

**METAS DE DESEMPENHO, INDICADORES E
PRAZOS DE EXECUÇÃO**

HOSPITAL DE CLÍNICAS E
MATERNIDADE VICTOR FERREIRA DO AMARAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARÇO DE 2014

SUMÁRIO

1. Indicadores	3
2. Quadro de Indicadores de Desempenho do Plano de Reestruturação	4
3. Metas	4
4. Quadro de metas para o período de vigência do contrato.	20

1. Indicadores

O indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado que é capaz de sintetizar, representar, ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo válido, portanto, num contexto específico. Será utilizado, neste Plano, um conjunto de indicadores que deverá mensurar a melhoria do desempenho do Hospital e sua efetividade no contexto da atenção à saúde, ensino e pesquisa e gestão administrativa e financeira.

O estabelecimento de uma linha de base que permita situar o Hospital em relação a esses quesitos será imprescindível para estabelecer condições de avaliar seu desempenho, após adesão à Ebserh. Para tanto, esses indicadores são parametrizados e serão reavaliados no período de um ano.

2. Quadro de Indicadores de Desempenho do Plano de Reestruturação, outubro de 2013.

3. Indicadores de Ensino e Pesquisa							
Seq.	INDICADOR / MARCADOR	TIPO	CONCEITO / DESCRIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO/ APURAÇÃO	RESULTA DO HC/UFPR	RESULTADO MVFA	OBS
1	Percentual de vagas de residência estratégicas para o SUS	P	Proporção de vagas de residência em saúde oferecidas em especialidades estratégicas para o SUS*	Número de vagas de residência em saúde oferecidas em especialidades estratégicas para o SUS sobre o número total de vagas oferecidas (%).			
2	Média dos conceitos dos programas de pós-graduação	R	Classificação da Capes** para os Programas de Mestrado e Doutorado vinculados ao Hospital	Soma dos conceitos da Capes para os Programas de Mestrado e Doutorado vinculados ao Hospital, sobre o número de Programas de Mestrado e Doutorado vinculados ao Hospital			

*Conforme Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.001/2009, que institui o Programa Nacional de Pró-Residência (áreas estratégicas).

** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

P: Processo; R: Resultado.

3.2. Quadro de Indicadores de Desempenho do Plano de Reestruturação – Infraestrutura, maio de 2014.

Indicador de Infraestrutura							
Seq.	INDICADOR / MARCADOR	TIPO	CONCEITO / DESCRIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO/ APURAÇÃO	RESULTADO HC/UFPR	RESULTADO MVFA	OBS
1	Percentual de conformidades de infraestrutura hospitalar – item instalações físicas: sistemas e redes	R	Quantitativo de conformidades de infraestrutura hospitalar segundo levantamento realizado pelo Ministério da Educação em 2010.	Total de quesitos em conformidade sobre o total de quesitos no item instalações (%)	22	22	

P: Processo; R: Resultado.

3.3. Quadro de Indicadores de Desempenho do Plano de Reestruturação – Atenção à Saúde, maio de 2014.

Indicadores de Atenção à Saúde								
Seq.	INDICADOR / MARCADOR	TIPO	CONCEITO / DESCRIÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO/ APURAÇÃO	RESULTADO HC/UFPR	OBS	RESULTADO MVFA	OBS
1	Tempo médio de permanência por leito clínico (dias)	P	Relação entre o total de pacientes-dia internados em leitos clínicos e o total de pacientes que tiveram saída dos leitos clínicos em determinado período, incluindo nestes os óbitos + altas + transferência externa.	Nº de paciente-dia, em determinado período /Nº de pacientes saídos no mesmo período (leito clínico)	9,90	Leito clínico = Total Clínica Médica (infectologia, clínica médica masc e fem, neurologia,TMO, semi-intensiva, quimioterapia, leito obs PA, cardiologia, UDT, unidade de AVC, pneumologia)	3,09 (Alojamento Conjunto) 6,28 (Neonatologia)	
2	Tempo médio de permanência por leito cirúrgico (dias)	P	Relação entre o total de pacientes-dia internados em leitos cirúrgicos e o total de pacientes que tiveram saída dos leitos cirúrgicos em determinado período, incluindo nestes os óbitos + altas + transferência externa.	Nº de paciente-dia, em determinado período /Nº de pacientes saídos no mesmo período (leito cirúrgico)	4,36	Leito cirúrgico = Total Clínica Cirúrgica (ortopedia, CAD, cir. geral, neurocirurgia, cir. plástica, urologia, transp. hepático, oftalmologia, otorrino, cir. pediátrica, cir. vascular)	4,20	

