



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde

Gabinete do Secretário

DÉCIMO SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO RIO DE JANEIRO, PELA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, E A FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, PARA INCLUIR, COMO UNIDADES PRESTADORAS, O COMPLEXO ESTADUAL DA PENHA – UPA 24H PENHA E HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS – HEGV E O CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA – CEDTEA, PARA ALTERAR INDICADORES E METAS DE UNIDADES JÁ INCLUÍDAS NO ESCOPO DO CONTRATO E PARA ACRESCECER VERBAS DE INVESTIMENTOS, CONFORME A SEGUIR:

Considerando os atos praticados nos autos do Processo SEI-080001/000803/2021, bem como a necessidade de alteração do **Contrato de Gestão nº 002/2021**, haja vista a modificação da realidade fática e do valor contratual, o **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, por meio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SES**, órgão público do Poder Executivo, inscrito no CNPJ sob o nº 42.498.717/0001-55, com sede nesta cidade, na Rua Barão de Itapagipe nº 225, Rio Comprido, Rio de Janeiro - RJ, representado por sua Secretária de Estado, Ilmo. Sra. Dra. Cláudia Maria Braga de Mello, portadora da carteira de identidade nº 52-48710-9, expedida pelo CREMERJ, inscrita no CPF sob o nº 914.697.087-87, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a **FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.834.118/0001-79, instituída com base na autorização constante da Lei Estadual nº 5.164/2007, alterada pela Lei Estadual nº 6.304/2012, com sede no mesmo endereço da **CONTRATANTE**, neste ato representada, conforme disposto em seu estatuto social, por seu Diretor Executivo, Ilmo. Sr. Dr. João Ricardo da Silva Pilotto, portador da carteira profissional nº 52-349210, expedida pelo CREMERJ, inscrito no CPF sob o nº 556.886.837-91, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem ajustar o **DÉCIMO SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2021, DA SEGUINTE FORMA:**

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO TERMO ADITIVO

Constituem objetos do presente aditivo:

1.1 A inclusão, como unidade prestadora, do Complexo Estadual de Saúde da Penha – UPA 24h Penha e Hospital Estadual Getúlio Vargas – HEGV;

1.2 A inclusão, como unidade prestadora, do Centro Estadual de Diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista – CEDTEA;

1.3 A alteração e adequação dos indicadores quantitativos, de desempenho ou de metas das unidades de saúde já incluídas no presente Contrato de Gestão, conforme especificado nos documentos nº [57495202](#) e nº [74178883](#), oriundos da SUBAS, quais sejam:

1. Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HTODL);
2. Central Estadual de Transplantes (CET);
3. Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher (Hospital da Mãe);

4. Hospital da Mulher Heloneida Studart (HMHS);
5. Hospital Estadual Azevedo Lima (HEAL); e
6. Centro Estadual de Diagnóstico por Imagem da Baixada Fluminense (RIO IMAGEM Baixada).

1.4 O acréscimo das verbas de investimento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O valor de custeio a ser acrescido é de **R\$ 370.967.487,00** (trezentos e setenta milhões, novecentos e sessenta e sete mil, quatrocentos e oitenta e sete reais).

PARÁGRAFO SEGUNDO: O valor de investimento fica acrescido de **R\$ 85.440.000,00** (oitenta e cinco milhões, quatrocentos e quarenta mil reais).

PARÁGRAFO TERCEIRO: O valor total do Contrato de Gestão nº 002/2021 passa a ser de **R\$ 3.806.111.029,00** (três bilhões, oitocentos e seis milhões, cento e onze mil e vinte e nove reais).

PARÁGRAFO QUARTO: Os Termos de Referência do Complexo Estadual de Saúde da Penha – UPA 24h Penha e Hospital Estadual Getúlio Vargas – HEGV e do Centro Estadual de Diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista – CEDTEA passam a integrar os Anexos listados no item 1.2 da Cláusula Primeira do referido instrumento.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

Considerando a Cláusula Primeira deste Instrumento, supramencionada, o Contrato de Gestão nº 002/2021 passa a ter as seguintes alterações:

2.1 Fica alterado o Anexo XXX e incluídos os Anexos LXXI, LXXII e LXXIII no item 1.2 da Cláusula Primeira do Contrato de Gestão nº 002/2021:

- Anexo XXX - Termo de Permissão de Uso (76932713);

(...)

