



# PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO **2025•2028**

CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL • CER BARRA

PLANO DIRETOR  
ESTRATÉGICO  
**2025•2028**

CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL • CER BARRA

**Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Cavaliere

**Secretário Municipal de Saúde**

Rodrigo Prado

**Diretor-presidente da RioSaúde**

Roberto Rangel

**Vice-presidente da RioSaúde**

Ana Carolina Lara

**Chefe de Gabinete**

Lohana Campelo

**Diretoria de Administração e Finanças**

Marcio Cristiano Guimarães

**Diretoria Executiva Assistencial**

Bruno Sabino

**Diretoria de Gestão de Pessoas**

Janaína Fernandes

**Diretoria de Governança e Tecnologia da Informação**

Douglas Souto

**Diretoria Jurídica**

Jorge Thiago Rodrigues

**Diretoria de Operações**

Carlos Augusto Rosário

**CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL BARRA DA TIJUCA**

**Gerente da Unidade**

Marcia Nunes

**Superintendente Médico**

Paulo Roberto Mendes

**Superintendente de Enfermagem**

Marcele Araujo

**Superintendente Operações**

Anderson Correia

# SUMÁRIO



|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Apresentação .....                                                           | 6  |
| Alinhamento ao plano estratégico institucional da RIOSAÚDE.....              | 8  |
| Percurso metodológico .....                                                  | 10 |
| Elaboração da visão de futuro .....                                          | 10 |
| Diagnóstico estratégico e identificação dos macroproblemas.....              | 11 |
| Revisão e validação dos objetivos, metas e indicadores estratégicos.....     | 13 |
| Elaboração e validação dos objetivos, metas e indicadores estratégicos ..... | 13 |
| Identidade estratégica.....                                                  | 16 |
| Monitoramento e governança do plano .....                                    | 18 |
| Modelo de monitoramento estratégico .....                                    | 18 |
| Governança do Plano Diretor Estratégico .....                                | 19 |
| Referências .....                                                            | 20 |
| Anexos .....                                                                 | 23 |
| Anexo I .....                                                                | 24 |
| Mapa Estratégico RioSaúde 2025-2028.....                                     | 25 |
| Mapa Estratégico CER Barra 2025-2028 .....                                   | 26 |
| Anexo II .....                                                               | 27 |
| Modelo de plano de ação .....                                                | 28 |
| Anexo III .....                                                              | 31 |
| Modelo de projeto estratégico .....                                          | 32 |
| Anexo IV .....                                                               | 35 |
| Fichas técnicas dos indicadores.....                                         | 36 |

# APRESENTAÇÃO

A consolidação de modelos de gestão orientados por planejamento, monitoramento e melhoria contínua tem se tornado cada vez mais necessária diante da complexidade crescente dos serviços públicos de saúde. Nesse cenário, a Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (RioSaúde) atua como importante instrumento de fortalecimento da rede municipal, promovendo maior capacidade de resposta assistencial, qualificação da gestão e integração entre os diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como unidade estratégica da rede de urgência e emergência do município, o Centro de Emergência Regional (CER) Barra da Tijuca desempenha papel essencial no acolhimento e atendimento da população em situações agudas de saúde, funcionando de forma ininterrupta e articulada aos demais serviços da rede municipal. Localizado em frente ao Hospital Municipal Lourenço Jorge, o CER é responsável por absorver casos de menor complexidade, contribuindo para que a unidade hospitalar concentre sua atuação nos atendimentos cirúrgicos e de trauma. A dinâmica própria de um serviço de emergência exige elevada capacidade operacional, organização de fluxos e permanente adaptação às demandas assistenciais do território.

Nesse contexto, o **Plano Diretor Estratégico (PDE) 2025–2028** surge como instrumento orientador das prioridades institucionais da unidade, apoiando a organização das ações estratégicas, a qualificação da assistência e o fortalecimento da gestão. Mais do que estabelecer metas, o plano busca direcionar esforços para o aprimoramento dos processos de trabalho, da experiência do usuário e da capacidade institucional de resposta às demandas da população.

A elaboração do PDE foi conduzida a partir de metodologia participativa, envolvendo diferentes áreas e profissionais da unidade na análise de cenários, identificação de desafios prioritários e definição de objetivos, metas e indicadores estratégicos. Esse processo possibilitou ampliar a compreensão institucional sobre os principais desafios da unidade e fortalecer o alinhamento entre as equipes em torno das prioridades estabelecidas para o ciclo estratégico.

O PDE 2025-2028 foi estruturado considerando tanto as diretrizes do Plano Estratégico Institucional da RioSaúde quanto as especificidades operacionais do CER Barra, respeitando as características do perfil assistencial da unidade e sua inserção na rede de atenção às urgências. Sua construção também reflete o amadurecimento das práticas de planejamento e monitoramento institucional, consolidando a utilização de indicadores como suporte à tomada de decisão.

Entre os principais direcionadores estratégicos definidos para o período, destacam-se:

- **Fortalecimento da qualidade e da segurança assistencial;**
- **Melhoria da experiência e do acesso do usuário;**
- **Aprimoramento dos fluxos internos e da integração com a rede de saúde;**
- **Desenvolvimento de processos de gestão mais eficientes e sustentáveis;**
- **Valorização das equipes e incentivo ao desenvolvimento profissional.**

Além disso, a unidade vem avançando em iniciativas voltadas à organização dos processos assistenciais, ao aperfeiçoamento da comunicação entre setores, ao fortalecimento da cultura de segurança e ao acompanhamento sistemático de indicadores estratégicos. Esses avanços evidenciam o compromisso institucional com a evolução contínua da assistência e da gestão.

Dessa forma, o Plano Diretor Estratégico 2025–2028 do CER Barra da Tijuca consolida-se como instrumento orientador das prioridades institucionais da unidade, apoiando a qualificação da assistência, o fortalecimento da gestão e a organização das ações estratégicas voltadas à oferta de um cuidado seguro, eficiente e centrado nas necessidades da população.

# ALINHAMENTO AO PLANO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DA RIOSAÚDE

O Plano Diretor Estratégico (PDE) 2025-2028 do CER Barra da Tijuca foi elaborado em consonância com o **Plano Estratégico Institucional da RioSaúde para o mesmo ciclo**, traduzindo os direcionamentos prioritários da empresa para a realidade operacional e assistencial da unidade. Esse alinhamento busca fortalecer a integração entre planejamento institucional, execução das ações e monitoramento de resultados.

Mais do que reproduzir diretrizes corporativas, o PDE adapta os princípios estratégicos da RioSaúde às necessidades específicas de uma unidade de urgência e emergência, considerando sua dinâmica assistencial, o perfil de atendimento e os desafios relacionados à organização do cuidado em um serviço de alta demanda e funcionamento ininterrupto.

O Plano Estratégico Institucional da RioSaúde orienta a atuação das unidades sob sua gestão por meio de objetivos, metas e indicadores voltados à qualificação da assistência, fortalecimento da governança, valorização das pessoas e sustentabilidade organizacional. Nesse contexto, o PDE do CER Barra incorporou esses direcionamentos institucionais e os desdobrou em prioridades aderentes à realidade local.

A construção do plano observou a necessidade de conciliar alinhamento institucional e adequação operacional. Para isso:

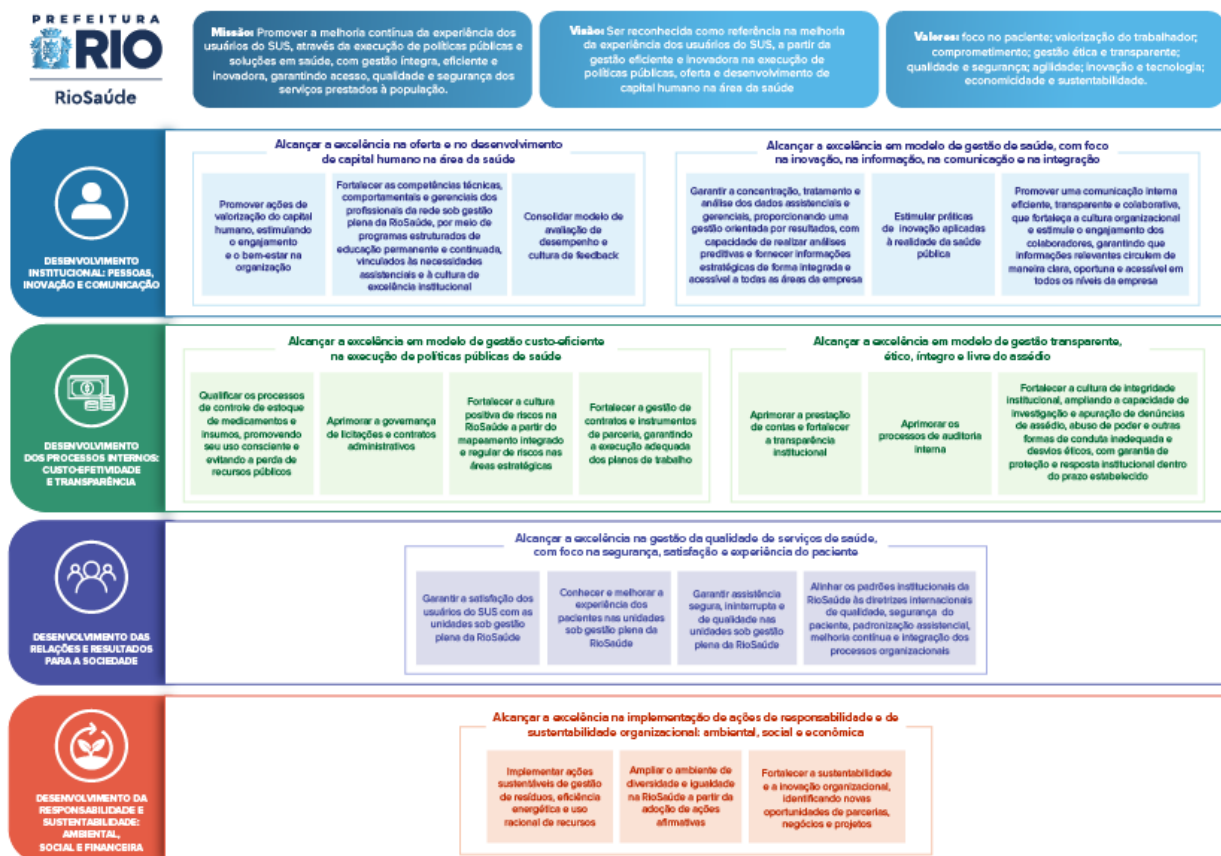
- **A missão e os valores** institucionais foram integralmente preservados, assegurando coerência organizacional em toda a rede gerida pela RioSaúde;
- **A visão de futuro** foi construída especificamente para o CER Barra, considerando seus desafios e potencialidades no contexto da urgência e emergência;
- **Os eixos temáticos prioritários** foram utilizados como referência para definição das prioridades locais;
- **Os objetivos estratégicos** institucionais foram adaptados à realidade operacional da unidade;
- **Os indicadores e metas** foram ajustados à capacidade operacional, ao perfil assistencial e às necessidades de monitoramento do serviço.