3	Taxa de Ocupação Hospitalar	P	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia} / \text{N}^\circ \text{ de leitos-dia} \times 100$	71,04%		97% (Centro Obstétrico) 69% (Alojamento Conjunto) 78% (Neonatologia)	
4	Taxa de Suspensão de Cirurgia	P	Relação percentual entre o total de cirurgias suspensa, em determinado período e o quantitativo de cirurgias agendadas no mesmo período.	$\text{N}^\circ \text{ de cirurgias suspensas} / \text{N}^\circ \text{ de cirurgias agendadas} \times 100$	24,85%		Não se aplica	Não é efetuado agendamento de cesáreas
5	Taxa de parto cesáreo	R	Relação percentual entre o total de partos cesáreos e o total de partos realizados na instituição.	$\text{N}^\circ \text{ de partos cesáreos} / \text{N}^\circ \text{ partos} \times 100$	54,52%		27,84%	
6	Taxa de Mortalidade Hospitalar	R	Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram alta do hospital (Σ curado, melhorado, transferência externa e óbito), em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.	$\text{N}^\circ \text{ de óbitos de pacientes internados em determinado período} / \text{N}^\circ \text{ de altas no mesmo período} \times 100$	4,32%		0,55%	Corresponde <u>nº óbitos fetais</u> nº nascidos vivos x 100

7	Percentual de 1ª Consulta	P	Relação percentual de primeiras consultas no universo de consultas realizadas na instituição.	Nº de primeiras consultas / Nº de consultas X 100	----	Indicador ainda não utilizado pelo hospital	5,23% (Pré-natal) 50% (Vasectomia)	Cada paciente de Vasectomia realiza 2 consultas, a 1ª p/procedimento
8	Taxa de Infecção em cirurgia limpa	R	Relação percentual entre o número de infecções corridas em pacientes submetidos a cirurgias limpas em determinado período e o número de altas (Σ curado, melhorado, transferência externa, óbito) no mesmo período.	Nº de infecções em cirurgia limpa no período / Nº de cirurgias limpas X 100	0,87%		6,62%	Taxa de Infecção de Cesárea
9	Taxa de Mortalidade Materna Hospitalar	P	Relação entre o número de óbitos por causas maternas (complicação da gravidez, parto, puerpério e abortamento) ocorridos no hospital durante um determinado período, e o número de pacientes de obstetrícia saídas no mesmo período.	Nº de óbitos por causa materna ocorridos no hospital durante determinado período/número de pacientes de obstetrícia saídas no mesmo períodox100	0,06%		0	Nenhum óbito registrado no período
10	Densidade de incidência de Infecção relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) em UTI.	R	Relação entre o nº IRAS e o total de paciente-dia em um determinado período.	Nº de IRAS em pacientes internados na UTI em um determinado período/nº de paciente-dia na UTI no mesmo período X 1000.	28,15%		11,71%	Nº de IRAS na UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal)

P: Processo; R: Resultado.

3.4. Ficha dos Indicadores de Desempenho do Plano de Reestruturação – Atenção à Saúde.

1. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR LEITO CLÍNICO (DIAS)	
Definição:	Relação entre o total de pacientes-dia internados em leitos clínicos e o total de pacientes que tiveram saída dos leitos clínicos em determinado período, incluindo nestes os óbitos + altas + transferência externa.
Interpretação:	Representa o tempo médio de internações dos pacientes nos leitos clínicos hospitalares. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complexidade maior, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente. Tempo de internação muito baixos podem indicar inadequação da assistência ou elevada demanda pelo serviço, acarretando maior rotatividade dos leitos clínicos.
Método de Cálculo:	Nº de paciente-dia, em determinado período /Nº de pacientes saídos no mesmo período (leito clínico).
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	5,2 dias
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Processo.
Bibliografia:	3º Caderno de Indicadores CQH, 2009. BITTAR, O.J.N.; MAGALHÃES, A. hospitais de Ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento, RAS, 155-216, 2010.
Limitações:	O tempo médio de permanência sofre influências de fatores como mudança na complexidade do quadro apresentado, tipo de procedimento, faixa etária etc. Também sofre influência de fatores relacionados à regulação dos serviços em cada HU.

2. TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA POR LEITO CIRÚRGICO (DIAS)

Definição:	Relação entre o total de pacientes-dia internados em leitos cirúrgicos e o total de pacientes que tiveram saída dos leitos cirúrgicos em determinado período, incluindo nestes os óbitos + altas + transferência externa.
Interpretação:	Representa o tempo médio de internações dos pacientes por leito cirúrgico hospitalar por dia. Tempo médio de permanência muito alto nesses leitos pode indicar um caso de complicação pré ou pós operatória, ou também pode indicar ausência de plano terapêutico adequado e desarticulação nos cuidados ao paciente. Tempo de internação muito baixos podem indicar inadequação da assistência ou elevada demanda pelo serviço, acarretando maior rotatividade dos leitos cirúrgicos.
Método de Cálculo:	N° de paciente-dia, em determinado período / N° de pacientes saídos no mesmo período (leito cirúrgico).
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	4,8 dias
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Processo.
Bibliografia:	3º Caderno de Indicadores CQH, 2009
Limitações:	O tempo médio de permanência sofre influências de fatores como mudança na complexidade do quadro apresentado, tipo de procedimento, faixa etária, intercorrências operatórias etc. Também sofre influência de fatores relacionados à regulação dos serviços em cada HU.

3.TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR (LEITOS GERAIS)

Definição:	Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.
Interpretação:	Taxa de ocupação muito baixa indica inadequação do número de leitos à região ou baixa integração do hospital à rede de saúde com dificuldade de acesso. Já a taxa de ocupação muito alta indica insuficiência do quantitativo de leitos em relação à demanda.
Método de Cálculo:	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia em determinado período} / \text{N}^\circ \text{ de leitos-dia em utilização} \times 100$
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	Os valores de referência para essa gradação situam-se entre 70 a 95% de taxa de ocupação hospitalar.
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Processo.
Bibliografia:	3º Caderno de Indicadores CQH, 2009. BITTAR, O.J.N.; MAGALHÃES, A. hospitais de Ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento, RAS, 155-216, 2010.
Limitações:	A taxa de ocupação hospitalar considera em seu denominador o total de leitos cadastrados como existentes no hospital, não fazendo diferenciação entre leitos que estiveram bloqueados ou inutilizados e não considera também alguns possíveis leitos-extra.

4.TAXA DE SUSPENSÃO DE CIRURGIAS

Definição:	Relação percentual entre o total de cirurgias suspensas (por motivos não dependentes do paciente) em determinado período e o quantitativo de cirurgias agendadas no mesmo período.
Interpretação:	Uma alta taxa de suspensão indica falha na disponibilização e organização dos recursos humanos, materiais e de gestão necessários para que o HU consiga realizar os procedimentos cirúrgicos que agenda.
Método de Cálculo:	N° de cirurgias suspensas / N° de cirurgias agendadas X 100
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	A taxa deve ficar abaixo de 10%
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Processo.
Bibliografia:	3º Caderno de Indicadores CQH, 2009
Limitações:	Dificuldades na determinação dos motivos de suspensão. Geralmente são por motivos de falhas gerenciais de recursos e de problemas na gestão hospitalar com relação à demanda por cirurgias.

5. TAXA DE PARTO CESÁRIO

Definição:	Relação percentual entre o total de partos realizados na instituição e o total de partos cesáreos
Interpretação:	Quanto maior a taxa de partos cesáreos ocorrerem no HU, maior o atendimento às gestações de alto risco e com alta complexidade no atendimento. O aumento do número de parto cesáreo pode estar refletindo um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas do parto cirúrgico em detrimento do parto normal.
Método de Cálculo:	$\text{N}^\circ \text{ de partos cesáreos} / \text{N}^\circ \text{ partos} \times 100$
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	15% do total de partos realizados
Periodicidade:	Semestral.
Abordagem:	Processo.
Bibliografia:	ANS - Agência Nacional de Saúde, 1996.
Limitações:	Deve haver um protocolo para quando o parto torna-se cesáreo, com justificativa clara e objetiva do obstetra quanto aos motivos que levaram um parto de risco habitual a se tornar um parto cirúrgico.

6. TAXA DE MORTALIDADE HOSPITALAR

Definição:	Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram alta do hospital (Σ curado, melhorado, transferência externa e óbito), em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.
Interpretação:	Uma baixa taxa de mortalidade hospitalar reflete um padrão de excelência na assistência à saúde a ser seguido e mantido no hospital.
Método de Cálculo:	N° de óbitos de pacientes internados em determinado período / N° de saídas no mesmo período X 100
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	3%
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Resultado.
Bibliografia:	3º Caderno de Indicadores CQH, 2009
Limitações:	Dificuldade de se medir, por exemplo, no caso de admissão de pacientes emergenciais (somente decorridas 24h é considerada morte hospitalar).

