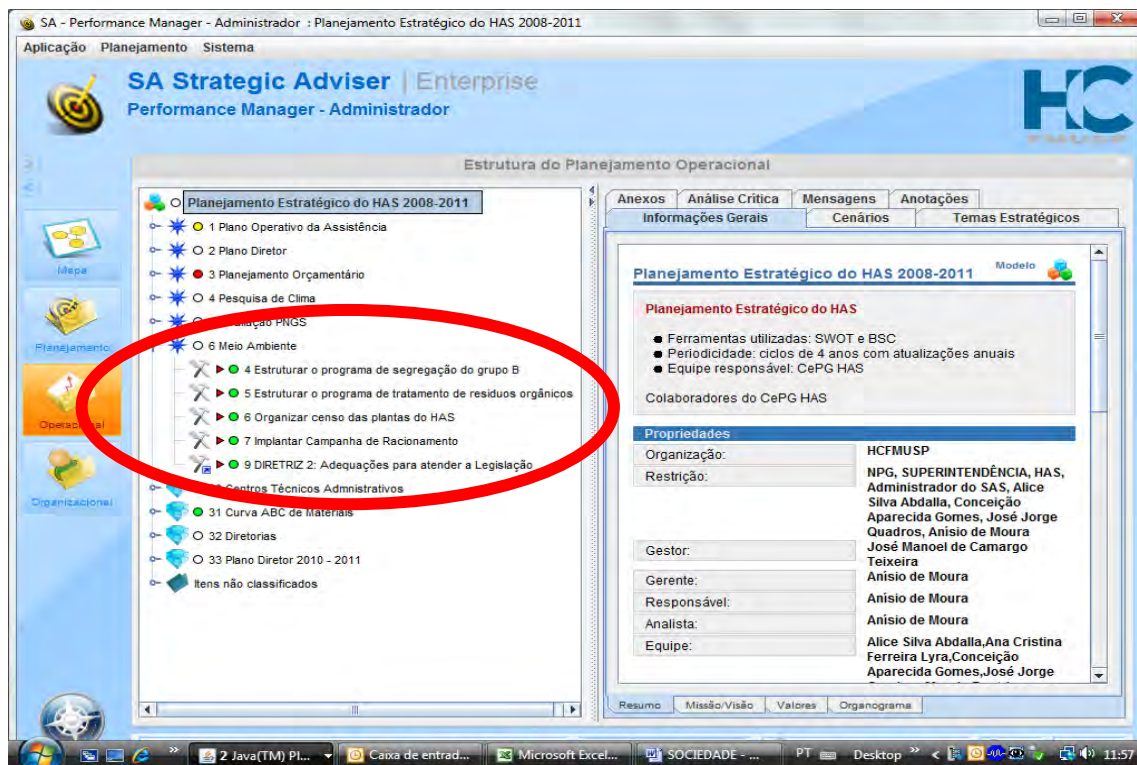


Figura 4.1.3 - Exemplo de com as Unidades vem tratando suas lacunas identificadas pelo Roteiro

Para a área de Apoio destaca-se também o trabalho iniciado em 2009 pelo Centro de Convenções Rebouças – CCR, com a implantação de um sistema de coleta seletiva junto aos seus clientes. Em 2010, foi dada continuidade à reciclagem dos resíduos gerados pelos eventos. Foram mais de 15 toneladas, um aumento de 106% em relação ao ano de 2009.

#### **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 desde 2009 o HC mantém convênio 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. Assim, quando estas questões referem-se ao lixo hospitalar, são os técnicos que lidam com esse tema. Espalhados por todas as Unidades do Hospital, os técnicos identificam seus aspectos legais regulamentares e contratuais. Se as questões referem-se aos projetos de reforma e à infraestrutura 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 e consumo de água e energia elétrica.

Como melhoria para o tratamento das questões relacionadas aos requisitos legais, regulamentares e contratuais aplicáveis às questões socioambientais, desde 2009 estão sendo 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 ecossistemas**

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, desde 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.

### **4.2. ÉTICA E 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 dos canais disponíveis para esse relacionamento nas diversas Unidades, 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 citadas algumas campanhas desenvolvidas nas Unidades do HC:

#### **Campanhas**

- **Posto de coleta de RX arrecada 340kg de chapa em um mês.** O posto de coleta de Raios-X instalado pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP no térreo do Prédio dos Ambulatórios arrecadou, em menos de um mês de funcionamento, 340 kg de chapa. O material não deve ser descartado no lixo comum por conter o metal

prata em sua composição. A reciclagem da chapa, pelo processo de eletrificação, possibilita recuperar o metal que proporciona uma prata comercial, intitulada prata em “escamas”. Todo o material arrecadado é doado ao Fundo Social de Solidariedade do Governo de São Paulo.

- **InRad equipa suas áreas para coleta seletiva.** O Instituto de Radiologia está institucionalizando a coleta seletiva nas suas unidades, investindo em ações para preservação do meio ambiente e para atender a legislação quando se fala em reutilizar os resíduos em benefício do bem-estar social.
- **HC orienta idosos na Semana Mundial de Prevenção de Quedas.** Os Institutos Central e do Coração do HCFMUSP realizaram uma série de ações referentes à Semana Mundial de Prevenção de Quedas voltadas ao público idoso. Melhorar o equilíbrio e a forma de caminhar foram os focos das atividades durante as oficinas coordenadas pelos Serviços de Fisioterapia e Geriatria do ICHC, com apoio do Serviço de Fisioterapia do InCor.
- **Campanha de Vacinação contra a Influenza A H1N1.** De março a maio de 2010, para a força de trabalho do Sistema FMUSP-HC, estagiários, terceirizados e alunos da FMUSP, o Centro de Imunização vacinou 22.326 pessoas.
- **Campanha Visão do Futuro foi realizada pela Divisão de Oftalmologia do HCFMUSP,** no Prédio dos Ambulatórios. Foram atendidos cerca de 1.100 estudantes do ensino fundamental da rede pública estadual. Os alunos com diagnósticos de miopia receberão os óculos de graça num prazo de 30 dias.
- **Campanha “Salve Vidas nas Estações do Metrô”.** O Instituto do Coração do HCFMUSP e o Metrô promoveram recentemente uma ação de treinamento em primeiros socorros pela Além do treinamento com os usuários, os métodos demonstrados nas estações pelos especialistas do InCor - HCFMUSP podem ser assistidos através da mídia televisiva interna dos trens do Metrô.
- **InRad promove campanha de higienização das mãos** - O Serviço de Enfermagem do Instituto de Radiologia do HCFMUSP, dentro das comemorações da Semana da Enfermagem, promoveu a “Campanha de Higienização das Mãos – Um Ato de Consciência”.
- **Hospital das Clínicas em prol do Dia do Desafio** - O Hospital das Clínicas da FMUSP, através do Agita HC, sob a coordenação do Atendimento Médico ao Servidor (AMS/ SAMSS), apoiou no dia 26 de maio o Dia do Desafio, que completa 15 anos no País.
- **Dia Mundial Sem Tabaco 2010** - Cuide da sua saúde e pare de fumar! Este foi o slogan da Campanha desenvolvida pelo programa Plante Saúde HC, em atenção ao Dia Mundial de Combate ao Fumo. Durante a campanha foram distribuídos panfletos educativos, dosagens de monosimetria para os fumantes e ex-fumantes e realizadas atividades físicas.
- **Campanha de Prevenção da Alergia e de uso correto de medicamentos** - No Dia Nacional de Prevenção da Alergia, o Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da FMUSP promoveu a campanha educativa para alertar a população sobre doenças alérgicas que se intensificam no período do inverno. Foram exibidos vídeos e distribuídos materiais educativos a respeito de asma, rinite, dermatite atópica e alergia alimentar. Além disso, durante todo o dia os pacientes em tratamento ambulatorial no ICHC foram orientados sobre o Uso Correto de Medicamentos por cerca de 200 alunos de Farmácia das Faculdades da USP, Mackenzie, UNIFESP, São Camilo e estagiários do HC por ocasião do Dia Nacional do Uso Correto do Medicamento, em 5 de maio.
- **Mutirão do HC monitora pressão arterial de crianças e adolescentes** - Organizada pelo Instituto da Criança do HCFMUSP, a ação realizada no Poupatempo de Itaquera contou com a participação de profissionais do ICr, que mediram a pressão arterial de crianças e adolescentes. A iniciativa, por conta do Dia Nacional de Combate e Prevenção à Hipertensão, serve de alerta para a necessidade de se observar também a população mais jovem, que é suscetível a um problema normalmente associado aos adultos.

- **Campanha de alerta contra a Hepatite C** – O Ambulatório de Hepatites Virais da Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Instituto Central do HCFMUSP realizou campanha de alerta contra a Hepatite C, doença assintomática, principal causa de cirrose hepática e câncer de fígado, em particular nos idosos. Os médicos realizaram testes para detectar a presença de um anticorpo contra o vírus da hepatite C. O método consistiu em uma picada na ponta dos dedos, semelhante ao teste de glicemia. O resultado foi informado em poucos minutos.
- **Mutirão de exames oftalmológicos.** A Divisão de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da FMUSP recebeu mais uma vez cerca de 1 mil estudantes do ensino fundamental da rede pública do Estado de São Paulo. Os alunos foram previamente selecionados pelas escolas a partir de relatos de rendimento escolar feitos por seus professores. No HC eles foram submetidos a exames de acuidade visual, motilidade ocular, dilatação, fundoscopia, biomicroscopia, auto-refrator, refração e mapeamento de retina. Estudantes com diagnóstico de miopia receberão os óculos de graça, num prazo de 30 dias.
- **Campanha sobre a Hanseníase.** A Clínica de Dermatologia do Hospital das Clínicas da FMUSP realizará uma campanha para diagnóstico precoce da Hanseníase, doença silenciosa que quando não tratada traz sequelas graves ao portador. No local, neurologistas, ortopedistas, oftalmologistas, otorrinolaringologistas e médicos da Clínica Médica avaliarão os pacientes. Pessoas com diagnóstico da doença serão tratadas pela Dermatologia do HC.
- **Qualidade e quantidade marcam Campanha do Agasalho no HC.** As doações para a Campanha do Agasalho 2010, idealizada pelo Fundo de Solidariedade e Desenvolvimento Social e Cultural do Estado de São Paulo, foram encerradas na última semana no Hospital das Clínicas da FMUSP e teve um aumento significativo no número de peças arrecadadas em relação ao ano passado – cerca de 70% a mais.
- **Semana InCor de Prevenção da Hipertensão.** Em monitoramento realizado pelo Instituto do Coração do HCFMUSP durante a Semana InCor de Prevenção da Hipertensão, entre os dias 23 e 29 de setembro, constatou-se que dos 133 funcionários que compareceram ao serviço médico para participar da campanha, 88 não sabiam informar se eram ou não hipertensos. Perto de um terço desses funcionários, ou 22%, estavam com pressão alta ou no limite da hipertensão no momento da medição. Eles agora vão seguir acompanhamento médico para tratamento e prevenção da doença.
- **ICHC implanta coleta seletiva no Centro Cirúrgico.** O Instituto Central do HCFMUSP está implantando a coleta seletiva de papéis e plásticos no Centro Cirúrgico do 9º andar onde são realizadas em média três mil cirurgias por mês.
- **ICHC realiza campanha itinerante sobre higiene.** A Divisão de Nutrição e Dietética do ICHC, em parceria com a Subcomissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCCIH) realizou a “Campanha Itinerante - Higiene: você é peça fundamental nesse processo”, com o objetivo de sensibilização para a implementação de hábitos corretos quanto à higiene pessoal e ambiental, correta paramentação no trabalho e incentivo à lavagem de mãos como prevenção de contaminação hospitalar.
- **Mutirão de mamografia.** O Instituto de Radiologia do HCFMUSP e o Instituto do Câncer do Estado de São Paulo Octavio Frias de Oliveira realizam até 29 de outubro um mutirão de mamografia. A ação, gratuita e aberta à população, pretende atender cerca de 600 mulheres da capital paulista.
- **ICHC orienta pacientes na Semana de Combate à Psoríase.** A Divisão de Dermatologia do Instituto Central do HCFMUSP, irá esclarecer a população sobre a Psoríase, doença que atinge igualmente homens e mulheres, principalmente na faixa etária entre 20 e 40 anos.
- **HC orienta população no Dia Mundial de Combate ao AVC.** Dia Mundial de Combate ao AVC – Acidente Vascular Cerebral, a Clínica de Neurologia do HCFMUSP orientou a população de como se prevenir da doença. No Prédio dos Ambulatórios os médicos abordaram os fatores de risco e mostraram os sinais de alerta de um AVC para um rápido socorro. Segundo a neurologista Dra. Adriana Conforto, coordenadora da campanha no HC, o indivíduo deverá procurar ajuda quando sentir formigamento ou

fraqueza em um dos lados do corpo, súbita dificuldade para falar, súbita dificuldade em enxergar, súbita dificuldade em andar ou perda de equilíbrio, súbita dor de cabeça muito forte sem uma causa aparente e vertigem (sensação de tudo virar). O tempo é primordial para a sobrevivência e recuperação do paciente.

- **Higiene Bucal Infantil no HAS.** Para prevenção e manutenção de dentes saudáveis, aos filhos dos colaboradores do HAS. A creche do hospital auxiliar conta com 32 crianças a partir de zero ano de idade, e o programa oferece, além de manutenção preventiva contra as cáries, orientação educativa de escovação correta dos dentes. Essa iniciativa que acontece desde 2006, é oferecida duas vezes por ano.

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.

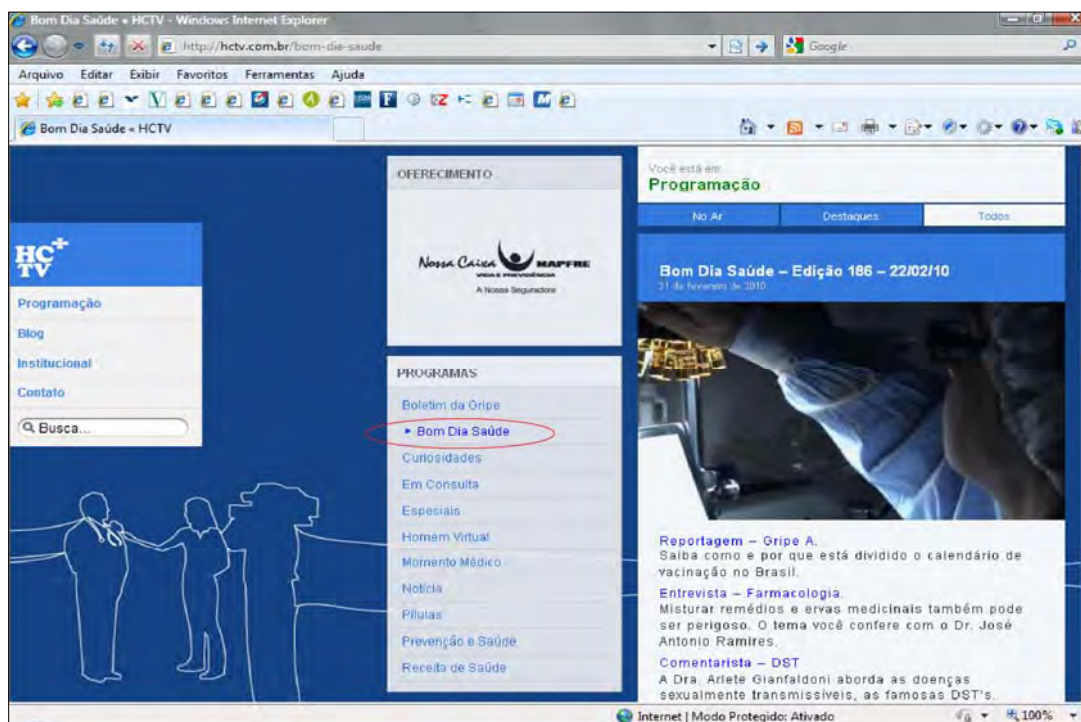


Figura 4.2.1 - Telejornal “Bom Dia Saúde” exibido pela HC-TV

- **Teleconferência** – citando-se com exemplo os seminários realizados pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas/Divisão de Otorrinolaringologia, 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.

### **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);
- 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 na Secretaria 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) 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
- 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 de 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.

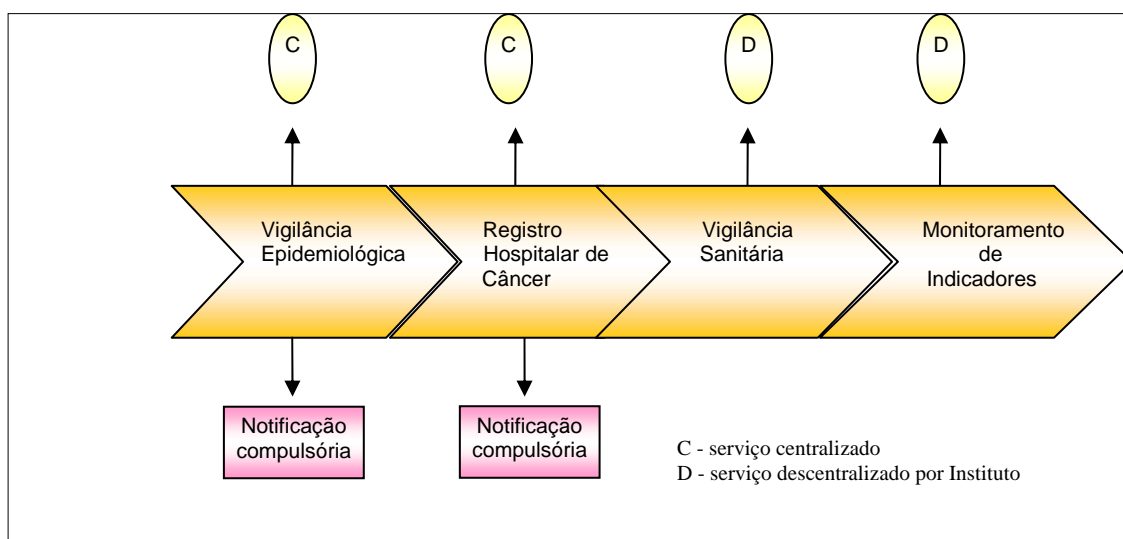


Figura 5.1.1 - Macro fluxo do Núcleo de Informação em Saúde

Cabe destacar ainda que o NIS, 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 bloqueados, 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 de Tecnologia da Informação - CTI, iniciou em 2004, onde 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, e se necessário, também por meio de reuniões extraordinárias para elaborar, discutir, planejar e organizar os serviços de TI no HC.



Ainda assim, o NETI e o CTI 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, e nesse sentido tem sido responsável também pela definição, desenvolvimento, implantação e gerenciamento dos sistemas de informações. Estes sistemas estão organizados no nosso portal de Gestão de Conhecimento, que inclui as páginas Web na INTERNET, o Portal da INTRANET, o controle de documentação, os sistemas administrativos e os sistemas assistenciais.

A composição do NETI e do CTI 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. Uma destas medidas foi a revisão do contrato com a empresa PRODESP (Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo). Isto permitiu que os recursos financeiros orçamentários que eram destinados à Prodesp desde 1975 de forma integral, ou seja, a verba de TI do HC, que corresponde a cerca de 1% do total do orçamento sempre era destinada integralmente à Prodesp. Desde 2004, o contrato desta foi gradativamente sendo reduzido, atingindo cerca de 50% do valor em 2006. Agora em 2010, este contrato foi diminuído para cerca de 1/3 do valor inicial. Com esta economia de 2/3 do valor dos recursos orçamentários, possibilitou-se um fluxo contínuo de investimentos para a área de TI progredir e manter projetos de melhoria permanente.

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;
- Projeto de Integração de Informações e construção da Base de Dados Corporativa: um dos principais problemas de TI do HC é a necessidade de integração das informações, que estão segmentadas e fragmentadas nos diversos sistemas existentes. Isto ocorreu devido à questões históricas, onde vários sistemas foram sendo desenvolvidos de forma independente e descordenada. A primeira unificação foi em relação a padronização de tabelas em uso na casa. 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). Recentemente, através de diretrizes apontadas no Plano Estratégico e no Plano Diretor de TI, foi construído um Banco de Dados Corporativo com a finalidade de integração dos principais sistemas e dados. 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. Atualmente, a Administração Superior juntamente com os DRHs e o NETI estão abrindo edital de licitação para aquisição de um sistema de mercado para Gestão de Recursos Humanos. Outro ponto abordado foi a unificação e integração dos sistemas de gestão de dados de pacientes. Existem três principais sistemas na casa: SIGH-PRODESP, SI-3, e SI-lcr. Estes sistemas, que trabalhavam de forma independente, hoje estão integrados e os dados dos pacientes unificados.
- 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.



Figura 5.1.2 - Portal Web INTERNET HCFMUSP

Internamente, as informações e sistemas estão classificados e organizados dentro do Portal da Intranet (<http://www.phcnet.usp.br/>). As figuras 5.1.2 e 5.1.3 demonstram a página da Internet e da Intranet do Hospital.



Figura 5.1.3 - Portal INTRANET do HCFMUSP

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 3 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 2,5 milhões e 2,2 milhões de pacientes, respectivamente. Como melhoria desta prática estas bases de dados foram integradas, formando uma base unificada para todo o Hospital (DW);

**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.

**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 estes autorizados 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 à 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 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 *firewal*, *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 comparada, pela fonte definida para a coleta e definição dos padrões, para a obtenção, de acordo com o esquema da fig. 5.2.1.

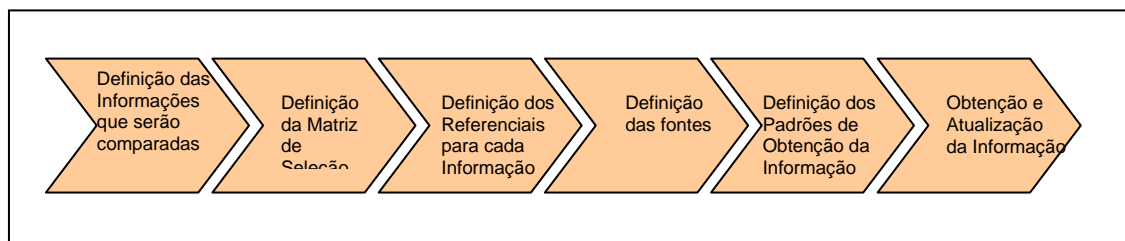


Figura 5.2.1 – Esquema da informação comparativa



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  |



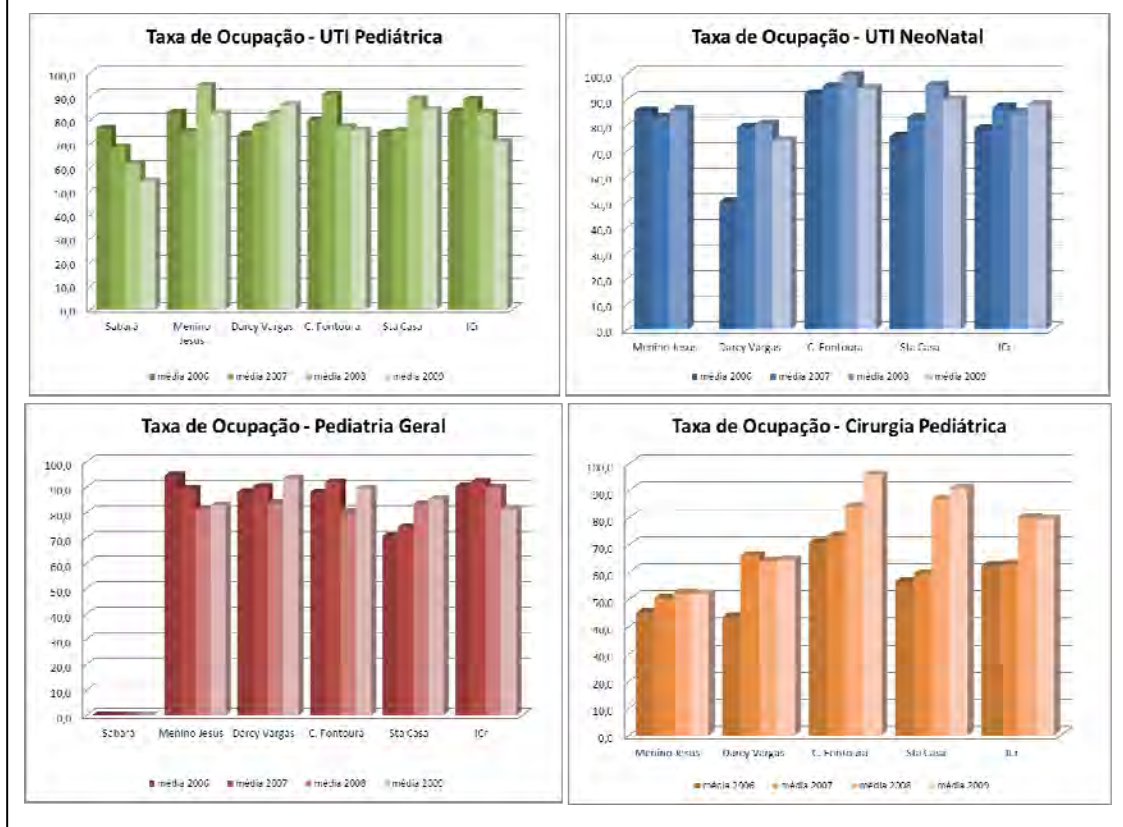
Figura 5.2.2 - Padrões utilizados para determinar a obtenção das informações comparativas

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 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.

Em 2010, as Unidades apresentaram em reuniões do Comitê de Planejamento e Gestão, a fase do processo de Benchmarking que se encontram, baseadas na figura 5.2.3. Como exemplo cita-se o ICr que na fase 2 do processo de Benchmarking (Coleta) identificou informações pertinentes para comparação de resultados tais como: Reuniões mensais do “Time de Hospitais Pediátricos”, Reuniões trimestrais do “Grupo de Indicadores de Enfermagem”, Banco de Dados de Hospitais Gerais e Selados do CQH, entre outros.

## Descrição da Unidade: (exemplo – TIME)



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.

SA - Administrador - Planejamento Estratégico do HCFMUSP 2008-2011

Arquivo Editar Exibir Configuração Ajuda

Plano Estratégico

Resumo Diagrama Ações Relações Scorecard Anexos Análise Crítica Mensagens Anotações

**Utilização da Capacidade Física Instalada no Ambulatório**

Procura-se comparar o que foi realizado de consultas e a oferta disponível para atendimento considerando o espaço físico disponível.

**Fórmula:**  

$$(n^{\circ} \text{ total de consultas} / \text{capacidade física instalada}) * 100$$

**Meta:** Em 2010, a meta será de 100% (unidades)

**Periodicidade:** trimestral

**Responsável pelo preenchimento:** Unidades

**Responsável pelo Controle:** NPG

**Fórum de discussão:** CIG e Diretoria Clínica

Dado o perfil do IMRea e do InRad, esse indicador não gera tomada de decisão (vide plano operativo do IMRea e do InRad)

**Propriedades**

|  |  |
|--|--|
| Modelo:                                  | Planejamento Estratégico do HCFMUSP 2008-2011  |
| Perspectiva:                             | 2. Processos   |
| Diretriz (AS) / Objetivo Corp (UN):      | 04. Consolidar o Modelo de Gestão  |
| Objetivo Corp (AS) / Objetivo Inst (UN): | 05. Avaliar o Desempenho do Hospital no Cumprimento de sua Missão a partir de indicadores de Processos das Áreas de Ensino, Pesquisa e Assistência |
| Nível Superior:                          | 2.1.4.1.1 Ambulatório  |
| Classificação:                           | 2.1.4.1.1.11   |
| Coautor:                                 | José Manoel de Camargo Teixeira  |

☐ Mostrar observações

Observações...

Pronto

Anne Caroline de Oliveira Ramos 00:17 41.6MB

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 apoiam 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, hotelaria, 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 as 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 nas fases 3 e 4. Essa fase do processo é registrada para discussão nas próximas etapas do *Benchmarking*.

O HAC também demonstrou por meio de apresentação em reunião do Comitê de Planejamento e Gestão o avanço no seu processo de *Benchmarking*, ao discutir a análise das informações de maneira a adaptá-las à realidade da sua organização, como demonstrado na Fig. 5.2.5.

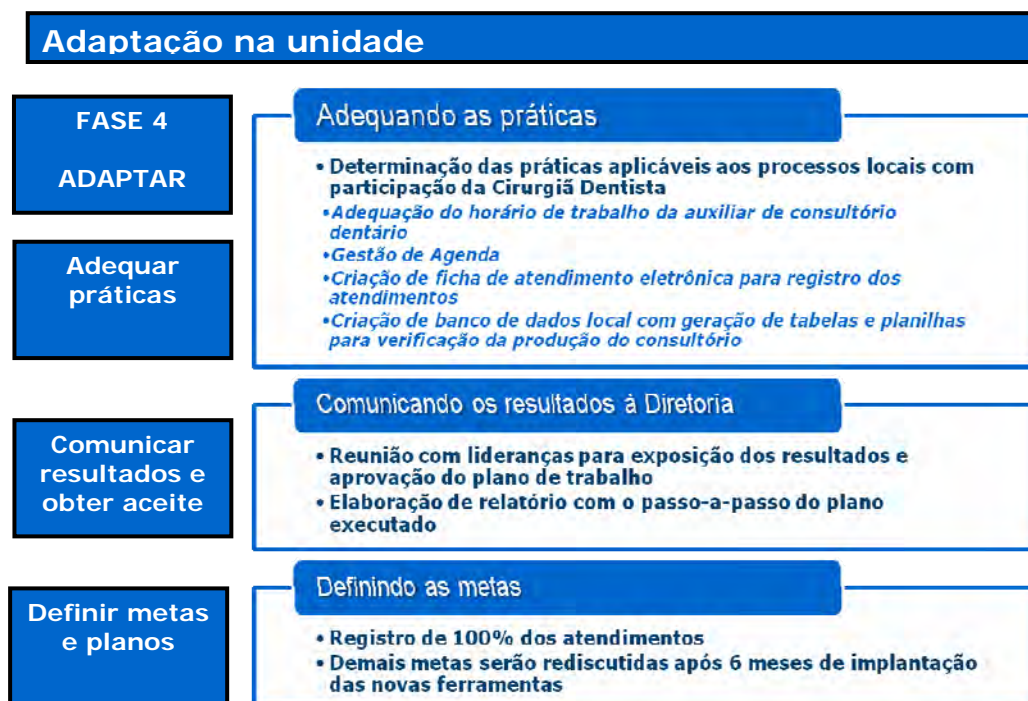


Figura 5.2.5 - Slide demonstrativo da análise das informações comparativas e sua adaptação à realidade da sua organização.

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.

Desde 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 desenvolveu 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.



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](http://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](http://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 HCTV 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 conhecimento. Nos estágios mais avançados permite customização e personalização de interface para cada um dos funcionários.

A disseminação interna do trabalho com os PGPs e POPs do HC é feita, por exemplo, no Portal da Intranet por meio do repositório para os Procedimentos Padrões elaborados na Instituição, tornando acessível à 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).