O alinhamento institucional favorece maior integração entre as unidades geridas pela RioSaúde, fortalece a governança organizacional e qualifica o acompanhamento dos resultados estratégicos. Além disso, amplia a padronização metodológica e estimula a consolidação de práticas de planejamento e avaliação contínua.

Ao mesmo tempo, o PDE preserva a capacidade da unidade de estabelecer prioridades próprias e estruturar respostas compatíveis com sua realidade assistencial. Em um cenário marcado por demandas variáveis, necessidade de resposta rápida e articulação constante com outros pontos da rede, essa flexibilidade torna-se essencial para garantir efetividade na implementação das ações estratégicas.

Nesse sentido, o alinhamento entre o Plano Estratégico Institucional da RioSaúde e o PDE do CER Barra da Tijuca permite conciliar diretrizes corporativas comuns com as necessidades locais da unidade, favorecendo uma implementação estratégica mais aderente à realidade assistencial e operacional do serviço.

**Figura 1: Mapa Estratégico RioSaúde 2025-2028**



Fonte: Plano Estratégico Institucional RioSaúde 2025-2028, NAE, RioSaúde

# PERCURSO METODOLÓGICO

A elaboração do PDE 2025-2028 do CER Barra da Tijuca foi conduzida com apoio metodológico do Núcleo de Ações Estratégicas (NAE) da RioSaúde, por meio de um processo estruturado e participativo alinhado ao Plano Estratégico Institucional da empresa.

A construção do plano envolveu diferentes etapas integradas, combinando **análise situacional, identificação de desafios prioritários e definição de objetivos, metas e indicadores estratégicos** voltados à qualificação da assistência e ao fortalecimento da gestão da unidade.

A metodologia adotada priorizou a utilização de informações institucionais, indicadores assistenciais e discussões coletivas como subsídio para a definição das prioridades estratégicas do CER Barra. Esse processo favoreceu maior alinhamento entre planejamento e prática operacional, contribuindo para o aprimoramento das rotinas de monitoramento e avaliação institucional.

Além da construção do documento, o percurso metodológico promoveu maior integração entre áreas assistenciais e administrativas, ampliando o compartilhamento de responsabilidades em torno dos objetivos estratégicos definidos para o ciclo 2025-2028.

O PDE do CER Barra da Tijuca foi concebido como instrumento de gestão contínua, voltado ao acompanhamento dos resultados institucionais, à definição de prioridades e ao fortalecimento da capacidade organizacional da unidade. Para garantir maior consistência ao processo, o percurso metodológico foi estruturado em etapas complementares e interdependentes, descritas a seguir.

## ELABORAÇÃO DA VISÃO DE FUTURO

A construção da **visão de futuro** do CER Barra marcou o início do processo de elaboração do PDE 2025-2028, constituindo etapa fundamental para definição dos direcionamentos estratégicos da unidade.

A oficina foi realizada com participação de profissionais de diferentes áreas assistenciais e administrativas da unidade e teve como objetivo promover reflexão coletiva sobre o posicionamento institucional desejado para os próximos anos. As discussões foram conduzidas a partir dos direcionamentos estratégicos da RioSaúde e de temas relacionados à **qualificação da assistência, experiência do usuário, fortalecimento da gestão e valorização das equipes**.

Como resultado, foi construída de forma colaborativa a visão de futuro do CER Barra para o ciclo estratégico 2025-2028, representando as principais aspirações institucionais da unidade. Além

de contribuir para o alinhamento conceitual do plano, a atividade favoreceu o engajamento das equipes e fortaleceu o sentimento de pertencimento dos profissionais em relação ao processo de planejamento estratégico.

### **VISÃO DE FUTURO DO CER BARRA 2025-2028**

Ser reconhecido como uma unidade que integra inovação e tecnologia à saúde pública, oferecendo serviços eficientes e acessíveis à população, com foco na qualidade e segurança do paciente e na valorização dos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho ético e seguro.

## **DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO E IDENTIFICAÇÃO DOS MACROPROBLEMAS**

A etapa de diagnóstico estratégico teve como finalidade identificar os principais fatores que impactam o desempenho institucional da unidade e influenciam sua capacidade de avançar em direção aos objetivos definidos para o ciclo 2025-2028.

Para isso, foi realizada oficina participativa envolvendo representantes de diferentes áreas assistenciais e administrativas, além de lideranças e profissionais da unidade. A atividade foi **voltada à identificação e priorização dos macroproblemas** estratégicos do CER Barra, permitindo análise coletiva dos principais desafios relacionados à assistência, gestão e desenvolvimento das equipes.

Como resultado desse processo, foram definidos macroproblemas prioritários organizados em três eixos temáticos estratégicos: desenvolvimento do capital humano; assistência e experiência do usuário; e gestão e inovação. Essa organização permitiu estruturar os desafios institucionais de forma integrada, subsidiando a definição posterior dos objetivos estratégicos e das iniciativas prioritárias da unidade.

### **Quadro 1: Macroproblemas priorizados, por eixo temático:**

| <b>EIXO TEMÁTICO</b>              | <b>MACROPROBLEMA</b>                                                                                                        |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Desenvolvimento do capital humano | Fragilidade na valorização e reconhecimento das equipes, impactando o engajamento e causando desmotivação dos profissionais |
|                                   | Déficit de capacitação técnica, gerando insegurança na atuação das práticas assistenciais                                   |

|                                      |                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Assistência e experiência do usuário | Superlotação das salas internas e consultórios, comprometendo a segurança do paciente, a qualidade da assistência, as condições de trabalho das equipes e a adequada utilização dos recursos |
|                                      | Ausência de uma cultura de segurança e qualidade, com baixa adesão dos profissionais aos protocolos assistenciais, que impacta no resultado sustentável                                      |
| Gestão e inovação                    | Falha na comunicação efetiva, gerando dificuldade na continuidade do cuidado de qualidade e seguro e na eficiência operacional                                                               |

Durante a oficina, os participantes também realizaram análise das **causas relacionadas aos macroproblemas identificados**, buscando compreender os fatores estruturais e organizacionais envolvidos na manutenção desses desafios; e **possibilidades iniciais de enfrentamento**, permitindo iniciar a transição entre o diagnóstico institucional e a construção das estratégias de intervenção.

A partir das discussões desenvolvidas, foi possível consolidar uma síntese do diagnóstico institucional estruturada em torno dos seguintes aspectos:

- Fragilidades nos processos de comunicação e integração entre equipes e setores;
- Desafios para fortalecimento da cultura de segurança do paciente e adesão aos protocolos institucionais;
- Impactos da superlotação sobre os fluxos assistenciais, condições de trabalho e experiência do usuário;
- Necessidade de fortalecimento das estratégias de valorização, desenvolvimento e capacitação profissional;
- Limitações organizacionais que interferem na eficiência operacional e na continuidade do cuidado;

Ao mesmo tempo, o processo de diagnóstico evidenciou potencialidades importantes da unidade, entre elas:

- Capacidade de mobilização e participação das equipes;
- Envolvimento institucional e das lideranças no processo de planejamento estratégico;
- Existência de iniciativas voltadas à melhoria dos fluxos assistenciais e organizacionais;
- Disponibilidade de ferramentas e indicadores institucionais para acompanhamento do desempenho da unidade.

A consolidação desse diagnóstico permitiu estruturar uma compreensão mais integrada dos principais desafios institucionais do CER Barra da Tijuca, subsidiando a definição dos objetivos estratégicos, metas e indicadores do PDE 2025-2028 e fortalecendo o alinhamento entre assistência, gestão e desenvolvimento organizacional.

## **REVISÃO E VALIDAÇÃO DOS OBJETIVOS, METAS E INDICADORES ESTRATÉGICOS**

Nessa etapa, foram revisados e validados os objetivos, metas e indicadores estratégicos do PDE, assegurando coerência entre os macroproblemas identificados, os resultados esperados e os instrumentos de monitoramento institucional. A atividade foi conduzida de forma participativa, envolvendo representantes de diferentes áreas assistenciais e administrativas da unidade.

A metodologia adotada priorizou a análise integrada desses elementos, considerando a relação entre planejamento, execução e monitoramento dos resultados estratégicos.

a) **Definição dos objetivos estratégicos:** a definição dos objetivos estratégicos partiu diretamente dos macroproblemas priorizados, assegurando coerência lógica entre diagnóstico e estratégia. Cada objetivo foi formulado de modo a responder aos desafios identificados, refletir transformações desejadas no contexto institucional e manter alinhamento com os direcionadores estratégicos da RioSaúde. Os objetivos foram organizados por eixo temático, buscando equilíbrio entre as dimensões de gestão, assistência e desenvolvimento do capital humano.

b) **Revisão e validação das metas estratégicas:** a atividade incluiu contextualização conceitual sobre metas estratégicas e metodologia SMART. As metas foram analisadas considerando critérios relacionados à especificidade, mensurabilidade, atingibilidade, relevância e temporalidade. A partir desse processo, os participantes puderam identificar inconsistências, propor ajustes e qualificar a redação das metas estratégicas, assegurando maior clareza metodológica e viabilidade de execução ao longo do ciclo de planejamento.

c) **Revisão e validação dos indicadores estratégicos e das fichas técnicas:** os grupos também realizaram a revisão das fichas técnicas dos indicadores estratégicos previamente estruturados, elementos metodológicos necessários ao monitoramento institucional, incluindo conceito, método de cálculo, fonte de dados, periodicidade de apuração, interpretação e aplicabilidade prática. O processo considerou critérios relacionados à clareza conceitual, viabilidade de mensuração, disponibilidade e confiabilidade dos dados, relevância estratégica e sensibilidade às variações de desempenho. As contribuições apresentadas permitiram aprimorar as definições operacionais dos indicadores e fortalecer sua aplicabilidade na rotina de gestão da unidade.

Essa etapa resultou na consolidação de uma matriz estratégica composta **por objetivos, metas e indicadores diretamente articulados**, favorecendo maior coerência entre planejamento, monitoramento e execução institucional.