7. PERCENTUAL DE PRIMEIRA CONSULTA

Definição:	Relação percentual de primeiras consultas no universo de consultas realizadas na instituição
Interpretação:	Verificar a quantidade de primeiras consultas destinadas à regulação
Método de Cálculo:	N° de primeiras consultas / N° total de consultas X 100
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	A taxa deve ficar acima de 20%
Periodicidade:	Semestral.
Abordagem:	Estrutura.

8. TAXA DE INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO (ISC) EM CIRURGIA LIMPA

Definição:	Relação percentual entre o número de infecções do sítio cirúrgico ocorridas em cirurgia limpa em determinado período e o número de cirurgias limpas realizadas no mesmo período e o número de cirurgia limpa realizada no mesmo período.
Interpretação:	Reflete a adequação dos cuidados pré e intra-operatórios ofertados aos pacientes. Quanto menores forem essas taxas de ISC maior é a excelência na qualidade da assistência prestada pelo Hospital.
Método de Cálculo:	$\text{N}^{\circ} \text{ de infecção do sítio cirúrgico em cirurgia limpa no período} / \text{n}^{\circ} \text{ de cirurgias limpas realizadas no mesmo período} \times 100$
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	Os valores esperados estão abaixo de 5%.
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Resultado.
Bibliografia:	Manual ANVISA: Sítio Cirúrgico - Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, 2009.
Limitações:	Há a necessidade da classificação das cirurgias. Cirurgias limpas: são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso ou inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras. São cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem ou com drenagem fechada, que não abrem víscera oca ou mucosa

9. TAXA DE MORTALIDADE MATERNA HOSPITALAR

Definição:	Relação entre o número de óbitos por causas maternas (complicação da gravidez, parto, puerpério e abortamento) ocorridos no hospital durante um determinado período, e o número de pacientes de obstetrícia saídas no mesmo período.
Interpretação:	Quanto maior a taxa de mortalidade materna hospitalar, demonstra a fragilidade de serviços assistenciais, como um adequado acompanhamento durante o período pré-natal
Método de Cálculo:	$\frac{\text{Nº de óbitos por causa materna ocorridos no hospital durante determinado período}}{\text{número de pacientes de obstetrícia saídas no mesmo período}} \times 100$
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	A estimativa é que essa taxa seja zero ou o mais próxima de zero
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Resultado.
Bibliografia:	3º Caderno de Indicadores CQH, 2009. BITTAR, O.J.N.; MAGALHÃES, A. hospitais de Ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento, RAS, 155-216, 2010.
Limitações:	Muitas vezes, as gestantes que apresentam complicações não estavam acompanhando adequadamente a evolução da gestação. A gravidade do quadro, faixa etária da gestante etc são fatores que influenciam na adequação ao plano terapêutico da paciente.

10. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) EM UTI

Definição:	Relação entre o nº IRAS e o total de paciente-dia em um determinado período.
Interpretação:	Uma alta densidade de incidência de IRAS na UTI reflete uma deficiência e baixa qualidade na assistência à saúde prestada ao paciente internado nesse serviço. A equipe de saúde pode não estar preparada e qualificada adequadamente para atuar na assistência ao paciente na UTI.
Método de Cálculo:	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de IRAS em pacientes internados na UTI em um determinado período}}{\text{n}^\circ \text{ de paciente-dia na UTI no mesmo período}} \times 1000.$
Fonte dos Dados:	Sistemas gerenciais do HU.
Valor de Referência:	O valor esperado é zero ou próximo de zero.
Periodicidade:	Mensal.
Abordagem:	Resultado.
Bibliografia:	Manual ANVISA - Indicadores Nacionais de Infecções relacionadas à assistência à saúde, 2010
Limitações:	Dificuldade de verificação da origem da infecção adquirida pelo paciente. Podem ocorrer subnotificações da incidência dessa infecções pelos profissionais da equipe de saúde envolvida nesses casos.

4. Metas

As metas apresentadas neste documento diferem das visualizadas no Anexo I pelo fato de que no referido anexo tais metas são para o prazo de um ano após a assinatura do contrato. Visualiza-se no Quadro 4, as metas que: 1) são apresentadas no Anexo I porém apresentam ações contínuas que superam o primeiro ano de contrato; 2) são metas que começam a ser trabalhadas a partir do segundo ano ou mais após a assinatura do contrato.