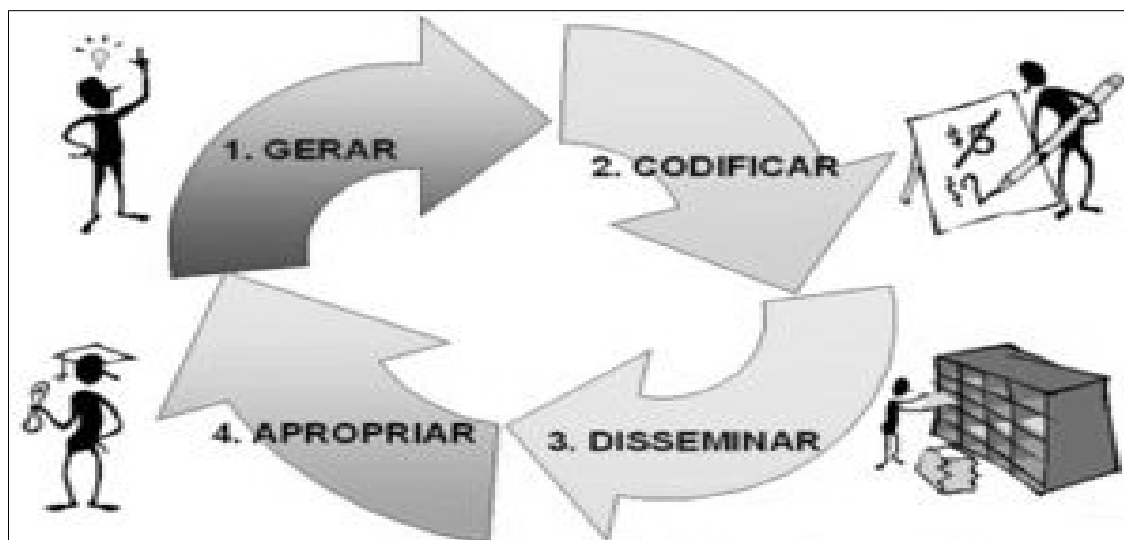


Figura 5.3.1 - Representação dos objetivos com a divulgação dos Procedimentos Padrões na intranet



Pessoas

## 6. PESSOAS

Neste capítulo será relatado como funciona o sistema de trabalho no HCFMUSP, incluindo a organização, os processos relativos a seleção e contratação, 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 de 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.

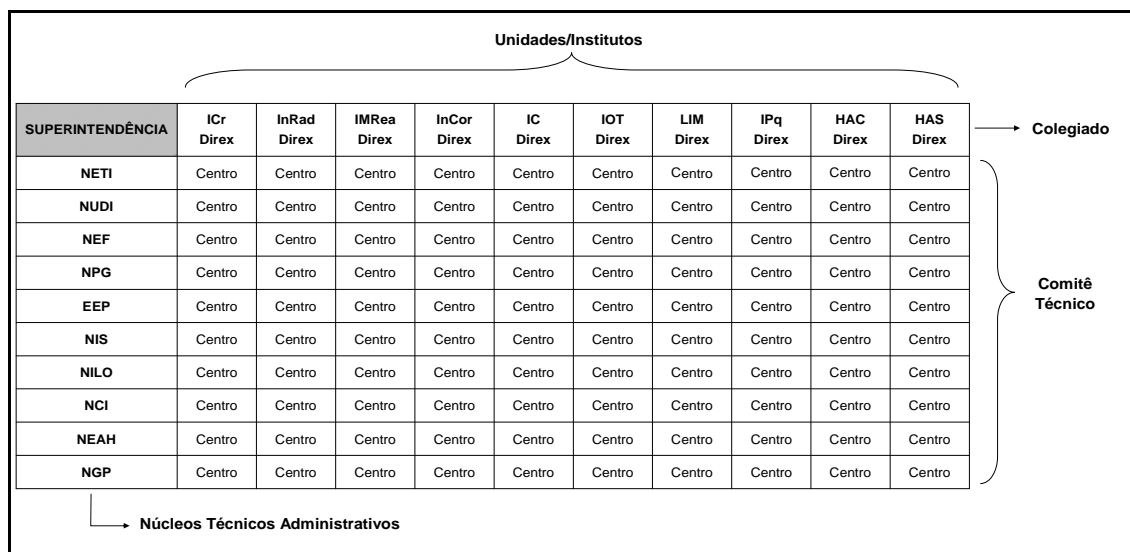


Figura 6.1.1 - Estrutura matricial utilizada no HC para a organização do trabalho

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 a 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. Destaque também as mudanças que 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 os 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, atendendo às necessidades da organização e garantindo a transparência e equidade nesse processo. No ano de 2010 o processo seletivo do Hospital contou com a autorização governamental para preenchimento de 1.414 funções-atividades e realização de 202 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 organizacionais, 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, 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.



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 2010, essa autorização contemplou 4.709 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.

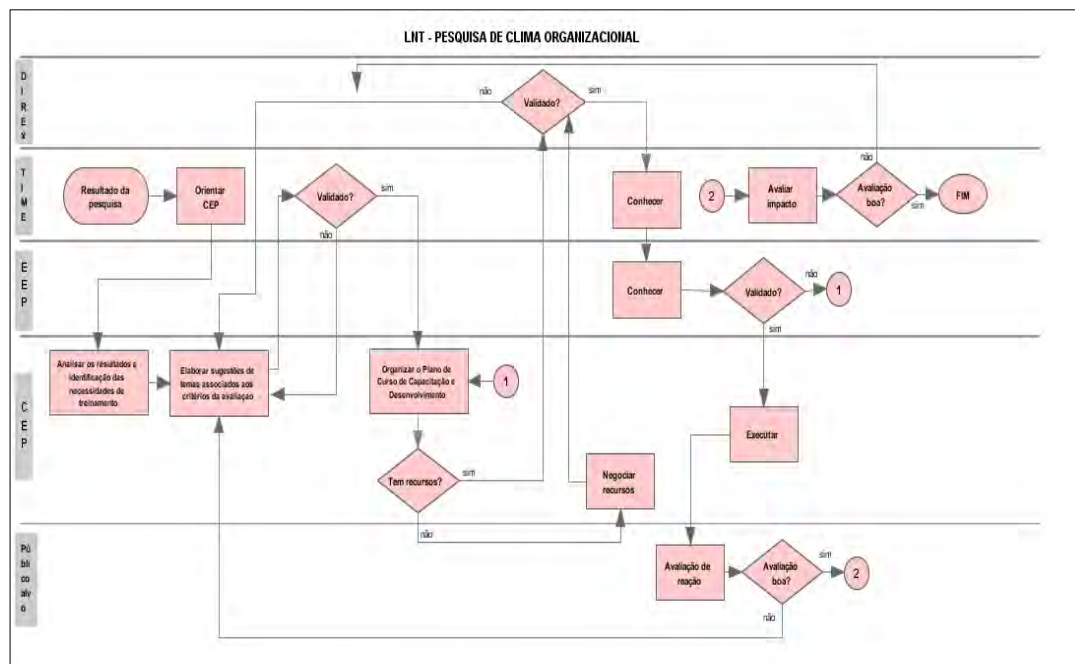


Figura 6.2.1 - Fluxo do levantamento de necessidades de capacitação e desenvolvimento a partir do planejamento estratégico da Instituição

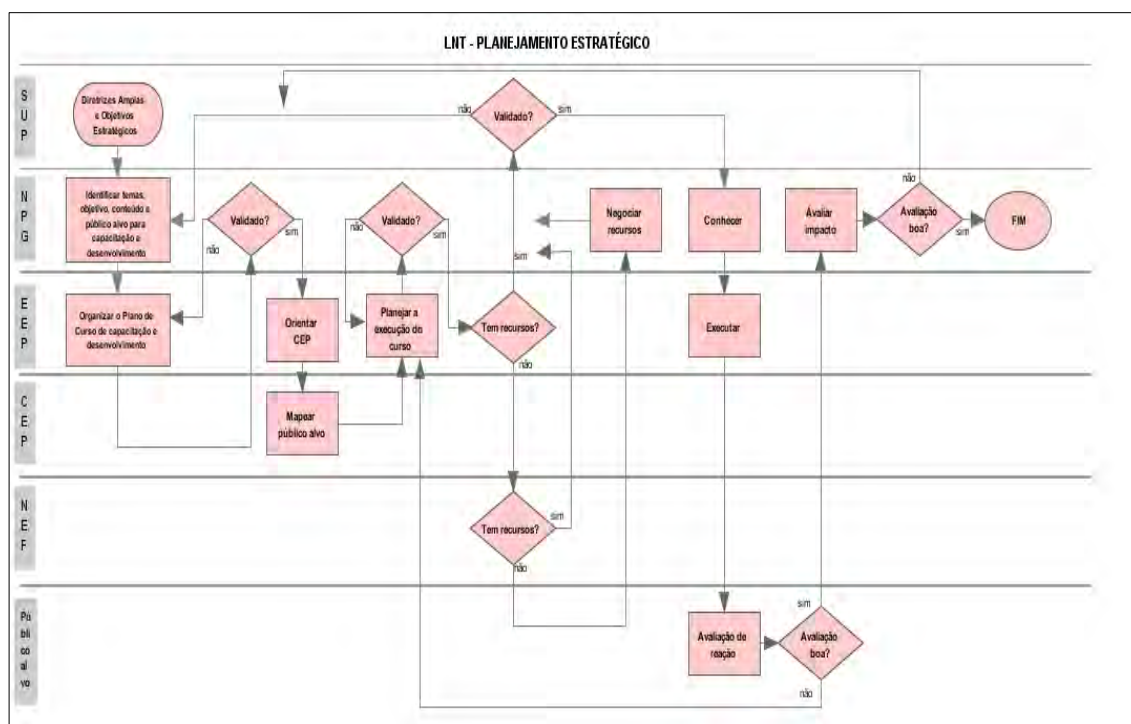


Figura 6.2.2 - Fluxo do levantamento de necessidades de capacitação e desenvolvimento a partir do Planejamento Estratégico da Instituição



## **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 2010 participaram do programa 801 colaboradores, que representa 48,5% dos funcionários admitidos.
- **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 2010 foram contemplados sete profissionais diretamente ligados ao Programa de Aprimoramento Profissional.
- **Programa de Capacitação em Serviço** – Contempla profissionais de nível superior e do ensino profissionalizante, objetivando a aquisição de habilidades específicas e o desenvolvimento de competências. É uma oportunidade de aperfeiçoamento que os diversos Institutos/Hospitais/Unidades Administrativas oferecem para o público interno e externo na área da saúde e afins. Para o funcionário alguns requisitos devem ser atendidos: formado, fora do horário de trabalho, com crachá de aluno EEP e com o aceite pela área concedente/requisitada.

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 2010 foram realizados quatro cursos de Preparação para a Banca Examinadora totalizando 75 participantes e um curso de Redesenho de Processos para a AMS com a participação de 19 profissionais.

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 2010 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 realizou-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. A fig. 6.2.3, apresenta a ferramenta utilizada para esta avaliação

| FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE  |   |
|---|---|
| 1. Relacione as facilidades e dificuldades no entendimento dos conceitos apresentados no Fórum Permanente de Boas Práticas de Gestão. |   |
| <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Os conceitos são muito complexos</p>   | <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Me chamou a atenção</p>                                      |
| <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não muito adequados a minha realidade de trabalho</p>  | <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Os conceitos são adequados a minha realidade de trabalho</p> |
| <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Falta material para consulta no caso de dúvidas</p>  | <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Bom material para consulta no caso de dúvidas</p>            |
| <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Informações não são detalhadas e são difíceis de serem entendidas</p>                                  | <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Informações detalhadas e fáceis de serem entendidas</p>      |
| 2. Você tinha conhecimento anterior sobre o assunto?  |   |
| <p>Sim</p> <p>Um pouco</p> <p>Não</p>   | <p>Assinale X</p>   |
| 3. A metodologia de discussão dos conceitos do Fórum de Boas Práticas foi útil para adquirir conhecimento?                            |   |
| <p>Sim</p> <p>Um pouco</p> <p>Não</p>   | <p>Assinale X</p>   |
| 4. Qual a relação destes conceitos com a realidade de sua atividade profissional?   |   |
| <p>Igual a realidade</p> <p>Próximo a realidade</p> <p>Distante da realidade</p>  | <p>Assinale X</p>   |
| 5. Qual o grau de contribuição dos conceitos apresentados para o seu trabalho?  |   |
| <p>Grande contribuição</p> <p>Pouca contribuição</p> <p>Nenhuma contribuição</p>  | <p>Assinale X</p>   |
| 6. Qual o grau de clareza dos procedimentos?  |   |
| <p>Muito claro</p> <p>Razoavelmente claro</p> <p>Confuso</p>  | <p>Assinale X</p>   |
| 7. Para você executar os conceitos apresentados foi exigida:  |   |
| a. A obtenção de novos conhecimentos?   |   |
| <p>Sim</p> <p>Não</p>   | <p>Assinale X</p>   |
| b. Mudança de postura?  |   |
| <p>Sim</p> <p>Não</p>   | <p>Assinale X</p>   |

Figura 6.2.3 - Formulário de Avaliação de Efetividade

## 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 Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho-SESMT HCFMUSP.

O SESMT procura realizar a gestão da segurança e saúde ocupacional através do cumprimento de sua missão assim descrita: "Promover e manter a aptidão ao trabalho e a plena integridade física e mental dos colaboradores, por meio de ações preventivas e corretivas que minimizem os riscos ambientais, melhorem a qualidade de vida e contribuam para o desenvolvimento de uma cultura prevencionista para todo o complexo HCFMUSP".

Para atender o requisito da preservação da saúde e da integridade dos colaboradores o SESMT HCFMUSP utiliza como principal instrumento o PPRA-Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. O PPRA é um programa estabelecido pela norma regulamentadora NR-9 e que através da antecipação, reconhecimento, avaliação e controle dos riscos químicos, físicos e biológicos busca a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores. No HCFMUSP são avaliados ainda os riscos relacionados a ergonomia e acidentes do trabalho. 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. O setor de Engenharia de Segurança emite laudos de riscos de acordo com a exposição aos agentes químicos, físicos e biológicos no ambiente de trabalho. Este documento embasa o desenvolvimento do PCMSO.

Para o monitoramento dos trabalhadores expostos aos agentes químicos, físicos e biológicos definidos pelo PPRA o SESMT HCFMUSP desenvolve o PCMSO-PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL. O PCMSO estabelece o controle de saúde do trabalhador, em função de suas atividades. Este programa baseia-se na realização de exames médicos admissionais, demissionais, mudança de função, 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. 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 preservar a imunização dos trabalhadores através do controle da validade das vacinações, a realização de teste tuberculínico para trabalhadores de áreas de risco. 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.

Além de cumprir as normas legais o SESMT HCFMUSP procura criar uma mentalidade preventiva dentro do ambiente de trabalho. Após aplicar os métodos e técnicas para reconhecimento, avaliação e controle dos riscos encontrados nas atividades laborais nos setores, o SESMT orienta tomadas de providências para eliminar ou minimizar estes riscos. Este trabalho é realizado por meio de redesenho dos processos de trabalho, treinamentos de segurança específicos, palestras de orientação de cunho preventivo, jornadas científicas, orientação de implementação de proteção em máquinas e equipamentos, adequação da jornada de trabalho e orientação de medidas de proteção coletiva e individual.

Quanto aos riscos relacionados à ergonomia, é realizada a análise profissiográfica. Esta análise 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 nexos causais 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.

O SESMT HCFMUSP auxilia a CIPA-COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES em treinamentos de prevenção de acidentes e ministra treinamentos para capacitação de membros eleitos para a CIPA.

O SESMT em parceria com a CIPA Organiza a SIPAT-SEMANA INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO.

A CIPA tem a missão de organizar a revisão dos Mapas de Risco do complexo hospitalar e realiza ainda o controle da utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva.

O SESMT dentro ainda de sua missão treina a Brigada de Incêndio através de seu setor de Engenharia de Segurança.

O SESMT HCFMUSP na busca de identificar e tratar os riscos à saúde ocupacional conta além das especialidades de Medicina do Trabalho e da Enfermagem do Trabalho, com as especialidades de Psicologia e Assistência Social.

As disciplinas de Psicologia e Assistência Social atuam com o objetivo de desenvolver programas de apoio na área social e programas de saúde mental. Para tanto desenvolvem programas de acompanhamento dos trabalhadores durante os períodos de afastamento pelo INSS ocasionado por doenças ou acidentes. Oferecem ainda programas de readaptação aos trabalhadores que retornam de afastamento pelo INSS. Outro programa desenvolvido pelo SESMT denomina-se Projeto de Saúde Mental e Trabalho com o objetivo de auxiliar os colaboradores a desenvolverem sua atividade laboral em um ambiente de trabalho com o menor risco de comprometimento à saúde mental.

O SESMT HCFMUSP em sua missão de contribuir com o desenvolvimento de uma cultura prevencionista para a segurança e saúde ocupacional realizou no mês de Novembro de 2010 a II Jornada Interdisciplinar da Saúde do Trabalhador em Área Hospitalar e o I Encontro de SESMT em Serviços de Saúde.

Dentro da orientação para processos e informações o SESMT HCFMUSP realiza bimestralmente Reuniões de Análise Crítica onde são analisados os indicadores institucionais e estratégicos além dos indicadores internos. As tomadas de decisão e desencadeamento dos planos de ação decorrem da análise dos indicadores realizados neste fórum.

O SESMT HCFMUSP consciente de sua responsabilidade social e entendendo que a preservação do meio ambiente contribui para a saúde ocupacional dos colaboradores do complexo HCFMUSP, desenvolve através do setor de engenharia de segurança, programas de controle no processo de descarte de resíduos biológicos e químicos.

Em 2010, foi elaborado pela AMS, um questionário para levantamento do Perfil de Saúde dos Funcionários do HCFMUSP com o objetivo de conhecer algumas condições de saúde dessa população que pudessem orientar os programas de assistência médica e de promoção de saúde do Hospital. Na construção do questionário foram usados como referências principais os estudos rotineiros de vigilância de doenças crônicas do Ministério da Saúde (Vigitel Brasil) realizados desde 2006 e estudos de monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas dos *Centers for Disease Control and Prevention* norte-americano, realizados desde a década de 1980.

Contendo vinte e oito questões, o questionário foi elaborado pela equipe médica do Atendimento Médico ao Servidor do HCFMUSP, procurando-se adequá-lo, em linguagem, à população alvo de estudo e, em formato, ao meio de aplicação escolhido. Assim foram formuladas questões curtas e simples, que permitiam a escolha de única resposta, entre duas a seis alternativas. As questões formuladas eram de entendimento e resposta imediata, prevendo-se a conclusão do questionário, pelo funcionário, em doze minutos. As sucessivas versões do questionário foram avaliadas pela própria equipe até a aprovação final.

As questões do levantamento abordaram: a) hábitos de alimentação, atividade física e lazer; b) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; c) diagnóstico médico conhecido de hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, coronariopatia e depressão; d) qualidade do sono; e) autoavaliação do estado de saúde; f) peso, altura e circunferência

abdominal; g) disposição para participação em programas de atividade física e educação alimentar; h) conhecimento do serviço de assistência médica ao funcionário disponível no Hospital.

O questionário foi desenvolvido e formatado para aplicação através de sistema computacional on-line (*website* da *intranet* do Hospital) e para ser respondido diretamente pelo funcionário, sem a necessidade de auxílio ou orientação de terceiros.

#### **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 bianualmente, 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.

O SESMT realiza junto aos colaboradores que procuram o setor pesquisa de satisfação sobre fatores que afetam o bem-estar e satisfação no ambiente de trabalho.

Outro trabalho realizado pelo SESMT que permite identificar estes fatores refere-se ao monitoramento dos indicadores de doenças ocupacionais e acidentes do trabalho. Através da análise destes indicadores conhece-se os fatores que impactam sobre o bem-estar do trabalhador.

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.

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**

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, academia 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 SESMT trata os temas que afetam o bem-estar do trabalhador desenvolvendo programas de apoio, treinamentos e capacitações.

O setor de medicina do trabalho atua individualmente sobre os fatores que afetam o bem-estar dos trabalhadores no momento da realização dos exames periódicos. Através da anamnese e exame clínico o médico do trabalho consegue conhecer estes fatores e propor alternativas médicas. A área médica do SESMT quando detecta fatores que estão comprometendo coletivamente o bem-estar propõe alternativas como palestras e treinamentos para tratamento destas causas. No ano de 2010 realizou jornada para os trabalhadores do complexo HCFMUSP voltada à saúde mental no ambiente de trabalho. A realização de dinâmicas de grupo com os trabalhadores da área da segurança e saúde ocupacional ocorrida em Julho de 2010 é um dos exemplos do trabalho com o objetivo de buscar o bem-estar no convívio profissional.

O setor de engenharia de segurança do SESMT atua sobre fatores que comprometem a salubridade e o bem-estar no ambiente de trabalho. Locais com ruído excessivo, com iluminação deficiente, com risco biológico, químico ou físico são avaliados pela engenharia de segurança e tratados com os equipamentos adequados para a preservação da saúde do trabalhador.

O SESMT participa de reuniões de integração aos novos funcionários com o objetivo de esclarecer e comprometer os trabalhadores do complexo HCFMUSP. Nestes eventos que são realizados mensalmente procura-se sensibilizar os colaboradores quanto a importância da prevenção e preservação da saúde no ambiente de trabalho motivando-os para a prática do trabalho seguro.

O setor de psicologia do SESMT desenvolve diversos programas para tratamento de fatores que possam afetar a motivação e o bem-estar dos colaboradores. Este setor junto com o setor de assistência social desenvolve programa de mediação disponível para grupos e individualmente. Através deste programa os colaboradores contam com ajuda de especialistas para melhorar as relações profissionais no ambiente de trabalho e auxiliar na resolução de conflitos entre chefia e funcionários. Este tipo de intervenção tem permitido reduzir o absenteísmo, a rotatividade e a insatisfação.

O Programa de Readaptação Funcional dos Servidores do Complexo HC é outro programa do SESMT que visa minimizar ou tratar os fatores que afetam a motivação e o comprometimento com o trabalho. Este programa tem o objetivo de readaptar servidores que retornam de afastamentos por doenças relacionadas ou não ao trabalho. Este programa é desenvolvido por equipe multidisciplinar dentro de uma abordagem ampla enfocando a saúde como um fenômeno biológico, psicológico e social.

O programa voltado à saúde mental realiza reuniões semanais envolvendo profissionais de vários Institutos e especialidades, para discutir a abordagem e conduta mais adequada ao servidor acometido com este transtorno.

#### **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 melhoria de qualidade de vida dos colaboradores por meio de reeducação 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.

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 Gerenciamento de Doenças Crônicas – hipertensão e diabetes 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;
- Triagem de enfermagem (2008).
- Programa Viva Leve HC/CRNUTRI (2010). Para tratar os funcionários com sobrepeso e obesos que não apresentam outra patologia associada, dispomos de uma nutricionista que acompanha cada caso, com orientação nutricional individualizada. Em 2010 foi desenvolvido um programa piloto em parceria com CRNutri – Centro de Referência em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da USP que associa o acompanhamento individual com orientações em grupo por psicólogas, nutricionistas, assistente social, educador físico e médicos. O programa tem como objetivo principal promover alimentação saudável entre funcionários do HC com excesso de peso, com a expectativa de reverter em perda de peso. Como objetivos específicos propõem-se adequação do peso e auxílio no controle da pressão arterial e de parâmetros bioquímicos, por meio de mudanças em hábitos de vida.
- Benefício-Farmácia do SAMSS. Para garantir o tratamento médico dos funcionários é feita a dispensação de medicamentos de utilização ambulatorial, padronizados pelo HC e fornecidos mediante receita médica emitida por ocasião da consulta no AMS ou em outras unidades ambulatoriais do HC.
- Programa de prevenção ao uso de álcool e drogas - Você HC (2010), é constituído por um Coordenador, Psiquiatra, profissionais da área de Psicologia, Assistente Social, Enfermeiro e Educador Físico. É oriundo do Programa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (PROGREA, DE 1981), do Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Em 1983 implantou o projeto PRAS – Programa de Recuperação de Alcoolistas Servidores, com o objetivo de oferecer tratamento de dependência química aos funcionários do Complexo do HC usuários de álcool. O Projeto PRAS, posteriormente, foi absorvido pelo AMS, iniciando suas atividades em agosto de 2010. Dessa forma, a equipe do

PROGREA elaborou uma proposta de prevenção e tratamento aos colaboradores do Sistema FMUSP-HC com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

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 e 2010 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 (AAOC). Destacamos ainda o apoio do NGP (SESMT, AMS e DRH) e NETI nos processo de exames médicos, cadastro dos Servidores e inscrições eletrônicas.

Além do Projeto Olimpíadas HC, iniciou-se em 2010 o Programa Agita HC, voltado ao estímulo da realização de atividade física para sair do sedentarismo. Faz parte do calendário do as Olimpíadas HC. O Agita HC foi desenvolvido pelo Atendimento Médico ao Servidor – AMS/SAMSS a partir de uma parceria já existente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Programa Agita São Paulo.

Com o slogan “Atividade física é saúde: acumule 30 minutos todos os dias”, a campanha circula por diversos países desde 2002 com o objetivo de promover saúde e disseminar a importância da prática de atividade física. A rede surgiu a partir do Programa Agita São Paulo, formado há 13 anos graças à parceria da Secretaria de Estado da Saúde com o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS).

As atividades do Agita HC englobam as atividades universais do Agita São Paulo e Agita Mundo, além de promover ações paralelas no Sistema FMUSP/HC para uma participação mais assídua do público-alvo: caminhada Agita Mundo e participação em caminhadas e corridas de rua pelo município de São Paulo.

Desde 2009 e com continuidade em 2010, SESMT mantém o Grupo de Perda, 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 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 anteriormente, 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                              | <p>Conteúdo programático com foco na necessidade do público alvo e mercado da saúde</p> <p>Instrutores capacitados e atualizados</p> <p>Estrutura adequada para o atendimento aos objetivos dos cursos ministrados</p> <p>Proteção do conhecimento gerado no HC</p>  | <p>Índice de aprimorandos e residentes absorvidos pelo mercado</p> <p>Docente/leito</p> <p>Índice de satisfação do aluno</p> <p>Índice de trabalhos publicados</p>   |
| Pesquisa                            | <p>Obediência à legislação vigente</p> <p>Desenvolvimento de pessoas e de protocolos clínicos inovadores</p>   | <p>Índice de reprovação dos projetos encaminhados para as Comissões de Ética em Pesquisa</p> <p>Índice de Internacionalização da Produção Científica</p> <p>Índice de Pesquisas Transformadas em Protocolos Assistenciais</p> <p>Captação de Recursos X Publicação</p>   |
| Assistência                         | <p>Assistência multiprofissional com agilidade e segurança</p> <p>Assistência individualizada, integral e documentada</p> <p>Resolubilidade dos procedimentos assistenciais</p> <p>Acessibilidade à assistência especializada</p> <p>Distribuição de medicamentos padronizados</p> <p>Preparo e armazenamento de fórmulas isentas de contaminação</p> <p>Atendimento integral à saúde do paciente, de forma humanizada</p> <p>Precisão no diagnóstico</p> <p>Conforto no atendimento</p> | <p>Tempo de espera para o atendimento</p> <p>Satisfação do cliente</p> <p>Taxa de complicações/intercorrências</p> <p>Densidade de Incidência de IH associada a Cateter Venoso Central</p> <p>Densidade de Incidência de Pneumonia relacionada a Respirador</p> <p>Incidência de Queda de Paciente (IQP)</p> <p>Índice de úlcera por pressão (UPP)</p> <p>Mortalidade institucional</p> <p>Taxa de erro de medicação</p> <p>Notificação do Erro de Medicação</p> <p>Taxa de entregas atrasadas de medicamentos</p> <p>Intercorrências por medicação administrada</p> <p>Perdas de filmes</p> <p>Taxa de repetição de exames</p> <p>Taxa de ocupação hospitalar</p> <p>Média de permanência</p> <p>Índice de rotatividade dos leitos</p> <p>Percentual de re-internações pelo mesmo diagnóstico</p> <p>Produção e produtividade da equipe multiprofissional</p> |
| Planejamento Estratégico            | Inovação, proatividade e visão sistêmica   | <p>Índice de evolução na pontuação do HC na avaliação da implantação do Modelo de Gestão do Hospital</p> <p>% de planos de ação desenvolvidos no prazo para a consecução dos Objetivos Corporativos</p>  |
| Engenharia e Arquitetura Hospitalar | Precisão, segurança e agilidade.   | Requisições atendidas/mês sobre o total de requisições   |
| Tecnologia da                       | Segurança, integridade, confiabilidade, precisão,  | % de áreas cobertas pelos sistemas   |

|                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| Informação                  | agilidade e acessibilidade.  | informatizados<br>Tempo médio do sistema “off line”,<br>Tempo para o atendimentos do serviço de informática   |
| Infraestrutura e Logística  | Apoio às Unidades sem desperdício e com qualidade no fornecimento<br>Apoio aos processos do negócio com segurança e agilidade<br>Identificação e tratamento dos impactos dos Processos e Produtos gerados no HC para o Meio Ambiente e Sociedade | Tempo de reposição de estoque por item de consumo<br>Índice de devolução de material pelas áreas, por não conformidade com o produto<br>Taxa de Não-Conformidade Técnica na Entrega dos Fornecedores<br>Taxa de Atraso dos Fornecedores<br>% de viaturas em manutenção/mês<br>Tempo de indisponibilidade das viaturas<br>Pontuação Média do Roteiro de Diagnóstico do Impacto Ambiental |
| Jurídico                    | Atualização e precisão   | Número de ações perdidas pelo HC  |
| Gestão de Pessoas           | Valorização das pessoas, agilidade, competitividade, saúde ocupacional, segurança e desenvolvimento profissional.  | Absenteísmo<br>Rotatividade<br>Índice de Acidentes de Trabalho<br>Porcentagem de funcionários que realizam os exames periódicos<br>Resultados da pesquisa de clima organizacional<br>Índice de Treinamento  |
| Comunicação Institucional   | Comunicação, criatividade, proatividade e inovação.  | Inserções em mídia<br>Índice de busca à mídia   |
| Gestão Econômica-financeira | Atendimento à legislação, precisão, eficiência, competitividade, proatividade, transparência, responsabilidade, parceria e sustentabilidade econômica.   | Resultados das auditorias realizadas<br>Execução orçamentária<br>Índice de Sustentabilidade (Índice de Dependência de Recursos Extra-Orçamentários)   |
| Organização de Eventos      | Atualização, inovação, acessibilidade, organização.  | Satisfação dos usuários do CCR, com os seus serviços  |
| Ouvidoria Central           | Disponibilidade e resolubilidade.  | 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 decisão 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 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 normas, rotinas e procedimentos para o desenvolvimento dos diversos processos do Hospital.

Como exemplos do trabalho de revisão dos processos, em 2009 destaca-se o mapeamento dos processos relacionados à Manutenção Predial no HC. Para este 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.

Em 2010 foram revisados e mapeados os processos relacionados ao Fluxo de Aquisição de Equipamentos de Diagnóstico e Regulamentação e Padronização para Contratação de Obras, onde foram realizadas reuniões com os respectivos representantes, seguindo a mesma metodologia do ano de 2009. Após validação, todos os PGPs e Ordens de Serviço foram publicados no Encarte HC Notícias e disponibilizados na *intranet*.

