



PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO **2025•2028**

HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA

PLANO DIRETOR
ESTRATÉGICO
2025•2028

HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA

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

HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA

Coordenador Geral de Emergencial

Sormane Mattos

Coordenador Geral de Administração

Carlos Gustavo Veit

Divisão Médica

Rivelino Trindade

Divisão de Enfermagem

Renata Mattos

Divisão Multidisciplinar

Rebeca Paes

Divisão de Ambulatório

Allan Melino

Luciana Ribeiro

Divisão de Operações

Carlos Marins

Divisão de Recursos Humanos

Simone Rocha

Divisão de Ensino e Pesquisa

Edson Menezes

Divisão de Qualidade

Giovanna Asturi

Divisão de Logística e Suprimentos

Ana Paula Motta

Divisão de Comunicação

Wesley Santos

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
Definição dos objetivos e metas estratégicas.....	13
Construção e validação da matriz de indicadores	14
Elaboração e validação dos objetivos, metas e indicadores estratégicos	14
Identidade estratégica.....	17
Monitoramento e governança do plano	19
Modelo de monitoramento estratégico	19
Governança do Plano Diretor Estratégico	20
Referências	21
Anexos	25
Anexo I	26
Mapa Estratégico RioSaúde 2025-2028.....	27
Mapa Estratégico HMRG 2025-2028	28
Anexo II	29
Modelo de plano de ação	30
Anexo III	33
Modelo de projeto estratégico	34
Anexo IV	37
Fichas técnicas dos indicadores.....	38

APRESENTAÇÃO

A Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro (RioSaúde) desempenha um papel central na organização e na administração da assistência à saúde no município do Rio de Janeiro, estabelecendo-se como uma instituição estratégica no enfrentamento dos desafios da saúde pública. Criada para trazer agilidade e eficiência à gestão das unidades de saúde municipais, a RioSaúde permite executar ações rápidas e direcionadas, algo crucial para atender à alta complexidade e o volume crescente de demandas em um município extenso e populoso como o Rio de Janeiro. Sua atuação fortalece o modelo de gestão pública com uma abordagem moderna, integrando recursos, otimizando processos e garantindo serviços mais ágeis e humanizados.

Sob a administração da RioSaúde, o Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG) consolidou-se como importante equipamento da rede pública de saúde, sendo atualmente o maior hospital de retaguarda do município e o maior prestador de serviços cirúrgicos da rede municipal. Inserido na área programática 3.3, caracteriza-se como hospital geral e possui 425 leitos totais, sendo 245 leitos de UTI. Com atendimentos de média e alta complexidade, o hospital executa serviços ambulatoriais, hospitalares, clínicos, cirúrgicos e de apoio diagnóstico.

Diante de tal complexidade, o **Plano Diretor Estratégico (PDE) 2025–2028 do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla** representa mais do que um instrumento formal de planejamento. Constitui-se como um marco de amadurecimento institucional, consolidando uma trajetória orientada à gestão por resultados, à inovação em saúde pública e à valorização das pessoas como elemento central para a transformação organizacional.

Alinhado ao Plano Estratégico Institucional da RioSaúde, o presente documento traduz, para o contexto do hospital, as diretrizes estratégicas da empresa, respeitando suas especificidades assistenciais, operacionais e territoriais. Trata-se de um desdobramento estruturado, que preserva a coerência institucional ao mesmo tempo em que fortalece a capacidade local de resposta aos desafios da assistência hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A construção deste plano foi pautada em uma abordagem participativa, envolvendo profissionais de diferentes áreas e níveis hierárquicos, o que garantiu não apenas a legitimidade do processo, mas também o alinhamento entre estratégia e prática cotidiana. As oficinas de planejamento, a escuta qualificada dos colaboradores e a validação dos indicadores estratégicos evidenciam o compromisso institucional com a coprodução de valor e com o fortalecimento de uma cultura organizacional baseada no diálogo, na transparência e na corresponsabilização.

Nesse contexto, o PDE também se insere como instrumento de promoção da cultura de planejamento, consolidando avanços já observados nos ciclos anteriores e ampliando a capacidade do hospital de estruturar, monitorar e aprimorar suas ações de forma sistemática. Mais do que definir metas, o plano estabelece uma lógica contínua de aprendizado organizacional, na qual dados, indicadores e evidências passam a orientar a tomada de decisão em todos os níveis da instituição. A estratégia aqui apresentada se ancora em três pilares fundamentais:

- **Qualificação da assistência e da experiência do usuário, com foco na segurança do paciente, na redução de riscos e na melhoria contínua da qualidade assistencial;**
- **Fortalecimento da governança e dos processos institucionais, promovendo maior integração, transparência e efetividade na gestão;**
- **Valorização e desenvolvimento do capital humano, reconhecendo os profissionais como protagonistas na construção de resultados sustentáveis.**

Além disso, o hospital vem avançando na implementação de iniciativas estruturantes que dialogam diretamente com os objetivos estratégicos estabelecidos, como a organização de fluxos assistenciais, o fortalecimento de protocolos clínicos e o desenvolvimento de projetos voltados à melhoria do acesso e da eficiência, a exemplo das iniciativas relacionadas à qualificação da jornada cirúrgica e à organização do cuidado ao paciente.

Esses movimentos refletem um hospital em processo de transformação, que busca não apenas responder às demandas assistenciais, mas também se posicionar como uma instituição capaz de inovar, aprender e evoluir continuamente.

Dessa forma, o Plano Diretor Estratégico 2025–2028 reafirma o compromisso do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla com a excelência na gestão pública em saúde, com a entrega de valor à população e com a construção de um ambiente organizacional mais integrado, eficiente e orientado para resultados.

ALINHAMENTO AO PLANO ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL DA RIOSAÚDE

O Plano Diretor Estratégico do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla está integralmente alinhado ao **Plano Estratégico Institucional da RioSaúde para o ciclo 2025–2028**, constituindo-se como seu desdobramento no nível operacional da unidade hospitalar.

Esse alinhamento não se restringe a uma correspondência formal de diretrizes, mas expressa uma conexão estruturada entre os diferentes níveis de planejamento – estratégico, tático e operacional – garantindo que as prioridades institucionais sejam traduzidas em ações concretas e resultados mensuráveis no contexto assistencial do hospital.

O Plano Estratégico Institucional da RioSaúde, inspirado na metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC), organiza a estratégia em perspectivas integradas – pessoas, processos, sociedade e sustentabilidade – estabelecendo direcionadores, objetivos, metas e indicadores que orientam a atuação da empresa no âmbito do SUS carioca. Nesse sentido, o PDE do hospital incorpora essa lógica estruturante, adaptando-a às suas especificidades e ao seu papel na rede municipal de saúde.

A construção do PDE respeitou, portanto, um modelo de desdobramento estratégico no qual:

- **A missão e os valores** institucionais foram integralmente preservados, assegurando unidade de propósito, identidade organizacional e coerência na atuação em toda a rede sob gestão plena da RioSaúde;
- **A visão de futuro** foi construída especificamente para o hospital, refletindo suas aspirações estratégicas, desafios locais e o posicionamento desejado no âmbito da rede municipal de saúde, mantendo, contudo, alinhamento com os princípios e direcionamentos institucionais;
- **Os eixos temáticos prioritários e os direcionadores estratégicos** foram adotados como referência, orientando a definição das prioridades locais e garantindo alinhamento com os grandes eixos de transformação organizacional da empresa;
- **Os objetivos estratégicos** foram desdobrados e adaptados, mantendo correspondência com os objetivos institucionais, ao mesmo tempo em que incorporam desafios específicos identificados no diagnóstico situacional do hospital;
- **Os indicadores e metas** foram construídos com base na matriz institucional, sendo ajustados para refletir a realidade operacional, a capacidade instalada e o perfil assistencial da unidade.