**Quadro 2: Objetivos, metas e indicadores estratégicos, por eixo temático:**

| EIXO TEMÁTICO                        | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                            | META ESTRATÉGICA                                                                                                                            | INDICADOR ESTRATÉGICO*                                                  |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Desenvolvimento do capital humano    | Promover ações de valorização do capital humano, estimulando o engajamento e o bem-estar na unidade                                                                                                                             | Garantir que a satisfação do capital humano alcance a excelência (acima de +50) em até 3 anos                                               | <i>Employee Net Promoter Score (eNPS)</i>                               |
|                                      |                                                                                                                                                                                                                                 | Reduzir o absenteísmo, mantendo em, no máximo, 5% por ano, nos próximos 3 anos                                                              | Taxa de absenteísmo                                                     |
|                                      | Fortalecer as competências técnicas, comportamentais e gerenciais dos profissionais, por meio de programas estruturados de educação permanente e continuada, vinculados às necessidades assistenciais e à cultura de excelência | Alcançar, em 3 anos, no mínimo 80% de adesão às ofertas de educação permanente e continuada                                                 | Taxa de adesão às ações formativas, de educação permanente e continuada |
| Assistência e experiência do usuário | Otimizar a gestão do fluxo assistencial, visando reduzir a superlotação e o tempo de permanência, garantindo segurança e qualidade no atendimento                                                                               | Garantir que, anualmente, o tempo médio de permanência mantenha-se $\leq 4$ dias durante os próximos 3 anos                                 | Tempo médio de permanência                                              |
|                                      | Alinhar os padrões institucionais da RioSaúde e do CER Barra às diretrizes internacionais de qualidade, segurança do paciente, padronização assistencial, melhoria contínua e integração dos processos organizacionais          | Garantir que o percentual de requisitos da acreditação internacional atendidos se mantenha entre 75% e 100%, a depender do ciclo avaliativo | Percentual de requisitos da acreditação internacional atendidos         |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                             |                                                                                 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Gestão e inovação | Promover uma comunicação interna eficiente, transparente e colaborativa, que fortaleça a cultura organizacional e estimule o engajamento dos colaboradores, garantindo que informações relevantes circulem de maneira clara, oportuna e acessível | Garantir que o percentual de novos colaboradores com <i>onboarding</i> institucional realizado alcance, no mínimo, 95%, nos próximos 3 anos | Percentual de novos colaboradores com <i>onboarding</i> institucional realizado |
|                   |                                                                                                                                                                                                                                                   | Garantir que o percentual de sessões clínicas realizadas conforme cronograma institucional mantenha-se em 100% nos próximos 3 anos          | Percentual de sessões clínicas realizadas conforme cronograma institucional     |

\* O detalhamento metodológico dos indicadores apresentados neste quadro, incluindo definição, fórmula de cálculo, fonte de dados, periodicidade de apuração, dentre outros, encontra-se descrito nas respectivas fichas técnicas, disponíveis em anexo.

# IDENTIDADE ESTRATÉGICA



A identidade estratégica do CER Barra para o período 2025-2028 representa a consolidação das discussões, análises e pactuações desenvolvidas ao longo do processo de construção do Plano Diretor Estratégico.

Construída de forma **participativa e alinhada às diretrizes estratégicas da RioSaúde**, a estratégia institucional da unidade foi estruturada a partir da articulação entre **diagnóstico situacional, análise dos macroproblemas e definição de resultados prioritários** para o ciclo do plano.

A estratégia definida para o CER Barra está orientada pelo **fortalecimento da assistência em urgência e emergência, pela melhoria dos processos de trabalho, pela integração com a rede de atenção à saúde e pelo desenvolvimento das equipes** como elemento central para a sustentabilidade das transformações propostas.

Nesse contexto, os objetivos estratégicos, metas e indicadores foram concebidos de forma complementar, possibilitando o acompanhamento sistemático dos resultados e apoiando o aprimoramento da capacidade institucional de planejamento e gestão.

Os eixos estratégicos definidos refletem áreas prioritárias para o desenvolvimento institucional do CER Barra, incluindo **qualificação da assistência, eficiência operacional, comunicação interna e externa, desenvolvimento organizacional e valorização das pessoas**.

Como expressão visual e síntese do direcionamento institucional, o **mapa estratégico** organiza os objetivos definidos de forma lógica e interdependente, evidenciando como o fortalecimento da gestão, das equipes e dos processos contribui para melhores resultados assistenciais e organizacionais.

O conjunto de objetivos, metas e indicadores definidos para o ciclo 2025-2028 expressa o compromisso institucional do CER Barra com a qualificação da assistência, o fortalecimento da gestão e o aprimoramento contínuo dos processos de trabalho, orientando a atuação da unidade de forma integrada e alinhada às diretrizes estratégicas da RioSaúde.

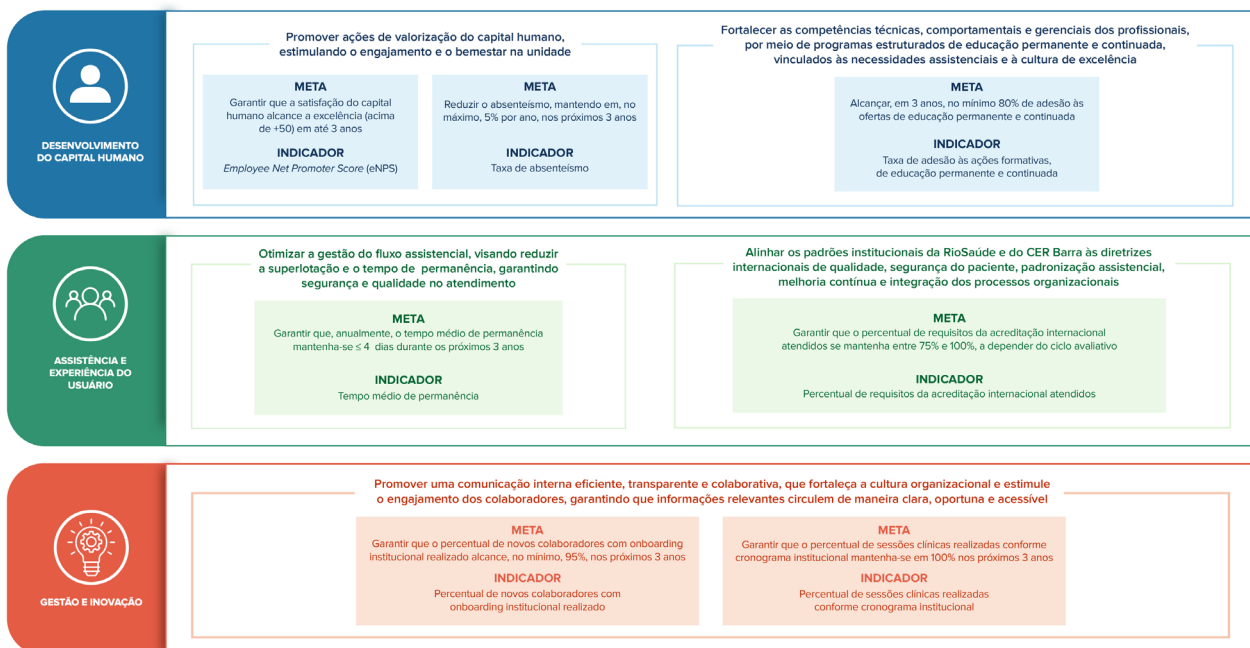
Figura 2: Mapa Estratégico Centro de Emergência Regional (CER) Barra da Tijuca 2025–2028

## Mapa Estratégico Centro de Emergência Regional (CER) Barra da Tijuca 2025–2028

**Missão:** Promover a melhoria contínua da experiência dos usuários do SUS, através da execução de políticas públicas e soluções em saúde, com gestão íntegra, eficiente e inovadora, garantindo acesso, qualidade e segurança dos serviços prestados à população.

**Visão:** Ser reconhecido como uma unidade que integra inovação e tecnologia à saúde pública, oferecendo serviços eficientes e acessíveis à população, com foco na qualidade e segurança do paciente e na valorização dos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho ético e seguro.

**Valores:** Foco no paciente; Valorização do trabalhador; Comprometimento; Gestão ética e transparente; Qualidade e segurança; Agilidade; Inovação e tecnologia; Economicidade; Sustentabilidade.



# MONITORAMENTO E GOVERNANÇA DO PLANO

## MODELO DE MONITORAMENTO ESTRATÉGICO

O monitoramento do Plano Diretor Estratégico do CER Barra da Tijuca para o ciclo 2025–2028 está estruturado a partir de uma abordagem orientada por resultados, em alinhamento com o modelo adotado pela RioSaúde.

Nesse contexto, o presente PDE adota como **eixo estruturante de monitoramento a análise sistemática dos indicadores estratégicos**, que assumem papel central como instrumentos de acompanhamento do desempenho institucional, sendo compreendidos como ferramentas capazes de mensurar, de forma objetiva e contínua, o grau de alcance das metas estabelecidas.

Essa abordagem favorece maior objetividade, reduz a complexidade operacional do acompanhamento e reforça a centralidade dos dados no processo de gestão, contribuindo para a consolidação de uma cultura organizacional orientada por evidências.

O processo de monitoramento será realizado por meio de **rotinas periódicas** e estruturadas de acompanhamento dos indicadores, envolvendo a **análise dos resultados** alcançados, a **identificação de tendências** e a **verificação de eventuais desvios** em relação às metas estabelecidas.

Essas rotinas incluirão momentos regulares de discussão entre as áreas responsáveis, nos quais os resultados serão analisados de forma crítica, considerando o contexto institucional e os fatores que influenciam o desempenho. A partir dessas análises poderão ser pactuados encaminhamentos voltados ao **ajuste de estratégias, à priorização de esforços e ao aprimoramento dos processos institucionais**.

A sistemática adotada busca assegurar não apenas o acompanhamento contínuo do plano, mas também a qualificação do processo decisório, promovendo maior alinhamento entre as áreas e fortalecendo a transparência na gestão dos resultados. O monitoramento do PDE não se limita ao acompanhamento dos indicadores, mas se configura como instrumento de gestão voltado à **geração de aprendizado organizacional e à melhoria contínua do desempenho institucional**.

No âmbito da gestão local, os resultados do monitoramento poderão subsidiar a **estruturação de planos de ação e projetos estratégicos, orientados à superação de desafios identificados e ao alcance das metas estabelecidas**. Esse movimento reforça a capacidade adaptativa da organização e amplia a efetividade da estratégia, ao transformar evidências em iniciativas concretas de melhoria.

Esse modelo contribui para o fortalecimento de uma cultura institucional baseada em dados, na qual o desempenho é continuamente analisado e utilizado como referência para a qualificação das práticas assistenciais e gerenciais.

## **GOVERNANÇA DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO**

A governança do PDE será estruturada de forma **compartilhada entre a gestão local do CER Barra**, em conjunto com o Núcleo de Qualidade, e a gestão central da RioSaúde, representada pelo Núcleo de Ações Estratégicas (NAE), garantindo alinhamento entre os diferentes níveis de decisão.

No âmbito local, caberá à **gestão do CER** coordenar o **acompanhamento dos indicadores estratégicos e monitorar a execução de planos de ação e projetos estratégicos** eventualmente estruturados pelas áreas para viabilizar o alcance das metas ou como resposta aos resultados observados.

Essa atribuição reforça o papel da gestão local na condução da estratégia, permitindo maior capacidade de adaptação às especificidades do contexto institucional e maior agilidade na implementação de melhorias.

Já o NAE atuará prioritariamente no **acompanhamento dos indicadores estratégicos, com foco na análise do desempenho institucional**, na consolidação das informações em nível corporativo e no suporte técnico às unidades.