Ainda como melhoria, o NPG organizou um curso de processos com o objetivo de alinhamento conceitual e assessoria na revisão e projeção de processos para o IOT e HAS em 2009 e AMS em 2010.

### **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, tecnicamente, 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 a 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 sensorio-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; infra-estrutura e logística; jurídico; gestão de pessoas; comunicação institucional; gestão econômico-financeira; organização de eventos e ouvidoria central.

#### **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E ACREDITAÇÃO DO CORPO CLÍNICO**

A CACC visa a implantação e gerenciamento do Plano de Carreira do Corpo Clínico na Instituição. Também responsável pela aplicação dos instrumentos de avaliação aos médicos do Corpo Clínico analisando a evolução acadêmica e científicas de cada profissional que ingressa no Plano e ainda a aplicação de um instrumento institucional a todos os médicos do HC. É responsável pela avaliação e autorização das contratações de médicos via Fundação.

#### **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE EM MEDICINA TRANSFUSIONAL**

Tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados no Sistema FMUSP /HC, bem como investigação e auditorias pertinentes.

#### **COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR**

A Comissão de Humanização na convergência de saberes das ciências, humanidades e tecnologia, desenvolve conceitos e práticas de gestão e atenção à saúde que permitem a construção de uma cultura institucional voltada à valorização das pessoas e qualidade do trabalho, tem por objetivo assessorar o Diretor Clínico, desenvolvendo políticas e práticas de Humanização em benefício dos usuários, estudantes e trabalhadores da área da saúde em conjunto com as diversas áreas do Sistema FMUSP/HC

#### **NÚCLEO DE INFECÇÃO EM IMUNODEPRIMIDOS**

O objetivo desta Comissão é a elaboração de recomendações técnicas científicas visando oferecer assistência qualificada aos pacientes imunodeprimidos da Instituição, propondo diretrizes para o aprimoramento da assistência aos pacientes imunodeprimidos com

infecção no Sistema FMUSP/HC, elaborar estratégias de ação para o manejo adequado dos pacientes imunodeprimidos, contribuindo para aprimorar a prevenção e controle de infecções em pacientes imunodeprimidos e também ar apoio ao aprimoramento do ensino e pesquisa de infecções em pacientes imunodeprimidos. protocolos de assistência, aprimoramento de medidas de prevenção em pacientes imunodeprimidos.

### **NÚCLEO DE TÉCNICO CIENTÍFICO EM TERAPIA INTENSIVA**

Objetiva, mediante atuação multidisciplinar, multiprofissional e multisetorial, promover as ações de Terapia Intensiva no Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / FMUSP/ HCFMUSP, voltadas ao ensino, pesquisa e atenção integral à saúde especializada

### **ESCOLA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

A EEP, aprovada pelo Conselho Deliberativo realizada em dezembro de 2007, é uma Escola de Pós Graduação Latu-sensu credenciada no Conselho Estadual de Educação de São Paulo, órgão vinculado a Secretaria Estadual de Educação do Estado de São Paulo. Compõem a estrutura da Escola, os Centros de Educação Permanente – CEPs, localizados nos Institutos/Hospitais/Unidades Administrativas. Tem como finalidades: colaborar com as diretrizes educacionais estabelecidas pela Administração Superior do Sistema FMUSP/HC nas áreas de formação, capacitação e desenvolvimento; colaborar com as diretrizes educacionais estabelecidas pela Administração Superior; desenvolver programas e parcerias intersetoriais e interinstitucionais de capacitação e desenvolvimento, aperfeiçoamento, atualização e difusão para profissionais de níveis técnico, profissionalizante e superior, de forma integrada com as atividades da Comissão de Cultura e Extensão da FMUSP; contribuir com o desenvolvimento institucional, em seu sentido amplo, estabelecendo processos educacionais que garantam o permanente aperfeiçoamento e aprendizagem institucional; captar fontes de financiamento externo para suas atividades e contribuir para o desenvolvimento de recursos para o setor saúde, priorizando os recursos próprios.

Em 27 de agosto, o Conselho Estadual de Educação aprovou o credenciamento da Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da FMUSP pelo prazo de cinco anos.

### **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**

O NPG foi criado com o objetivo de coordenar as ações relacionadas à gestão da estratégia do Hospital das Clínicas. Entre seus principais processos podemos citar:

- 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 conceitos 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 PGP, 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 infra-estrutura 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 atuação multidisciplinar nas áreas de engenharia e arquitetura, a fim de promover a integração multisetorial e do Corpo Técnico responsável pelas atividades relativas a: projetos arquitetônicos; obras, reformas, adequações, implementações físicas, modernização e atualização tecnológica das edificações; manutenção e conservação dos prédios; 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**

O NCI tem atuação multidisciplinar e multisetorial, objetivando 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, realizado através das unidades de sua competência: Serviço de Relações Públicas e Divulgações, Assessoria de Imprensa, Marketing Institucional e das estruturas descentralizadas de Relações Públicas e de Imprensa, localizadas nos Institutos e Hospitais Auxiliares do HCFMUSP, que constituem os Centros de Comunicação Institucional – CCI's.

A principal atividade do NCI é desenvolver comunicação institucional adequada com foco no diagnóstico, planejamento, organização e elaboração de planos específicos para as situações diversas, além de interagir nos processos de comunicação, promovendo a disseminação, integração, padronização e uniformização da informação e comunicação, de acordo com a missão, visão, valores e diretrizes da Instituição

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.

#### **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.

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 implantação 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 e 2010, 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.

No final de 2009 foi encaminhado para as Unidades uma planilha padronizada para que as mesmas realizassem o preenchimento da proposta orçamentária preliminar para 2011. Nesta deveria estar contemplado os recursos necessários para alocação nos planos/ações elaborados quando das análises críticas do Plano Operativo realizadas junto com o NPG, planos de ação associados à avaliação com o instrumento do PNGS e planos de ação gerados pelo desdobramento das estratégias das Unidades (Planejamento Estratégico).

Em seguida, o NEF fez análise dos indicadores econômico-financeiros apresentados pelas Unidades; o NILO apresentou a análise da Curva ABC de Materiais e Medicamentos (situação, histórico e projeção) e a Curva ABC de Serviços (situação, histórico e projeção de serviços continuados e pontuais); o NEAH apresentou o Plano Diretor com as informações atualizadas do realizado em 2009 e propostas para 2010 e 2011; o NGP apresentou o que foi alocado e demandado de recursos na área de RH e o NETI apresentou o que foi alocado e demandado de recursos na área de TI.

De fevereiro a junho de 2010 as Unidades participaram, individualmente da reunião, para a discussão sobre a interface entre as apresentações realizadas pelos Núcleos e a proposta encaminhada para o NEF. Apresentaram também as informações de sua Unidade, referentes ao plano operativo, investimentos solicitados por meio do plano diretor e plano de TI, projeções sobre aumentos de consumos e necessidade de novas contratações. Nesta reunião estiveram presentes o Diretor Executivo, um membro dos CEF, CPG, CILO, CEAH, o Superintendente, o Chefe de Gabinete, Coordenador do NEF, NPG, NILO, NEAH e NETI. Os Núcleos Técnicos Administrativos também apresentaram sua Proposta Orçamentária para 2011, tendo seus investimentos associados aos projetos relativos a cada núcleo.

Em junho de 2010 houve a validação da proposta para o Orçamento de 2011, encaminhada pelas Unidades e NTAs.

No período de 2009 a 2010, o NGP, por meio de uma consultoria, desenhou os fluxos de processos e 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. A metodologia utilizada foi proposta pelo NPG que deu continuidade ao trabalho da seguinte forma:

- Trabalho na transversalidade – os setores devem estar organizados para atender aos processos e não os processos desenhados a partir da organização dos setores
- Complemento de itens do “PGP Zero” – objetivo (OK), abrangência (falta), justificativa (falta), responsabilidades (OK), abreviações (falta), definições (falta), procedimentos (OK), fluxograma (parcial), referência (falta), anexos (OK)

Foram trabalhadas 23 áreas (entre setores e seções) e 152 sub-processos analisados e classificados pelo NPG, sendo 18 em classificação. Como resultado desta análise, evidenciou-se 116 sub-processos com PGPs organizados e alinhados com as atividades desenvolvidas com necessidades de ajustes pelas áreas; 12 com propostas para descentralização ou passagem para outra área (foco da discussão) e 24 com necessidade de revisão.

Além destas melhorias citadas, seguem alguns exemplos de melhorias nas Unidades ocorridas em 2010 de impacto corporativo:

- **Inauguração da Unidade Ciclotron para produção de radiofármacos.** O governador do Estado de São Paulo, Alberto Goldman, inaugurou a Unidade Ciclotron - primeiro centro de produção de radiofármacos instalado em hospital público estadual - para utilização em exames de diagnósticos de pequenos tumores e em projetos de pesquisa, que beneficiará diretamente os pacientes oncológicos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O laboratório de produção foi identificado como

CinRad (Ciclotron InRad) e está localizado no prédio da Medicina Nuclear do Instituto de Radiologia do HCFMUSP. Os medicamentos produzidos serão utilizados para consumo do próprio HC, do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) e do Hospital Sírio-Libanês. Outro ponto a destacar é a contribuição na realização de pesquisas clínicas em imagem molecular, não somente na área de oncologia, mas também na cardiologia e neurologia.

- **Construção da Passarela da Saúde e do Centro de Radioterapia e Diagnóstico por Imagem do ICESSP.** A passarela da Saúde interliga o Prédio dos Ambulatórios do Hospital das Clínicas da FMUSP ao ICESSP, tem 500m<sup>2</sup> e é constituída por estrutura metálica tubular, com ventilação natural por meio de duas entradas de ar laterais inferiores. Ela pode ser utilizada livremente por funcionários e pacientes cadastrados dos dois hospitais, facilitando a circulação dentro do Complexo HC. O investimento foi de R\$ 3,8 milhões. A inauguração da Passarela da Saúde facilitará o acesso aos prédios e circulação dos funcionários, pacientes e acompanhantes entre o Complexo HC e o ICESSP. Já o Centro de Radioterapia e Diagnóstico por Imagem, o maior centro público da América Latina, com 2.687m<sup>2</sup>, quando estiver em pleno funcionamento terá capacidade para realizar anualmente 90 mil sessões de radioterapia, 30 mil ressonâncias magnéticas e 18 mil exames de medicina nuclear. A nova unidade recebeu investimentos de R\$ 70 milhões.
- **HC inicia atendimento na Central de Dispensação de Medicamentos.** Os pacientes do Ambulatório atendidos na Farmácia de Pacientes Externos do Instituto do Coração estão usufruindo da Central de Dispensação de Medicamentos do Hospital das Clínicas da FMUSP. A CDM também englobará gradativamente as farmácias do Instituto Central e do Instituto de Ortopedia e Traumatologia. O serviço está funcionando na cobertura do Centro de Convenções Rebouças em área de aproximadamente 1.200 m<sup>2</sup> construídos. A unificação exigiu um grande esforço de engenharia de edificações e de gestão para sua realização. Os recursos para a construção vieram do Governo do Estado de São Paulo. Com o alinhamento da assistência farmacêutica ambulatorial estima-se que a Central atenda cerca de 5.500 pacientes por dia.
- **A Divisão de Neurocirurgia Funcional do IPq,** a Divisão de Clínica Otorrinolaringológica do ICHC, a Divisão de Clínica Neurológica do ICHC, o Departamento de Radiologia e o Serviço de Ressonância Magnética do InRad uniram-se para execução da primeira Neurocirurgia com Ressonância Magnética Intraoperatória (RMI) da América Latina para ressecção de tumor cerebral. O procedimento, considerado o GPS da neurocirurgia permite monitorar em tempo real o processo cirúrgico, mostrando com exatidão as estruturas cerebrais relacionadas com a lesão. Mediante as imagens é possível saber a extensão do tumor, a proporção removida e quanto falta para concluir a cirurgia. A RMI possibilita realização de intervenções cirúrgicas menores e mais econômicas, otimizando os procedimentos cirúrgicos; rápido diagnóstico de complicações, que poderão ser tratadas de imediato, prevenindo danos neurológicos; maior grau de ressecção com menor grau de manipulação, sem lesão do tecido sadio.

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

## 7.2. PROCESSO 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, Farmácia, 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.

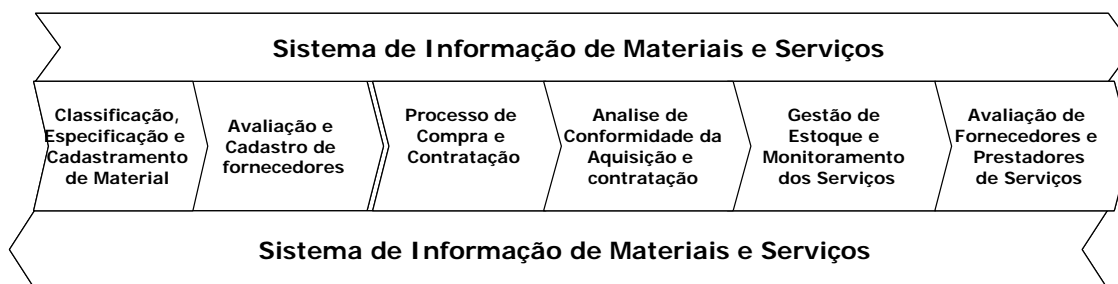


Figura 7.2.1 - Sistema de informações de materiais e serviços

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, conforme previsto na Lei Federal 10.520, de 17/07/2002. 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 microbiológica, 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 (SLA), 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                           | GRUPOS | MATERIAL                                      |
|--------|------------------------------------|--------|---|
| 01     | Material de uso técnico-hospitalar | 22     | Conexões                                      |
| 02     | Fio sutura                         | 23     | Ferramental                                   |
| 03     | Fotogr. radiológicos               | 24     | Pecas, acessórios e insumos para equipamentos |
| 04     | Inclusão                           | 25     | Gases e outros                                |
| 05     | Instrumental                       | 29     | Alimentos para animais                        |
| 07     | Odontológico                       | 30     | Gêneros alimentícios                          |
| 10     | Químicos                           | 31     | Utensílios                                    |
| 11     | Esp. Farmacêutica                  | 40     | Saneantes domissanitários                     |
| 12     | Produtos HC                        | 41     | Rouparia                                      |
| 14     | Reagentes                          | 42     | Administrativos                               |
| 15     | Radioativos                        | 43     | Impressos                                     |
| 20     | Perfilados                         | 44     | Vidraría e correlatos                         |
| 21     | Elétricos                          | 45     | Material Permanente                           |

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](http://www.hcnet.usp.br), [www.imprensaoficial.com.br](http://www.imprensaoficial.com.br), [www.pregao.sp.gov.br](http://www.pregao.sp.gov.br) e [www.bec.sp.gov.br](http://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 processo de aquisição de materiais e contratação de serviços.

Dando continuidade a este processo, desde 2009 a Comissão de Avaliação em Tecnologia de Saúde - CATS 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:

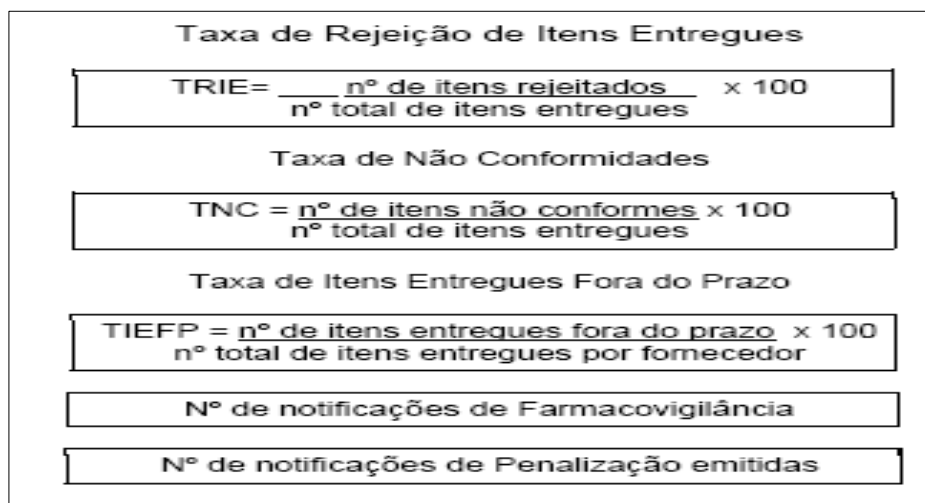


Figura 7.2.3 - Indicadores utilizados para a avaliação dos fornecedores de medicamentos

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 fornecedores, 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.

### **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 que 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 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,
- 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.
- 2009/2010 – Organização das informações relacionadas ao custo por Unidade e cruzamento destas com a produção assistencial, conforme fig. 7.3.1.

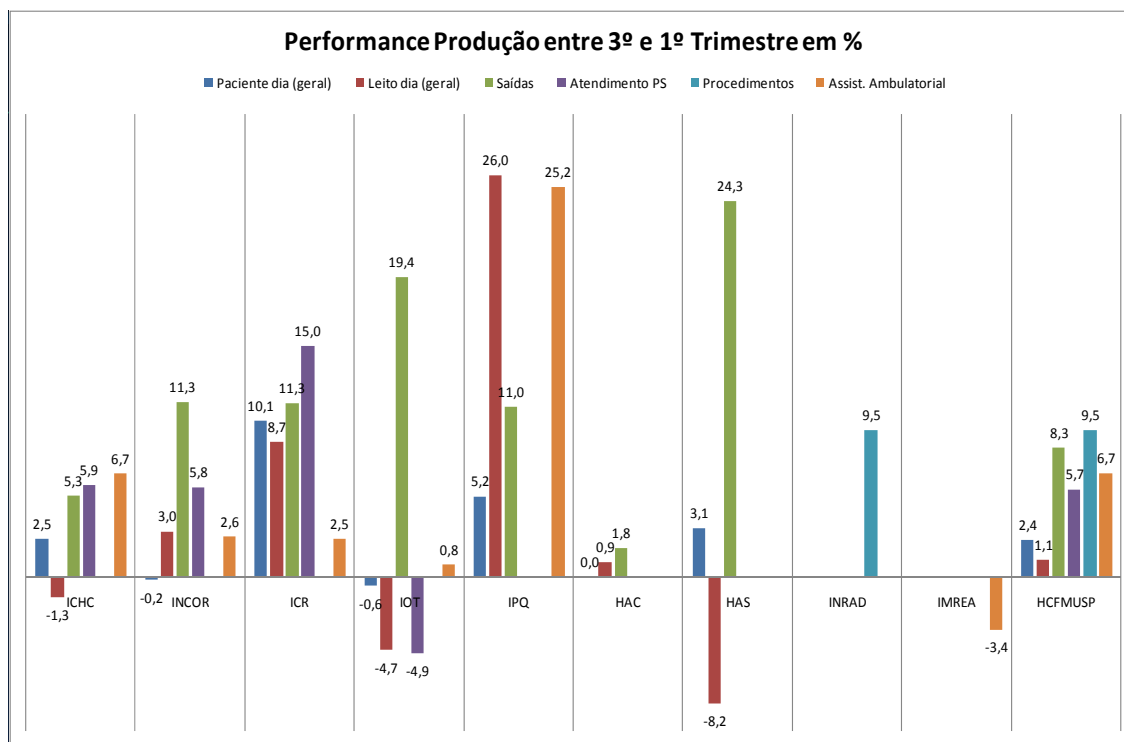


Figura 7.3.1 - Custo por Unidade X Produção Assistencial

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 alterações orçamentárias 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 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.

## **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.

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 quinzenais 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.

Com frequência mensal, 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 GCAA – Grupo de Controle de Atividades Administrativas.

O Grupo de controle de Faturamento realiza mensalmente uma reunião pra 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

Com início em 2009 e continuidade em 2010, 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.

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.

### 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.

### 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.

O gerenciamento do orçamento é feito ainda por meio da apresentação, no CIG, das informações de execução orçamentária, conforme exemplos das figuras 7.3.2.

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.

| ORÇAMENTO (R\$) - 2010                                      |                         |
|---|-------------------------|
| Tesouro do Estado - Recurso Orçamentário                    | 834.938.873,00          |
| Fundação Faculdade de Medicina - Recurso Extra Orçamentário | 261.000.000,00          |
| Fundação Zerbini - Recurso Extra Orçamentário               | 147.000.000,00          |
| Recursos Próprios   | 5.636.282,00            |
| Recursos Federais (PIN+Convênios)                           | 36.410.209,00           |
| Ministério da Saúde (MEDEX e AIDS)                          | 0                       |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1.284.985.364,00</b> |

Figura 7.3.2 - Orçamento para o complexo HCFMUSP em 2010



# 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 2010.

### 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.

| R\$ Milhões                               |        |        |        |        |        |        |        | Executado |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 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     |
| HC  | 454    | 528    | 632    | 646    | 695    | 767    | 816    | 825       |
| 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                               |        |        |        |        |        |        |        | Executado |
| HC Fonte de Recursos                      | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010      |
| Tesouro do Estado                         | 454    | 528    | 632    | 646    | 695    | 767    | 816    | 825       |
| 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   | 1408      |
| R\$ Milhões                               |        |        |        |        |        |        |        | Executado |
| Fundações - Fonte Recursos                | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010      |
| SUS FZ + FFM                              | 214    | 220    | 253    | 263    | 279    | 284    | 296    | 290       |
| Convênios FZ                              | 69     | 72     | 70     | 75     | 72     | 79     | 82     | 80        |
| Convênios 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% | 30,00%    |

(INDICADOR DIRETO DE CONTRIBUIÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE ECONOMICA DO HC)

Figura 8.1.1 - Participação do Orçamento HC no financiamento do Estado de SP

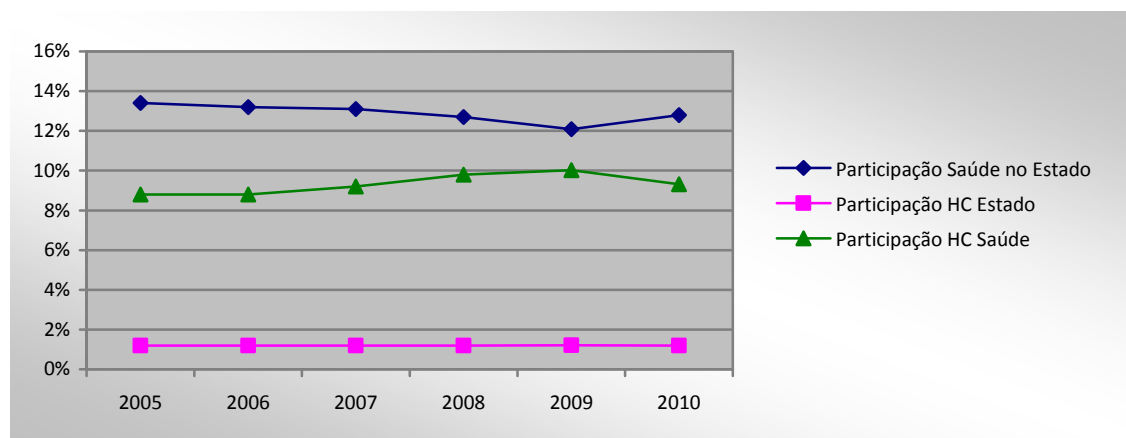


Figura 8.1.2 - Participação do HC no financiamento do Estado

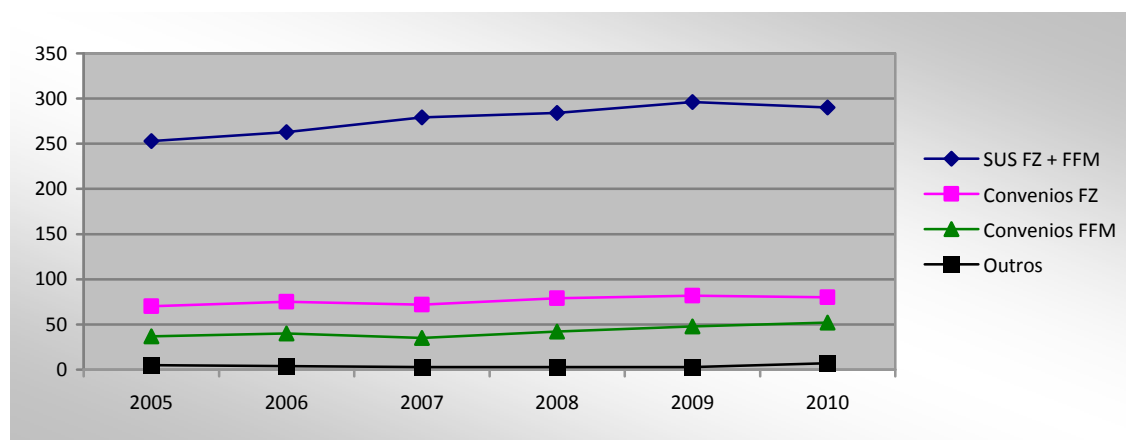


Figura 8.1.3 - Indicador de Auto-sustentabilidade

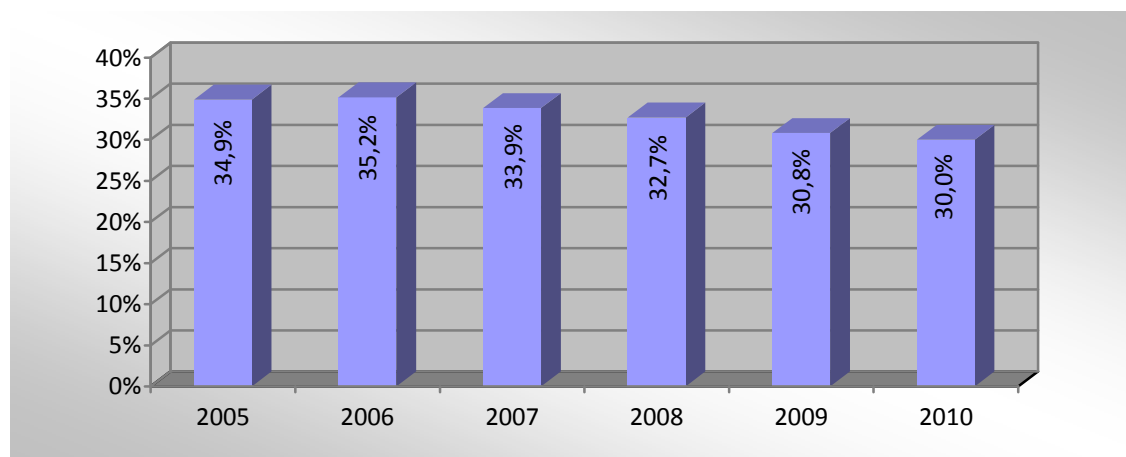


Figura 8.1.4 - Participação do Faturamento/Receitas totais

## 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 2010 foram respondidos 8.893 questionários dos pacientes internados nas diversas Unidades do HC. Os principais resultados são apresentados nos gráficos abaixo.

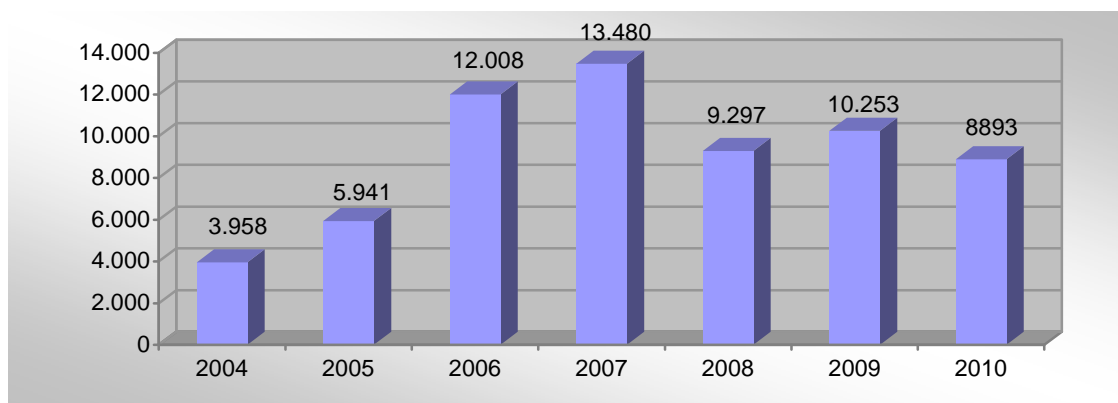


Figura 8.2.1.1 - Número de questionários respondidos na internação

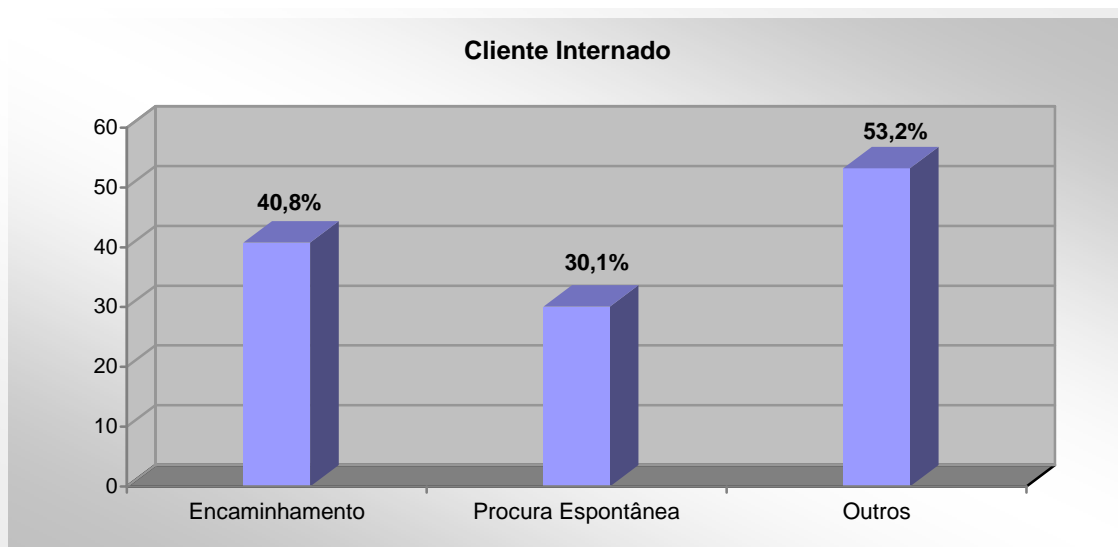


Figura 8.2.1.2 - Motivo da procura pelo HC - Internação 2010



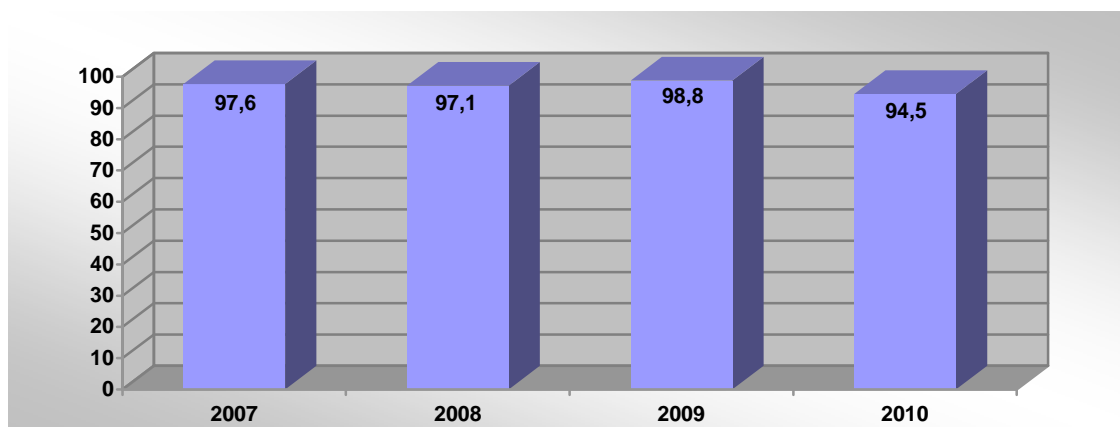


Figura 8.2.1.3 - Satisfação dos Clientes Internados (Avaliação Geral – % Ótimo + Bom)

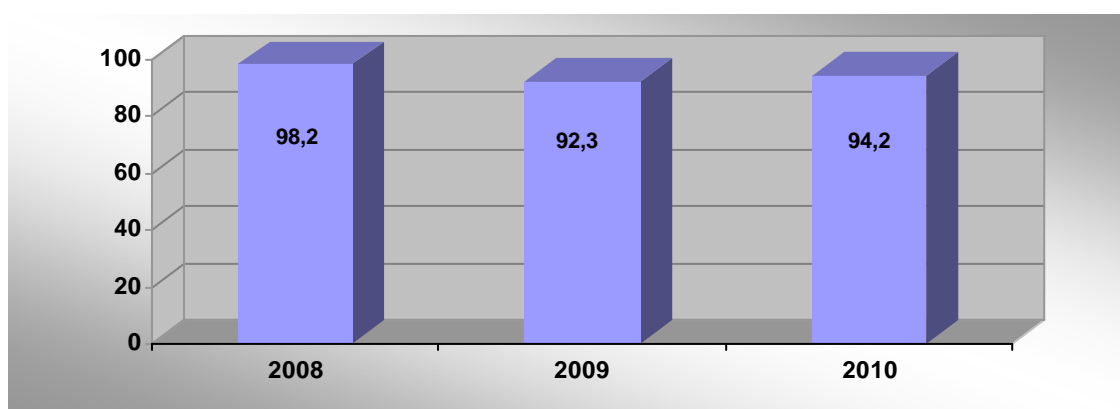


Figura 8.2.1.4 - Fidelização dos Clientes: % dos clientes que recomendariam o HC

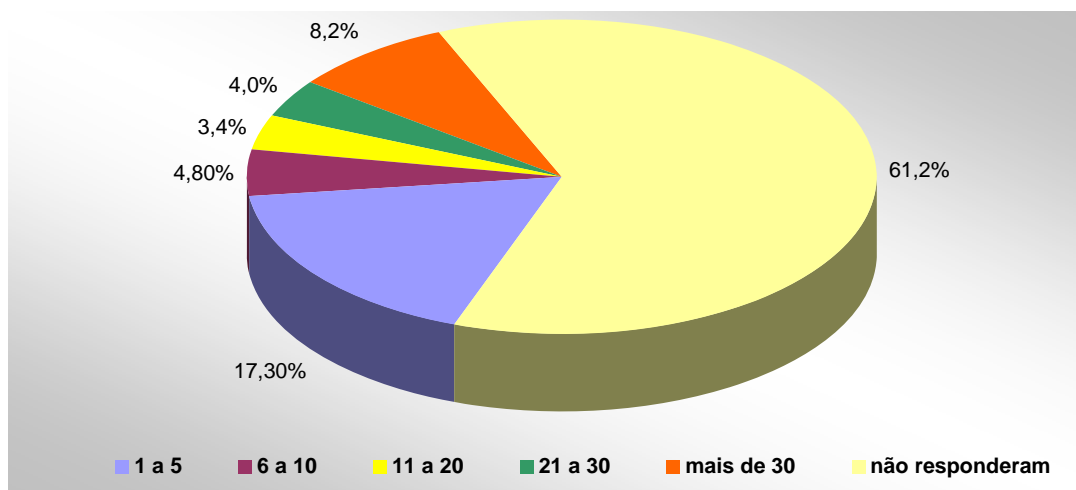


Figura 8.2.1.5 - Tempo entre a última consulta e a internação (em dias)

### 8.2.2. Satisfação Clientes do Ambulatório

No ano de 2010 foram respondidos 29.097 questionários dos pacientes do ambulatório, nas diversas Unidades do HC. Os principais resultados são apresentados nos gráficos abaixo.