5. Quadro de metas para o período de vigência do contrato.

	Atividades	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5	ANO 6 A 10	ANO 11 A 15	ANO 16 A 20
1	Acompanhar o atendimento, pelo gestor local, dos Acórdãos e Recomendações do TCU e CGU, das recomendações da AUGÉ e dos Conselhos de Administração e Fiscal. (IN/CGU nº 01/2007 Art. 4º- II)							
2	Realizar Auditoria no Sistema de Controle e execução de Obras do REHUF. (IN/CGU nº 01/2007 Art. 5º- V)							
3	Realizar Auditoria no Sistema Contábil e controladoria contábil. (IN/CGU nº 01/2007 Art. 4º).							
4	Realizar Auditoria, por amostragem, nos processos de aquisições de bens e serviços por dispensa e inexigibilidade. (IN/CGU nº 01/2007 Art. 5º- IV)							
5	Realizar Auditoria, por amostragem, no Sistema de Gestão de Pessoas (IN/CGU nº 01/2007 Art. 5º- VI).							
6	Elaborar análise crítica das áreas essenciais do HU (IN/CGU nº 01/2007 Art. 4º).							
7	Avaliar os controles internos administrativos do HU (IN/CGU nº 01/2007 Art. 5º- III).							
8	Desenvolver estratégias, projetos e atividades para qualificar a atenção à saúde e ampliar as ações que visem garantir a segurança do paciente .							

	Atividades	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5	ANO 6 A 10	ANO 11 A 15	ANO 16 A 20
9	Definir os modelos de referência para gestão da qualidade e acreditação hospitalar; desenvolver ações para certificar e manter a certificação do hospital.							
10	Adequar o perfil assistencial do Hospital, considerando o caráter formador, as necessidades de saúde da população e o papel na rede de atenção à saúde.							
11	Reorganizar os ambulatórios e serviços especializados, agregando-os por linha de cuidado.							
12	Submeter-se à regulação do acesso pelo gestor do SUS, disponibilizando, no mínimo, 10% a mais das consultas e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em relação ao ano anterior e o total dos leitos hospitalares,							
13	Prover as condições necessárias à habilitação SUS dos serviços de alta complexidade.							
14	Adotar as diretrizes da Política Nacional de Humanização priorizando o acolhimento nas unidades de acesso, visita ampliada, garantia do acompanhante e o cuidado multiprofissional.							
15	Avaliar a efetividade da alocação da força de trabalho no hospital, de forma a garantir sua otimização							
16	Desenvolver ações permanentes para educação corporativa na área de gestão administrativa e financeira, atenção à saúde e gestão do conhecimento, compreendendo o delineamento das trilhas de capacitação e respectivos conteúdos, nas modalidades presencial e à distância.							
17	Implantar programa habitual e continuado de pesquisa de satisfação do público interno e externo.							
18	Capacitar 100% da Equipe de Governança.							

	Atividades	ANO 2	ANO 3	ANO 4	ANO 5	ANO 6 A 10	ANO 11 A 15	ANO 16 A 20
19	Desenvolver e implantar modelo de gestão sustentável, com padrões e estratégias para intervenção física nas instalações do Hospital, uso racional de energia, água, papel e insumos, para coleta, tratamento e destinação de resíduos, para incorporação/substituição de tecnologias.							
20	Realizar estudos sobre o perfil das pesquisas desenvolvidas no Hospital, visando, se for o caso, sua integração com o modelo de atenção à saúde, melhores práticas de incentivo ao desenvolvimento científico e tecnológico e alinhamento com as políticas de ciência, tecnologia e inovação em saúde.							
21	Desenvolver estratégias, programas e projetos que fortaleçam a participação do Hospital no âmbito do Sistema Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação (Rede Nacional de Pesquisa Clínica, Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde, Núcleos de Inovação Tecnológica, entre outros).							
22	Implantar sistema de apropriação, gestão e monitoramento de custos hospitalares							
23	Regularizar a gestão imobiliária							
24	Expandir a utilização do Sistema de Gestão Hospital (AGHU) e intensificar o uso de tecnologia da informação no Hospital							
25	Revisar e Atualizar o Planejamento Estratégico do Hospital							
26	Revisar e Atualizar o Plano Diretor do Hospital							
27	Mapear os processos de trabalho chave do Hospital, de forma alinhada à estratégia organizacional e ao planejamento estratégico e realizar a modelagem e o redesenho desses processos.							