Esse arranjo assegura padronização metodológica, comparabilidade entre unidades e coerência no monitoramento da estratégia em nível sistêmico.

O modelo de governança também estabelece complementaridade entre os níveis central e local: enquanto o nível central concentra-se no acompanhamento dos resultados institucionais, a gestão local amplia esse acompanhamento ao incluir a condução das iniciativas necessárias ao alcance das metas pactuadas.

Ressalta-se que os modelos orientadores para a elaboração e acompanhamento de **planos de ação e projetos estratégicos** encontram-se descritos em anexo, com o objetivo de padronizar sua estruturação e apoiar as áreas na condução dessas iniciativas.

# REFERÊNCIAS

---

**PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.** Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro. **Plano Estratégico Institucional 2025–2028.** Disponível em: [https://riosaude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/66/2025/10/plano-estrategico-riosaude-25\\_28.pdf](https://riosaude.prefeitura.rio/wp-content/uploads/sites/66/2025/10/plano-estrategico-riosaude-25_28.pdf)

**EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Ebserh).** Guia de Desdobramento da Estratégia para os Hospitais da Rede Ebserh. Brasília: Ebserh, 2020. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/governanca/superintendencia/unidade-de-planejamento/plano-diretor-estrategico-pde/pde-2019-2023\\_/GuiaDesdobramentoFase1e2v1.11.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hu-ufjf/governanca/superintendencia/unidade-de-planejamento/plano-diretor-estrategico-pde/pde-2019-2023_/GuiaDesdobramentoFase1e2v1.11.pdf)

# EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL



## **NÚCLEO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS (NAE) COORDENAÇÃO**

Luciana Krull

## **GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO ESTRATÉGICO**

Brena Tostes

## **ASSISTENTE ADMINISTRATIVA**

Viviane Mafra

## **REVISÃO**

Rodrigo Pereira

## **PROJETO GRÁFICO**

Wesley Santos

## **DIAGRAMAÇÃO**

Patrícia Smith

Wesley Santos

## **PONTOS FOCAIS DO PLANO DIRETOR CER BARRA DA TIJUCA 2025 – 2028**

### **Núcleo de Qualidade**

Tatiana Melgaço

### **CER Barra da Tijuca**

Marcia Nunes da Silva

Bruna Leticia Batista da Silva

### **Participaram ativamente da elaboração deste Plano**

Aline Silva Ribeiro

Beatriz Baptista Tavares

Camila Pinnola dos Santos

Danieli Estephanelli Vianna

Elaine Pereira De Carvalho da Silva

Giovanna Camacho Asturi

Julian Camilo Alfonso Diaz

Marcele da Silva Araujo

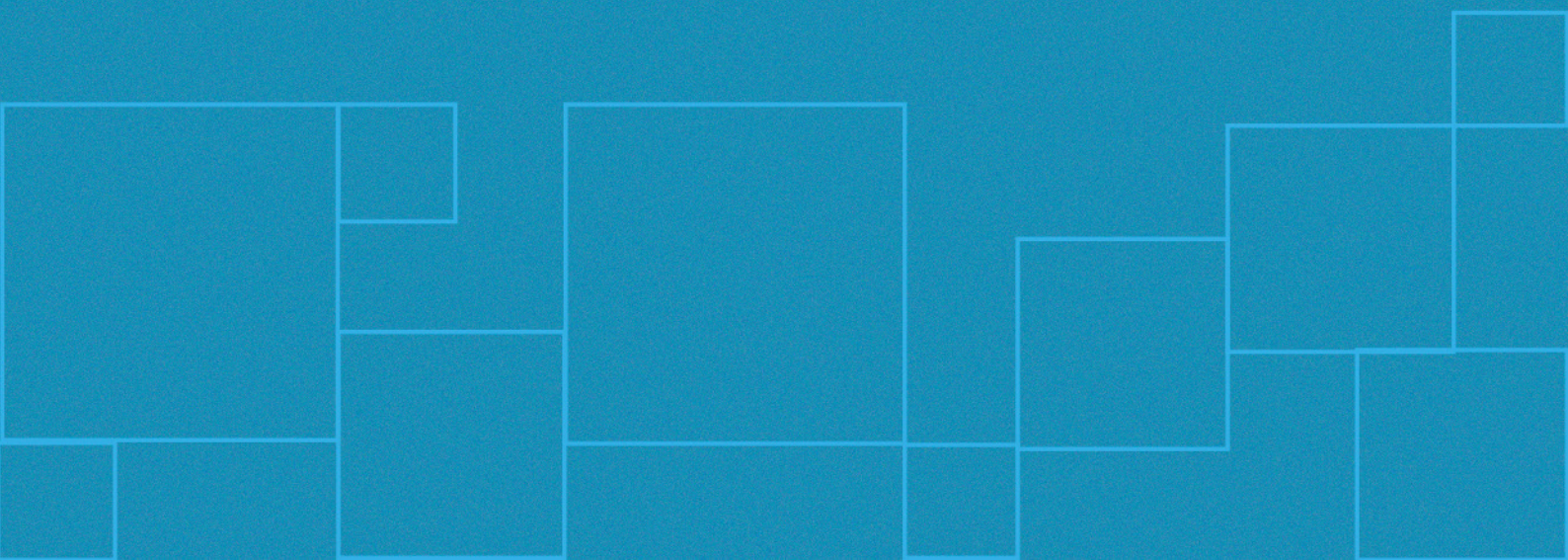
Maria de Jesus Jorge

Paulo Roberto Moreira Mendes

Tereza Luzia Ferreira de Moura

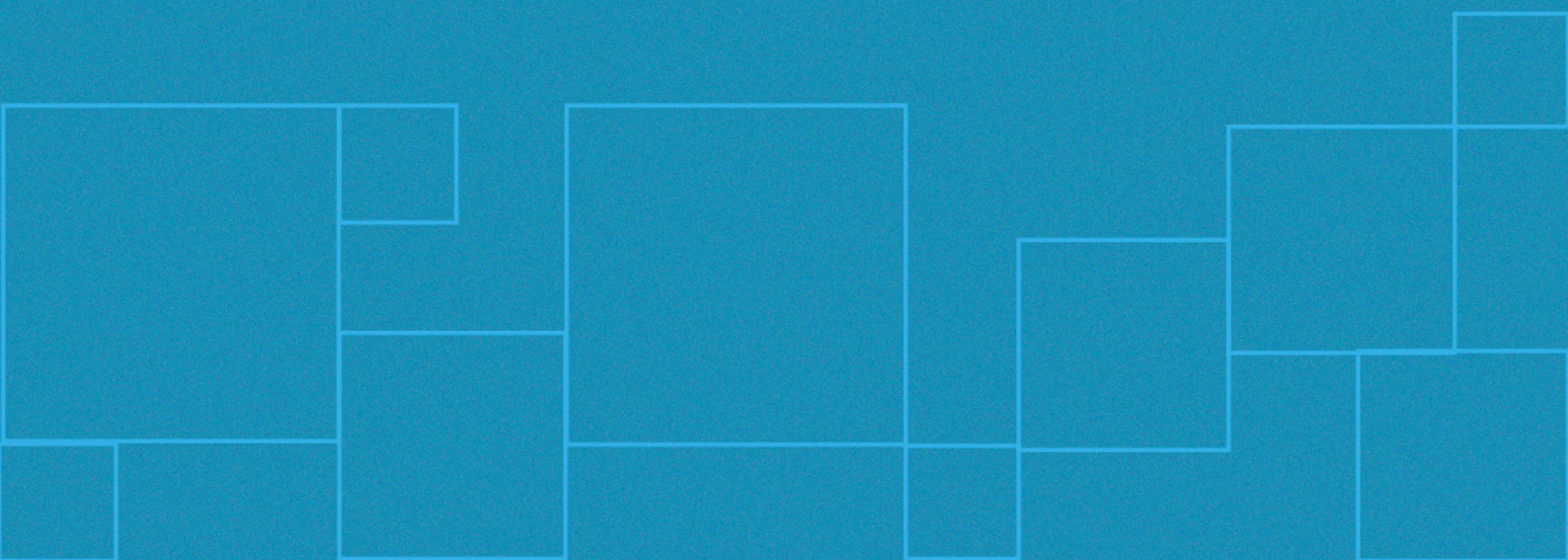
Verônica De Barros Cabral

# ANEXOS



ANEXO I

# **MAPAS ESTRATÉGICOS**



# MAPA ESTRATÉGICO RIOSAÚDE 2025-2028



RioSaúde

**Missão:** Promover a melhoria contínua da experiência dos usuários do SUS, através da execução de políticas públicas e soluções em saúde, com gestão íntegra, eficiente e inovadora, garantindo acesso, qualidade e segurança dos serviços prestados à população.

**Visão:** Ser reconhecida como referência na melhoria da experiência dos usuários do SUS, a partir da gestão eficiente e inovadora na execução de políticas públicas, oferta e desenvolvimento de capital humano na área da saúde

**Valores:** foco no paciente; valorização do trabalhador; comprometimento; gestão ética e transparente; qualidade e segurança; agilidade; inovação e tecnologia; economicidade e sustentabilidade.



**DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL: PESSOAS, INOVAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

**Alcançar a excelência na oferta e no desenvolvimento de capital humano na área da saúde**

Promover ações de valorização do capital humano, estimulando o engajamento e o bem-estar na organização

Fortalecer as competências técnicas, comportamentais e gerenciais dos profissionais da rede sob gestão plena da RioSaúde, por meio de programas estruturados de educação permanente e continuada, vinculados às necessidades assistenciais e à cultura de excelência institucional

Consolidar modelo de avaliação de desempenho e cultura de feedback

**Alcançar a excelência em modelo de gestão de saúde, com foco na inovação, na informação, na comunicação e na integração**

Garantir a concentração, tratamento e análise dos dados assistenciais e gerenciais, proporcionando uma gestão orientada por resultados, com capacidade de realizar análises preditivas e fornecer informações estratégicas de forma integrada e acessível a todas as áreas da empresa

Estimular práticas de inovação aplicadas à realidade da saúde pública

Promover uma comunicação interna eficiente, transparente e colaborativa, que fortaleça a cultura organizacional e estimule o engajamento dos colaboradores, garantindo que informações relevantes circulem de maneira clara, oportuna e acessível em todos os níveis da empresa



**DESENVOLVIMENTO DOS PROCESSOS INTERNOS: CUSTO-EFETIVIDADE E TRANSPARÊNCIA**

**Alcançar a excelência em modelo de gestão custo-eficiente na execução de políticas públicas de saúde**

Qualificar os processos de controle de estoque de medicamentos e insumos, promovendo seu uso consciente e evitando a perda de recursos públicos

Aprimorar a governança de licitações e contratos administrativos

Fortalecer a cultura positiva de riscos na RioSaúde a partir do mapeamento integrado e regular de riscos nas áreas estratégicas