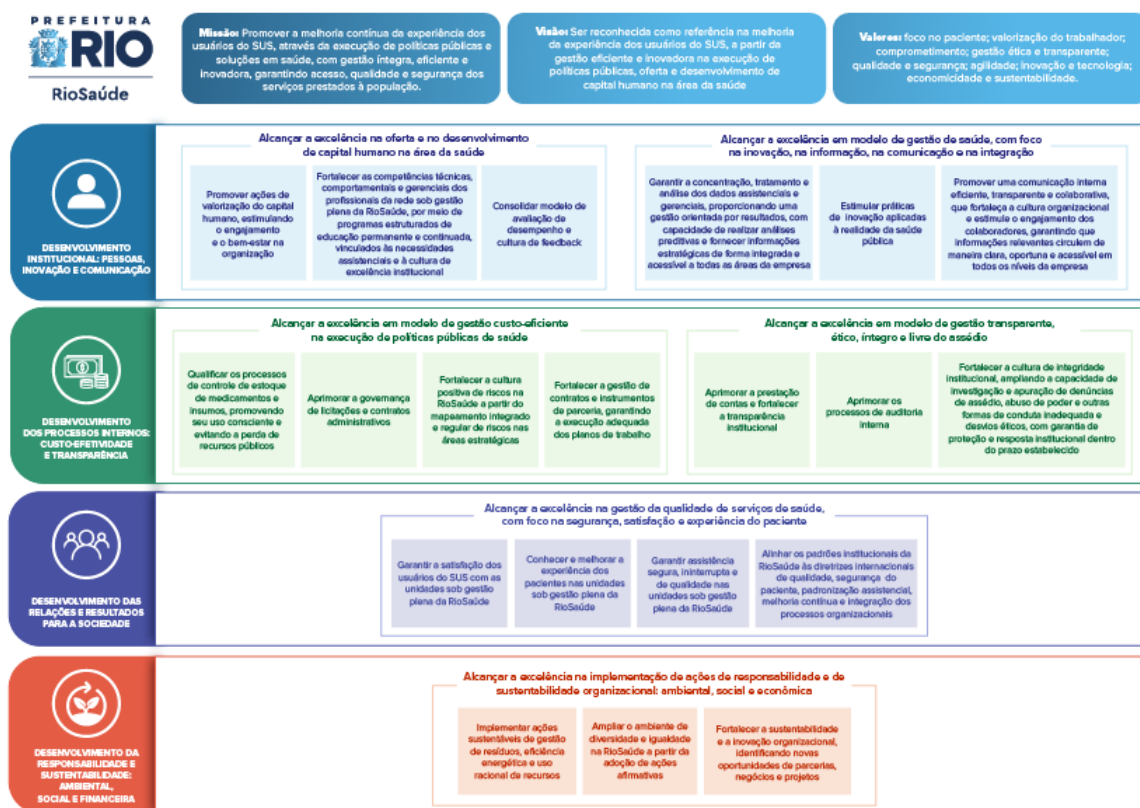
Esse processo assegura não apenas a coerência entre os planos, mas também a integração sistêmica da estratégia, permitindo que o desempenho do hospital contribua diretamente para o alcance dos resultados institucionais da RioSaúde.

Adicionalmente, o alinhamento estabelecido fortalece a governança organizacional ao possibilitar a padronização de conceitos, indicadores e metodologias de acompanhamento; a comparabilidade de resultados entre unidades; a consolidação de informações em nível corporativo; e a tomada de decisão baseada em evidências, com maior precisão e tempestividade.

Ao mesmo tempo, o PDE preserva a autonomia relativa do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla para priorizar ações e estruturar respostas compatíveis com sua realidade, considerando fatores como perfil epidemiológico, complexidade assistencial, dinâmica operacional e características do território em que está inserido.

Dessa forma, o plano estabelece um equilíbrio entre padronização institucional e customização local, elemento fundamental para garantir efetividade na implementação da estratégia em organizações complexas como a rede pública de saúde. Por fim, destaca-se que esse alinhamento contribui diretamente para o fortalecimento de uma cultura organizacional orientada por resultados, na qual o planejamento deixa de ser um exercício pontual e passa a constituir um processo contínuo, integrado e compartilhado entre os diferentes níveis da instituição.

Figura 1: Mapa Estratégico RioSaúde 2025-2028



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

PERCURSO METODOLÓGICO

A construção do PDE 2025–2028 do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, coordenada pelo Núcleo de Ações Estratégicas (NAE) da RioSaúde, foi conduzida a partir de um percurso metodológico estruturado, participativo e alinhado às diretrizes do Plano Estratégico Institucional.

Mais do que um conjunto de etapas formais, o processo representou uma jornada de construção coletiva, que integrou reflexão estratégica, análise da realidade institucional e definição de prioridades orientadas por dados e evidências. Essa abordagem buscou assegurar não apenas consistência técnica, mas também legitimidade, engajamento e aderência do plano ao cotidiano da organização.

Ao integrar **diagnóstico, participação, definição de prioridades e construção de indicadores**, o processo contribui para o fortalecimento da cultura de planejamento, a institucionalização do uso de dados na tomada de decisão, a melhoria da governança e da transparência e a construção de uma gestão orientada por resultados.

Nesse sentido, o PDE do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla não se limita a um documento estático, mas se configura como um dispositivo dinâmico, capaz de orientar a ação institucional, promover aprendizado contínuo e sustentar processos de melhoria ao longo do tempo.

O percurso metodológico foi estruturado em etapas sequenciais e interdependentes e reflete uma compreensão ampliada do planejamento estratégico, entendido não apenas como ferramenta de organização de metas, mas como instrumento de transformação organizacional. A descrição das etapas segue abaixo.

ELABORAÇÃO DA VISÃO DE FUTURO

A elaboração da **visão de futuro** do HMRG constituiu a etapa inaugural do percurso metodológico, estabelecendo as bases conceituais e os direcionadores para todo o processo de planejamento. Para tanto, foi realizada uma oficina específica, reunindo aproximadamente 30 participantes, representantes de diferentes áreas (assistenciais e administrativas) e níveis hierárquicos do hospital.

A oficina teve como objetivo construir, de forma participativa, a visão estratégica do hospital, como desdobramento da visão da RioSaúde, traduzindo-a para o contexto local a partir de **três atributos estruturantes: Gestão e inovação; Assistência e experiência do usuário; e Desenvolvimento do capital humano.**

Neste sentido, a visão definida de forma consensual pelo grupo expressa uma síntese qualificada das aspirações institucionais, refletindo o entendimento compartilhado dos participantes sobre o futuro desejado para o HMRG. A dinâmica adotada contribuiu para o fortalecimento do alinhamento institucional, da integração entre áreas e do engajamento das equipes, consolidando-se como etapa fundamental para a consistência e legitimidade do PDE.

VISÃO DE FUTURO DO HMRG 2025-2028

Ser referência em uma gestão inovadora, eficiente e participativa, sendo reconhecido no município do Rio de Janeiro por promover uma jornada do paciente segura e acolhedora, valorizando a gestão do conhecimento e seus talentos, a sustentabilidade e a responsabilidade social.

DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO E IDENTIFICAÇÃO DOS MACROPROBLEMAS

A etapa de diagnóstico estratégico teve como objetivo identificar, de forma estruturada e participativa, os principais desafios institucionais que impactam o desempenho organizacional e a capacidade do hospital de alcançar a visão de futuro definida. Essa fase buscou consolidar uma leitura crítica da realidade do hospital, articulando fragilidades, potencialidades e fatores condicionantes, a partir do desenvolvimento de oficina específica de **identificação e priorização dos macroproblemas**, com a participação de representantes da alta gestão, chefias e profissionais assistenciais do hospital.

Esse processo resultou na definição de um conjunto enxuto de macroproblemas estratégicos, organizados por **eixo temático - gestão e inovação; assistência e experiência do usuário; e desenvolvimento do capital humano** - assegurando foco e direcionamento para a etapa seguinte do planejamento.