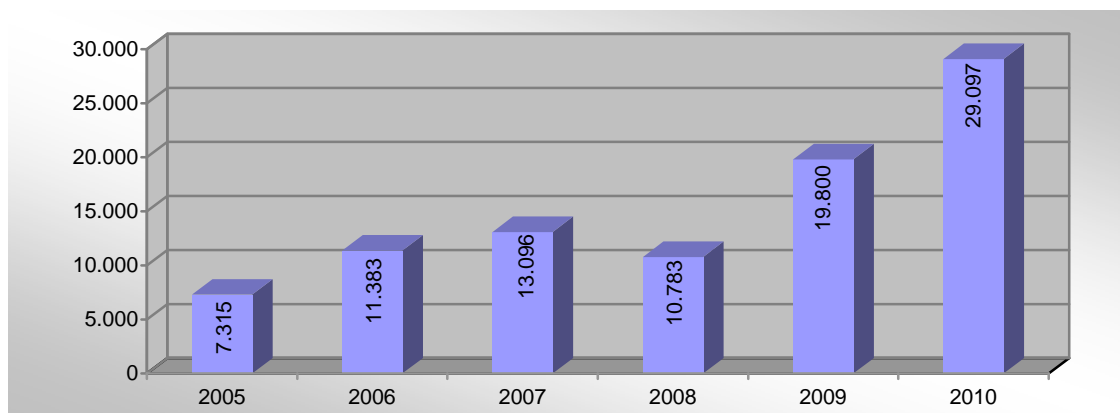


Figura 8.2.2.1 - Número de Questionários Respondidos no Ambulatório

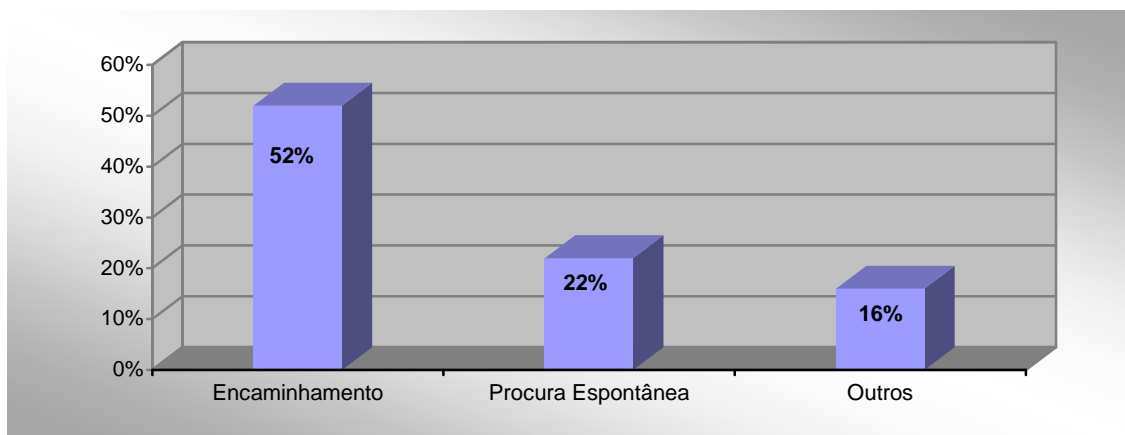


Figura 8.2.2.2 - Motivo da procura pelo HC – Ambulatório – 2010

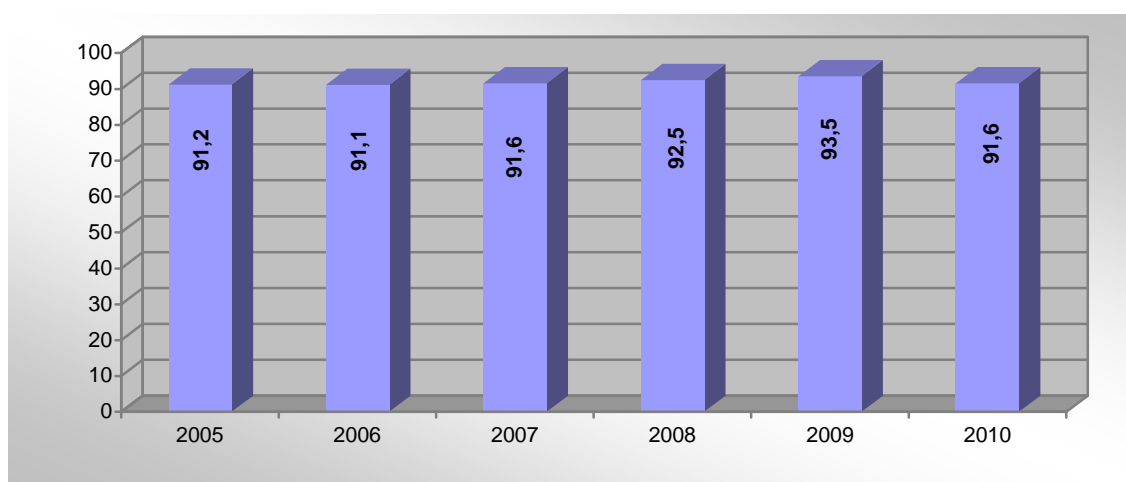


Figura 8.2.2.3 - Satisfação Cliente Ambulatório (Avaliação Geral – % Ótimo + Bom)

### 8.2.3. Ouvidoria

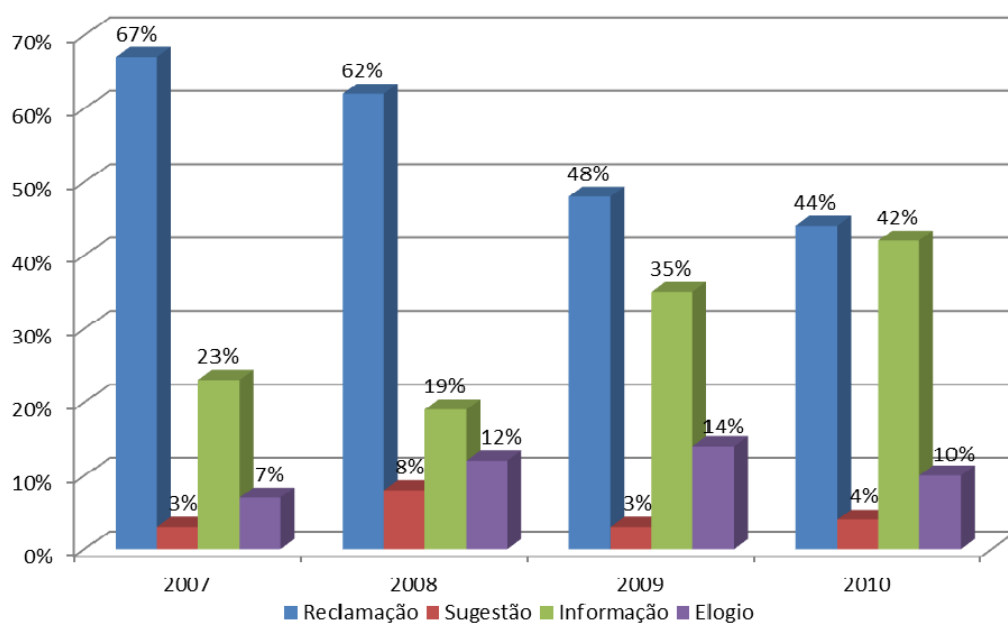


Figura 8.2.3.1 - Produção da Ouvidoria

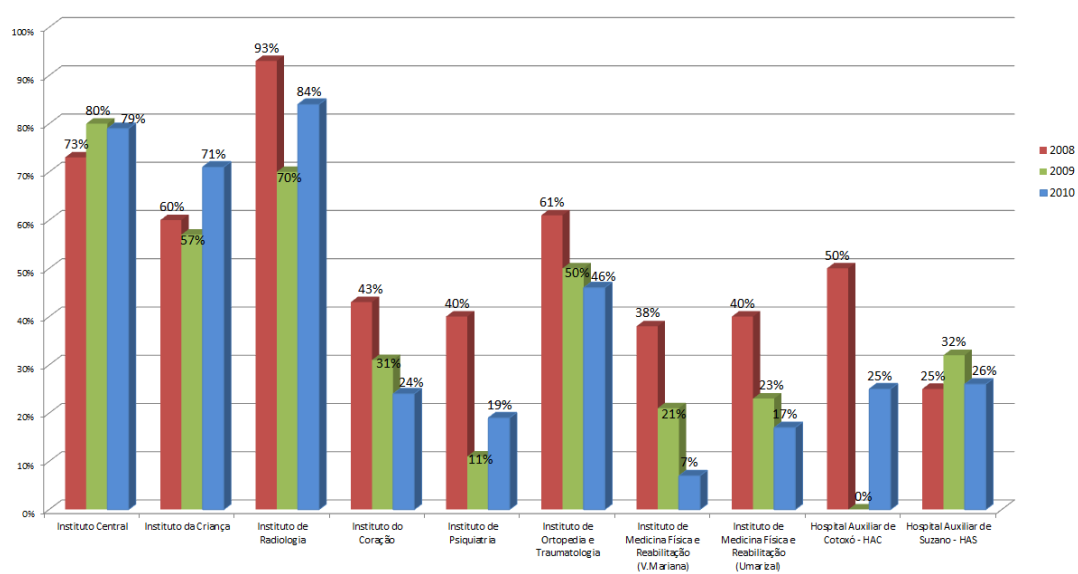


Figura 8.2.3.2 - Porcentagem de Reclamações na Ouvidoria por Unidade

### 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.

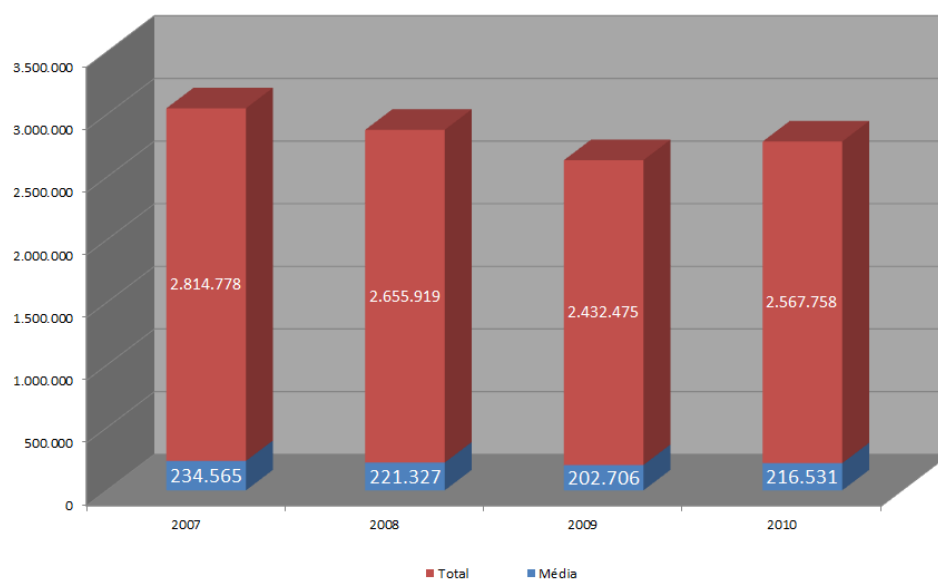


Figura 8.3.1 - Consumo de gás natural (m³)

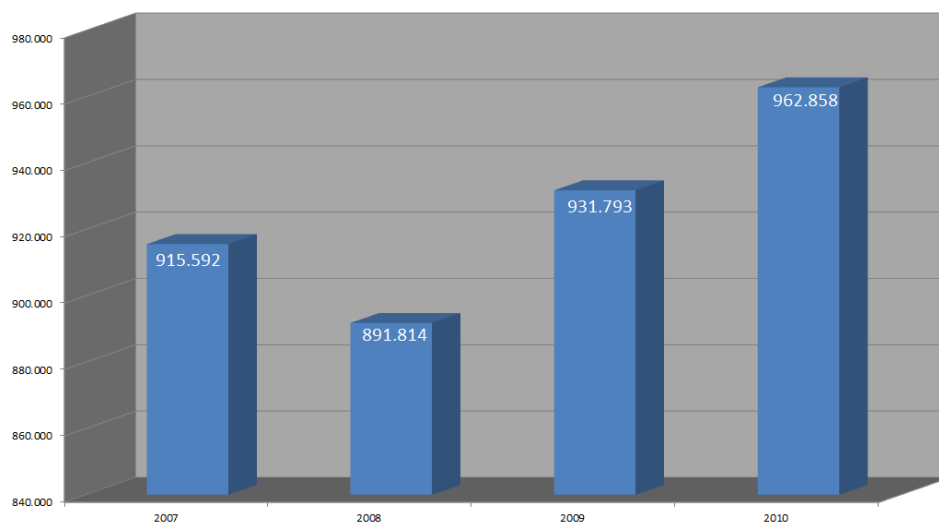


Figura 8.3.2 - Consumo de água e esgoto (m³) Sabesp e poço artesiano

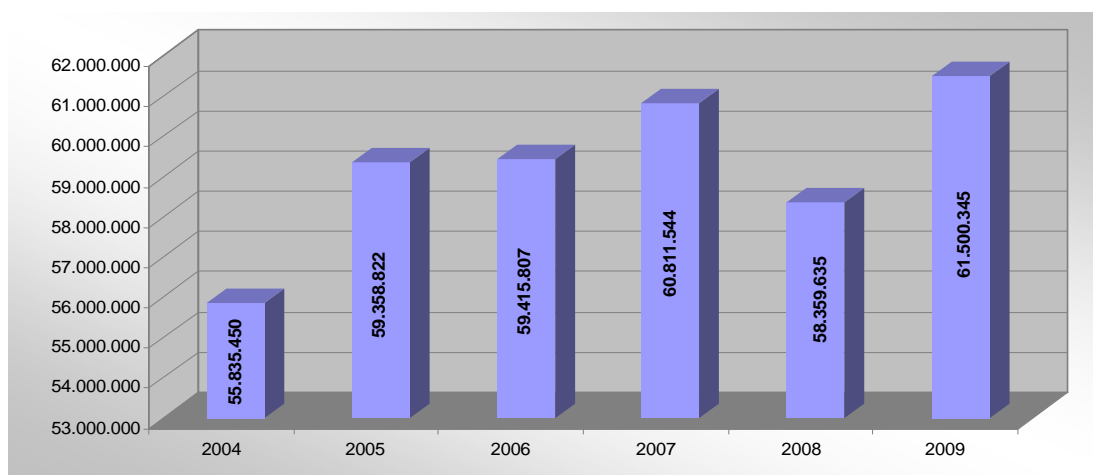


Figura 8.3.3 - Consumo de energia elétrica

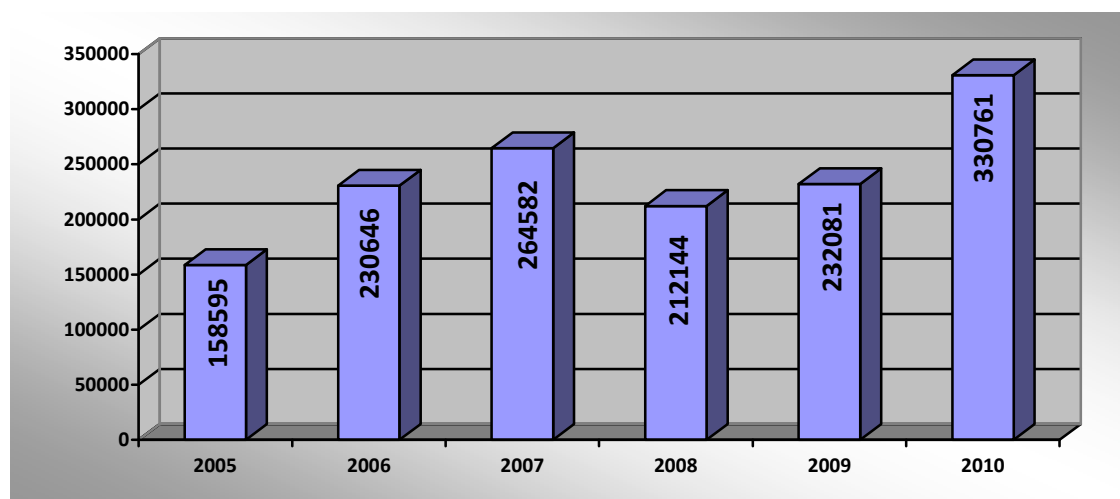


Figura 8.3.4 - Materiais excedentes encaminhados ao FUSSESP (sucata/plástico/papel/papelão)

## 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.

| 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   |
| 2010     | 8   | 2   | 4     | 0     | 34 | 9   | 19    | 5     | 6   | 6   | 2   | 4   |

Figura 8.4.1 - Porcentagem de Questionário da Pesquisa de Clima Organizacional respondidos por Unidade

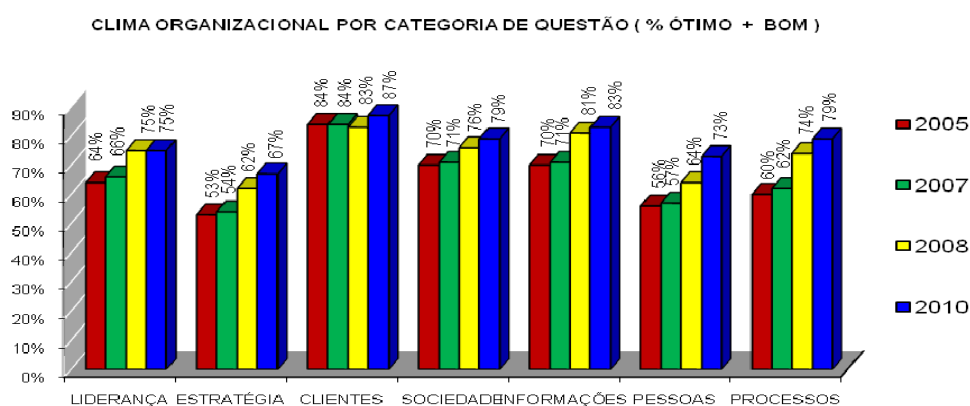


Figura 8.4.2 - Clima Organizacional por Categoria de Questão (% Ótimo + Bom)

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.

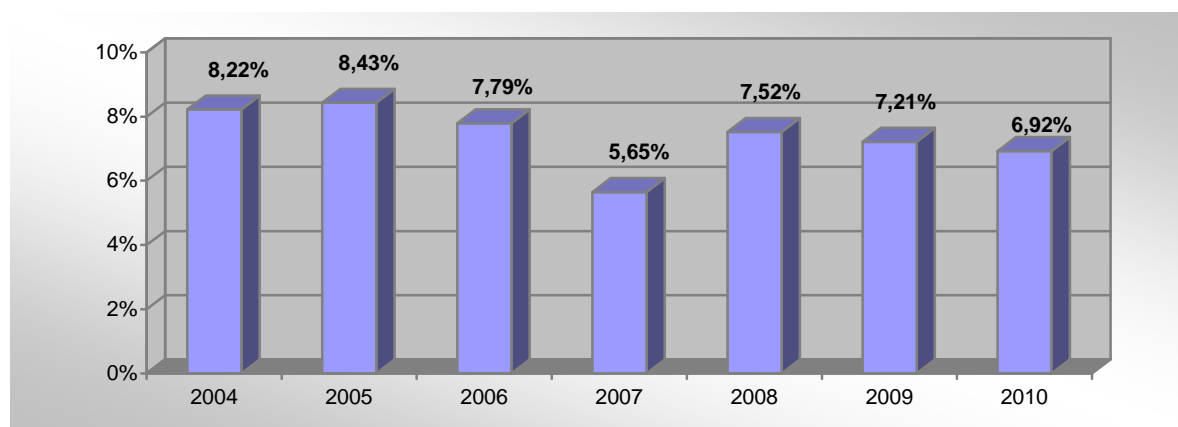


Figura 8.4.3 - Índice de absenteísmo no HC de 2004 a 2010

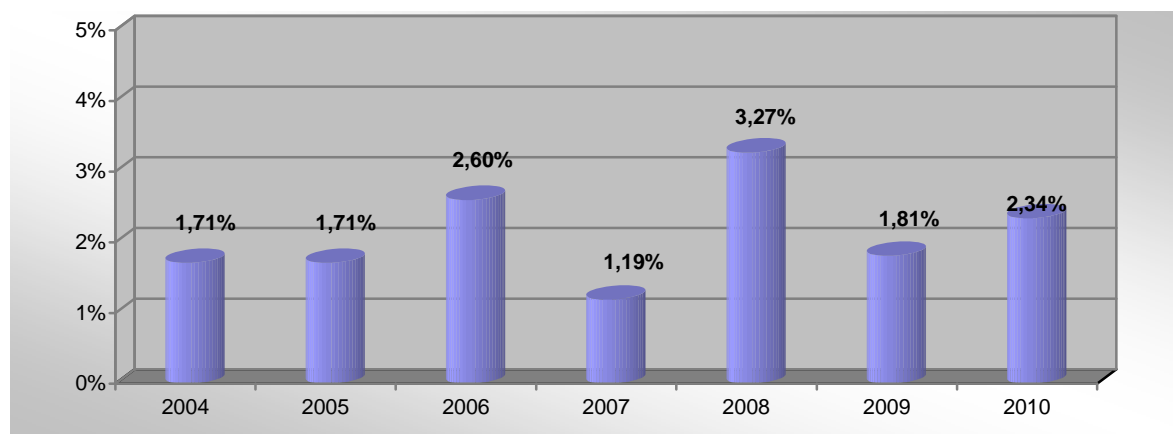


Figura 8.4.4 - Taxa de rotatividade de funcionários do HC de 2004 a 2010

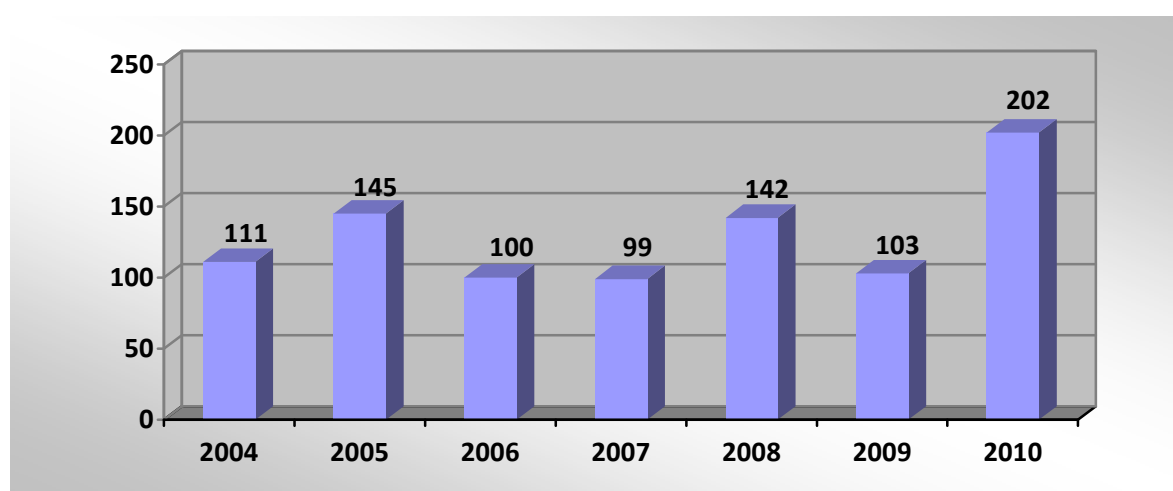


Figura 8.4.5 - Número de concursos realizados no HC de 2004 a 2010

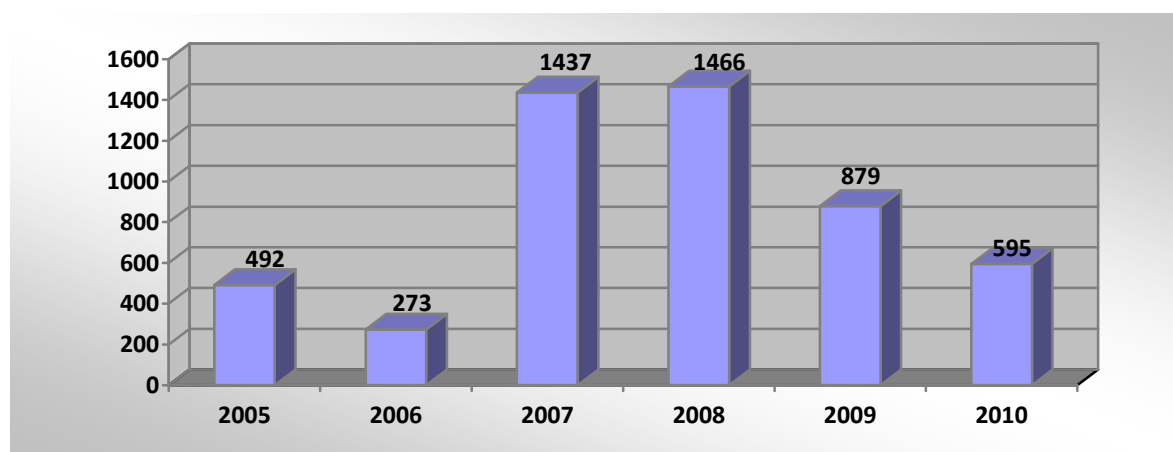


Figura 8.4.6 - Processos Trabalhistas de 2005 a 2010

|      | Acidente do Trabalho |              |             |             |             |                   |
|------|----------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|
|      | Sem Afast.           | <= 15 Quant. | Dias Afast. | > 15 Quant. | Dias Afast. | Total Dias Afast. |
| 2006 | 269                  | 249          | 1676        | 45          | 5416        | 7092              |
| 2007 | 320                  | 301          | 1930        | 63          | 7887        | 9817              |
| 2008 | 279                  | 267          | 1940        | 37          | 3830        | 5770              |
| 2009 | 276                  | 306          | 2041        | 36          | 3512        | 5553              |

|                            |                   |                        |                    |                       |                    |                          |
|----------------------------|-------------------|------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|--------------------------|
| 2010                       | 273               | 254                    | 1841               | 42                    | 5425               | 7266                     |
| <b>Doença Profissional</b> |                   |                        |                    |                       |                    |                          |
|                            | <b>Sem Afast.</b> | <b>&lt;= 15 Quant.</b> | <b>Dias Afast.</b> | <b>&gt; 15 Quant.</b> | <b>Dias Afast.</b> | <b>Total Dias Afast.</b> |
| 2006                       | 2                 | 0                      | 0                  | 3                     | 265                | 265                      |
| 2007                       | 1                 | 1                      | 14                 | 9                     | 1545               | 1559                     |
| 2008                       | 2                 | 2                      | 26                 | 5                     | 981                | 1007                     |
| 2009                       | 7                 | 0                      | 0                  | 5                     | 790                | 790                      |
| 2010                       | 11                | 1                      | 14                 | 7                     | 1164               | 1178                     |
| <b>Acidente de Trajeto</b> |                   |                        |                    |                       |                    |                          |
|                            | <b>Sem Afast.</b> | <b>&lt;= 15 Quant.</b> | <b>Dias Afast.</b> | <b>&gt; 15 Quant.</b> | <b>Dias Afast.</b> | <b>Total Dias Afast.</b> |
| 2006                       | 38                | 158                    | 1096               | 31                    | 3316               | 4412                     |
| 2007                       | 40                | 204                    | 1377               | 54                    | 6658               | 8035                     |
| 2008                       | 40                | 182                    | 1385               | 35                    | 4374               | 5759                     |
| 2009                       | 35                | 179                    | 1292               | 33                    | 3855               | 5147                     |
| 2010                       | 43                | 195                    | 1359               | 31                    | 3951               | 5310                     |