Fortalecer a gestão de contratos e instrumentos de parceria, garantindo a execução adequada dos planos de trabalho

**Alcançar a excelência em modelo de gestão transparente, ético, íntegro e livre do assédio**

Aprimorar a prestação de contas e fortalecer a transparência institucional

Aprimorar os processos de auditoria interna

Fortalecer a cultura de integridade institucional, ampliando a capacidade de investigação e apuração de denúncias de assédio, abuso de poder e outras formas de conduta inadequada e desvios éticos, com garantia de proteção e resposta institucional dentro do prazo estabelecido



**DESENVOLVIMENTO DAS RELAÇÕES E RESULTADOS PARA A SOCIEDADE**

**Alcançar a excelência na gestão da qualidade de serviços de saúde, com foco na segurança, satisfação e experiência do paciente**

Garantir a satisfação dos usuários do SUS com as unidades sob gestão plena da RioSaúde

Conhecer e melhorar a experiência dos pacientes nas unidades sob gestão plena da RioSaúde

Garantir assistência segura, ininterrupta e de qualidade nas unidades sob gestão plena da RioSaúde

Alinhar os padrões institucionais da RioSaúde às diretrizes internacionais de qualidade, segurança do paciente, padronização assistencial, melhoria contínua e integração dos processos organizacionais



**DESENVOLVIMENTO DA RESPONSABILIDADE E SUSTENTABILIDADE: AMBIENTAL, SOCIAL E FINANCEIRA**

**Alcançar a excelência na implementação de ações de responsabilidade e de sustentabilidade organizacional: ambiental, social e econômica**

Implementar ações sustentáveis de gestão de resíduos, eficiência energética e uso racional de recursos

Ampliar o ambiente de diversidade e igualdade na RioSaúde a partir da adoção de ações afirmativas

Fortalecer a sustentabilidade e a inovação organizacional, identificando novas oportunidades de parcerias, negócios e projetos

# Mapa Estratégico Centro de Emergência Regional (CER) Barra da Tijuca 2025–2028

**Missão:** Promover a melhoria contínua da experiência dos usuários do SUS, através da execução de políticas públicas e soluções em saúde, com gestão íntegra, eficiente e inovadora, garantindo acesso, qualidade e segurança dos serviços prestados à população.

**Visão:** Ser reconhecido como uma unidade que integra inovação e tecnologia à saúde pública, oferecendo serviços eficientes e acessíveis à população, com foco na qualidade e segurança do paciente e na valorização dos colaboradores, promovendo um ambiente de trabalho ético e seguro.

**Valores:** Foco no paciente; Valorização do trabalhador; Comprometimento; Gestão ética e transparente; Qualidade e segurança; Agilidade; Inovação e tecnologia; Economicidade; Sustentabilidade.



DESENVOLVIMENTO  
DO CAPITAL HUMANO

Promover ações de valorização do capital humano, estimulando o engajamento e o bemestar na unidade

#### META

Garantir que a satisfação do capital humano alcance a excelência (acima de +50) em até 3 anos

#### INDICADOR

Employee Net Promoter Score (eNPS)

#### META

Reduzir o absenteísmo, mantendo em, no máximo, 5% por ano, nos próximos 3 anos

#### INDICADOR

Taxa de absenteísmo

Fortalecer as competências técnicas, comportamentais e gerenciais dos profissionais, por meio de programas estruturados de educação permanente e continuada, vinculados às necessidades assistenciais e à cultura de excelência

#### META

Atingir, em 3 anos, no mínimo 80% de adesão às ofertas de educação permanente e continuada

#### INDICADOR

Taxa de adesão às ações formativas, de educação permanente e continuada



ASSISTÊNCIA E  
EXPERIÊNCIA DO  
USUÁRIO

Otimizar a gestão do fluxo assistencial, visando reduzir a superlotação e o tempo de permanência, garantindo segurança e qualidade no atendimento

#### META

Garantir que, anualmente, o tempo médio de permanência mantenha-se ≤ 4 dias durante os próximos 3 anos

#### INDICADOR

Tempo médio de permanência

Alinhar os padrões institucionais da RioSaúde e do CER Barra às diretrizes internacionais de qualidade, segurança do paciente, padronização assistencial, melhoria contínua e integração dos processos organizacionais

#### META

Garantir que o percentual de requisitos da acreditação internacional atendidos se mantenha entre 75% e 100%, a depender do ciclo avaliativo

#### INDICADOR

Percentual de requisitos da acreditação internacional atendidos



GESTÃO E INOVAÇÃO

Promover uma comunicação interna eficiente, transparente e colaborativa, que fortaleça a cultura organizacional e estimule o engajamento dos colaboradores, garantindo que informações relevantes circulem de maneira clara, oportuna e acessível

#### META

Garantir que o percentual de novos colaboradores com onboarding institucional realizado alcance, no mínimo, 95%, nos próximos 3 anos

#### INDICADOR

Percentual de novos colaboradores com onboarding institucional realizado

#### META

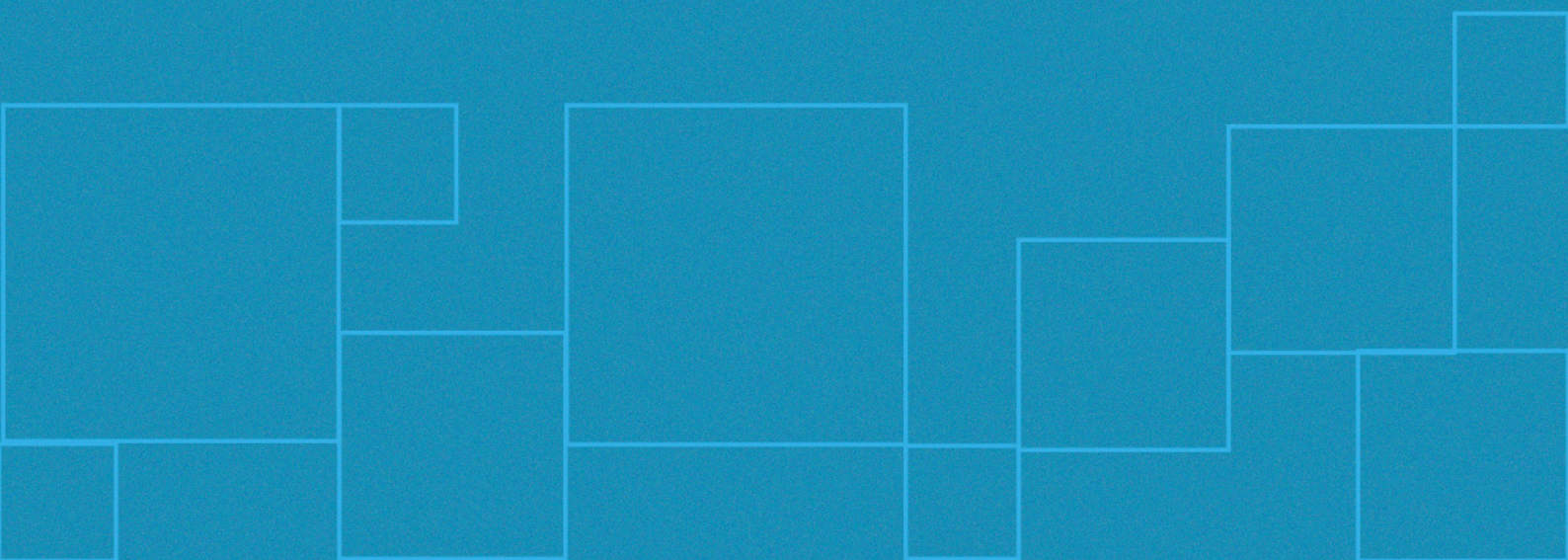
Garantir que o percentual de sessões clínicas realizadas conforme cronograma institucional mantenha-se em 100% nos próximos 3 anos

#### INDICADOR

Percentual de sessões clínicas realizadas conforme cronograma institucional

ANEXO II

# **MODELO DE PLANO DE AÇÃO**



## MODELO DE PLANO DE AÇÃO

O **plano de ação** constitui instrumento de gestão de natureza tática, destinado a organizar e operacionalizar intervenções específicas voltadas ao alcance de uma determinada **meta estratégica**. É o instrumento que traduz cada meta em iniciativas concretas, organizadas de forma clara e padronizada, para orientar sua execução. Sua elaboração permite definir responsáveis, prazos e indicadores de acompanhamento, assegurando que os objetivos do planejamento estratégico sejam desdobrados em práticas factíveis e mensuráveis. **Sugere-se o desenvolvimento de planos de ação, prioritariamente, para intervenções de curto prazo, com foco operacional. Também são recomendados sempre que forem identificados desvios em relação às metas estabelecidas ou oportunidades de melhoria nos processos assistenciais e gerenciais.**