Quadro 1: Macroproblemas priorizados, por eixo temático:

EIXO TEMÁTICO	MACROPROBLEMA
Desenvolvimento do capital humano	Baixo engajamento e pertencimento dos profissionais, impactando diretamente na qualidade assistencial, na produtividade e no clima organizacional

Assistência e experiência do usuário	Alta taxa de mortalidade, impactando na credibilidade do hospital e desmotivando as equipes
	Ausência de uma cultura de segurança e qualidade, com baixa adesão dos profissionais aos protocolos assistenciais, que impacta no resultado sustentável
Gestão e inovação	Comunicação efetiva insuficiente, ocasionando falta de transparência e conflitos internos
	Fragilidade na gestão de processos, levando à descontinuidade das ações planejadas e impactando na efetividade da governança colaborativa

Ainda durante a oficina, a partir dos macroproblemas priorizados, foi realizada análise aprofundada de suas **causas estruturantes**, com o objetivo de identificar os fatores críticos que sustentam os desafios identificados. Como etapa complementar, os grupos propuseram **soluções iniciais** para os macroproblemas, ainda em caráter preliminar, mas com a finalidade de iniciar a transição entre o diagnóstico e a formulação estratégica, permitindo que os participantes refletissem não apenas sobre os problemas, mas também sobre caminhos possíveis para a sua superação.

Sendo assim, a partir do processo conduzido, foi possível consolidar uma **síntese do diagnóstico institucional do hospital**, estruturada em torno de seus principais **desafios** estratégicos. Essa síntese evidencia que os macroproblemas identificados não se apresentam de forma isolada, mas refletem questões estruturais interdependentes, relacionadas a:

- Fragilidades nos processos de comunicação e governança;
- Desafios na consolidação de uma cultura de qualidade e segurança assistencial;
- Limitações na gestão de pessoas, com impactos sobre engajamento e retenção de profissionais;
- Necessidade de aprimoramento da organização dos processos assistenciais.

Ao mesmo tempo, o processo de diagnóstico revelou importantes **potencialidades** institucionais, como:

- Capacidade de mobilização das equipes;
- Existência de iniciativas estruturantes em curso;
- Disponibilidade de instrumentos de gestão e monitoramento em processo de consolidação.

Essa leitura integrada, que articula **desafios e potencialidades**, constitui a base para a definição dos objetivos estratégicos do hospital, orientando a priorização de ações e a alocação de esforços ao longo do ciclo de planejamento. A abordagem adotada favoreceu uma leitura sistêmica da organização, superando análises fragmentadas e fortalecendo a compreensão das interdependências entre processos, equipes e resultados.

DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E METAS ESTRATÉGICAS

A etapa de definição dos objetivos e metas estratégicas do HMRG foi estruturada a partir da síntese do diagnóstico institucional e do conjunto de macroproblemas identificados, constituindo o elo entre a análise da realidade e a proposição de transformações organizacionais no horizonte do plano.

Em alinhamento com o Plano Estratégico Institucional da RioSaúde, os **objetivos estratégicos** foram compreendidos como declarações que expressam os resultados a serem alcançados pela organização, traduzindo, de forma clara e direcionada, as mudanças necessárias para o enfrentamento dos desafios identificados.

Já as **metas estratégicas** foram definidas como a quantificação desses resultados ao longo do tempo, estabelecendo parâmetros mensuráveis que permitem acompanhar o progresso institucional e avaliar o grau de alcance dos objetivos propostos.

a) **Construção 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 a um ou mais macroproblemas identificados; refletir uma transformação desejada no contexto institucional; manter alinhamento com os direcionadores e objetivos do plano institucional; e dialogar com os eixos temáticos prioritários do hospital. A formulação dos objetivos seguiu padrão técnico, com uso de verbos no infinitivo e foco em resultados, buscando expressar de forma clara a direção estratégica a ser perseguida. Esse processo resultou em um conjunto estruturado de objetivos organizados por eixo temático, garantindo equilíbrio entre as dimensões de gestão, assistência e desenvolvimento do capital humano.

b) **Definição das metas estratégicas:** a partir dos objetivos definidos, foram estabelecidas metas estratégicas associadas, com o objetivo de traduzir as transformações esperadas em resultados mensuráveis ao longo do ciclo de planejamento. As metas foram definidas considerando o desempenho atual do hospital (linha de base); o nível de ambição institucional, em consonância com a visão de futuro; a viabilidade operacional e a capacidade de execução das equipes; e o horizonte temporal do plano (2025–2028). Adotou-se uma lógica de evolução progressiva das metas, permitindo acompanhar o desenvolvimento institucional de forma contínua e realista, ao mesmo tempo em que se estimula a melhoria de desempenho ao longo do tempo.

A construção conjunta de objetivos e metas permitiu consolidar uma estrutura estratégica integrada, na qual **cada objetivo possui desdobramento direto em metas mensuráveis**, favorecendo a clareza

na comunicação da estratégia; o alinhamento entre as áreas e as equipes; e a vinculação entre planejamento e execução. Essa integração reforça o caráter orientado a resultados do PDE, ao estabelecer uma relação direta entre os desafios identificados, as transformações propostas e os resultados esperados.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA MATRIZ DE INDICADORES

A etapa de construção da matriz de indicadores do HMRG teve como objetivo estabelecer os instrumentos de mensuração necessários ao acompanhamento das metas estratégicas definidas, assegurando a capacidade institucional de monitorar o desempenho e orientar a tomada de decisão com base em evidências.

Em consonância com o Plano Estratégico Institucional da RioSaúde, os indicadores estratégicos foram compreendidos como ferramentas de mensuração das metas, permitindo avaliar, de forma objetiva e sistemática, o grau de alcance dos resultados propostos ao longo do ciclo do planejamento.

a) **Construção da matriz de indicadores:** a definição dos indicadores partiu diretamente dos objetivos e metas estratégicas, garantindo coerência entre o que será efetivamente monitorado. Para cada meta estratégica, foram selecionados indicadores capazes de refletir o desempenho institucional de forma fidedigna; permitir acompanhamento periódico; subsidiar a tomada de decisão gerencial; e dialogar com a matriz institucional da RioSaúde. A matriz considerou, ainda, critérios como clareza conceitual; viabilidade de mensuração; disponibilidade e confiabilidade dos dados; sensibilidade à variação de desempenho; e relevância estratégica. Esse processo resultou em uma matriz de **oito indicadores**, alinhada às prioridades institucionais e adequada à realidade operacional do hospital.

b) **Validação participativa da matriz de indicadores:** como estratégia de fortalecimento da cultura de planejamento e ampliação da participação e do engajamento institucional, a matriz de indicadores foi submetida a um processo estruturado de validação junto aos colaboradores do hospital. A validação foi realizada por meio de pesquisa institucional, que contou com a **participação de 257 colaboradores**, abrangendo diferentes áreas e níveis hierárquicos da organização, o que possibilitou a incorporação de múltiplas perspectivas na qualificação dos indicadores propostos. O instrumento de pesquisa foi estruturado de modo a avaliar, para cada indicador, aspectos como clareza e compreensão do conceito; relevância para o contexto institucional; aplicabilidade na prática assistencial e gerencial; e adequação como ferramenta de monitoramento estratégico. Os resultados obtidos evidenciaram elevado grau de concordância dos participantes em relação à matriz proposta, indicando forte aderência dos indicadores à realidade do hospital e às prioridades estratégicas definidas. Além da validação quantitativa, o processo possibilitou a coleta de contribuições qualitativas dos participantes, permitindo o aprimoramento conceitual de alguns indicadores e o ajuste de suas definições operacionais, reforçando sua aplicabilidade no contexto da gestão cotidiana. A expressiva participação dos colaboradores e o alto nível de concordância observado **(93% consideraram a matriz adequada e muito adequada)**, conferem legitimidade institucional à matriz de indicadores,

além de evidenciarem o alinhamento entre o planejamento estratégico e a percepção das equipes sobre os principais elementos a serem monitorados. Esse movimento contribui, ainda, para o fortalecimento de uma cultura organizacional orientada por dados e resultados, na qual os indicadores deixam de ser instrumentos restritos à gestão e passam a ser compreendidos como ferramentas compartilhadas de acompanhamento do desempenho 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 no hospital	Garantir que a satisfação do capital humano alcance a excelência (acima de +50) em até 3 anos	Employee Net Promoter Score (eNPS)
		Reduzir o absenteísmo, mantendo em, no máximo, 5% por ano, nos próximos 3 anos	Taxa de absenteísmo
Assistência e experiência do usuário	Alinhar os padrões institucionais da RioSaúde e do HMRG às diretrizes internacionais de qualidade, segurança do paciente, padronização assistencial, melhoria contínua e integração dos processos organizacionais	Garantir que em até 3 anos, o percentual de óbitos por infecção hospitalar em UTI seja de, no máximo, 10%	Percentual de óbitos por infecção hospitalar em UTI
		Garantir que a proporção de eventos adversos com desfecho óbito mantenha-se zerada nos próximos 3 anos	Índice de evento adverso grave e EAG com dano óbito
		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
	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	Garantir que o percentual de processos críticos (ROPs) monitorados com indicadores definidos e acompanhamento regular mantenha-se em 100% nos próximos 3 anos	Percentual de processos críticos (ROPs) monitorados com indicadores definidos e acompanhamento regular