Figura 8.4.7 - Número de acidentes de trabalho, doenças profissionais e acidentes de trajeto no HC de 2006 a 2010

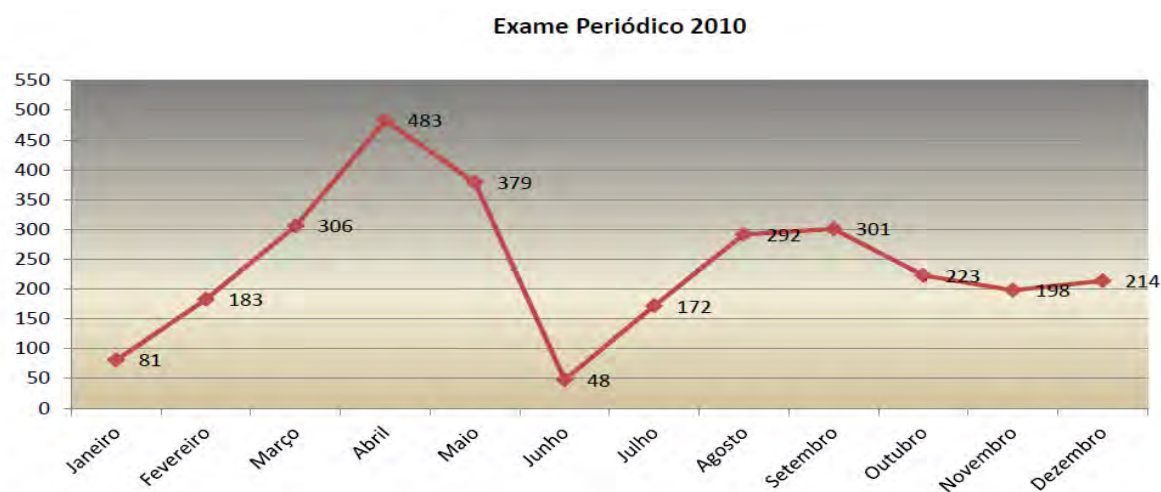


Figura 8.4.8 - Número de exames periódicos realizados em 2010

| <b>Ano</b>  | <i>Clinica Geral</i> | <i>Ginecologia</i> | <i>Oftalmologia</i> | <i>Ortopedia</i> | <i>Psiquiatria</i> | <i>Psicoterapia</i> | <i>Tabagismo</i> | <i>Nutrição</i> | <i>Triagem Enfermagem</i> |
|-------------|----------------------|--------------------|---------------------|------------------|--------------------|---------------------|------------------|-----------------|---------------------------|
| <b>2009</b> | 18058                | 3483               | 2320                | 2735             | 2714               | 122                 | 334              | 1139            | 13271                     |
| <b>2010</b> | 21534                | 5112               | 1752                | 2979             | 3120               | 152                 | 460              | 1144            | 14424                     |

Figura 8.4.9 - Proporção por especialidades – Atendimento da AMS 2009 e 2010



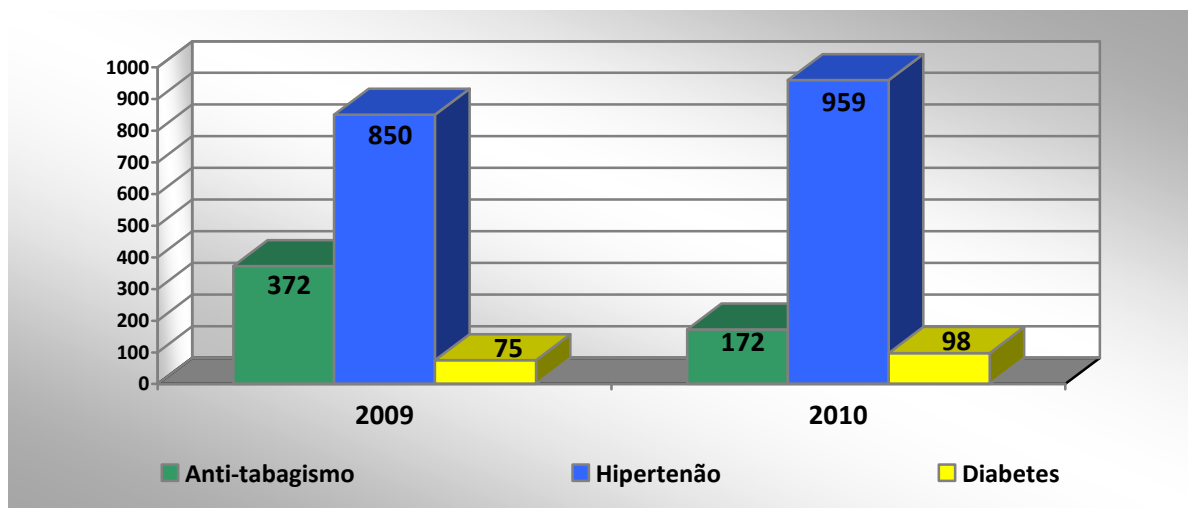


Figura 8.4.10 - Número de participantes nos programas de Tabagismo, hipertensão e Diabetes, oferecidos pela AMS em 2009 e 2010.

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.

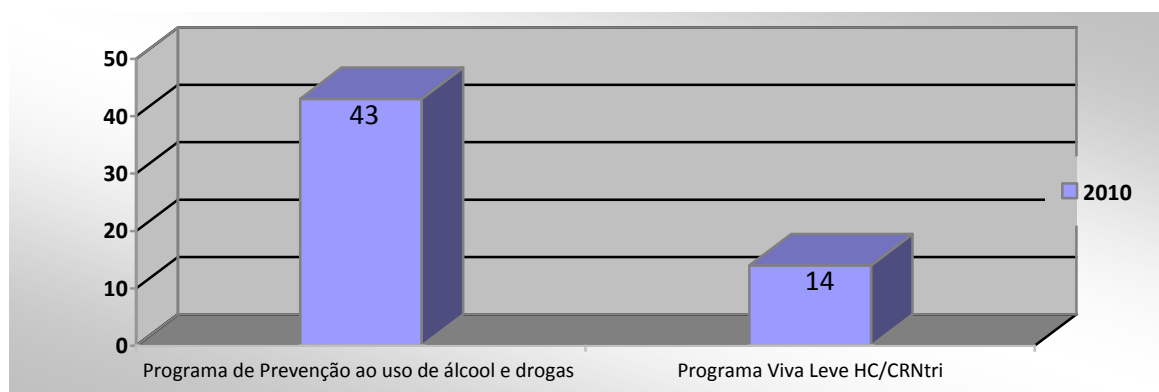


Figura 8.4.11 - Número de participantes nos programas de Prevenção ao uso de álcool e drogas e Programa Viva Leve HC/CRNtri, oferecidos pela AMS em 2010

| Ano  | Convidados | Participantes | %   | Ausentes | %   |
|------|------------|---------------|-----|----------|-----|
| 2008 | 1896       | 1017          | 54% | 879      | 46% |
| 2009 | 1011       | 610           | 60% | 401      | 40% |
| 2010 | 1649       | 801           | 48% | 848      | 51% |

Figura 8.4.12 - Número de Convidados no Programa de Integração ao Funcionário Recém-Admitido nos Institutos e Unidades Administrativas do Sistema FMUSP/HC em 2008 e 2010

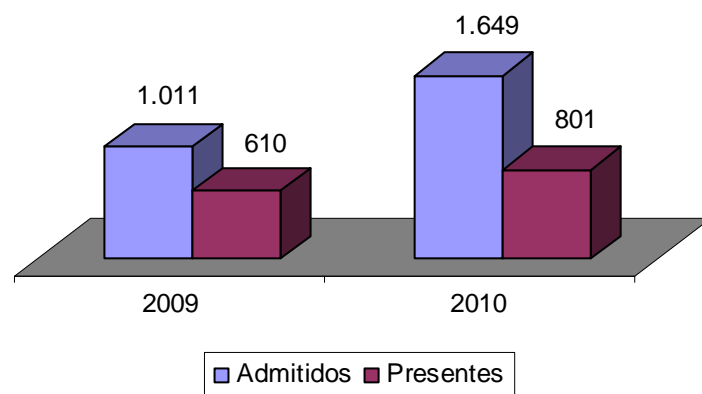


Figura 8.4.13 - Número de funcionários admitidos X número de funcionários presentes na Integração – 2009 e 2010

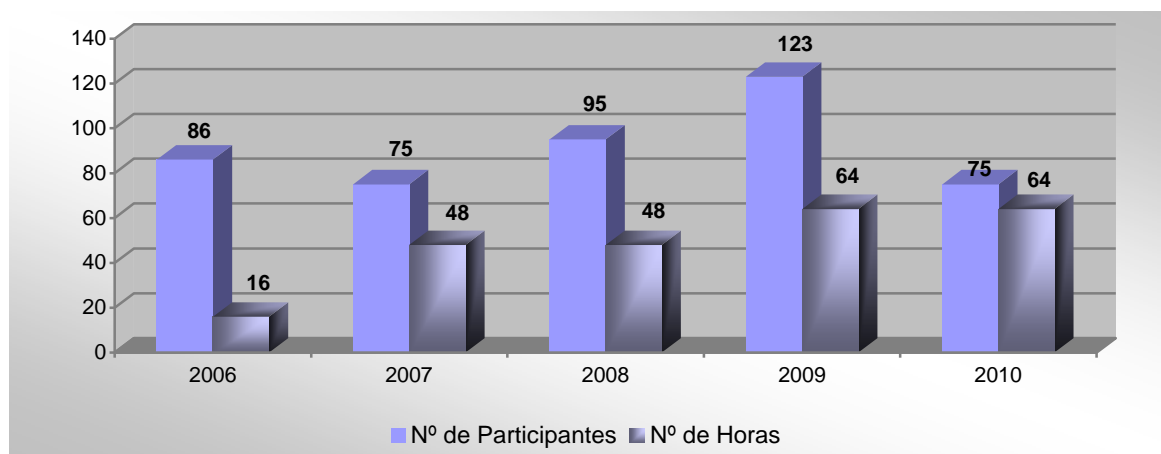


Figura 8.4.14 - Número de participantes e número de horas no Curso de Formação de Banca de Examinadores do PNGS de 2006 a 2010

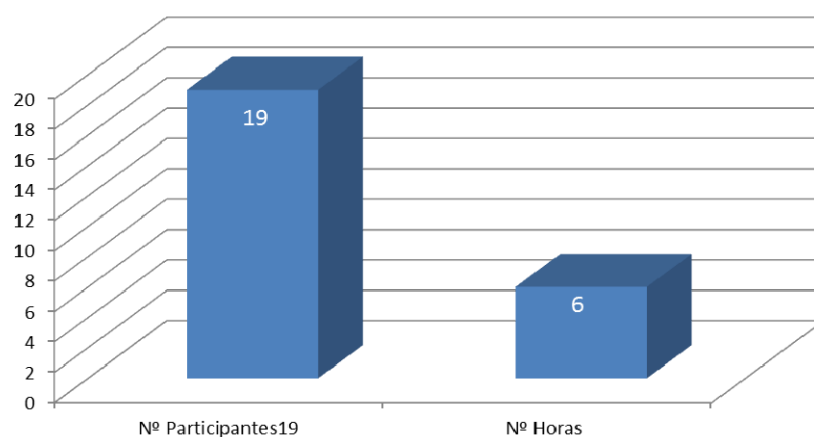


Figura 8.4.15 - Número de participantes e número de horas no Curso de Redesenho de Processos em 2009

## 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.

| Pós-Graduação da FMUSP – Senso Lato                            | 2003        | 2004        | 2005        | 2006        | 2007        | 2008        | 2009        | 2010        |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Médicos Residentes (51 especialidades médicas)                 | 876         | 888         | 945         | 1102        | 991         | 989         | 997         | 1063        |
| Complementação Básica para estrangeiros                        | 40          | 03          | -           | -           | -           | -           | -           | -           |
| Programa de Capacitação Profissional para Médicos Estrangeiros | -           | -           | 24          | 24          | 27          | 36          | 46          | 53          |
| Estágios de Complementação Especializada                       | 262         | 281         | 307         | 366         | 425         | 467         | 340         | 543         |
| <b>Pós-Graduação da FMUSP – Senso Estrito</b>                  | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> |
| Mestrados  | 471         | 502         | 514         | 583         | 677         | 644         | 574         | 551         |
| Doutorados   | 748         | 891         | 897         | 954         | 1007        | 894         | 861         | 879         |
| <b>Total</b>   | <b>1219</b> | <b>1393</b> | <b>1411</b> | <b>1537</b> | <b>1684</b> | <b>1538</b> | <b>1435</b> | <b>1430</b> |
| Orientadores   | 793         | 795         | 731         | 910         | 903         | 902         | 937         |             |
| <b>Produção Científica</b>                                     | <b>2003</b> | <b>2004</b> | <b>2005</b> | <b>2006</b> | <b>2007</b> | <b>2008</b> | <b>2009</b> | <b>2010</b> |
| Dissertações de Mestrado                                       | 205         | 150         | 126         | 168         | 156         | 143         | 220         | 122         |
| Teses de Doutorado   | 287         | 216         | 239         | 222         | 267         | 249         | 261         | 169         |
| <b>Total</b>   | <b>492</b>  | <b>366</b>  | <b>365</b>  | <b>390</b>  | <b>423</b>  | <b>392</b>  | <b>481</b>  | <b>291</b>  |

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 2010

| MODALIDADE  | 2006    | 2007    | 2008    | 2009    | 2010    |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| <b>Aprimoramento</b>  | 277     | 277     | 277     | 277     | 277     |
| <b>Estágio Curricular - Nível Médio</b>                                 | 128.066 | 601.758 | 494.919 | 323.344 | 179.787 |
| <b>Estágio Curricular – Nível Superior</b>                              | 325.882 | 369.370 | 192.373 | 62.474  | 135.762 |
| <b>Visita Técnica</b>   | 140     | 526     | 298     | 44      | 181     |
| <b>Atividade Profissional Supervisionada – Nível Profissionalizante</b> | 585     | 515     | 269     | 76      | 269     |
| <b>Atividade Profissional Supervisionada – Nível Superior</b>           | 706     | 753     | 669     | 495     | 654     |
| <b>Cursos Avançados</b>   | 271     | 319     | 541     | 176     | 169     |

Figura 8.5.1.2 - Ensino Multiprofissional no HC de 2006 a 2010 (hora)

| ANO          | Nº MÉDICOS PRECEPTORES |
|--------------|------------------------|
| 2005         | 75                     |
| 2006         | 75                     |
| 2007         | 82                     |
| 2008         | 88                     |
| 2009         | 81                     |
| 2010         | 96                     |
| <b>Total</b> | <b>497</b>             |

Figura 8.5.1.3 - Número de Médicos Preceptores na Instituição de 2005 a 2010

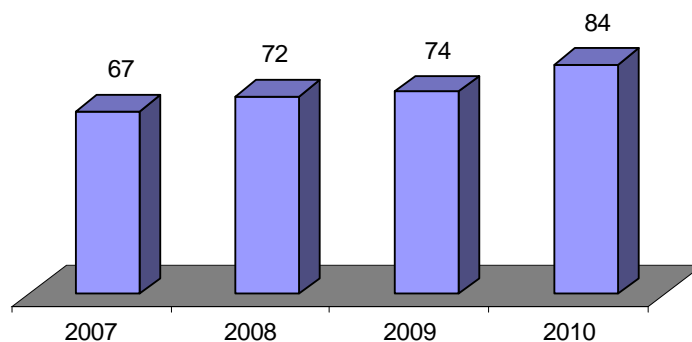


Figura 8.5.1.4 - Número de Programas de Aprimoramento Profissional de 2007 a 2010

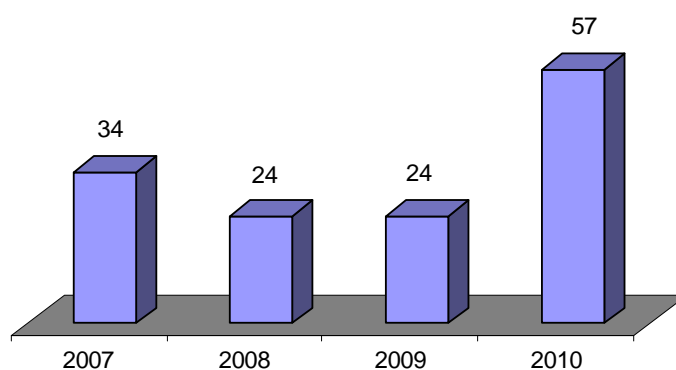


Figura 8.5.1.5 - Número de Cursos ministrados pela Escola de Educação Permanente de 2007 a 2010

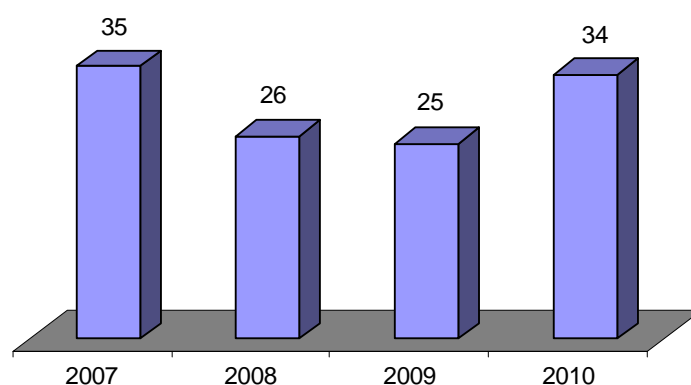


Figura 8.5.1.6 - Número de Instituições de Ensino que firmaram acordos de cooperação com a EEP de 2007 a 2010

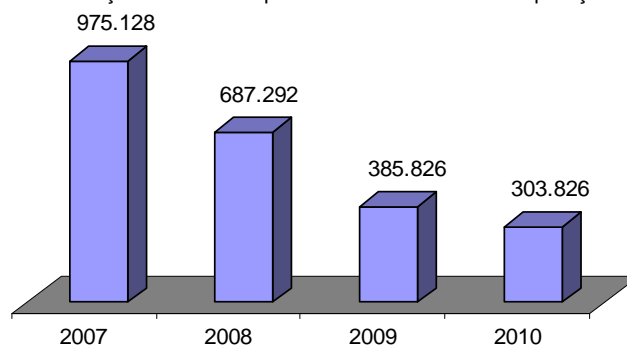


Figura 8.5.1.7 - Número de Horas de Estágio Obrigatório de 2007 a 2010

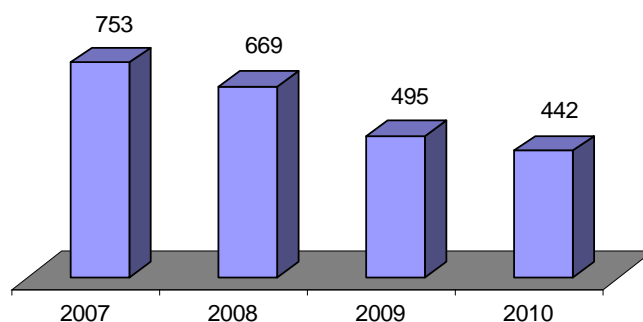


Figura 8.5.1.8 - Número de ingressantes no Programa de Capacitação em Serviço de 2007 a 2010

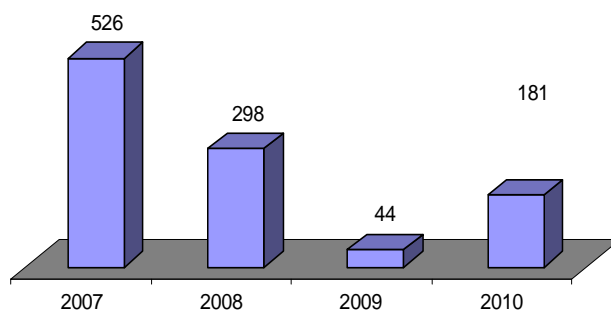


Figura 8.5.1.9 - Número de visitas recebidas de 2007 a 2010

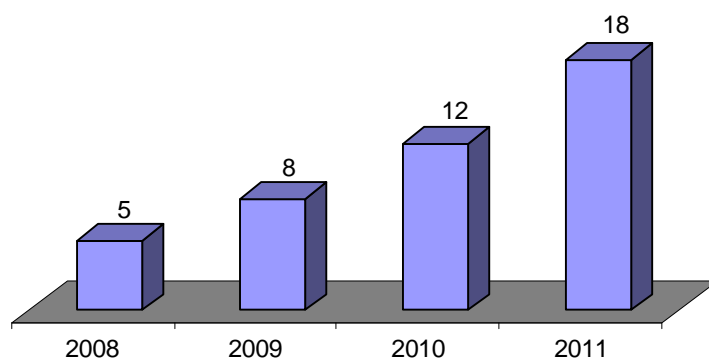


Figura 8.5.1.10 - Número de inscritos no Programa Angola de 2008 a 2011

## 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.

| CAPPesq                             | 2005  | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|-------------------------------------|-------|------|------|------|------|------|
| Sessões realizadas                  | 21    | 22   | 15   | 19   | 22   | 22   |
| Protocolos recebidos                | 1.283 | 1394 | 1264 | 1136 | 1384 | 838  |
| Aprovados                           | 1.160 | 1131 | 981  | 930  | 1100 | 649  |
| Reprovados                          | 01    | 01   | 03   | 02   | 04   | 01   |
| Em análise                          | 32    | 142  | 272  | 195  | 269  | 158  |
| Suspensos/Cancelados                | -     | -    | -    | 09   | 11   | 30   |
| Protocolos enviados a CONEP         | 61    | 21   | 28   | 24   | 39   | 24   |
| Aprovados (dos enviados a CONEP)    | 55    | 12   | 13   | 02   | 18   | 10   |
| Não aprovado (dos enviados a CONEP) | 06    | 04   | 03   | 01   | 05   | 02   |
| Pendentes (dos enviados a CONEP)    | 09    | 05   | 12   | 21   | 16   | 10   |

Figura 8.5.2.1 - Protocolos de pesquisa da CAPPesq de 2005 a 2010

Fonte: CAPPesq – Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa

### Artigos Originais Publicados em Revistas

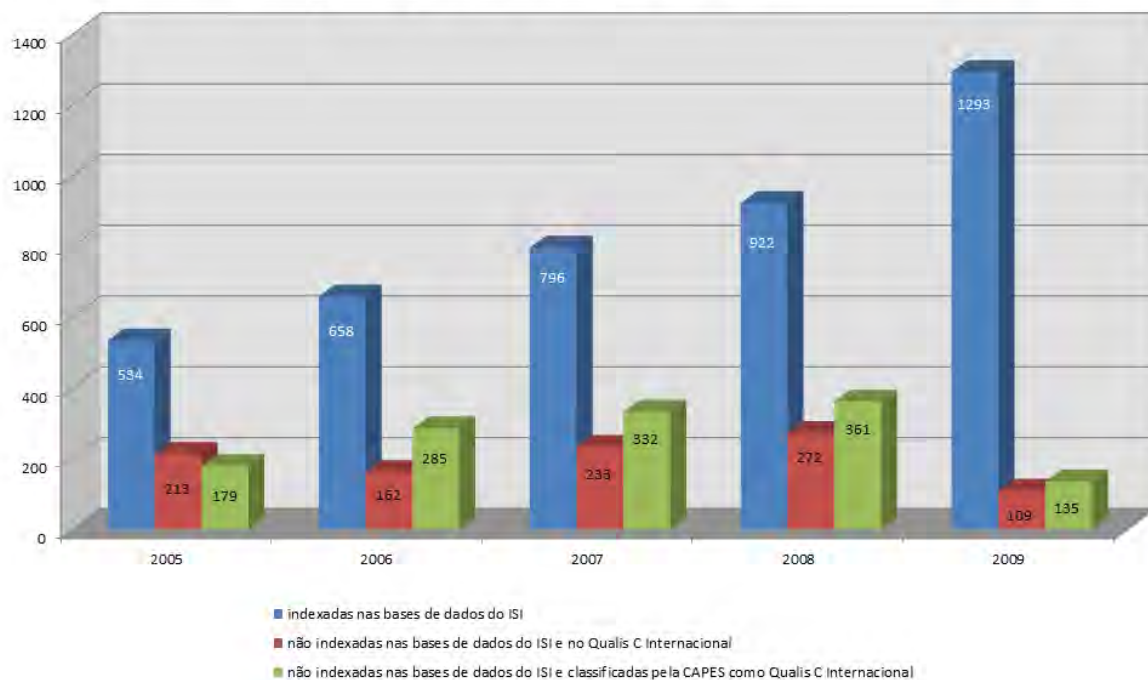


Figura 8.5.2.2 - Produção Científica dos LIMS (Trabalhos Originais Publicados) – 2005 a 2009

| Natureza do Trabalho   | 2005        | 2006        | 2007         | 2008         | 2009         |
|--|-------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Artigos Originais Publicados em Revistas Indexadas nas Bases do ISI                              | 534         | 658         | 796          | 922          | 1.293        |
| Art. orig. pub. em rev. não Index. nas bases do ISI e classif. pela CAPES como Qualis Intern. ** | 179         | 285         | 332          | 361          | 109          |
| Art. orig. pub. em rev. não Index. na base de dados ISI e no Qualis C Intern.                    | 213         | 162         | 233          | 272          | 135          |
| <b>Total</b>   | <b>926</b>  | <b>1105</b> | <b>1.361</b> | <b>1.555</b> | <b>1.537</b> |
| Resumos  | 1636        | 1918        | 2883         | 2450         | 0            |
| Capítulos de Livro   | 249         | 477         | 285          | 293          | 402          |
| Livros   | 32          | 34          | 50           | 71           | 52           |
| Trabalhos de Divulgação  | 0           | 0           | 0            | 0            | 0            |
| Trabalhos de Difusão   | 19          | 105         | 5            | 10           | 6            |
| <b>Total</b>   | <b>2862</b> | <b>3639</b> | <b>4.584</b> | <b>4.379</b> | <b>1.997</b> |

Figura 8.5.2.3 - Produção Científica dos LIMS (Resumos, Capítulos de Livros, Trabalhos de Divulgação, Trabalhos de Difusão) – 2005 a 2009

| 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                                 |
| 2009 | 1293    | 32.100     | 58.985             | 4,03                          | 2,19                                 |

Figura 8.5.2.4 - Produção Científica dos LIMs (Artigos publicados em periódicos científicos internacionais indexados – base de dados ISI)

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

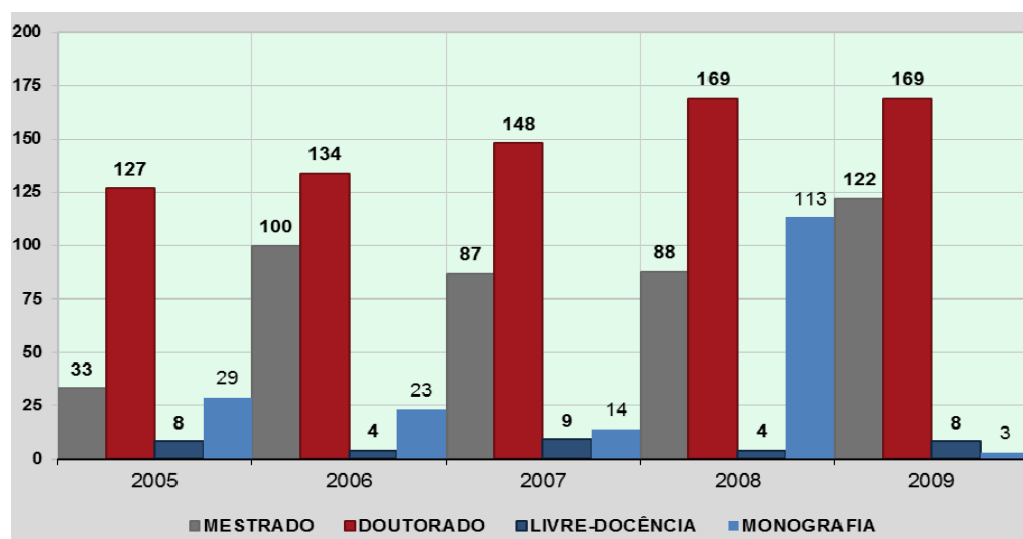


Figura 8.5.2.5 - Produção Científica dos LIMs (Dissertações e Teses) – 2005 a 2009

### 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:

| EQUIPE DE TRANSPLANTE         | 2005       | 2006       | 2007         | 2008        | 2009         | 2010        |
|-------------------------------|------------|------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| <b>CORAÇÃO</b>                | <b>34</b>  | <b>21</b>  | <b>18</b>    | <b>33</b>   | <b>29</b>    | <b>26</b>   |
| Adulto                        | 30         | 16         | 14           | 29          | 20           | 22          |
| Infantil                      | 04         | 05         | 04           | 05          | 09           | 04          |
| <b>FÍGADO-PEDIÁTRICO</b>      | <b>21</b>  | <b>36</b>  | <b>30</b>    | <b>32</b>   | <b>35</b>    | <b>32</b>   |
| doador falecido               | 13         | 24         | 20           | 21          | 23           | 18          |
| doador vivo                   | 08         | 12         | 10           | 11          | 12           | 14          |
| <b>FÍGADO ADULTO</b>          | <b>48</b>  | <b>45</b>  | <b>39</b>    | <b>69</b>   | <b>140</b>   | <b>125</b>  |
| doador falecido               | 40         | 44         | 39           | 69          | 129          | 119         |
| doador vivo                   | 03         | 01         | 00           | 00          | 08           | 06          |
| PAF                           |            |            |              |             | 03           | 00          |
| <b>CÓRNEA</b>                 | <b>109</b> | <b>119</b> | <b>67</b>    | <b>87</b>   | <b>82</b>    | <b>43</b>   |
| <b>RIM</b>                    | <b>106</b> | <b>145</b> | <b>149</b>   | <b>163</b>  | <b>188</b>   | <b>216</b>  |
| doador falecido               | 53         | 59         | 61           | 82          | 123          | 136         |
| doador vivo                   | 53         | 86         | 88           | 81          | 65           | 80          |
| <b>PÂNCREAS ISOLADO</b>       | <b>05</b>  | <b>04</b>  | <b>01</b>    | <b>05</b>   | <b>00</b>    | <b>00</b>   |
| <b>PÂNCREAS CONJ. RIM</b>     | <b>00</b>  | <b>04</b>  | <b>08</b>    | <b>05</b>   | <b>12</b>    | <b>02</b>   |
| <b>PÂNCREAS CONJ. FÍGADO</b>  | <b>05</b>  | <b>00</b>  | <b>03</b>    | <b>03</b>   | <b>08</b>    | <b>00</b>   |
| <b>MEDULA ÓSSEA</b>           | <b>160</b> | <b>188</b> | <b>235</b>   | <b>189</b>  | <b>195</b>   | <b>203</b>  |
| <b>OSSO <sup>1</sup></b>      | <b>17</b>  | <b>303</b> | <b>1.266</b> | <b>1218</b> | <b>1517</b>  | <b>1860</b> |
| <b>PULMÃO</b>                 | <b>13</b>  | <b>13</b>  | <b>16</b>    | <b>23</b>   | <b>20</b>    | <b>47</b>   |
| <b>PELE <sup>2</sup></b>      | <b>45</b>  | <b>00</b>  | <b>00</b>    | <b>00</b>   | <b>00</b>    | <b>00</b>   |
| <b>TOTAL DE TX REALIZADOS</b> | <b>563</b> | <b>878</b> | <b>1.832</b> | <b>1827</b> | <b>2.226</b> | <b>2554</b> |