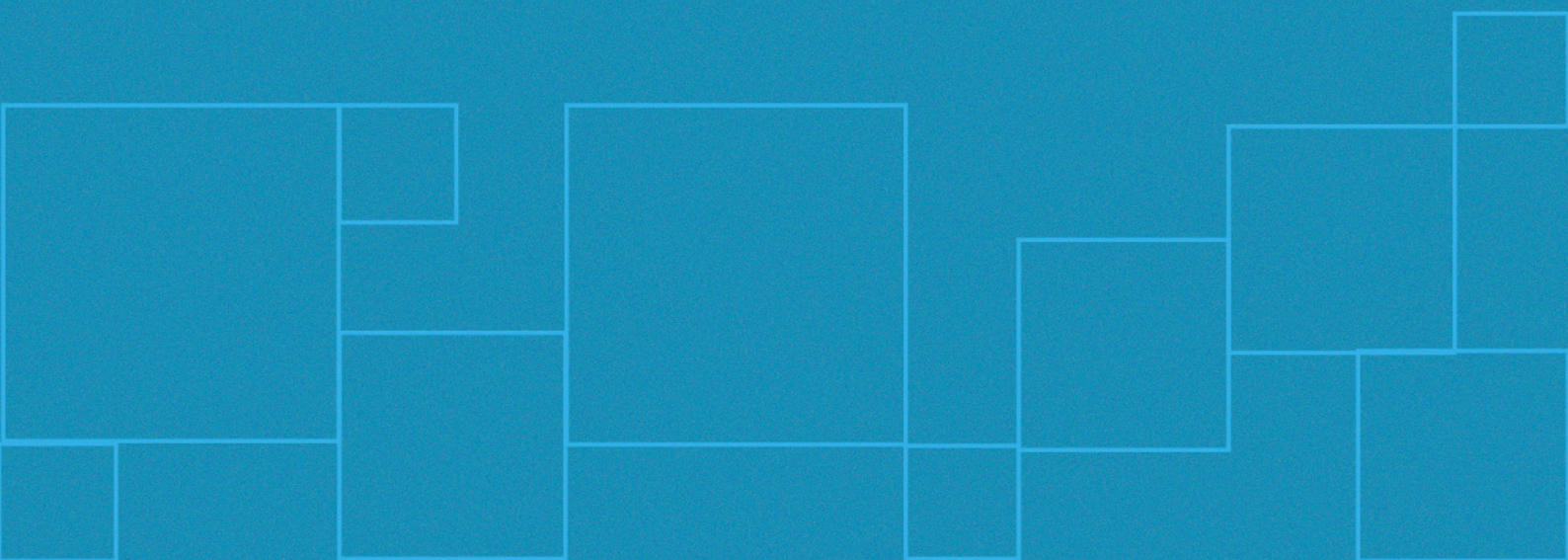
| ELEMENTOS DO PLANO DE AÇÃO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VINCULAÇÃO AO PDE          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Meta relacionada           | Meta estratégica do PDE à qual o plano de ação está vinculado.                                                                                                                                                                                                                                              |
| Indicador relacionado      | Indicador estratégico utilizado para monitorar a meta. Deve corresponder ao indicador definido no PDE, sendo a principal referência para avaliação do desempenho e da efetividade das ações propostas.                                                                                                      |
| DESCRIÇÃO                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Macroação/submeta          | Também chamada de ação estruturante, linha de ação ou mesmo submeta, é o conjunto de ações ou iniciativas necessárias para o alcance da meta. Deve ser descrita de forma objetiva, indicando claramente o que será feito. Recomenda-se que cada macroação represente uma entrega relevante dentro do plano. |
| Responsável                | Profissional ou área diretamente responsável pela condução da macroação, incluindo o acompanhamento da execução e a entrega dos resultados previstos. É quem garante a articulação com as áreas corresponsáveis e responde pelo andamento e resultados.                                                     |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Corresponsável(is)           | Profissionais ou áreas que apoiam a execução da macroação, contribuindo para sua realização. Devem ser indicados quando houver necessidade de atuação conjunta entre diferentes áreas, reforçando a corresponsabilização pelos resultados.                                                                                   |
| Produtos/entregas/evidências | Os produtos, também chamados de entregas ou evidências, são os resultados concretos a serem alcançados no âmbito de cada macroação. Devem ser passíveis de verificação e comprovação. Pode ser um bem, serviço, relatório, sistema, evento ou qualquer entrega que demonstre objetivamente a realização e o impacto da ação. |
| Prazo                        | Data ou período previsto para conclusão da macroação ou de suas entregas. Deve ser factível e compatível com o alcance da meta no horizonte definido.                                                                                                                                                                        |

| PLANO DE AÇÃO PDE CER BARRA 2025 - 2028 |                                                              |                    |                              |       |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|-------|
| META RELACIONADA                        |                                                              |                    |                              |       |
| INDICADOR RELACIONADO                   |                                                              |                    |                              |       |
| MACROAÇÃO/SUBMETA                       | RESPONSÁVEL                                                  | CORRESPONSÁVEL(IS) | PRODUTOS/ENTREGAS/EVIDÊNCIAS | PRAZO |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
|                                         |                                                              |                    |                              |       |
| STATUS DE EXECUÇÃO                      | ( ) Não iniciado ( ) Em andamento ( ) Concluído ( ) Suspenso |                    |                              |       |

ANEXO III

# **MODELO DE PROJETO ESTRATÉGICO**



## MODELO DE PROJETO ESTRATÉGICO

O **projeto estratégico** constitui instrumento de gestão voltado à implementação de **iniciativas estruturantes, com maior grau de complexidade, impacto institucional e horizonte de execução ampliado**. Diferentemente do plano de ação, que se destina a intervenções mais imediatas e operacionais, **o projeto estratégico busca promover mudanças mais abrangentes e sustentáveis nos processos assistenciais, gerenciais ou organizacionais**. Sua elaboração permite organizar de forma estruturada as entregas necessárias ao alcance dos **objetivos estratégicos**, definindo responsabilidades, prazos e resultados esperados, sempre em alinhamento ao Plano Diretor Estratégico.

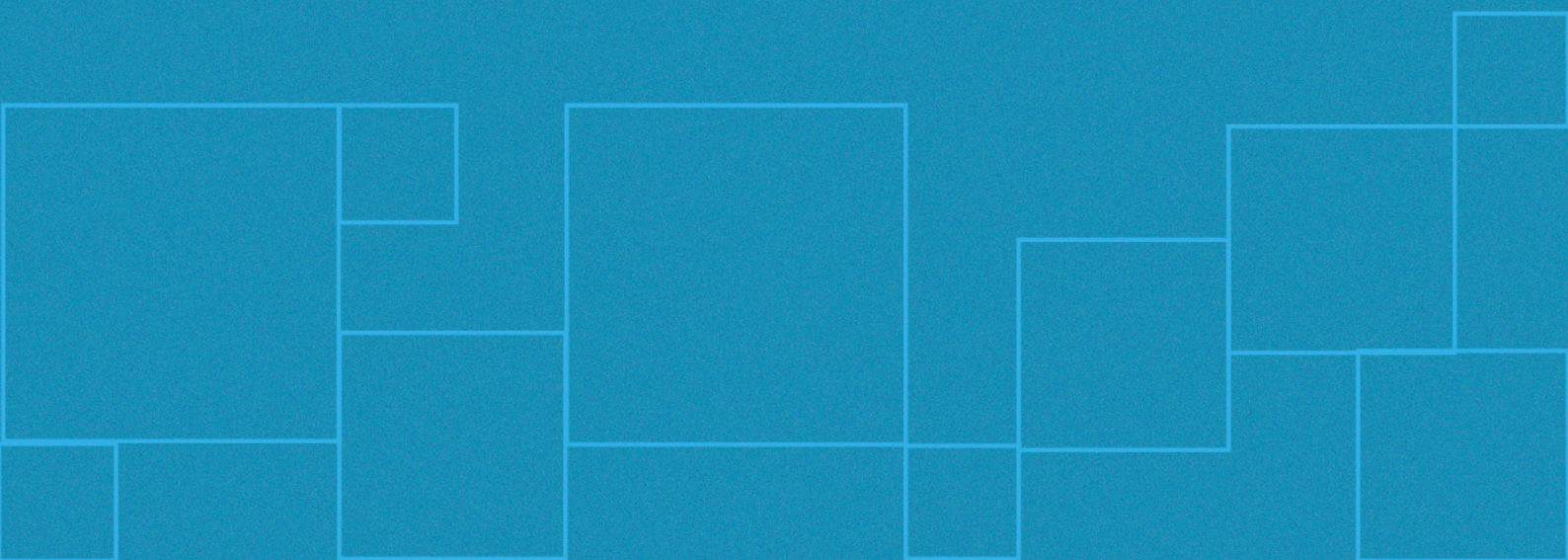
| ELEMENTOS DO PROJETO ESTRATÉGICO |                                                                                                                                                              |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VINCULAÇÃO AO PDE                |                                                                                                                                                              |
| Objetivo relacionado             | Objetivo estratégico do PDE ao qual o projeto está vinculado.                                                                                                |
| Meta(s) relacionada(s)           | Meta(s) estratégica(s) do PDE à(s) qual(is) o projeto está vinculado.                                                                                        |
| Indicador(es) relacionado(s)     | Indicador(es) estratégico(s) impactados pelo projeto, que servirão como referência para avaliação de seus resultados.                                        |
| DESCRIÇÃO                        |                                                                                                                                                              |
| Nome do projeto                  | Título que identifique de forma clara a iniciativa.                                                                                                          |
| Justificativa/problema           | Descrição do problema ou oportunidade que motivou a criação do projeto, preferencialmente com base em dados ou evidências                                    |
| Objetivo do projeto              | Descrição clara do resultado que se pretende alcançar com a implementação do projeto.                                                                        |
| Responsável                      | Profissional ou área responsável pela condução do projeto. É quem garante a articulação com as áreas corresponsáveis e responde pelo andamento e resultados. |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Corresponsável(is)          | Profissionais ou áreas que apoiam a execução do projeto, contribuindo para sua realização. Devem ser indicados quando houver necessidade de atuação conjunta entre diferentes áreas, reforçando a corresponsabilização pelos resultados.                                                                                                                                                                                                                      |
| Principais entregas         | Resultados concretos e verificáveis que o projeto deverá produzir ao longo de sua execução, representando os marcos mais relevantes para o alcance do seu objetivo. Devem ser descritas em nível agregado (não como atividades ou tarefas), indicando produtos finais ou intermediários do projeto, tais como implantação de processos, desenvolvimento de sistemas, definição de fluxos, realização de capacitações ou entrega de protocolos institucionais. |
| Prazo                       | Período previsto para execução do projeto (início e fim).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Indicador(es) adicional(is) | Indicadores complementares definidos para acompanhar o desempenho específico do projeto, além daqueles já previstos no PDE. Podem ser utilizados para monitorar resultados intermediários, aspectos operacionais ou efeitos diretos das entregas do projeto, contribuindo para uma avaliação mais detalhada de sua execução e resultados.                                                                                                                     |

| PROJETO ESTRATÉGICO PDE CER BARRA 2025 - 2028 |                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| OBJETIVO RELACIONADO                          |                                                              |
| META RELACIONADA                              |                                                              |
| INDICADOR RELACIONADO                         |                                                              |
| INDICADORES ADICIONAIS                        |                                                              |
| NOME DO PROJETO                               |                                                              |
| JUSTIFICATIVA/PROBLEMA                        |                                                              |
| OBJETIVO DO PROJETO                           |                                                              |
| RESPONSÁVEL                                   |                                                              |
| CORRESPONSÁVEL                                |                                                              |
| ENTREGAS                                      | PRAZO                                                        |
|                                               |                                                              |
|                                               |                                                              |
|                                               |                                                              |
|                                               |                                                              |
|                                               |                                                              |
|                                               |                                                              |
|                                               |                                                              |
| STATUS DE EXECUÇÃO                            | ( ) Não iniciado ( ) Em andamento ( ) Concluído ( ) Suspenso |