* 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

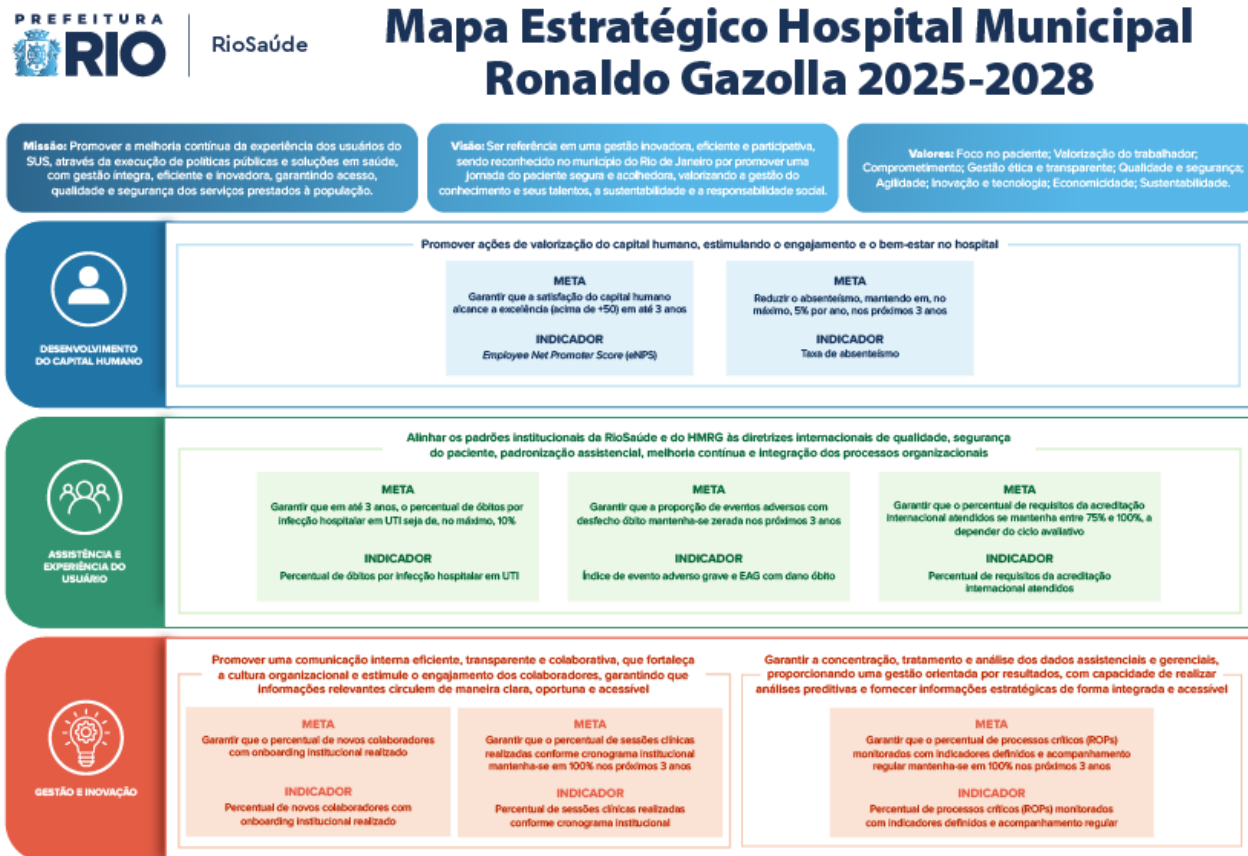


A identidade estratégica do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla para o ciclo 2025-2028 expressa a síntese do percurso metodológico desenvolvido e traduz, de forma integrada, o direcionamento institucional da unidade em consonância com o Plano Estratégico Institucional da RioSaúde. Fundamentada **na missão e nos valores institucionais**, e orientada por uma **visão de futuro construída de forma participativa**, a estratégia do hospital reflete o compromisso com a **qualificação da assistência, o fortalecimento da gestão e a valorização do capital humano** como elementos centrais para a geração de valor no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A partir do diagnóstico estratégico realizado, foram definidos **eixos temáticos** prioritários e **objetivos estratégicos** diretamente vinculados aos principais desafios institucionais, acompanhados de **metas e indicadores** que permitem mensurar o desempenho e orientar a atuação das equipes ao longo do ciclo do plano. Essa arquitetura estratégica foi estruturada de modo a garantir coerência entre análise, planejamento e execução, assegurando que as transformações propostas estejam ancoradas na realidade organizacional e alinhadas às diretrizes corporativas. Ao mesmo tempo, a **construção participativa** desses elementos contribui para o fortalecimento do engajamento institucional e da corresponsabilização pelos resultados.

A síntese dessa estratégia está representada no **mapa estratégico** do hospital, que explicita as relações de causa e efeito entre os objetivos definidos e sua contribuição para o alcance da visão de futuro. O mapa organiza a estratégia em perspectivas interdependentes, evidenciando que o desenvolvimento do capital humano e o fortalecimento da gestão e dos processos constituem fundamentos essenciais para a qualificação da assistência e da experiência do usuário. Dessa forma, o mapa estratégico não apenas comunica o direcionamento institucional, mas também orienta a priorização de ações e a integração dos esforços organizacionais, consolidando-se como instrumento central para a implementação da estratégia no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla.

Figura 2: Mapa Estratégico Hospital Municipal Ronaldo Gazolla 2025 – 2028:



MONITORAMENTO E GOVERNANÇA DO PLANO

MODELO DE MONITORAMENTO ESTRATÉGICO

O monitoramento do Plano Diretor Estratégico do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla 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, os indicadores estratégicos 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.

O presente PDE adota como **eixo estruturante de monitoramento a análise sistemática dos indicadores estratégicos**, permitindo uma leitura direta dos resultados alcançados e de sua evolução ao longo do tempo. 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 compreendem momentos regulares de discussão entre as áreas responsáveis, nos quais os resultados são 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**.

A análise sistemática dos resultados permitirá identificar oportunidades de aprimoramento, redirecionar esforços e apoiar a tomada de decisão em todos os níveis da organização. Nesse contexto, **os indicadores estratégicos atuam como elementos centrais de retroalimentação do processo de gestão**, conectando planejamento, execução e avaliação.

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. Ao integrar monitoramento, decisão e ação, o HMRG avança na consolidação de uma gestão mais eficiente, transparente e orientada para resultados, em alinhamento com os princípios da RioSaúde.

GOVERNANÇA DO PLANO DIRETOR ESTRATÉGICO

A governança do PDE será estruturada de forma **compartilhada entre a gestão local do HMRG**, representada pela Divisão 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 hospital** não apenas coordenar o **acompanhamento dos indicadores estratégicos**, mas também 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, como gestão central, 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.

Esse modelo de governança estabelece uma clara distinção e complementaridade de papéis: Enquanto o nível central se concentra no monitoramento dos resultados por meio de indicadores, o nível local amplia esse acompanhamento ao incluir a gestão das iniciativas necessárias ao alcance das metas, promovendo maior efetividade na execução da estratégia.