Figura 8.5.3.1 - Atividades das Equipes Transplantadoras do HC

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.

| Captações    | 2005      | 2006      | 2007      | 2008      | 2009       | 2010       |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Interna      | 21        | 19        | 18        | 38        | 37         | 43         |
| Externa      | 46        | 59        | 34        | 52        | 106        | 94         |
| <b>Total</b> | <b>67</b> | <b>78</b> | <b>52</b> | <b>90</b> | <b>143</b> | <b>137</b> |

Figura 8.5.3.2 - Atividades da Organização da Procura de Órgãos

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:



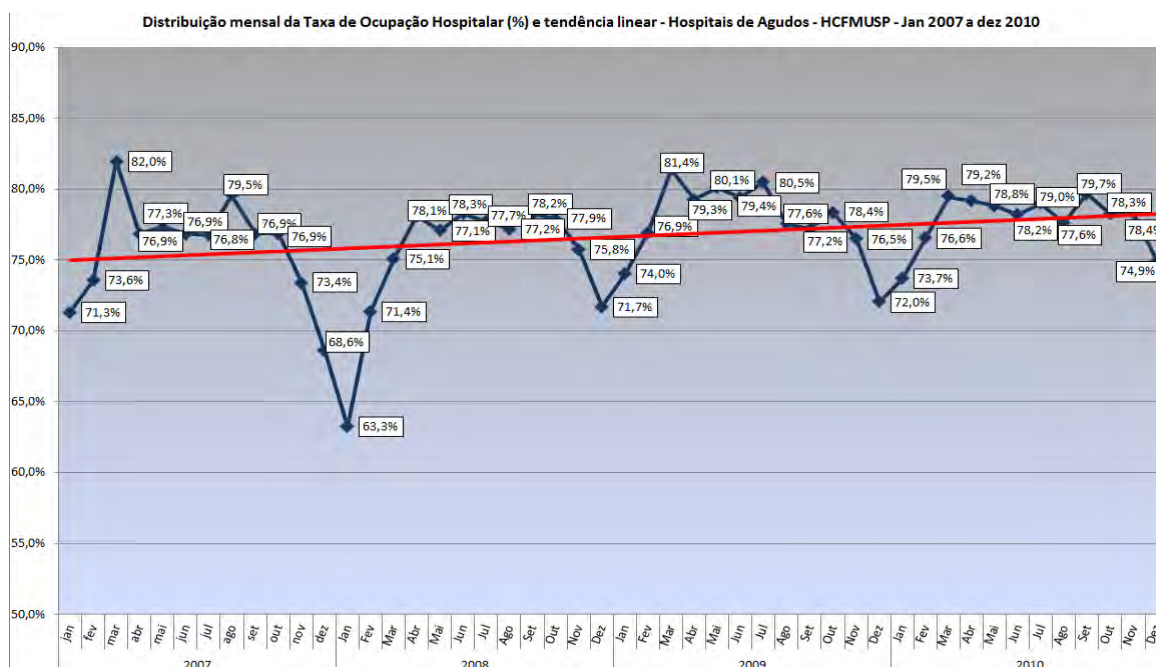


Figura 8.5.3.3 - Distribuição mensal da Taxa de Ocupação Hospitalar (%) e tendência linear – Hospitais de Agudos - HC - 2007 a 2010  
Fonte: NIS

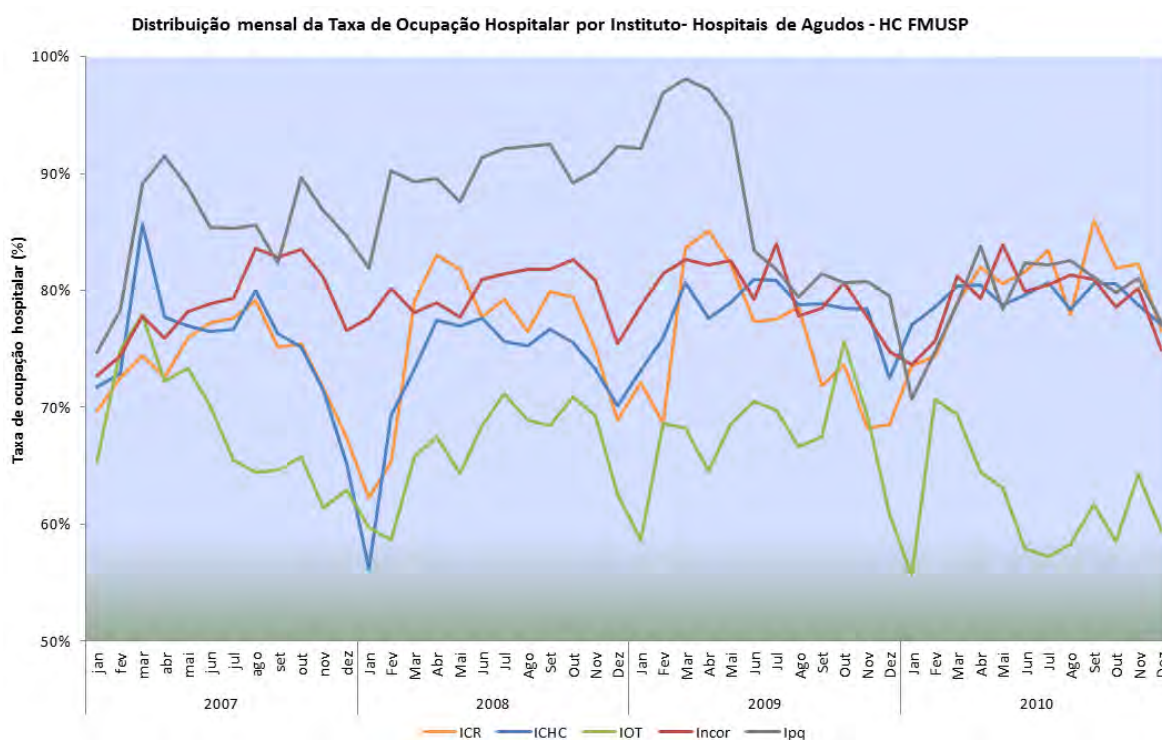


Figura 8.5.3.4 - Distribuição mensal das Taxas de Ocupação hospitalar segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

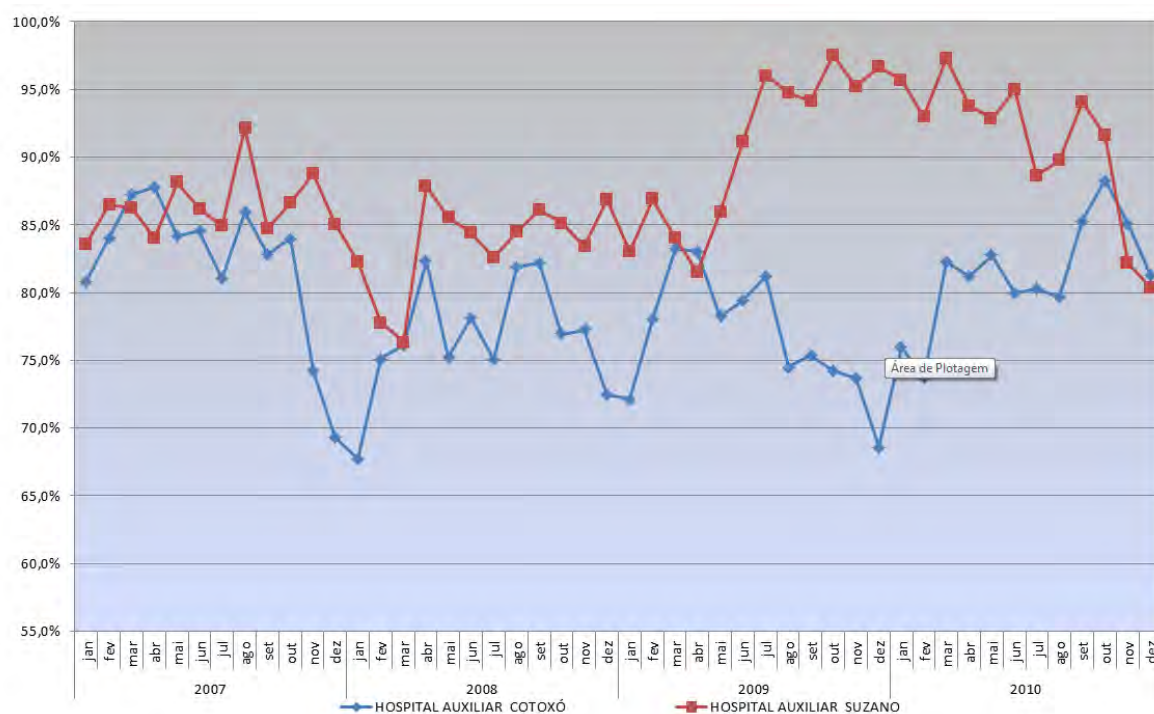


Figura 8.5.3.5 - Distribuição mensal da taxa de ocupação (%) segundo Hospital Auxiliar - Complexo HC-FMUSP - 2007 a 2010  
Fonte: NIS

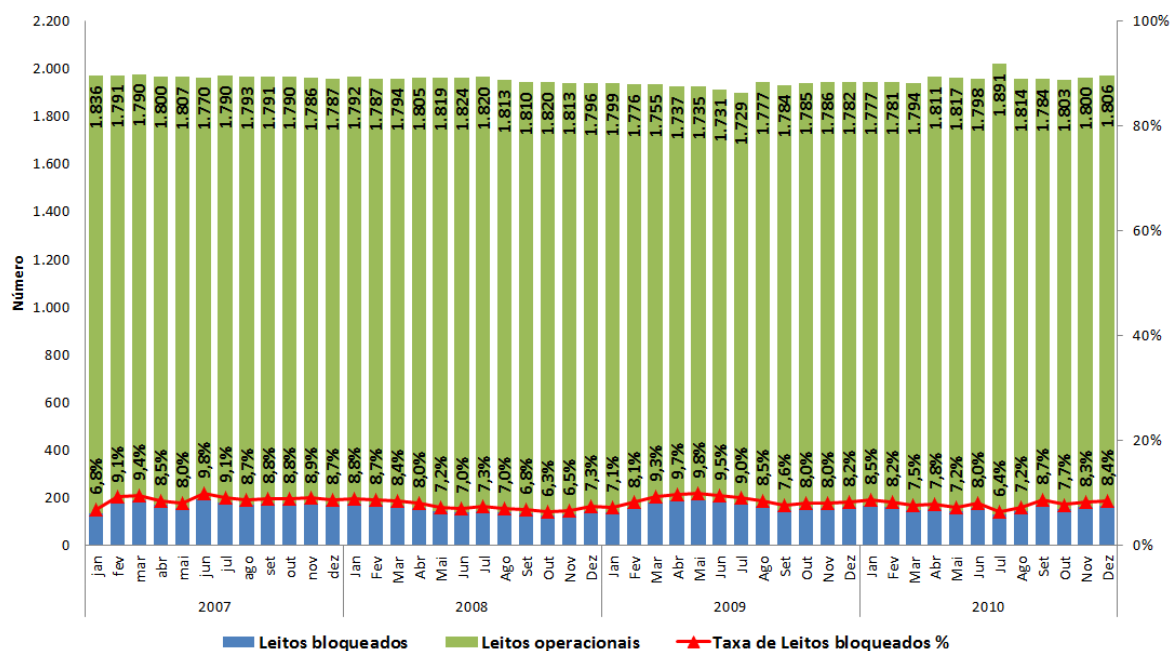


Figura 8.5.3.6 - Distribuição mensal dos leitos operacionais e bloqueados – Hospitais de Agudos – HC – jan 2007 a dez 2010  
Fonte: NIS

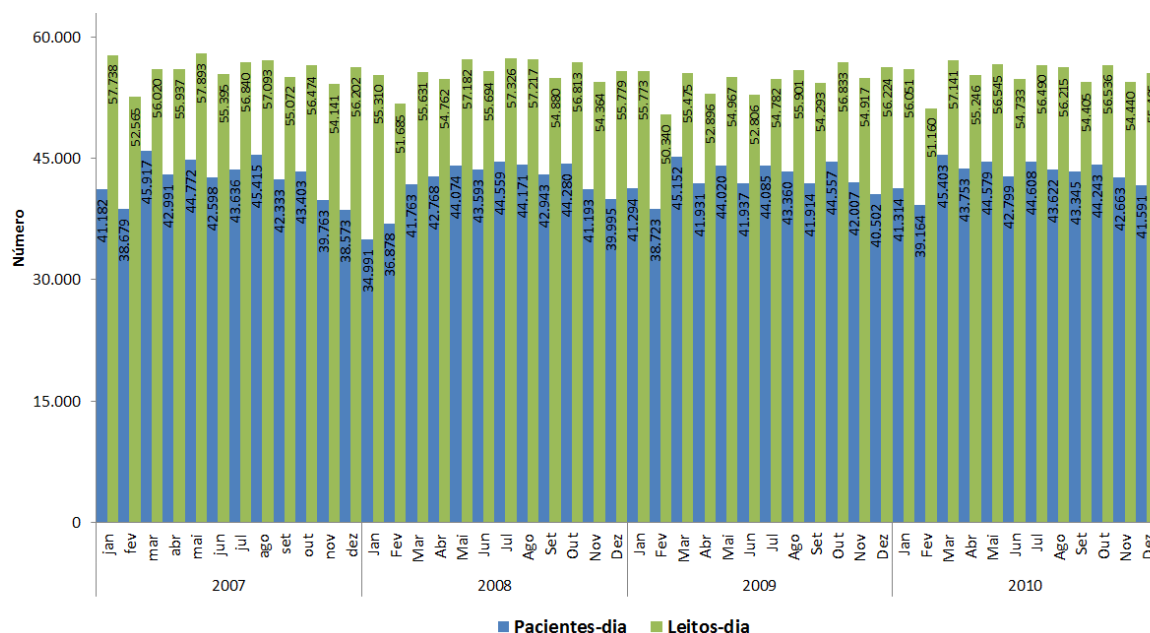


Figura 8.5.3.7 - Distribuição mensal dos números de leitos-dia e de pacientes-dia – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

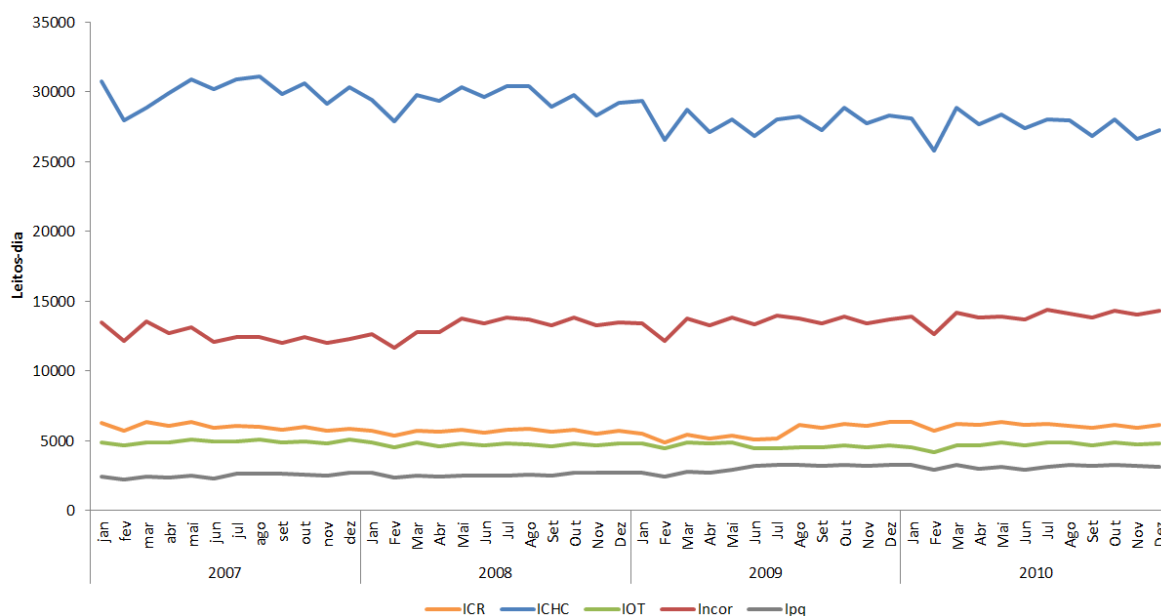


Figura 8.5.3.8 - Distribuição mensal dos números de leitos-dia por Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

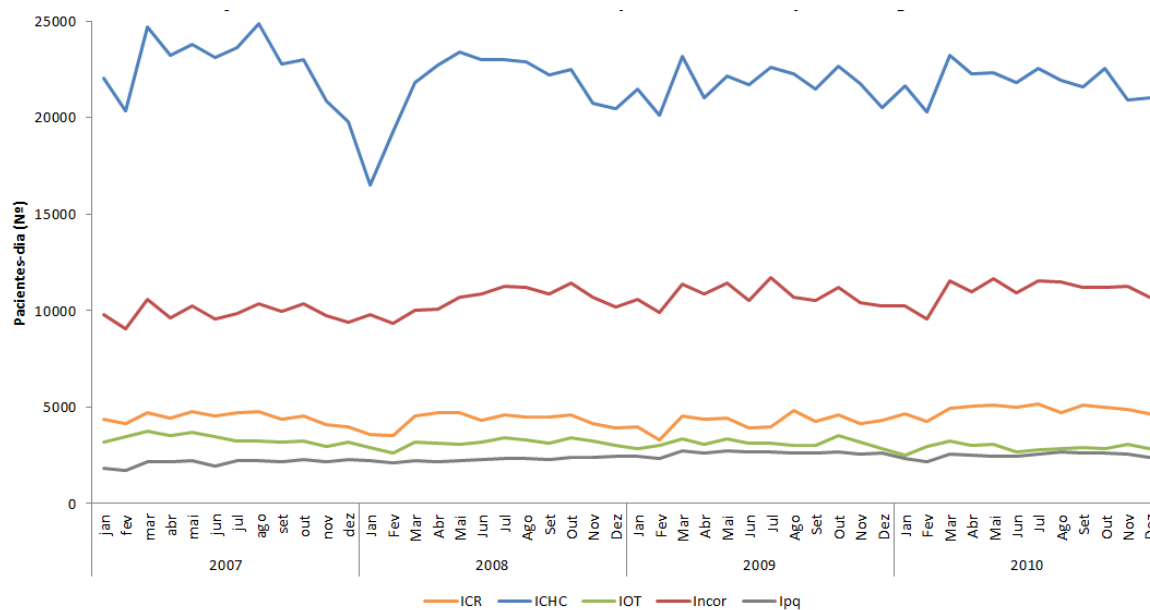


Figura 8.5.3.9 - Distribuição mensal do Número de pacientes-dia por Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

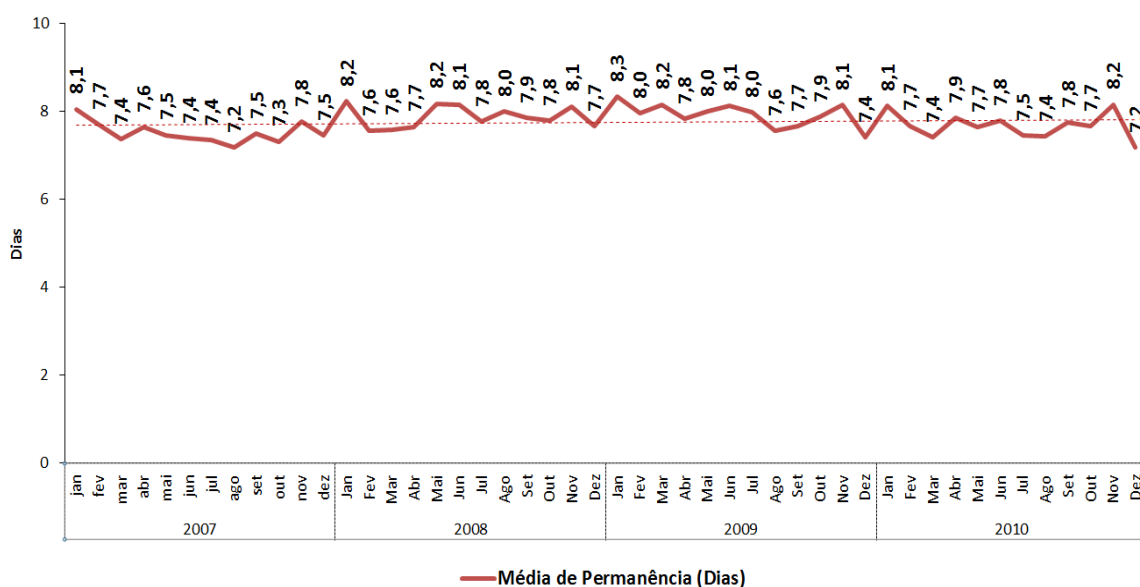


Figura 8.5.3.10 - Distribuição mensal da Média de Permanência e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

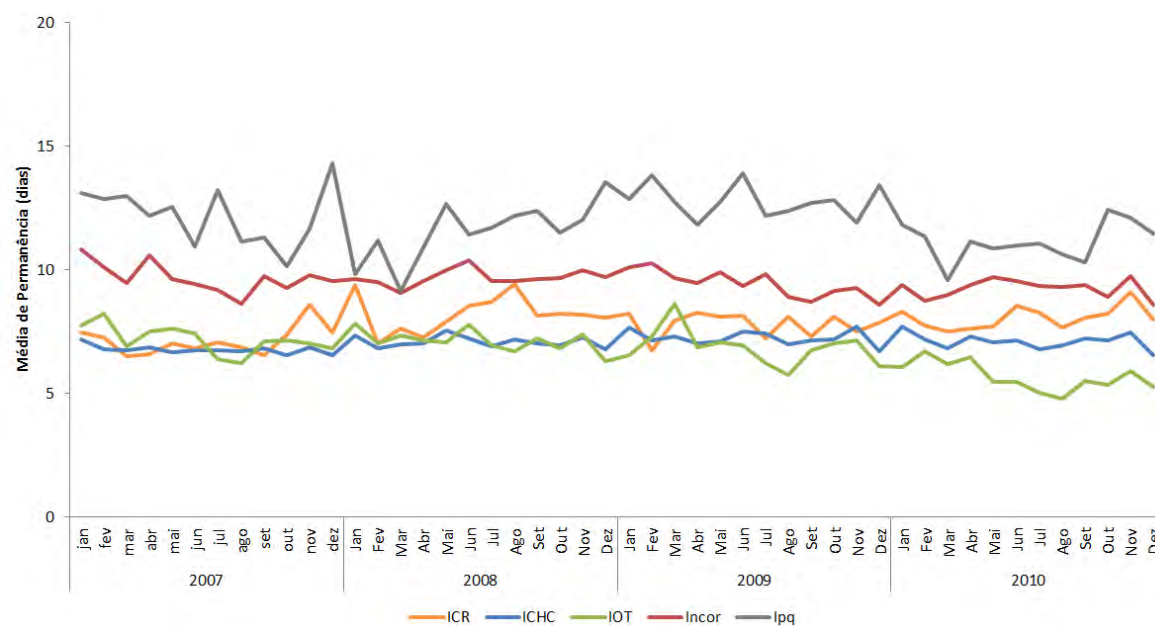


Figura 8.5.3.11 - Distribuição mensal das Médias de Permanência por Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010

Fonte: NIS

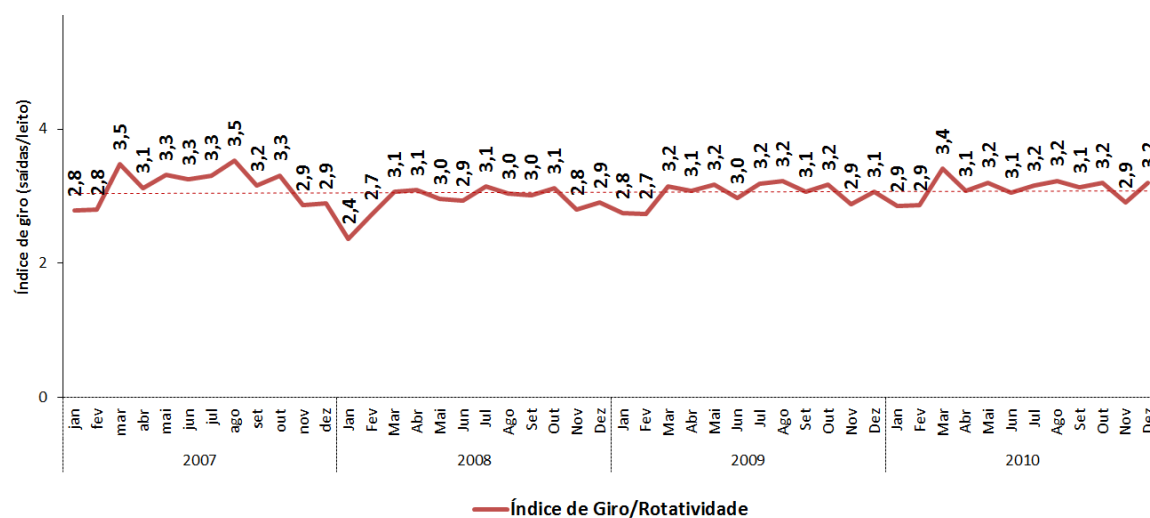


Figura 8.5.3.12 - Distribuição mensal do Índice de Giro e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010

Fonte: NIS

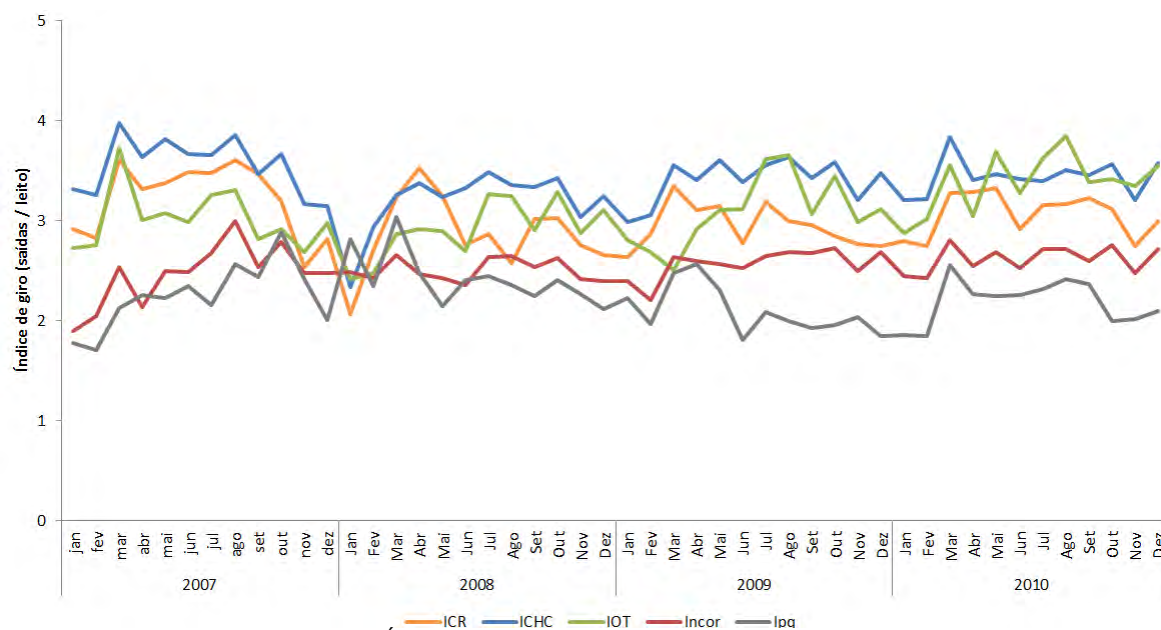


Figura 8.5.3.13 - Distribuição mensal do Índice de giro (rotatividade) por Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

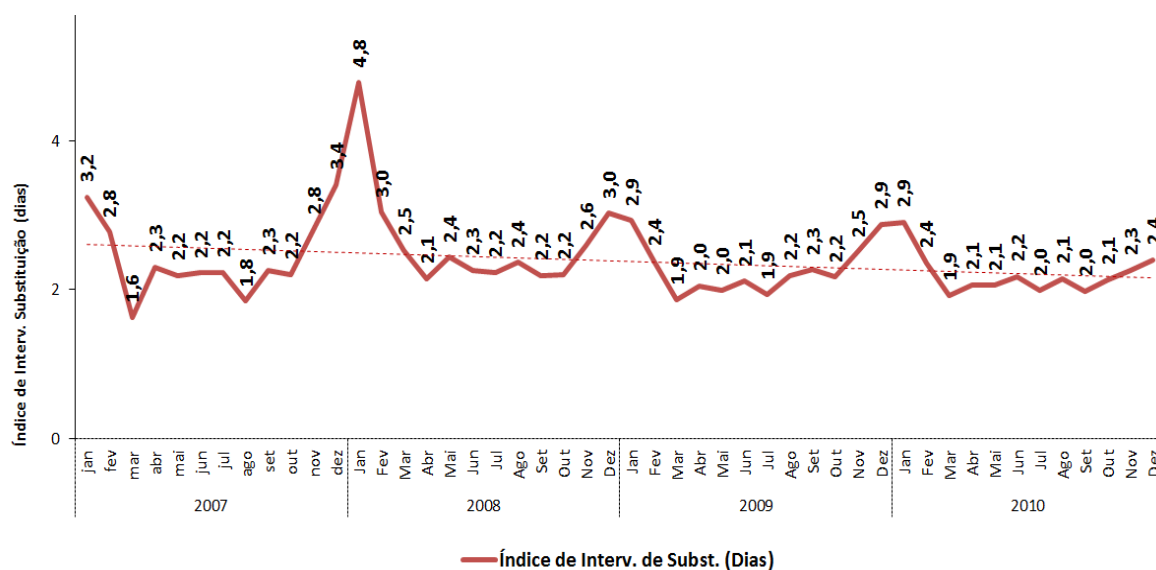


Figura 8.5.3.14 - Distribuição mensal do Índice de Intervalo de Substituição e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS



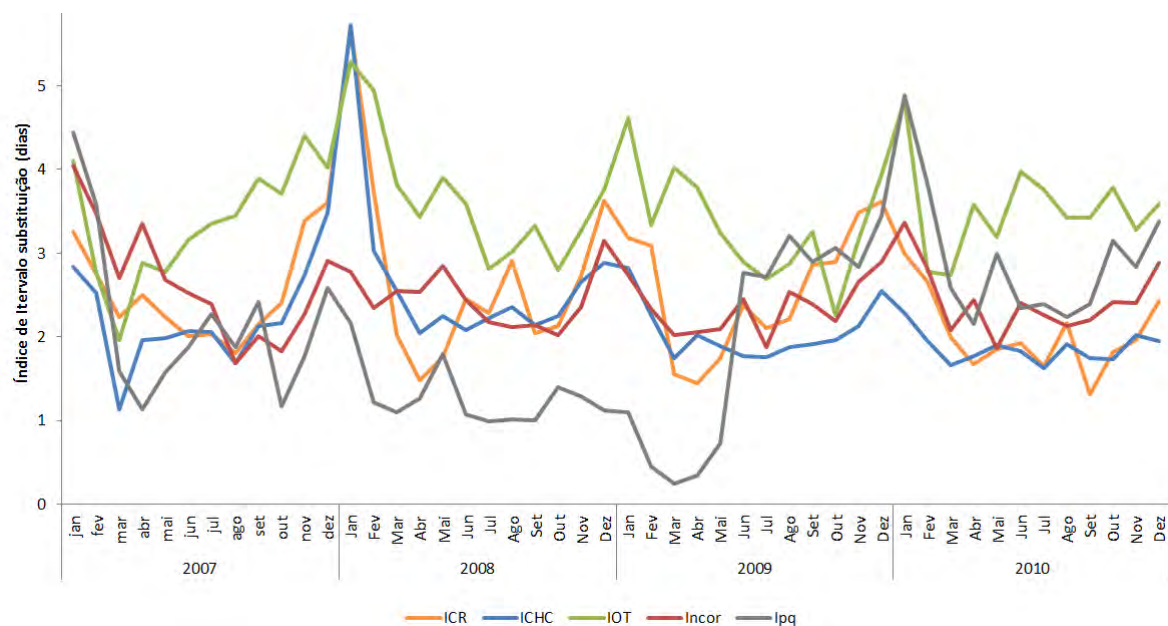


Figura 8.5.3.15 - Distribuição mensal do Índice de Intervalo de Substituição por Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

As figuras a seguir demonstram dados relacionados a saídas de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade cirúrgica:

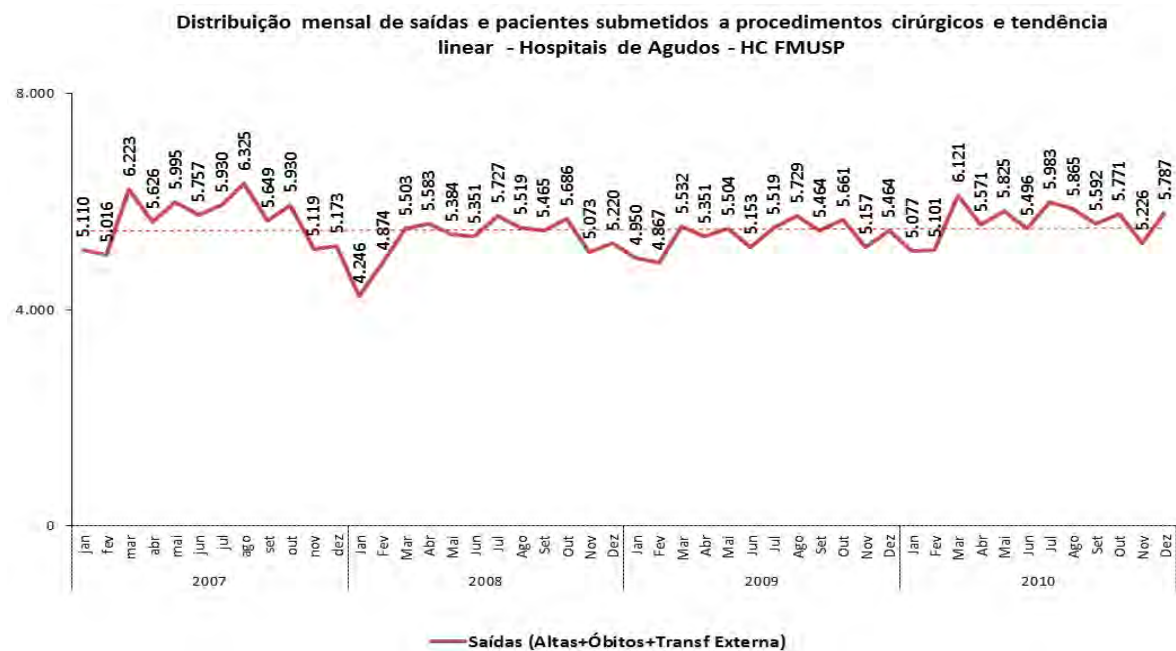


Figura 8.5.3.16 - Distribuição mensal de saídas e pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2009  
Fonte: NIS

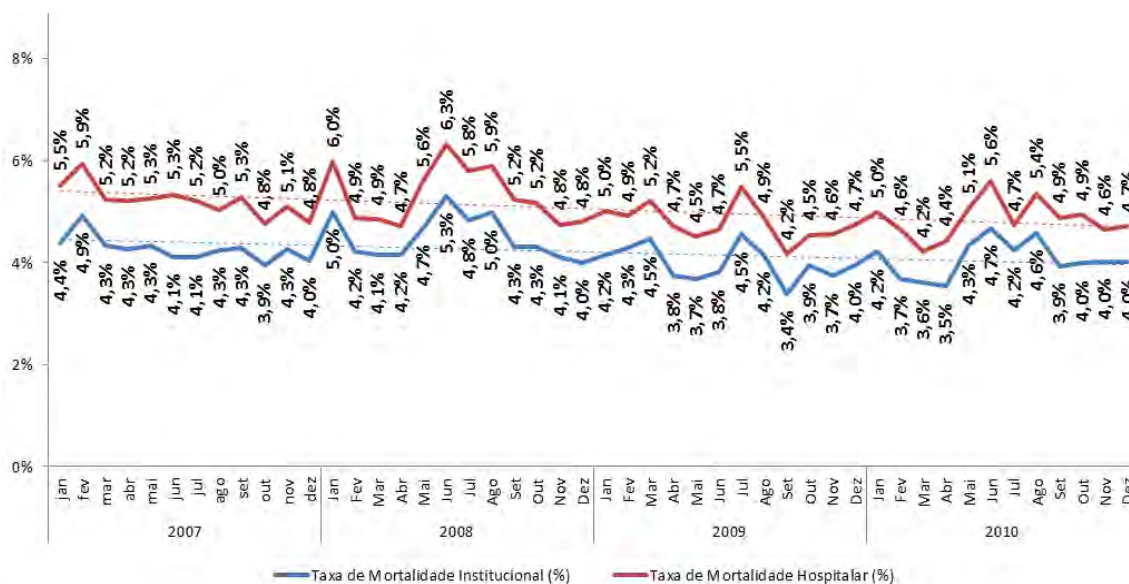


Figura 8.5.3.17 - Distribuição mensal da Taxa de Mortalidade Institucional e Taxa de Mortalidade Hospitalar (tendência linear) – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

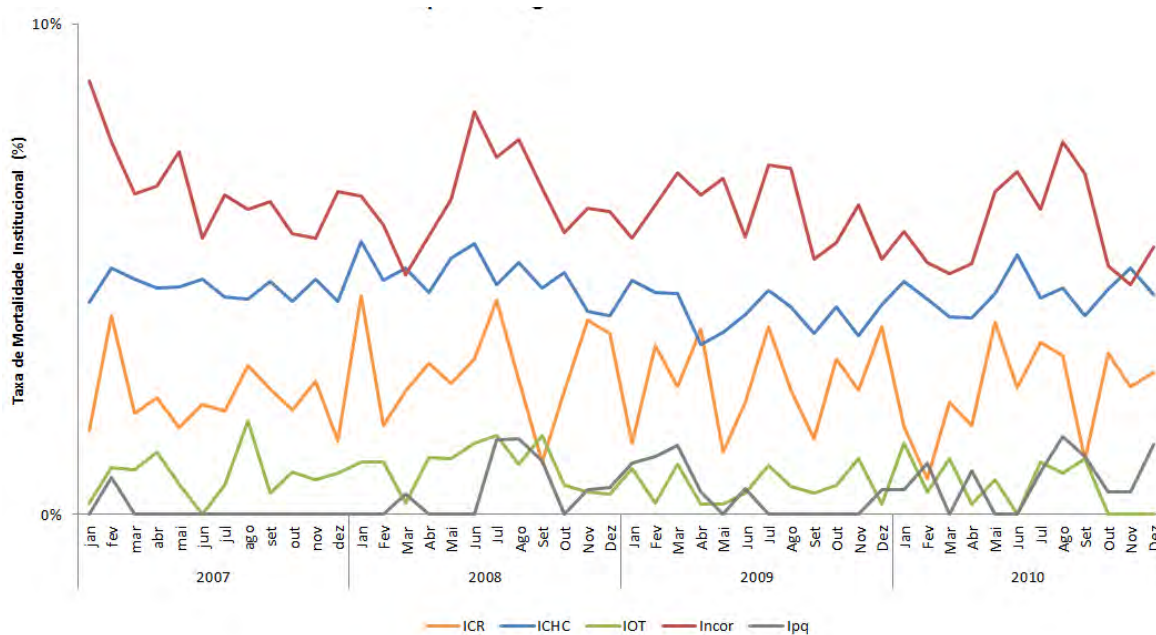


Figura 8.5.3.18 - Distribuição mensal da Taxa de Mortalidade Institucional segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS



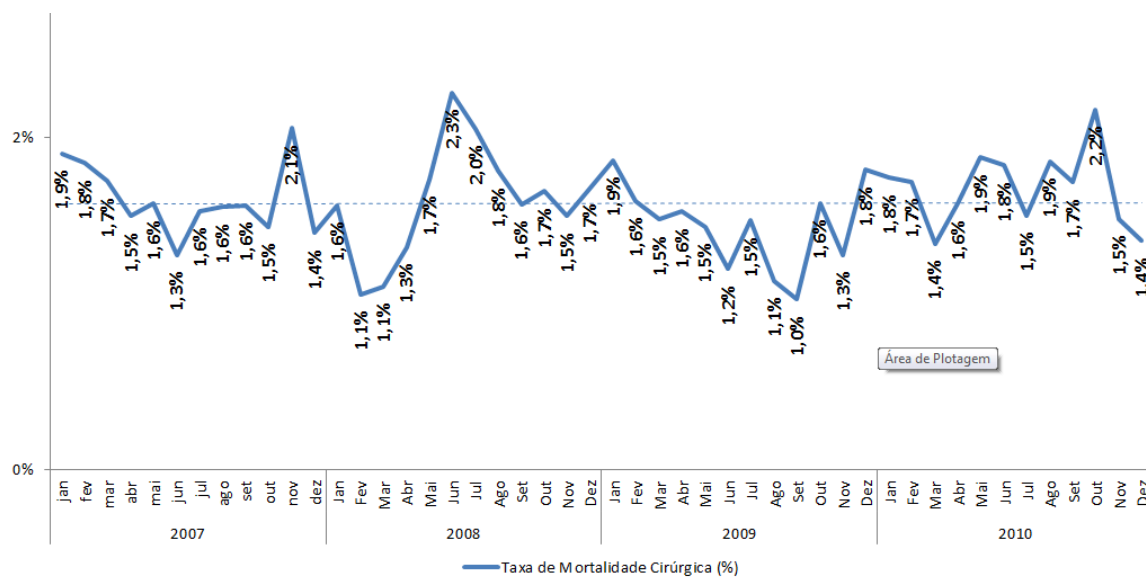


Figura 8.5.3.19 - Distribuição mensal da Taxa de Mortalidade Cirúrgica (%) e tendência linear – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

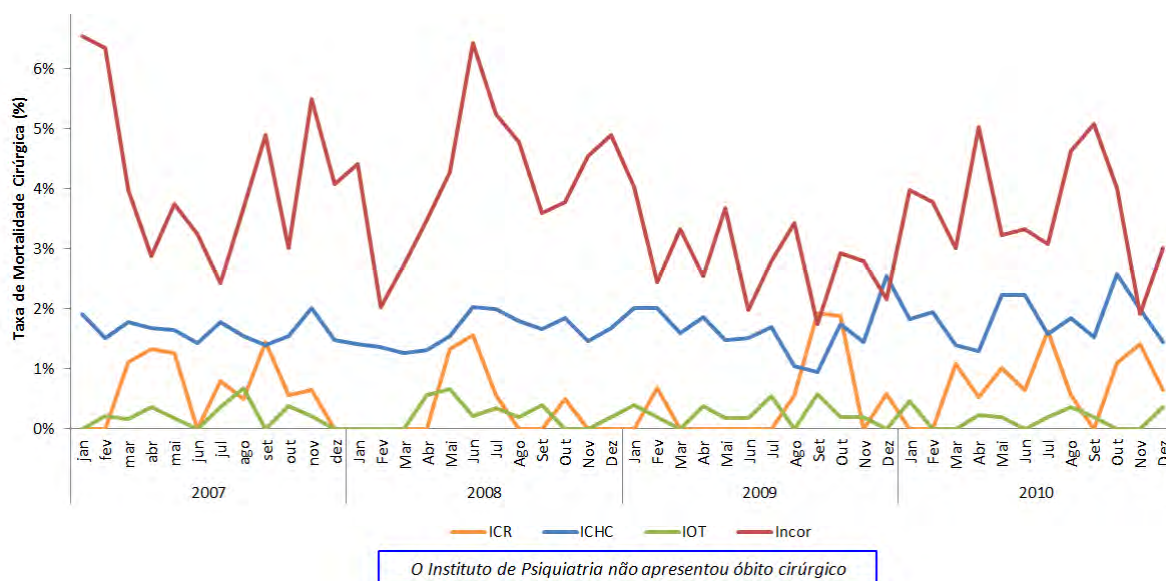


Figura 8.5.3.20 - Distribuição mensal da taxa de mortalidade cirúrgica segundo Instituto – Hospitais de Agudos – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

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:

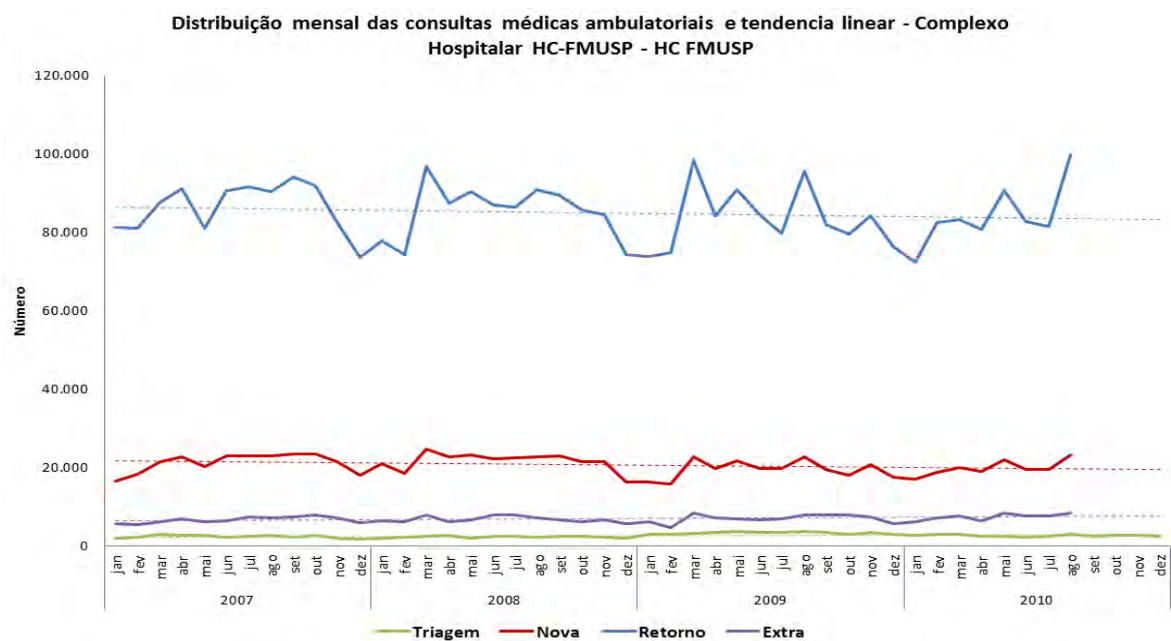


Figura 8.5.3.21 - Distribuição mensal do % de consultas novas/realizadas segundo Instituto – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

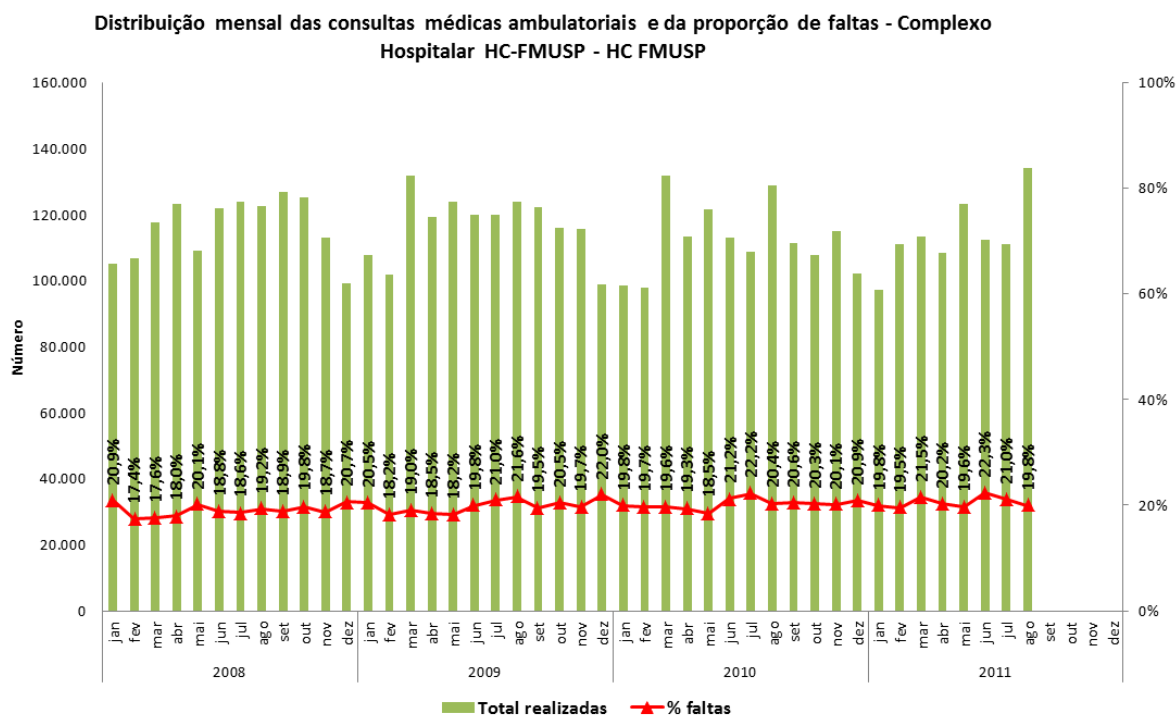


Figura 8.5.3.22 - Distribuição mensal da proporção de faltas às consultas médicas ambulatoriais segundo Instituto – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS

**Distribuição mensal dos atendimentos, internações e taxa de internação de pronto socorro -  
Hospitais de Agudos - HC FMUSP**

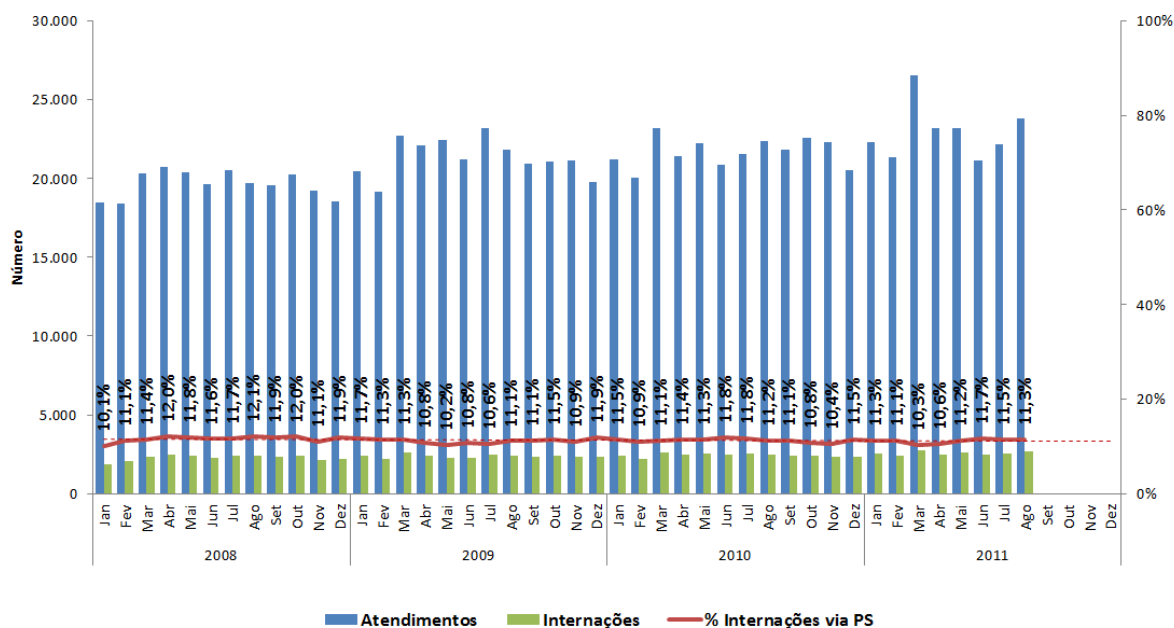


Figura 8.5.3.23 - Distribuição mensal da produção do Pronto Socorro (Atendimentos e internações via Pronto Socorro) – Complexo Hospitalar – HC – 2007 a 2010  
Fonte: NIS



Figura 8.5.3.24 - Distribuição mensal da taxa de internação via PS (%) segundo Instituto – Complexo Hospitalar – HC – 2007 a 2010  
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, infraestrutura, Tecnologia da Informação

#### 8.5.4.1. Resultados das Unidades na Avaliação da Gestão

| Pontuação            | Estágio da Organização   | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007/2008 | 2009 |
|----------------------|--|------|------|------|------|-----------|------|
| Faixa 4<br>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 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<br>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<br>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<br>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 8.5.4.1.1 - Pontuação das Unidades do HC na Avaliação da Gestão

#### 8.5.4.2. Resultados da Comissão de Ética Médica e Comissão de Bioética

| Sindicância        | Entrada    | Em andamento | Concluídos | Relatados  | Encaminhados CRM | Oitivas enviadas | Ofícios enviados | Curso da CEM para Residentes |
|--------------------|------------|--------------|------------|------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|
| 2003               | 17         | 0            | 17         | 17         | 14               | s/dados          | 273              | s/ dados                     |
| 2004               | 14         | 0            | 14         | 14         | 10               | s/dados          | 308              | 2 modulos 2dias              |
| 2005               | 33         | 0            | 33         | 33         | 22               | 89               | 319              | 2 modulos 2dias              |
| 2006               | 20         | 0            | 20         | 20         | 12               | 62               | 323              | 2 modulos 2dias              |
| 2007               | 27         | 0            | 27         | 27         | 15               | 92               | 547              | 2 modulos 2dias              |
| 2008               | 23         | 0            | 28         | 28         | 14               | 83               | 390              | 2 modulos 3 dias             |
| 2009               | 22         | 0            | 22         | 22         | 14               | 78               | 423              | 2 modulos 3 dias             |
| 2010               | 14         | 0            | 14         | 14         | 12               | 60               | 331              | 2 modulos 3 dias             |
| <b>Total Geral</b> | <b>170</b> | <b>0</b>     | <b>175</b> | <b>175</b> | <b>113</b>       | <b>464</b>       | <b>3113</b>      | <b>23 aulas</b>              |

Figura 8.5.4.2.1 - Trabalhos realizados na Comissão de Ética Médica HC 2003 a 2010

Nota: As aulas do Curso de Ética Médica são realizadas geralmente em dois módulos, com duração de 3 horas por módulo.

| <b>TIPOS DE QUEIXAS RECEBIDAS:</b>                      |
|---|
| Tratamento Pessoal (queixas da relação médico/paciente) |
| Queixa quanto aos resultados Médicos                    |
| Queixas de desentendimento entre profissionais          |
| Não cumprimento das normas Institucionais               |

Figura 8.5.4.2.2 - Tipos de queixas recebidas na Comissão de Ética Médica HC

| <b>ANO</b>   | <b>Número de Pareceres emitidos</b> |
|--------------|-------------------------------------|
| 2005         | 10                                  |
| 2006         | 11                                  |
| 2007         | 08                                  |
| 2008         | 06                                  |
| 2009         | 11                                  |
| 2010         | 09                                  |
| <b>TOTAL</b> | <b>46</b>                           |

Figura 8.5.4.2.3 - Comissão de Bioética

### 8.5.4.3. Resultados do Centro de Convenções Rebouças – CCR

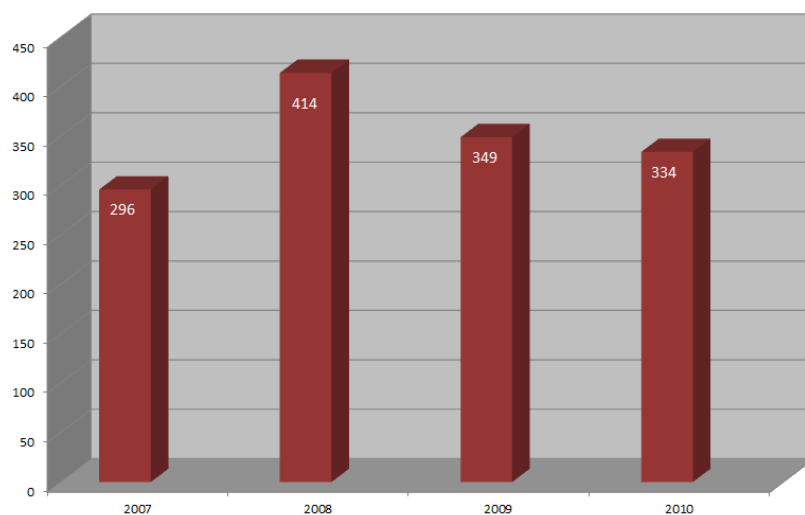


Figura 8.5.4.3.1 - Total de Eventos realizados no CCR - 2007 a 2010

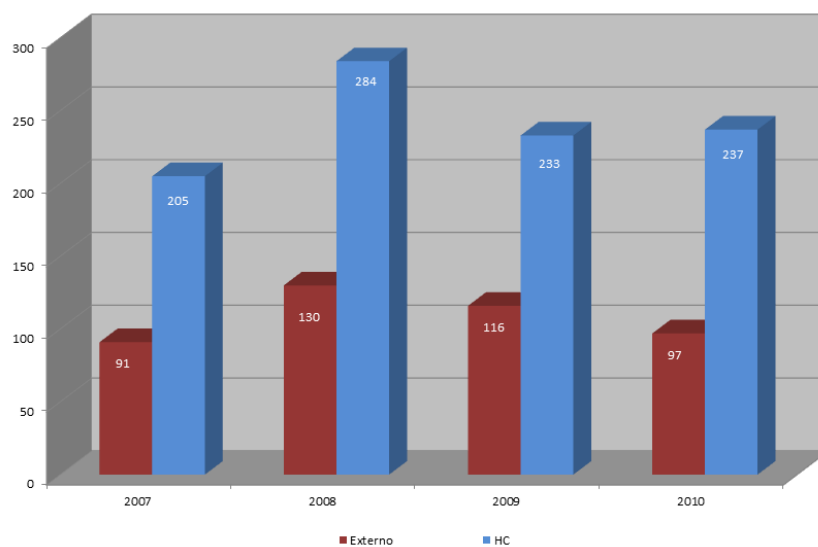


Figura 8.5.4.3.2 - Total de Eventos realizados no CCR segundo eventos externos e internos - 2007 a 2010

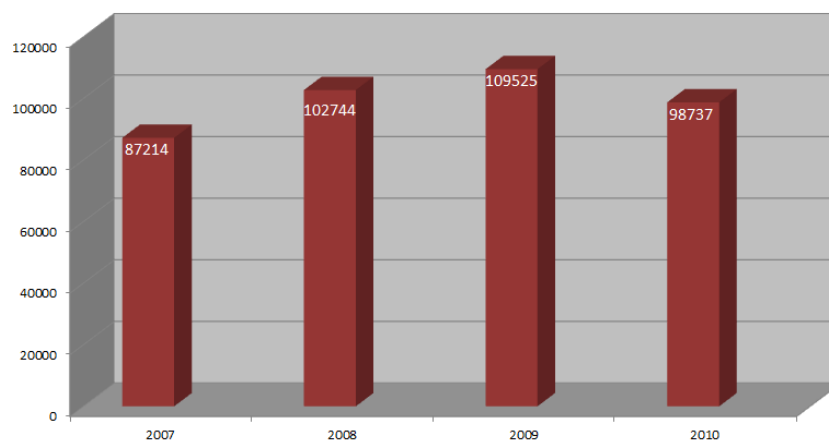


Figura 8.5.4.3.3 - Total de participantes nos Eventos realizados no CCR - 2007 a 2009

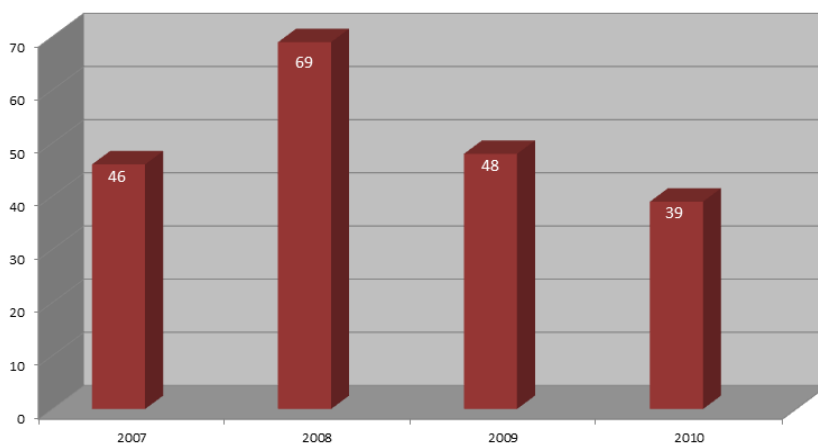


Figura 8.5.4.3.4 - Total de Clientes Novos no Centro de Convenções Rebouças de 2007 a 2010