ANEXO IV

# **FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES**



## FICHAS TÉCNICAS DOS INDICADORES

| NOME DO INDICADOR: EMPLOYEE NET PROMOTER SCORE (eNPS) |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| EIXO TEMÁTICO                                         | MACROPROBLEMA                                                                                                               | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | META ESTRATÉGICA (SMART)                                                                      |
| Desenvolvimento do capital humano                     | Fragilidade na valorização e reconhecimento das equipes, impactando o engajamento e causando desmotivação dos profissionais | Promover ações de valorização do capital humano, estimulando o engajamento e o bem-estar na unidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Garantir que a satisfação do capital humano alcance a excelência (acima de +50) em até 3 anos |
| <b>Conceito</b>                                       |                                                                                                                             | É uma adaptação do conceito de <i>Net Promoter Score</i> (NPS) para o ambiente corporativo interno, avaliando o quão bem um funcionário se sente em relação à organização. Calculado a partir de uma pesquisa que se baseia em uma única pergunta, avalia a probabilidade de um funcionário recomendar a empresa como um bom lugar para trabalhar, numa escala de 0 a 10. As respostas são classificadas em três grupos: Promotores (9-10), passivos (7-8) e detratores (0-6) e o eNPS é calculado subtraindo o percentual de detratores do percentual de promotores. O resultado é uma pontuação (score) entre -100 e +100. |                                                                                               |
| <b>Interpretação</b>                                  |                                                                                                                             | Acima de +50: Excelente, indicando satisfação e engajamento. Entre +10 e +30: Bom, mas ainda há espaço para melhorias. Negativo ou próximo de zero: Sinal de alerta, é necessário medidas urgentes para melhorar o engajamento e satisfação dos colaboradores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                               |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |             |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| <b>Memória de cálculo</b>          | <p>% Promotores - % Detratores</p> <p>Passos para o cálculo:</p> <p>Identifique os promotores: conte os funcionários que deram nota 9 ou 10 na pesquisa; identifique os detratores: conte os funcionários que deram nota 0 a 6 na pesquisa; calcule a porcentagem de promotores: divida o número de promotores pelo número total de respondentes e multiplique por 100; calcule a porcentagem de detratores: divida o número de detratores pelo número total de respondentes e multiplique por 100; subtraia a porcentagem de detratores da porcentagem de promotores: O resultado é o eNPS.</p> <p>Observação: Embora o cálculo utilize percentuais de promotores e detratores, o resultado final do indicador é expresso em score, caracterizando um índice de percepção e não uma medida percentual.</p> |                 |             |
| <b>Unidade de medida</b>           | Pontuação (Score)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |             |
| <b>Fonte de dados</b>              | Pesquisa de clima organizacional/Dashboard gerencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |             |
| <b>Comprobatório</b>               | Relatório da pesquisa de clima organizacional/capturas de tela do dashboard gerencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |             |
| <b>Frequência de monitoramento</b> | Semestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |             |
| <b>Responsável</b>                 | RH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |             |
| <b>Corresponsável</b>              | Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |             |
| <b>Parâmetro/meta</b>              | <b>2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>2027</b>     | <b>2028</b> |
|                                    | entre +10 e +50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | entre +10 e +50 | > +50       |

### **Observações e comentários**

- A taxa de participação na pesquisa deve ser de  $\geq 60\%$ .
- Deve ser interpretado em conjunto com outros indicadores de clima, engajamento e retenção, para evitar leituras isoladas.
- Não substitui avaliações mais abrangentes (pesquisas de clima ou engajamento detalhadas), mas pode orientar decisões rápidas.
- Trata-se de uma medida subjetiva, baseada na percepção individual, sujeita a vieses de momento.
- O indicador não identifica, por si só, as causas do descontentamento ou da satisfação, sendo necessário complementá-lo com pesquisas qualitativas.
- Caso o número de respondentes seja pequeno, não apresentará o quadro real com precisão.

| NOME DO INDICADOR: TAXA DE ABSENTEÍSMO |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| EIXO TEMÁTICO                          | MACROPROBLEMA                                                                                                               | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | META ESTRATÉGICA (SMART)                                                       |
| Desenvolvimento do capital humano      | Fragilidade na valorização e reconhecimento das equipes, impactando o engajamento e causando desmotivação dos profissionais | Promover ações de valorização do capital humano, estimulando o engajamento e o bem-estar na unidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Reduzir o absenteísmo, mantendo em, no máximo, 5% por ano, nos próximos 3 anos |
| <b>Conceito</b>                        |                                                                                                                             | Mede a proporção de horas de trabalho não realizadas em relação ao total de horas de trabalho disponíveis no período analisado, em decorrência de ausências dos colaboradores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                |
| <b>Interpretação</b>                   |                                                                                                                             | <p>O indicador evidencia o impacto das faltas e afastamentos na capacidade do serviço em manter dimensionamento adequado de pessoal, cumprimento de escalas e padrões assistenciais seguros.</p> <p>Quanto menor a taxa de absenteísmo, melhor o desempenho do indicador, pois indica maior presença e disponibilidade da força de trabalho. Valores elevados podem sinalizar problemas relacionados à saúde dos trabalhadores, condições de trabalho inadequadas, sobrecarga, insatisfação ou falhas na gestão.</p> |                                                                                |
| <b>Memória de cálculo</b>              |                                                                                                                             | <p>Numerador: número de horas líquidas faltantes;<br/>Denominador: número de horas líquidas disponíveis; X 100.</p> <p>Horas líquidas faltantes: Somatório das horas não trabalhadas pelos colaboradores no período.</p> <p>Horas líquidas disponíveis: Somatório das horas que estariam disponíveis para o trabalho no período.</p>                                                                                                                                                                                 |                                                                                |
| <b>Unidade de medida</b>               |                                                                                                                             | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                |
| <b>Fonte de dados</b>                  |                                                                                                                             | Relatório de biometria; Dashboard gerencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                |
| <b>Comprobatório</b>                   |                                                                                                                             | Relatório de biometria/capturas de tela do dashboard gerencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                |
| <b>Frequência de monitoramento</b>     |                                                                                                                             | Trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                |
| <b>Responsável</b>                     |                                                                                                                             | RH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                |
| <b>Corresponsável</b>                  |                                                                                                                             | Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                |

| Parâmetro/meta                   | 2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2027 | 2028 |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
|                                  | ≤ 5%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ≤ 5% | ≤ 5% |
| <b>Observações e comentários</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em consonância com o contrato de gestão, para as horas líquidas faltantes, considerar o número total de horas ausentes dos funcionários no período analisado. Para as horas líquidas disponíveis, considerar o número total de horas de trabalho contratadas para o período analisado.</li> <li>• Não é computado o período em que os colaboradores apresentaram faltas justificadas de até 15 dias devido à apresentação de atestado médico. Essas faltas são abonadas de acordo com a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).</li> <li>• Também não são computadas as horas de absenteísmo dos profissionais afastados que tiveram substituição, bem como todos os abonos previstos na CLT que não gerem desconto do profissional, como abono referente ao TRE, licença para casamento, doação de sangue.</li> <li>• Recomenda-se analisar o indicador de forma estratificada (por setor, categoria profissional).</li> </ul> |      |      |

| NOME DO INDICADOR: TAXA DE ADEÇÃO ÀS AÇÕES FORMATIVAS, DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA |                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| EIXO TEMÁTICO                                                                              | MACROPROBLEMA                                                                             | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | META ESTRATÉGICA (SMART)                                                                    |
| Desenvolvimento do capital humano                                                          | Déficit de capacitação técnica, gerando insegurança na atuação das práticas assistenciais | Fortalecer as competências técnicas, comportamentais e gerenciais dos profissionais, por meio de programas estruturados de educação permanente e continuada, vinculados às necessidades assistenciais e à cultura de excelência                                                                                                                                                                                                            | Alcançar, em 3 anos, no mínimo 80% de adesão às ofertas de educação permanente e continuada |
| <b>Conceito</b>                                                                            |                                                                                           | Mede o percentual de profissionais que participaram das ações formativas ofertadas no período, em relação ao total de profissionais elegíveis/convocados (público-alvo).                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             |
| <b>Interpretação</b>                                                                       |                                                                                           | Valores mais elevados indicam maior engajamento das equipes e maior alcance das ações educativas. Resultados inferiores ao esperado podem sinalizar barreiras relacionadas à organização do processo de trabalho, compatibilidade de escala, comunicação das ações ou aderência dos temas às necessidades dos profissionais. A análise do indicador deve considerar o perfil do público-alvo e as especificidades operacionais da unidade. |                                                                                             |
| <b>Memória de cálculo</b>                                                                  |                                                                                           | Numerador: número total de profissionais participantes no período de análise;<br>Denominador: número total de profissionais elegíveis ou convocados no período de análise (público-alvo das ações); X 100.                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                             |
| <b>Unidade de medida</b>                                                                   |                                                                                           | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                             |
| <b>Fonte de dados</b>                                                                      |                                                                                           | Plataforma de educação (Universidade RioSaúde); Relatório sintético com o resultado; Dashboard gerencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |             |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Comprobatório</b>               | Plataforma de educação (Universidade RioSaúde); Relatório sintético com o resultado; Dashboard gerencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |
| <b>Frequência de monitoramento</b> | Trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |
| <b>Responsável</b>                 | Educação Permanente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |             |
| <b>Corresponsável</b>              | RH, Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |
| <b>Parâmetro/meta</b>              | <b>2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>2027</b> | <b>2028</b> |
|                                    | 70%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 75%         | ≤ 10%       |
| <b>Observações e comentários</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O indicador está condicionado à adequada definição do público-alvo e à formalização das ações formativas no período.</li> <li>• Deve-se assegurar o registro fidedigno da participação dos profissionais, com base em listas de presença ou sistemas institucionais.</li> <li>• O cálculo do indicador será realizado a partir da quantificação do público-alvo definido para cada ação educativa no período em análise, em comparação com o respectivo registro de frequência dos participantes. Dessa forma, a taxa de adesão refletirá a proporção de profissionais que efetivamente participaram das ações em relação ao total previsto como público-alvo, considerando cada atividade realizada.</li> <li>• A interpretação dos resultados deve considerar possíveis limitações operacionais, como cobertura assistencial, dimensionamento de equipes e liberação de profissionais para participação nas atividades, especialmente em unidades de urgência e emergência.</li> </ul> |             |             |

| NOME DO INDICADOR: TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EIXO TEMÁTICO                                 | MACROPROBLEMA                                                                                                                                                                                | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | META ESTRATÉGICA (SMART)                                                                                    |
| Assistência e experiência do usuário          | Superlotação das salas internas e consultórios, comprometendo a segurança do paciente, a qualidade da assistência, as condições de trabalho das equipes e a adequada utilização dos recursos | Otimizar a gestão do fluxo assistencial, visando reduzir a superlotação e o tempo de permanência, garantindo segurança e qualidade no atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Garantir que, anualmente, o tempo médio de permanência mantenha-se $\leq 4$ dias durante os próximos 3 anos |
| Conceito                                      |                                                                                                                                                                                              | Mede o tempo médio, em dias, que os usuários permanecem na unidade entre o momento da admissão/acolhimento e a alta, transferência, evasão ou óbito. Trata-se de um indicador de desempenho assistencial e operacional que reflete a capacidade de fluxo da unidade, a resolutividade do atendimento e a articulação com a rede de atenção à saúde.                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                             |
| Interpretação                                 |                                                                                                                                                                                              | Tempos médios menores podem indicar maior resolutividade, adequada organização dos processos de trabalho e efetividade na regulação e encaminhamento dos pacientes. Tempos médios elevados podem sinalizar sobrecarga assistencial, permanência prolongada de pacientes em observação, dificuldades de acesso à internação hospitalar, insuficiência de retaguarda na rede, atrasos diagnósticos ou terapêuticos e gargalos operacionais. A análise do indicador deve considerar o perfil epidemiológico e de gravidade dos pacientes atendidos, sazonalidades, disponibilidade de leitos de retaguarda e características da rede de saúde local. |                                                                                                             |
| Memória de cálculo                            |                                                                                                                                                                                              | <p>Numerador: número total de pacientes-dia no período</p> <p>Denominador: número total de saídas (altas, transferências, evasões e óbitos) no período.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                             |
| Unidade de medida                             |                                                                                                                                                                                              | Dias                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                             |
| Fonte de dados                                |                                                                                                                                                                                              | Timed                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                             |
| Comprobatório                                 |                                                                                                                                                                                              | Relatórios Timed                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                             |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Frequência de monitoramento</b> | Mensal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |             |
| <b>Responsável</b>                 | NIR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |             |
| <b>Corresponsável</b>              | Coordenação e superintendência médica, Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |             |
| <b>Parâmetro/meta</b>              | <b>2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>2027</b> | <b>2028</b> |
|                                    | ≤ 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ≤ 4%        | ≤ 4         |
| <b>Observações e comentários</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O indicador é calculado a partir da razão entre o total de pacientes-dia e o total de saídas (altas, transferências, evasões e óbitos, conforme critério adotado pela instituição) no período analisado. Para fins de apuração, considera-se como paciente-dia a permanência do usuário na unidade, contabilizando desde a admissão até a saída.</li> <li>• Recomenda-se a padronização dos critérios de contabilização da permanência e das saídas, especialmente em relação aos pacientes admitidos e não desligados no período, transferências internas, evasões e óbitos, a fim de garantir consistência e comparabilidade da série histórica.</li> </ul> |             |             |