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

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

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 HMRG 2025-2028

Assessoria da Presidência

Augusto César Neno

Cida Gusso

Núcleo de Qualidade

Tatiana Melgaço

Hospital Municipal Ronaldo Gazolla

Sormane de Mattos Dias

Rivelino Trindade de Azevedo

Giovanna Asturi

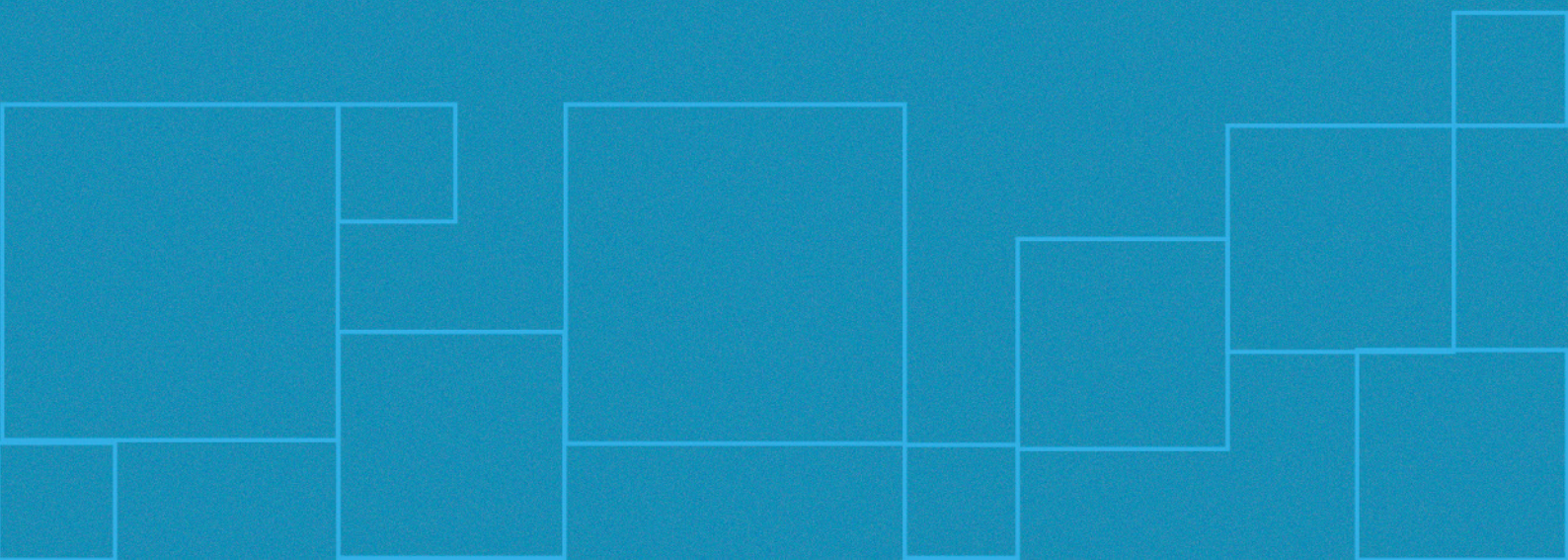
Renata Matos Teixeira

Simone de Moura da Rocha

Participaram ativamente da elaboração deste Plano

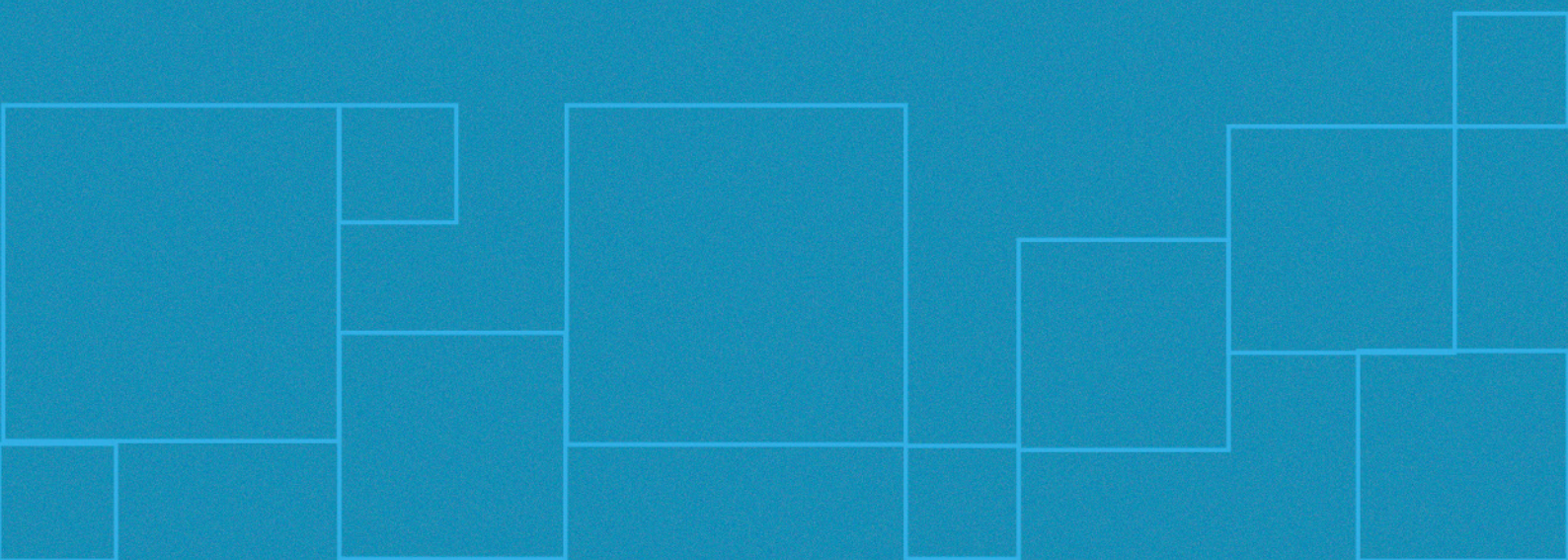
Alessandrea Lopes
Ana Beatriz Conrado
Ana Paula Motta
Ana Paula Pessanha
Andrea Andrade
Bianca Amorim
Camila Souza
Carlos Marins
Daniel Silva
Daniela Basilio
Danielle Furtado
Débora Burity
Débora Vilaça
Emylim Lobo
Etiani Silva
Carlos Gustavo Veit
Henrique Magalhães
Janaina Moura
João Marcelo Kronemberg
Jonas Campos
Lucas Oliveira
Luciana Ribeiro
Luiz Claudio Teixeira
Marcelle Corrêa
Marcelo Ferreira
Marco Antonio Cerqueira
Marco Antonio Marques
Maria Gomes
Michele Cyrne
Rebeca Paes
Samuel Rodrigues
Suzana Silva
Tabata Ranieri

ANEXOS



ANEXO I

MAPAS ESTRATÉGICOS



MAPA ESTRATÉGICO RIOSAÚDE 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 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 Hospital Municipal Ronaldo Gazolla 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 referência em uma gestão inovadora, eficiente e participativa, sendo reconhecido no município do Rio de Janeiro por promover uma jornada do paciente segura e acolhedora, valorizando a gestão do conhecimento e seus talentos, a sustentabilidade e a responsabilidade social.