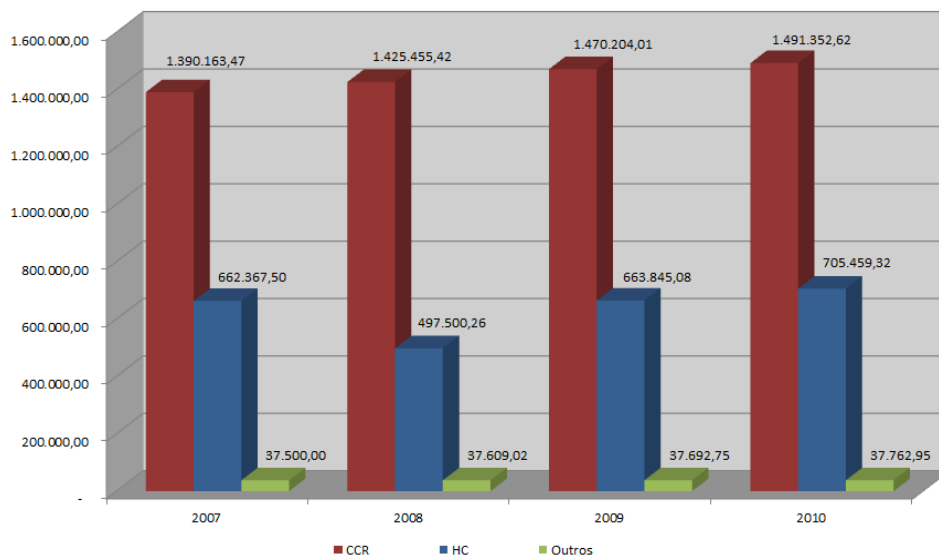


Figura 8.5.4.3.5 - Faturamento do Centro de Convenções Rebouças de 2007 a 2010

| Áreas          | 2007       | 2008       | 2009       | 2010       |
|----------------|------------|------------|------------|------------|
| Assembleia     | 3          | 5          | 4          | 4          |
| Aula           | 2          | 14         | 11         | 4          |
| Concurso       | 7          | 29         | 19         | 40         |
| Conferência    | 4          | 3          | 4          | 3          |
| Congresso      | 20         | 23         | 23         | 13         |
| Convenções     | 5          | 0          | 4          | 2          |
| Cursos         | 87         | 117        | 94         | 116        |
| Debate         | 0          | 0          | 1          | 1          |
| Defesa de Tese | 11         | 32         | 13         | 0          |
| Encontros      | 14         | 12         | 15         | 23         |
| Exposições     | 1          | 0          | 0          | 1          |
| Fórum          | 16         | 14         | 15         | 10         |
| Jornadas       | 11         | 9          | 10         | 8          |
| Palestras      | 9          | 15         | 8          | 6          |
| Reuniões       | 69         | 96         | 56         | 52         |
| Seminário      | 10         | 15         | 21         | 4          |
| Simpósio       | 10         | 12         | 21         | 15         |
| Solenidades    | 17         | 17         | 26         | 31         |
| Workshop       | 1          | 1          | 4          | 1          |
| <b>Total</b>   | <b>297</b> | <b>414</b> | <b>349</b> | <b>334</b> |

Figura 8.5.4.3.6 - Distribuição de Eventos por Tipologia no CCR - 2007 a 2010

| <i>Áreas</i>         | <i>2007</i> | <i>2008</i> | <i>2009</i> | <i>2010</i> |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Administração        | 63          | 69          | 60          | 43          |
| Arquitetura          | 0           | 1           | 0           | 0           |
| Arte/Cultura         | 3           | 3           | 3           | 2           |
| Biologia             | 0           | 4           | 0           | 0           |
| Biblioteconomia      | 1           | 0           | 0           | 0           |
| Computação           | 5           | 8           | 5           | 5           |
| Comunicação          | 2           | 4           | 3           | 4           |
| Comércio             | 2           | 1           | 0           | 1           |
| Cosmetologia         | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Direito              | 2           | 5           | 4           | 1           |
| Economia             | 2           | 2           | 1           | 0           |
| Educação             | 4           | 8           | 3           | 7           |
| Energia              | 0           | 0           | 0           | 0           |
| Enfermagem           | 10          | 8           | 10          | 21          |
| Engenharia           | 1           | 1           | 2           | 1           |
| Esporte              | 1           | 3           | 3           | 2           |
| Farmácia             | 0           | 0           | 14          | 15          |
| Filosofia            | 0           | 0           | 1           | 14          |
| Fisioterapia         | 19          | 22          | 17          | 0           |
| Física               | 1           | 0           | 0           | 0           |
| Gráfica              | 1           | 0           | 0           | 0           |
| História             | 1           | 0           | 0           | 0           |
| Indústria            | 1           | 0           | 0           | 0           |
| Línguas              | 0           | 4           | 1           | 0           |
| Medicina Veterinária | 0           | 0           | 0           | 1           |
| Medicina             | 140         | 212         | 172         | 161         |
| Meio ambiente        | 1           | 0           | 3           | 0           |
| Marketing            | 1           | 2           | 2           | 3           |
| Nutrição             | 7           | 9           | 6           | 15          |
| Odontologia          | 4           | 4           | 3           | 0           |
| Psicologia           | 0           | 5           | 4           | 1           |
| Química              | 2           | 13          | 0           | 0           |
| Religião             | 1           | 0           | 0           | 0           |
| Serviço Social       | 2           | 5           | 3           | 3           |
| Social               | 19          | 18          | 27          | 33          |
| Turismo              | 1           | 3           | 2           | 1           |
| Ética                | 0           | 0           | 0           | 0           |
| <b>Total</b>         | <b>297</b>  | <b>414</b>  | <b>349</b>  | <b>334</b>  |

Figura 8.5.4.3.7 - Distribuição de Eventos por Área no CCR - 2007 a 2010



#### 8.5.4.4. Resultados do Fórum de Boas Práticas

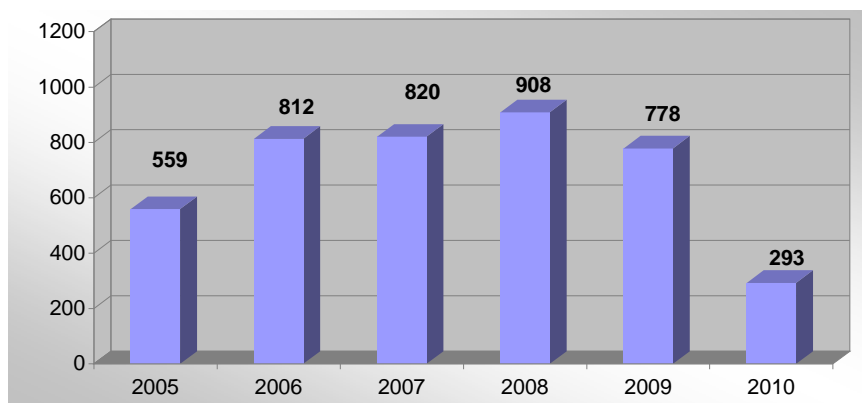


Figura 8.5.4.4.1 - Número de Participantes em Fórum de Boas Práticas

OBS: No ano de 2010, não houve a realização de alguns fóruns devido à reformulação do mesmo.

#### 8.5.4.5. Resultados do Núcleo Especializado em Direito – NUDI

| RESUMO DO DESEMPENHO                           | 2005 | 2006 | 2007  | 2008 | 2009  | 2010 |
|--|------|------|-------|------|-------|------|
| <i>Consultoria Jurídica</i>                    | 1732 | 1808 | 3265  | 4922 | 4195  | 4427 |
| <i>Contencioso (Ações Judiciais)</i>           | 2381 | 1905 | 4.285 | 5336 | 5.177 | 5360 |
| <i>Ações Novas</i>                             | 592  | 323  | 1503  | 1554 | 948   | 654  |
| <i>Ações Trabalhistas</i>                      | 492  | 273  | 1437  | 1466 | 879   | 595  |
| <i>Ações Ordinárias</i>                        | 67   | 14   | 44    | 038  | 55    | 50   |
| <i>Mandados de Seguranças</i>                  | 15   | 05   | 11    | 23   | 13    | 7    |
| <i>Processos</i>                               | 15   | 02   | 01    | 02   | *     | -    |
| <i>Ações Cíveis Públicas</i>                   | 02   | 01   | 02    | 03   | 01    | 02   |
| <i>Execução Fiscal/Cobrança de Taxa</i>        | 01   | 29   | 03    | 03   | 0     | 0    |
| <b>COMISSÃO ESPECIAL DE PRECATÓRIOS</b>        |      |      |       |      |       |      |
| <i>Precatórios em Tramitação</i>               | 357  | 293  | 372   | 358  | 344   | 340  |
| <i>Requisição de Pronto Pagamento</i>          | 21   | 05   | 128   | 276  | 188   | 73   |
| <b>COMISSÃO PROCESSANTE PERMANENTE – CPP</b>   |      |      |       |      |       |      |
| <i>Apuração Preliminar</i>                     | 25   | 11   | 09    | 06   | 09    | 06   |
| <i>Sindicâncias</i>                            | 58   | 04   | 05    | 16   | 14    | 10   |
| <i>Processos Administrativos Disciplinares</i> | 27   | 04   | 03    | 02   | 10    | 02   |

Figura 8.5.4.5.1 - Indicadores do Núcleo Especializado em Direito – NUDI

Nota: A partir de 2009 já discriminados em ações trabalhistas, ações ordinárias, ações cíveis 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:

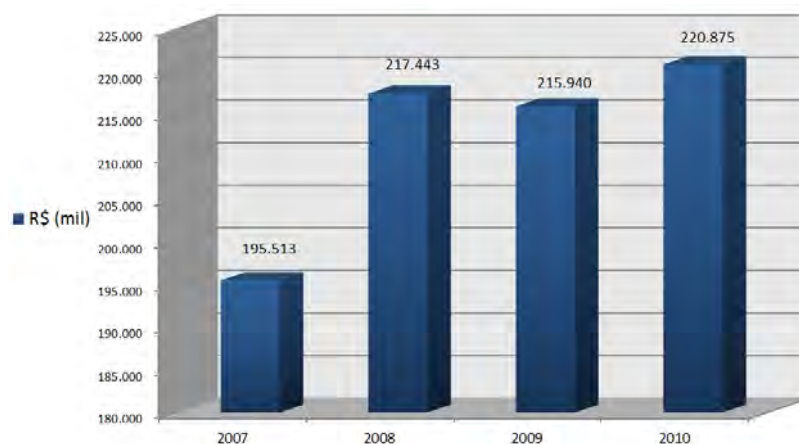


Figura 8.5.4.6.1 - Volume de aquisições de materiais de consumo - 2007 a 2010

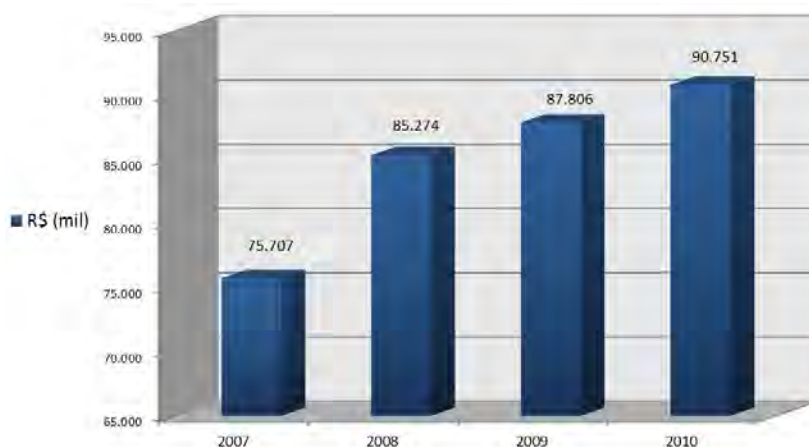


Figura 8.5.4.6.2 - Volume de aquisições de serviços e contratos - 2007 a 2010

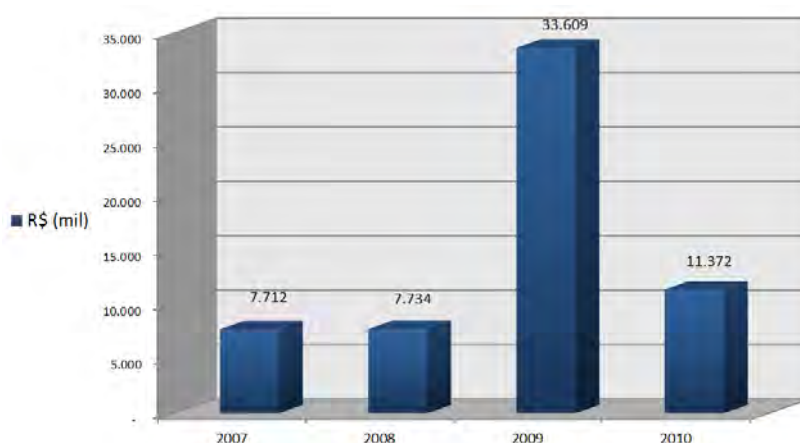


Figura 8.5.4.6.3 - Volume de aquisições de equipamentos - 2007 a 2010

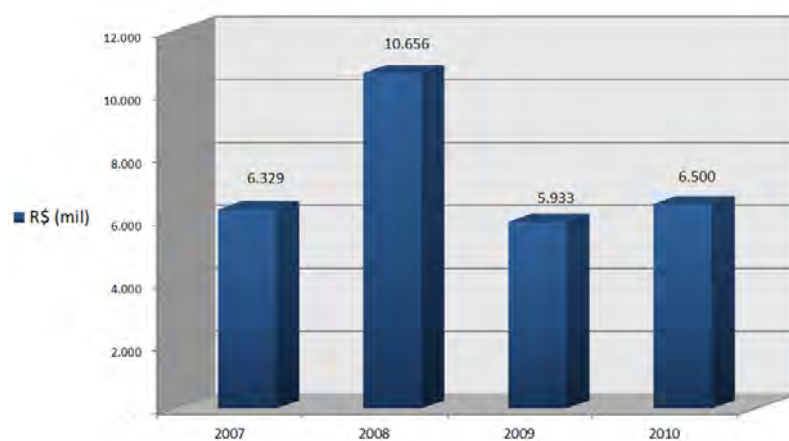


Figura 8.5.4.6.4 - Volume de aquisições de obras - 2007 a 2010

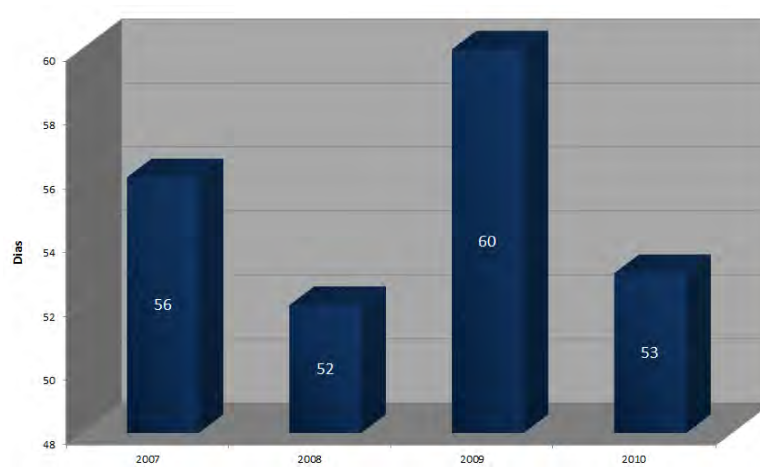


Figura 8.5.4.6.5 - Tempo médio de estoque (Dias)

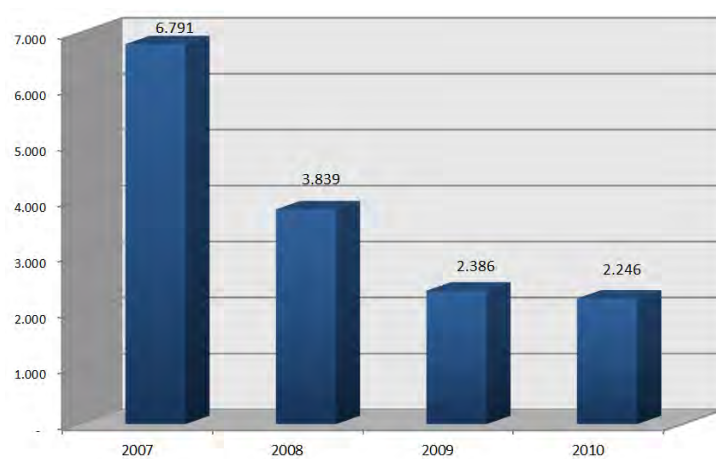


Figura 8.5.4.6.7 - Pontuação do Serviço de Limpeza

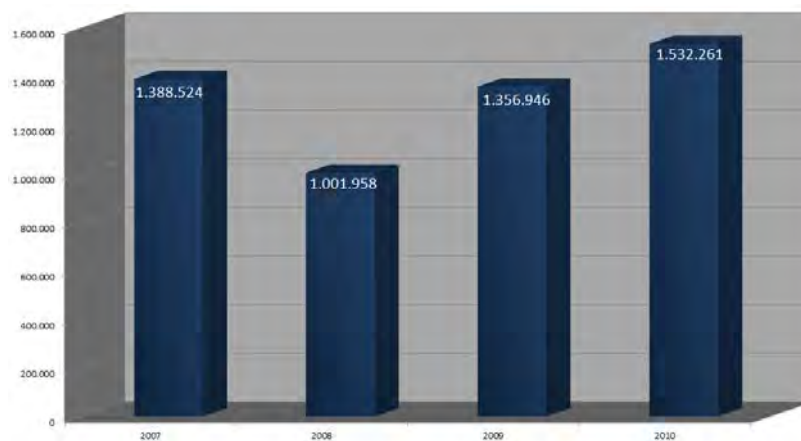


Figura 8.5.4.6.8 - Número de Atendimentos do PABX

#### 8.5.4.7. Resultados do Núcleo de Engenharia e Arquitetura Hospitalar – NEAH

| Descrição                                  | Liberado H.C.       |                     |                     | Liberado FFM |                   |                   | Total Geral(HC+FFM) |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|--------------|-------------------|-------------------|---------------------|
|  | Obra                | Equipamentos        | Total H.C.          | Obra         | Equipamentos      | Total FFM         |                     |
| Instituto Central do Hospital das Clínicas | 3.887.524,28        | 2.942.805,20        | 6.830.329,48        | -            | 167.191,63        | 167.191,63        | 6.997.521,11        |
| Instituto de Radiologia                    | -                   | -                   | -                   | -            | -                 | -                 | -                   |
| Instituto do Coração                       | 1.112.475,72        | -                   | 1.112.475,72        | -            | -                 | -                 | 1.112.475,72        |
| Instituto da Criança                       | -                   | -                   | -                   | -            | -                 | -                 | -                   |
| Infra-Estrutura + Hospitais Auxiliares     | -                   | 297.260,16          | 297.260,16          | -            | -                 | -                 | 297.260,16          |
| Instituto de Ortopedia e Traumatologia     | -                   | -                   | -                   | -            | -                 | -                 | -                   |
| Instituto de Psiquiatria                   | -                   | -                   | -                   | -            | -                 | -                 | -                   |
|  | <b>5.000.000,00</b> | <b>3.240.065,36</b> | <b>8.240.065,36</b> | -            | <b>167.191,63</b> | <b>167.191,63</b> | <b>8.407.256,99</b> |

Figura 8.5.7.1 - Obras e Equipamentos do Complexo Hospitalar em 2010

#### 8.5.4.8. Resultados do Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação – NETI

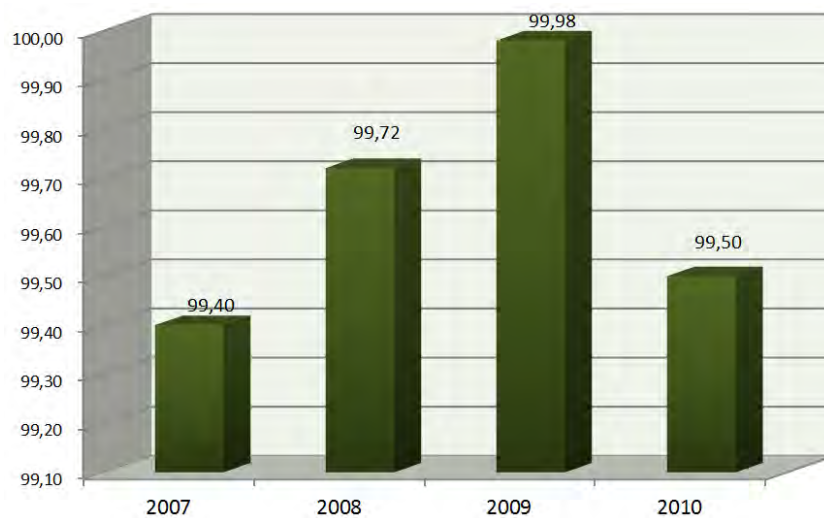


Figura 8.5.4.8.1- Índice de disponibilidade dos sistemas (%)

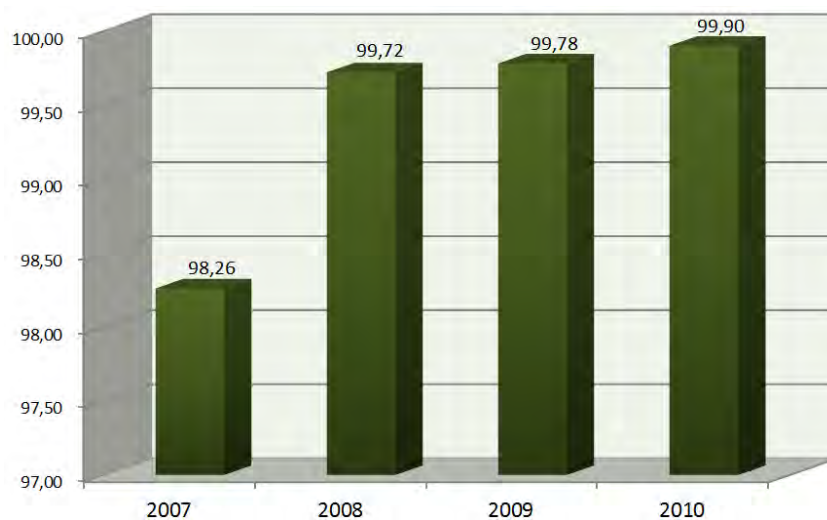


Figura 8.5.4.8.2 - Índice de disponibilidade dos serviços de rede (%)

## 9. OUTRAS REALIZAÇÕES E PRÊMIOS RECEBIDOS

### I - Prêmios recebidos

1. Prêmio Destaque em Transplantes, o hospital conquistou quatro das primeiras colocações: hospital notificante de potenciais doadores, transplantes de coração, pulmão e fígado; e uma segunda colocação para a Organização de Procura de Órgãos – OPO.
2. Recertificação do Sistema de Gestão da Qualidade - Norma NBR ISO 9001 para a Divisão de Nutrição e Dietética do Instituto Central do HCFMUSP, após avaliação da gestão pelos auditores da Fundação Carlos Alberto Vanzolini.
3. Prêmio Cesare Lombroso recebido pela equipe do Laboratório de Neurofisiologia Clínica e Centro de Estudo e Tratamento da Epilepsia do Instituto de Psiquiatria, pelo melhor trabalho de Epileptologia Clínica do Brasil, durante o Congresso Brasileiro de Epilepsia. Há 12 anos esse prêmio não era concedido a um estudo desenvolvido no HCFMUSP.
4. Menção Honrosa à Divisão de Laboratório Central (DLC) por investir no programa “Mercúrio Zero”, do Ministério do Trabalho e Emprego. A DLC é o primeiro serviço de Medicina Laboratorial público do Estado de São Paulo livre de mercúrio em sua operação.
5. Menção Honrosa ao Instituto da Criança concedida pelo Ministério do Trabalho e Emprego, pela eliminação do uso de aparelhos contendo mercúrio.
6. Menção Honrosa ao HAC concedida pelo Ministério do Trabalho e Emprego pela eliminação do uso de aparelhos contendo mercúrio.
7. O Instituto de Ortopedia e Traumatologia tornou-se oficialmente o primeiro Centro Médico de Excelência da FIFA na América do Sul, passando a realizar projetos médicos em parceria e a participar de todas as reuniões da entidade máxima do futebol. Quatro projetos do HC já foram definidos: um deles deverá dificultar a alteração da idade de atletas em competições esportivas: estudo radiológico da incidência da artrose do quadril em atletas de futebol profissional; estudo sobre o uso de plasma rico em plaquetas nas lesões musculares de jogadores profissionais; e estudo epidemiológico das lesões de futsal.
8. Prêmio ABE&M 2009 recebido pela equipe do Centro de Medicina Nuclear do InRad pelo artigo “Radioiodoterapia do carcinoma diferenciado da tireóide: impacto radiológico da liberação hospitalar de pacientes com atividades entre 100 e 150 mCi de iodo – 131” como melhor trabalho publicado na área clínica no ano de 2009 na revista Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, órgão oficial de divulgação científica da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Outro mérito do grupo foi a conquista no XXV Congresso Brasileiro de Biologia, Medicina Nuclear e Imagem Molecular de Melhor Tema Livre da Área não Médica com o trabalho “Estudo do Impacto Radiológico da terapia Ambulatorial do Carcinoma de Tireoide utilizando atividades de até 150 mCi de 131”.
9. A Enfermagem do InRad teve pôster premiado no último VI CONAENF - CONAENF - Congresso Nacional de Enfermeiros e I CONIENF - Congresso Internacional de Enfermeiros do HCFMUSP. O prêmio foi em segundo lugar na Sessão Pôster com o Tema: “Indicadores de Enfermagem na Radiologia”.
10. “ECO Estresse em Modelo Experimental de Bandagem Ajustável do Tronco Pulmonar” foi o trabalho consagrado no Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em Belo Horizonte (MG), com o prêmio de 1º lugar em temas-livres. O Instituto do Coração do HCFMUSP também conquistou o 3º lugar na mesma categoria com o estudo “Efeitos Agudos do Sildenafil sobre a Hipertensão Pulmonar e Remodelamento Cardíaco Reverso de Pacientes com Insuficiência Cardíaca Avançada”.

11. Na 2ª edição do Prêmio Reabilitação Profissional 2010 o Hospital das Clínicas foi o vencedor na Categoria Órgãos Públicos com o trabalho “PROSORT – Programa de Retorno ao Trabalho em um Hospital em São Paulo: Resultados, Fatores Facilitadores e Obstáculos de uma Perspectiva Administrativa”.
12. O Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto da Criança conquistou o 1º lugar na categoria melhor trabalho oral apresentado no III Congresso Internacional de Especialidades Pediátricas - Criança 2010, no módulo Bioética e Humanização com o tema “O Hospital pelo Olhar da Criança”. Também o Serviço de Fisioterapia do ICr foi premiado durante o XII Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica, com o trabalho “Perfil da assistência fisioterapêutica respiratória nos cuidados de crianças e adolescentes com câncer gravemente enfermos”. Ambos congressos aconteceram na cidade de Curitiba (PR).
13. O Prêmio aos melhores da Década no Prêmio Caio, ocorrido no Centro de Convenções Sul América, no Rio de Janeiro, agraciou ao Centro de Convenções Rebouças, que já estava entre os finalistas, recebendo o Jacaré de Diamante, na categoria pequeno e médio porte. O Prêmio Caio da Década foi instituído pelo Conselho Diretor do Prêmio Caio, que reuniu os vencedores do Jacaré de Ouro de cada categoria da premiação para eleger os melhores desses dez anos. Desde o início da premiação, o Centro de Convenções Rebouças vem acumulando 6 prêmios e agora, soma mais um importante deles.

## 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  
 DNC – Doenças de Notificação Compulsória  
 DOE – Diário Oficial do Estado  
 DORT – Distúrbios osteo-musculares relacionados ao trabalho  
 DRH – Departamento de Recursos Humanos  
 DW – *Data Ware House*  
 EAESP/FGV – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da FGV  
 ECT – Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos  
 EEP – Escola de Educação Permanente  
 EUA – Estados Unidos da América  
 FATEC – Faculdade de Tecnologia  
 FBP – Fórum de Boas Práticas  
 FFM – Fundação Faculdade de Medicina  
 FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos  
 FMUSP – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
 FNQ – Fundação Nacional para Qualidade  
 FT – Força de Trabalho  
 FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo  
 FZ – Fundação Zerbini  
 GCAA – Grupo de Controle de Atividades Administrativas  
 GCM – Guarda Civil Metropolitana  
 GPO – Grupo de Planejamento Orçamentário  
 HAC – Hospital Auxiliar do Cotoxó  
 HAS – Hospital Auxiliar de Suzano  
 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](http://www.hcnet.usp.br).  
 HC-TV – Canal de TV do Hospital das Clínicas da FMUSP  
 IC – Instituto Central

ICESP – Instituto do Câncer do Estado de São Paulo  
ICr – Instituto da Criança  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
IEP – Instituto de Ensino e Pesquisa  
IH – Infecção Hospitalar  
IMESP Imprensa Oficial do Estado de São Paulo  
IMREA – Instituto de Medicina Física e Reabilitação  
InCor – Instituto do Coração  
INPIA – Instituto Nacional de ciência e tecnologia de Psiquiatria para Infância e Adolescência  
InRad – Instituto de Radiologia  
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia  
IOT – Instituto de Ortopedia e Traumatologia  
IPq – Instituto de Psiquiatria  
IPRS – Índice Paulista de Responsabilidade Social  
IPT – Instituto de Pesquisas Tecnológicas  
IQP – Incidência de Queda de Paciente  
IS – Instrução de Serviço  
ISO – *International Organization for Standardization* (Organização Internacional para Padronização)  
ISO NBR - *International Organization for Standardization* (Organização Internacional para Padronização) – Normas Brasileiras.  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias  
LIM – Laboratório de Investigação Médica  
MEDEX – Medicamentos Excepcionais  
MEG – Modelo de Excelência em Gestão  
NAGEH – Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar  
NAPesq – Núcleo e Apoio à Pesquisa Clínica  
NCI – Núcleo de Comunicação Institucional  
NEAH – Núcleo de Engenharia e Arquitetura Hospitalar  
NEF – Núcleo Econômico Financeiro  
NETI – Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação  
NGP – Núcleo de Gestão de Pessoas  
NILO – Núcleo de Infra-estrutura e Logística  
NIS – Núcleo de Informações em Saúde  
NPG – Núcleo de Planejamento e Gestão  
NR-9 - Norma Regulamentar número 9  
NTA – Núcleo Técnico Administrativo  
NUDI – Núcleo Especializado em Direito  
OEC - Objetivos Estratégicos Corporativos

OEE - Objetivos Estratégicos Específicos  
OS – Ordem de Serviço  
OVID – Base de dados para pesquisa  
PA – Prédio da Administração  
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional  
PCS – Plano de Cargos e Salários  
PD – Plano Diretor  
PE – Planejamento Estratégico  
PEG – Programa de Educação Gerencial  
PGP – Procedimento Gerencial Padrão  
PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PIN – Prêmio de Incentivo  
PNGS – Prêmio Nacional de Gestão em Saúde  
PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade  
PO – Plano Operativo  
POP – Procedimento Operacional Padrão  
PPA – Plano Plurianual  
PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais  
PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar  
PRODESP – Companhia de Processamento de Dados do Estado de São Paulo  
PS – Pronto Socorro  
PURA – Programa de Uso Racional da Água  
RA – Relatório de Avaliação  
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada  
RG – Relatório de Gestão  
RH – Recursos Humanos  
RIS/PACS – Radiology Information System / *Picture Archiving and Communication System*  
ROT – Rotinas Operacionais Rio de Janeiro  
RP – Relações Públicas  
SA – *Strategic Adviser*  
SABESP – Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo  
SAHE – Sistema de Avaliação de Hospitais de Ensino  
SAIPs – Subcomissões de Avaliação da Informação sobre Pacientes  
SAM – Sistema de Administração de Materiais  
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
SAMSS – Serviço de Assistência Médica e Social aos Servidores  
SCA – Serviço de Comunicações Administrativas  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
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