| NOME DO INDICADOR: PERCENTUAL DE REQUISITOS DA ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL ATENDIDOS |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EIXO TEMÁTICO                                                                      | MACROPROBLEMA                                                                                                                                           | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                                                                                               | META ESTRATÉGICA (SMART)                                                                                                                    |
| Assistência e experiência do usuário                                               | Ausência de uma cultura de segurança e qualidade, com baixa adesão dos profissionais aos protocolos assistenciais, que impacta no resultado sustentável | Alinhar os padrões institucionais da RioSaúde às diretrizes internacionais de qualidade, segurança do paciente, padronização assistencial, melhoria contínua e integração dos processos organizacionais                                                                                            | Garantir que o percentual de requisitos da acreditação internacional atendidos se mantenha entre 75% e 100%, a depender do ciclo avaliativo |
| <b>Conceito</b>                                                                    |                                                                                                                                                         | Mede o grau de conformidade do hospital em relação aos requisitos e padrões estabelecidos pela acreditadora internacional adotada, refletindo o nível de maturidade institucional, a aderência às boas práticas de gestão e assistência e a preparação do hospital para o processo de acreditação. |                                                                                                                                             |
| <b>Interpretação</b>                                                               |                                                                                                                                                         | <p>≥ 90%: Alto nível de conformidade e prontidão para avaliação externa.</p> <p>75% a 89%: Conformidade satisfatória, com pontos de melhoria identificados.</p> <p>&lt; 75%: Nível de conformidade insuficiente, indicando necessidade de intervenções estruturantes.</p>                          |                                                                                                                                             |
| <b>Memória de cálculo</b>                                                          |                                                                                                                                                         | <p>Numerador: número total de requisitos/padrões atendidos;</p> <p>Denominador: número total de requisitos/padrões aplicáveis; X 100.</p>                                                                                                                                                          |                                                                                                                                             |
| <b>Unidade de medida</b>                                                           |                                                                                                                                                         | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |
| <b>Fonte de dados</b>                                                              |                                                                                                                                                         | Relatórios/planos de ação da Qualidade; Instituição acreditadora; Dashboard assistencial                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                             |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |             |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Comprobatório</b>               | Relatórios/planos de ação da Qualidade;<br>Avaliação da Instituição acreditadora; capturas de telas do Dashboard assistencial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |             |
| <b>Frequência de monitoramento</b> | Semestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |
| <b>Responsável</b>                 | Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |
| <b>Corresponsável</b>              | CGE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |             |
| <b>Parâmetro/meta</b>              | <b>2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>2027</b> | <b>2028</b> |
|                                    | ≥ 75%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%        | ≥ 75%       |
| <b>Observações e comentários</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para cálculo do indicador, serão considerados como número total de requisitos/padrões aplicáveis, de acordo com o relatório de acompanhamento da visita de dezembro da Qmentum.</li> <li>• Devem ser considerados apenas os requisitos aplicáveis ao perfil assistencial e organizacional da unidade.</li> <li>• A avaliação do atendimento aos requisitos deve seguir critérios objetivos e previamente pactuados, evitando subjetividade.</li> <li>• Recomenda-se registrar evidências documentais para cada requisito atendido, facilitando auditorias internas e externas.</li> <li>• O indicador deve ser analisado em conjunto com o plano de ação da acreditação, permitindo priorização de intervenções nos requisitos não atendidos.</li> <li>• Incluir anexo com a listagem dos requisitos aplicáveis.</li> </ul> |             |             |

| NOME DO INDICADOR: PERCENTUAL DE NOVOS COLABORADORES COM ONBOARDING INSTITUCIONAL REALIZADO |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EIXO TEMÁTICO                                                                               | MACROPROBLEMA                                                                                                                  | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | META ESTRATÉGICA (SMART)                                                                                                             |
| Gestão e inovação                                                                           | Falha na comunicação efetiva, gerando dificuldade na continuidade do cuidado de qualidade e seguro e na eficiência operacional | Promover uma comunicação interna eficiente, transparente e colaborativa, que fortaleça a cultura organizacional e estimule o engajamento dos colaboradores, garantindo que informações relevantes circulem de maneira clara, oportuna e acessível                                                                                                                                                                                                                | Garantir que o percentual de novos colaboradores com onboarding institucional realizado alcance, no mínimo, 95%, nos próximos 3 anos |
| Conceito                                                                                    |                                                                                                                                | Mede a proporção de novos colaboradores que participaram do onboarding institucional definido pela organização, dentro do período e dos critérios estabelecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                      |
| Interpretação                                                                               |                                                                                                                                | <p>Valores elevados indicam que a instituição está conseguindo integrar adequadamente seus novos colaboradores, promovendo alinhamento com a missão, visão, valores, normas e processos institucionais desde o ingresso.</p> <p>Valores baixos podem sinalizar fragilidades no processo de integração, riscos de desalinhamento institucional, dificuldades operacionais na oferta do onboarding ou falhas no registro e monitoramento das etapas previstas.</p> |                                                                                                                                      |
| Memória de cálculo                                                                          |                                                                                                                                | <p>Numerador: número total de novos colaboradores com onboarding realizado;</p> <p>Denominador: número total de novos colaboradores no período; X 100.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                      |
| Unidade de medida                                                                           |                                                                                                                                | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                      |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |             |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Fonte de dados</b>              | Relatórios de admissão; listas de presença; planilhas de controle interno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |             |
| <b>Comprobatório</b>               | Relatórios de admissão; listas de presença; planilhas de controle interno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |             |
| <b>Frequência de monitoramento</b> | Trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |             |
| <b>Responsável</b>                 | Superintendência de Operações, Qualidade, Educação Permanente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |             |
| <b>Corresponsável</b>              | Divisão de Ensino e Pesquisa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |             |
| <b>Parâmetro/meta</b>              | <b>2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>2027</b> | <b>2028</b> |
|                                    | ≥ 80%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ≥ 90%       | ≥ 95%       |
| <b>Observações e comentários</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• É fundamental que o conceito de “onboarding institucional realizado” esteja definido, de modo a proporcionar clareza quanto a contabilização do numerador.</li> <li>• Recomenda-se padronizar os registros de participação e conclusão (listas de presença, certificados, relatórios de plataforma de ensino, termos assinados), garantindo rastreabilidade para fins de monitoramento e auditoria.</li> </ul> |             |             |

**NOME DO INDICADOR: PERCENTUAL DE SESSÕES CLÍNICAS  
REALIZADAS CONFORME CRONOGRAMA INSTITUCIONAL**

| EIXO TEMÁTICO             | MACROPROBLEMA                                                                                                                  | OBJETIVO ESTRATÉGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | META ESTRATÉGICA (SMART)                                                                                                           |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gestão e inovação         | Falha na comunicação efetiva, gerando dificuldade na continuidade do cuidado de qualidade e seguro e na eficiência operacional | Promover uma comunicação interna eficiente, transparente e colaborativa, que fortaleça a cultura organizacional e estimule o engajamento dos colaboradores, garantindo que informações relevantes circulem de maneira clara, oportuna e acessível                                                                                                                                                                                                                | Garantir que o percentual de sessões clínicas realizadas conforme cronograma institucional mantenha-se em 100% nos próximos 3 anos |
| <b>Conceito</b>           |                                                                                                                                | Mede a proporção de sessões clínicas efetivamente realizadas em conformidade com o cronograma institucional previamente estabelecido, considerando frequência, periodicidade e critérios definidos pela organização.                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                    |
| <b>Interpretação</b>      |                                                                                                                                | Valores elevados indicam boa adesão das equipes assistenciais e de gestão clínica às rotinas institucionais de discussão, planejamento e qualificação do cuidado, refletindo fortalecimento da cultura de segurança, ensino e melhoria contínua.<br><br>Valores baixos podem apontar fragilidades na organização do trabalho, conflitos de agenda, sobrecarga assistencial, falhas de coordenação ou baixa priorização dos espaços formais de discussão clínica. |                                                                                                                                    |
| <b>Memória de cálculo</b> |                                                                                                                                | Numerador: número total de sessões clínicas realizadas;<br><br>Denominador: número total de sessões clínicas planejadas; X 100.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                    |
| <b>Unidade de medida</b>  |                                                                                                                                | Percentual (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                    |
| <b>Fonte de dados</b>     |                                                                                                                                | Programação/cronograma; listas de presença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |             |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>Comprobatório</b>               | Programação/cronograma; listas de presença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |
| <b>Frequência de monitoramento</b> | Trimestral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |             |
| <b>Responsável</b>                 | Qualidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |             |
| <b>Corresponsável</b>              | Núcleo de Segurança do Paciente, Educação Permanente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |             |
| <b>Parâmetro/meta</b>              | <b>2026</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>2027</b> | <b>2028</b> |
|                                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%        | 100%        |
| <b>Observações e comentários</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O cronograma institucional de sessões clínicas deve estar formalizado, amplamente divulgado e atualizado, servindo como referência oficial para o monitoramento do indicador.</li> <li>• É importante definir claramente o que será considerado como “realizado conforme cronograma” (ex: realização na data prevista, tolerância para remarcações, quórum mínimo, registro formal da atividade).</li> <li>• Recomenda-se padronizar os registros comprobatórios, como atas, listas de presença etc., garantindo consistência e auditabilidade.</li> <li>• Anexar o cronograma.</li> </ul> |             |             |



RioSaúde



**RioSaudeOficial**



**riosaudefeitura.rio**