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 bem-estar no hospital

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



ASSISTÊNCIA E
EXPERIÊNCIA DO
USUÁRIO

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

META

Garantir que em até 3 anos, o percentual de óbitos por infecção hospitalar em UTI seja de, no máximo, 10%

INDICADOR

Percentual de óbitos por infecção hospitalar em UTI

META

Garantir que a proporção de eventos adversos com defeito óbito mantenha-se zerada nos próximos 3 anos

INDICADOR

Índice de evento adverso grave e EAG com dano óbito

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

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

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

META

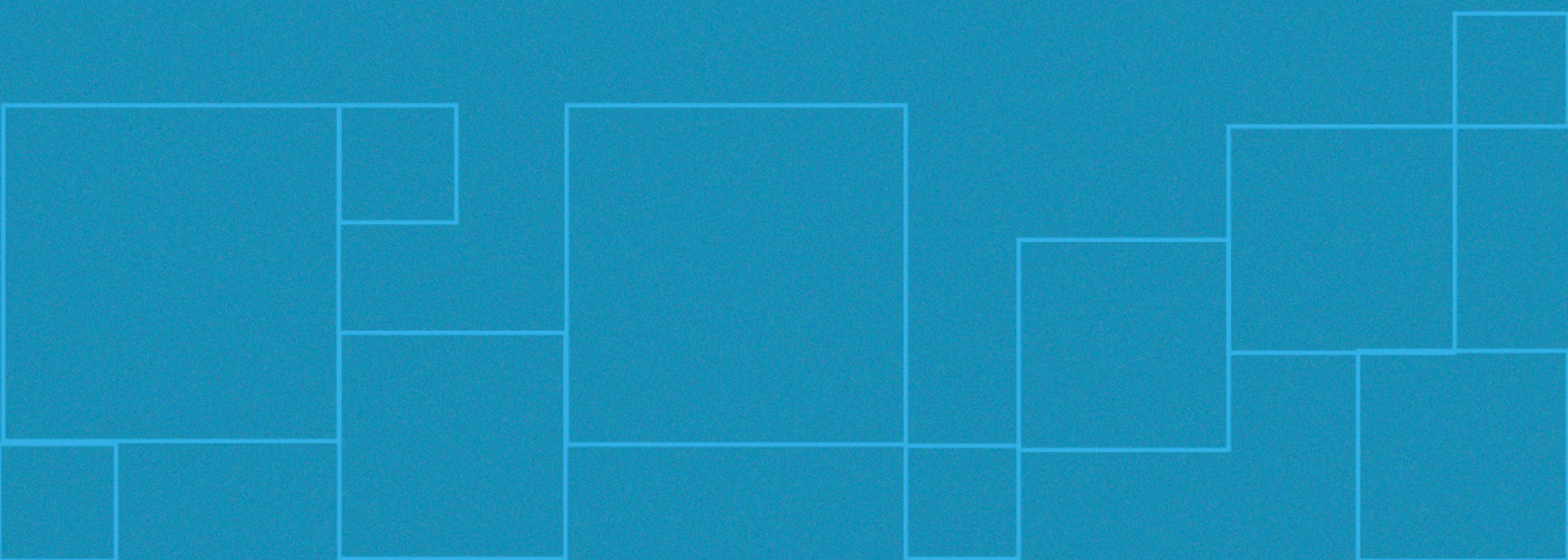
Garantir que o percentual de processos críticos (ROPs) monitorados com indicadores definidos e acompanhamento regular mantenha-se em 100% nos próximos 3 anos

INDICADOR

Percentual de processos críticos (ROPs) monitorados com indicadores definidos e acompanhamento regular

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.**

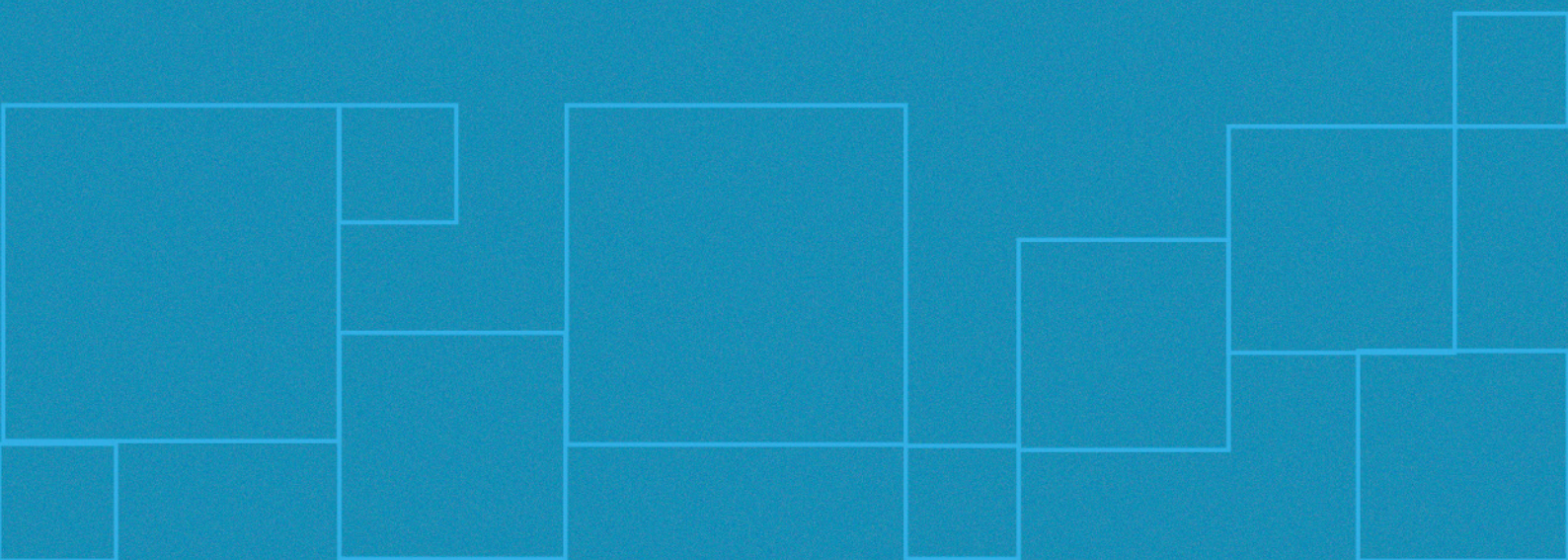
ELEMENTOS DO PLANO DE AÇÃO	
VINCULAÇÃO AO PDE	
Meta relacionada	Meta estratégica do PDE à qual o plano de ação está vinculado.
Indicador relacionado	Indicador estratégico utilizado para monitorar a meta. Deve corresponder ao indicador definido no PDE, sendo a principal referência para avaliação do desempenho 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 HMRG 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.

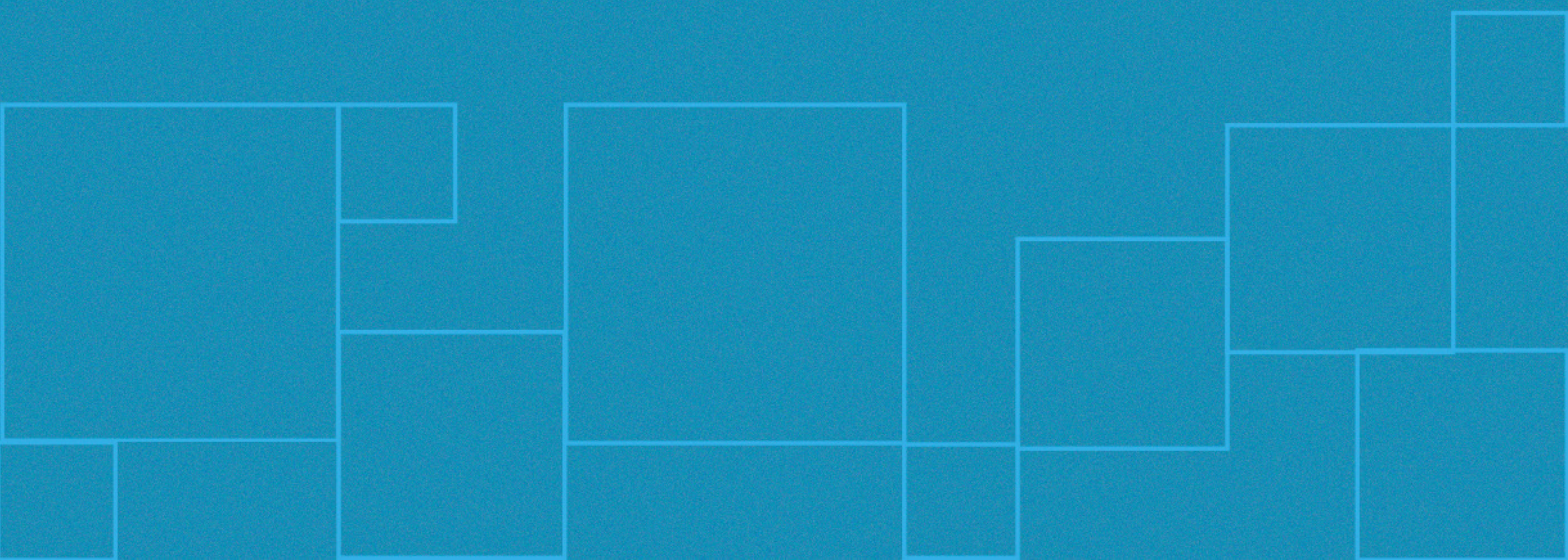
ELEMENTOS DO PROJETO ESTRATÉGICO	
VINCULAÇÃO AO PDE	
Objetivo relacionado	Objetivo estratégico do PDE ao qual o projeto está vinculado.
Meta(s) relacionada(s)	Meta(s) estratégica(s) do PDE à(s) qual(is) o projeto está vinculado.
Indicador(es) relacionado(s)	Indicador(es) estratégico(s) impactados pelo 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 HMRG 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	Baixo engajamento e pertencimento dos profissionais, impactando diretamente na qualidade assistencial, na produtividade e no clima organizacional	Promover ações de valorização do capital humano, estimulando o engajamento e o bem-estar no hospital	Garantir que a satisfação do capital humano alcance a excelência (acima de +50) em até 3 anos
Conceito		É uma adaptação do conceito de Net Promoter Score (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.	
Interpretação		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.	

Memória de cálculo	% Promotores - % Detratores Passos para o cálculo: 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. 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.		
Unidade de medida	Pontuação (Score)		
Fonte de dados	Pesquisa de clima organizacional/Dashboard gerencial		
Comprobatório	Relatório da pesquisa de clima organizacional/capturas de tela do dashboard gerencial		
Frequência de monitoramento	Semestral		
Responsável	RH		
Corresponsável	Qualidade		
Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	entre +10 e +50	entre +10 e +50	> +50
Observações e comentários	• É preciso definir no plano de implementação da pesquisa eNPS para quais funcionários ela será aplicada e se haverá escalonamento em sua implementação. • 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.		

NOME DO INDICADOR: TAXA DE ABSENTEÍSMO			
EIXO TEMÁTICO	MACROPROBLEMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META ESTRATÉGICA (SMART)
Desenvolvimento do capital humano	Baixo engajamento e pertencimento dos profissionais, impactando diretamente na qualidade assistencial, na produtividade e no clima organizacional	Promover ações de valorização do capital humano, estimulando o engajamento e o bem-estar no hospital	Reduzir o absenteísmo, mantendo em, no máximo, 5% por ano, nos próximos 3 anos
Conceito		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.	
Interpretação		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.	
Memória de cálculo		Numerador: número de horas líquidas faltantes; Denominador: número de horas líquidas disponíveis; X 100. Horas líquidas faltantes: Somatório das horas não trabalhadas pelos colaboradores no período. Horas líquidas disponíveis: Somatório das horas que estariam disponíveis para o trabalho no período.	
Unidade de medida		Percentual (%)	
Fonte de dados		Relatório de biometria; Dashboard gerencial	
Comprobatório		Relatório de biometria/ capturas de tela do dashboard gerencial	
Frequência de monitoramento		Trimestral	
Responsável		RH	
Corresponsável		Qualidade	

Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	≤ 5%	≤ 5%	≤ 5%
Observações e comentários	• 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. • 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). • Também não são computadas as horas 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. • Recomenda-se analisar o indicador de forma estratificada (por setor, categoria profissional).		

NOME DO INDICADOR: PERCENTUAL DE ÓBITOS POR INFECÇÃO HOSPITALAR EM UTI			
EIXO TEMÁTICO	MACROPROBLEMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META ESTRATÉGICA (SMART)
Assistência e experiência do usuário	Alta taxa de mortalidade, impactando na credibilidade do hospital e desmotivando as equipes	Alinhar os padrões institucionais da RioSaúde e do HMRG às diretrizes internacionais de qualidade, segurança do paciente, padronização assistencial, melhoria contínua e integração dos processos organizacionais	Garantir que em até 3 anos, o percentual de óbitos por infecção hospitalar em UTI seja de, no máximo, 10%
Conceito		Expressa a proporção de óbitos ocorridos em UTI em determinado período nos quais a infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) foi identificada como causa básica ou como fator contribuinte relevante para o desfecho do óbito, conforme critérios estabelecidos pela CCIH/SCIH.	
Interpretação		Valores elevados indicam maior impacto das infecções relacionadas à assistência à saúde nos desfechos clínicos, podendo refletir falhas em processos de prevenção, diagnóstico precoce ou manejo das infecções. Valores reduzidos sugerem melhor desempenho das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar. A análise deve considerar o perfil de gravidade dos pacientes, a complexidade assistencial e o tempo médio de internação. O indicador deve ser avaliado prioritariamente por tendência histórica, e não apenas por valores absolutos pontuais.	

Memória de cálculo	Numerador: número total de óbitos em UTI atribuídos a infecção hospitalar; Denominador: número total de óbitos em UTI no período; X 100. Óbitos atribuídos a infecção hospitalar: óbitos em que a infecção relacionada à assistência à saúde foi causa básica ou causa contribuinte relevante para o óbito. Definição deve seguir diretrizes da ANVISA.		
Unidade de medida	Percentual (%)		
Fonte de dados	Sistema Epimed Monitor; TIMED; Dashboard assistencial;		
Comprobatório	Relatórios e capturas de telas dos sistemas.		
Frequência de monitoramento	Mensal		
Responsável	Gerência da unidade		
Corresponsável	CCIH		
Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	≤ 15%	≤ 12%	≤ 10%
Observações e comentários	• A definição de “óbito por infecção hospitalar” deve ser claramente padronizada, conforme protocolos institucionais e diretrizes nacionais e internacionais. • Recomenda-se que a atribuição do óbito à infecção seja realizada por avaliação técnica da CCIH/SCIH, evitando subjetividade e vieses de notificação. • Deve ser analisado em conjunto com outros indicadores e não deve ser utilizado isoladamente para comparação entre serviços sem ajuste de risco.		

NOME DO INDICADOR: ÍNDICE DE EVENTO ADVERSO GRAVE E EAG COM DANO ÓBITO			
EIXO TEMÁTICO	MACROPROBLEMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META ESTRATÉGICA (SMART)
Assistência e experiência do usuário	Alta taxa de mortalidade, impactando na credibilidade do hospital e desmotivando as equipes	Alinhar os padrões institucionais da RioSaúde e do HMRG às diretrizes internacionais de qualidade, segurança do paciente, padronização assistencial, melhoria contínua e integração dos processos organizacionais	Garantir que o índice de evento adverso grave e EAG com dano óbito mantenha-se zerado nos próximos 3 anos
Conceito		Mede a ocorrência de eventos com dano grave e óbitos decorrentes de eventos adversos como subsídio a ações para aumento da segurança operacional da instituição como pilar chave da governança clínica e cultura de segurança.	
Interpretação		Quanto menor o índice, melhor o desempenho do indicador, indicando menor proporção de eventos adversos com desfecho desfavorável. Variações do indicador devem ser analisadas em conjunto com o volume de notificações e a tipologia dos eventos adversos.	
Memória de cálculo		Numerador: número total de eventos adversos com dano grave + número total de óbitos decorrentes de eventos adversos notificados no período de análise; Denominador: número total de saídas hospitalares no período de análise; X 100.	
Unidade de medida		Percentual (%)	
Fonte de dados		Sistema de notificação eletrônica (EPIMED); Prontuário do paciente; Dashboard assistencial	
Comprobatório		Relatórios e capturas de telas dos sistemas.	
Frequência de monitoramento		Mensal	
Responsável		Qualidade	

Corresponsável	Divisão Assistencial		
Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	0%	0%	0%
Observações e comentários	• O indicador considera a somatória da quantidade de eventos com dano grave somado à quantidade de óbitos decorrentes de eventos adversos notificados no período de análise. • Eventos adversos graves são uma ocorrência inesperada e indesejável (não relacionado ao curso natural da doença) que geram comprometimento permanente, incapacidade, necessidade de intervenção para salvar a vida ou morte do paciente. Se este evento em curto prazo causou ou acelerou a morte do paciente, recebe a Taxonomia de grau de dano Óbito. • O indicador é sensível à subnotificação de eventos adversos. • Aumento de notificações pode reduzir artificialmente a taxa, sem representar piora assistencial. • Recomenda-se análise complementar por tipo de evento adverso e grau de dano. • Deve ser utilizado com foco em aprendizado organizacional, não punitivo. • Os casos deverão ser contabilizados no mês da sua detecção. • Critério de exclusão: eventos notificados em duplicidade e saídas hospitalares fora do mês de avaliação.		

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 e do HMRG 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
Conceito		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.	
Interpretação		≥ 90%: Alto nível de conformidade e prontidão para avaliação externa. 75% a 89%: Conformidade satisfatória, com pontos de melhoria identificados. < 75%: Nível de conformidade insuficiente, indicando necessidade de intervenções estruturantes.	
Memória de cálculo		Numerador: número total de requisitos/padrões atendidos; Denominador: número total de requisitos/padrões aplicáveis; X 100.	
Unidade de medida		Percentual (%)	
Fonte de dados		Relatórios/planos de ação da Qualidade; Instituição acreditadora; Dashboard assistencial	

Comprobatório	Relatórios/planos de ação da Qualidade; Avaliação da Instituição acreditadora; capturas de telas do Dashboard assistencial		
Frequência de monitoramento	Semestral		
Responsável	Qualidade		
Corresponsável	CGE		
Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	≥ 75%	100%	≥ 75%
Observações e comentários	• Para cálculo do indicador, serão considerados como número total de requisitos/padrões aplicáveis, 208 itens, de acordo com o relatório de acompanhamento da visita de dezembro da Qmentum. • Devem ser considerados apenas os requisitos aplicáveis ao perfil assistencial e organizacional do hospital. • A avaliação do atendimento aos requisitos deve seguir critérios objetivos e previamente pactuados, evitando subjetividade. • Recomenda-se registrar evidências documentais para cada requisito atendido, facilitando auditorias internas e externas. • O indicador deve ser analisado em conjunto com o plano de ação da acreditação, permitindo priorização de intervenções nos requisitos não atendidos.		

NOME DO INDICADOR: PERCENTUAL DE NOVOS COLABORADORES COM ONBOARDING INSTITUCIONAL REALIZADO			
EIXO TEMÁTICO	MACROPROBLEMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META ESTRATÉGICA (SMART)
Gestão e inovação	Comunicação efetiva insuficiente, ocasionando falta de transparência e conflitos internos	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		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. 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	
Memória de cálculo		Numerador: número total de novos colaboradores com onboarding realizado; Denominador: número total de novos colaboradores no período; X 100.	
Unidade de medida		Percentual (%)	

Fonte de dados	Relatórios de admissão; listas de presença; planilhas de controle interno		
Comprobatório	Atas de reuniões; listas de presença; Relatórios gerenciais; Capturas de tela do Dashboard gerencial		
Frequência de monitoramento	Trimestral		
Responsável	RH		
Corresponsável	Divisão de Ensino e Pesquisa		
Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	≥ 80%	≥ 90%	≥ 95%
Observações e comentários	• Considerando que o onboarding institucional do HMRG está estruturado em um único encontro presencial de 90 minutos, ofertado duas vezes ao mês, serão contabilizados no numerador todos os novos colaboradores admitidos no período, que tenham presença registrada em pelo menos 01 sessão de onboarding no mesmo período. • 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		

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

EIXO TEMÁTICO	MACROPROBLEMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META ESTRATÉGICA (SMART)
Gestão e inovação	Comunicação efetiva insuficiente, ocasionando falta de transparência e conflitos internos	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
Conceito		Mede a proporção de sessões clínicas efetivamente realizadas em conformidade com o cronograma institucional previamente estabelecido, considerando frequência, periodicidade e critérios definidos pela organização.	
Interpretação		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. 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.	
Memória de cálculo		Numerador: número total de sessões clínicas realizadas; Denominador: número total de sessões clínicas planejadas; X 100.	
Unidade de medida		Percentual (%)	
Fonte de dados		Programação/cronograma; listas de presença	

Comprobatório	Programação/cronograma; listas de presença		
Frequência de monitoramento	Trimestral		
Responsável	Divisão de Ensino e Pesquisa		
Corresponsável	Educação Continuada		
Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	100%	100%	100%
Observações e comentários	• O cronograma institucional de sessões clínicas deve estar formalizado, amplamente divulgado e atualizado, servindo como referência oficial para o monitoramento do indicador. • 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). • Recomenda-se padronizar os registros comprobatórios, como atas, listas de presença etc., garantindo consistência e auditabilidade.		

NOME DO INDICADOR: PERCENTUAL DE PROCESSOS CRÍTICOS (ROPs) MONITORADOS COM INDICADORES DEFINIDOS E ACOMPANHAMENTO REGULAR			
EIXO TEMÁTICO	MACROPROBLEMA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	META ESTRATÉGICA (SMART)
Gestão e inovação	Fragilidade na gestão de processos, levando a descontinuidade das ações planejadas e impactando na efetividade da governança colaborativa	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	Garantir que o percentual de processos críticos (ROPs) monitorados com indicadores definidos e acompanhamento regular mantenha-se em 100% nos próximos 3 anos
Conceito		Mede a proporção de processos críticos da instituição (ROPs) que possuem indicadores formalmente definidos e que são monitorados de forma regular, conforme metodologia, periodicidade e responsabilidades previamente estabelecidas, com registro e análise sistemática dos resultados.	
Interpretação		Valores elevados indicam maior grau de maturidade em gestão por processos e resultados, com capacidade institucional de monitorar riscos, desempenho e qualidade dos processos estratégicos, assistenciais e de apoio. Valores baixos sinalizam fragilidades na identificação, priorização ou monitoramento dos processos críticos, podendo aumentar riscos operacionais, assistenciais, financeiros ou regulatórios.	
Memória de cálculo		Numerador: número total de processos críticos (ROPs) com indicadores monitorados regularmente; Denominador: número total de processos críticos (ROPs) mapeados; X 100.	
Unidade de medida		Percentual (%)	
Fonte de dados		Dashboard de auditoria de teste de conformidade das ROPs	

Comprobatório	Capturas de telas do Dashboard de auditoria de teste de conformidade das ROPs		
Frequência de monitoramento	Semestral		
Responsável	Qualidade		
Corresponsável	Divisão Assistencial; CGE		
Parâmetro/meta	2026	2027	2028
	100%	100%	100%
Observações e comentários	- Serão consideradas para cálculo do indicador como processos críticos 17 ROPs classificadas como nível Ouro de acordo com a versão do manual Qmentum 2022, à saber: Gestão de incidentes sobre segurança dos pacientes; Relatório trimestral; Identificação do paciente; Lista de abreviações perigosas; Lista de verificação para cirurgia segura; Controle de eletrólitos concentrados; Segurança no uso de heparina; Segurança dos narcóticos; Programa de manutenção preventiva; Segurança do paciente (capacitação e treinamento); Prevenção de violência no local de trabalho; Fluxo de clientes; Plano de segurança do paciente; Higiene das mãos: capacitação e treinamento; Taxas de infecção e Reprocessamento. - As ROPs (Práticas Organizacionais Obrigatórias) são o núcleo da metodologia Qmentum, servindo como metas e testes de conformidade para as instituições que buscam a acreditação. - Os indicadores associados a esses processos devem estar formalizados em fichas técnicas, com definição de fórmula, meta, periodicidade, responsáveis e fontes de dados. - O acompanhamento regular deve prever não apenas a coleta dos dados, mas também a análise crítica dos resultados, registro das discussões e definição de planos de ação quando necessário.		



RioSaúde



RioSaudeOficial



riosaudefeitura.rio