- Anexo LXXI - Termo de Referência do Complexo Estadual de Saúde da Penha – UPA 24h Penha e Hospital Estadual Getúlio Vargas – HEGV ([74178646](#)); e

- Anexo LXXII - Termo de Referência do Centro Estadual de Diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista – CEDTEA ([74175814](#)).

2.2 Os itens 6.1, 6.3 e 6.7 da Cláusula Sexta do Contrato de Gestão nº 002/2021 passam a ter a seguinte redação:

6.1 – Pela prestação dos serviços e cumprimento de metas indicados na Cláusula Primeira, a **FUNDAÇÃO SAÚDE** receberá para **CUSTEIO** da **CONTRATANTE** o valor global de **R\$ 3.569.871.029,00** (três bilhões, quinhentos e sessenta e nove milhões, oitocentos e setenta e um mil, vinte e nove reais) a serem repassados nos prazos indicados no item 6.3;

6.3 – Cronograma de Desembolso:

PARCELA	VALOR (R\$)
1ª PARCELA	R\$ 282.481.606,00
2ª PARCELA	R\$ 298.814.003,00
3ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
4ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
5ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
6ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00

7ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
8ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
9ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
10ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
11ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
12ª PARCELA	R\$ 298.857.542,00
TOTAL CUSTEIO	R\$ 3.569.871.029,00
INVESTIMENTO	R\$ 236.240.000,00
TOTAL CG	R\$ 3.806.111.029,00

6.7 – Os recursos necessários à realização do objeto estão vinculados à seguinte dotação orçamentária:

UO: 29610

PT 2961.10.302.0461.2911 - Execução do Contrato de Gestão - FES

PT 2961.10.304.0468.2731 - Vigilância Laboratorial de Interesse de Saúde Pública

PT 2961.10.302.0461.2744 - Assistência Pré-Hospitalar Móvel de Urgência e Emergência - SAMU 192

PT 2961.10.302.0454.8106 - Apoio à Rede de Atenção Psicossocial do Estado do Rio de Janeiro - RAPS

PT 2961.10.302.0461.8364 - Fortalecimento do Programa Estadual de Transplantes - PET

PT 2961.10.302.0461.8343 - Realização de Exames de Imagem para Apoio Diagnóstico e Qualificação do Cuidado

PT 2961.10.302.0461.8341 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar

PT 2961.10.302.0454.8323 – Organização do Acesso aos Serviços de Saúde pelas Centrais de Regulação

PT 2961.10.302.0461.8331 - Operacionalização das UPA 24h estaduais

ED: 3391.39.30 - Fonte 1.500.100/1.500.107/1.761.122/1.600.225

Dotação Inicial / LOA 2024: R\$ 2.972.155.945,00 + R\$ 236.240.000,00

Dotação Final / LOA 2025: R\$ 597.715.084,00

VALOR TOTAL ESTIMADO EM 12 MESES (custeio + investimento): R\$ 3.806.111.029,00 (três bilhões, oitocentos e seis milhões, cento e onze mil e vinte e nove reais.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO FUNDAMENTO LEGAL

Este Décimo Segundo Termo Aditivo tem como fundamento os artigos 26 e 27, VI, da Lei Estadual nº 5.164/2007, bem como as cláusulas quarta, itens 4.1.10, 4.2.1.2 e 4.2.5; sexta, item 6.5; e oitava, itens 8.1.5, 8.2 e 8.3, do Contrato de Gestão nº 002/2021.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

As partes contratantes ratificam as demais cláusulas e condições estabelecidas pelo instrumento contratual, não alteradas pelo presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO E DO CONTROLE

O resumo deste Instrumento deverá ser publicado pela Administração no Diário Oficial do Estado, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao da assinatura, nos termos do art. 60, parágrafo único da Lei nº

8666/93, devendo ser remetido ao Tribunal de Contas do Estado, conforme Resolução PGE nº 3.894, de 23/05/2016.

E, por estarem as partes justas e acordadas, firmam o presente **TERMO ADITIVO**, em via única, de forma eletrônica.

Rio de Janeiro, 17 junho de 2024

CLAUDIA MARIA BRAGA DE MELLO
Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

JOÃO RICARDO DA SILVA PILOTTO
Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro



Documento assinado eletronicamente por **João Ricardo da Silva Pilotto, Diretor Executivo**, em 17/06/2024, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Maria Braga de Mello, Secretária de Estado**, em 18/06/2024, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **76932844** e o código CRC **0F1271AA**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 76932844

Rua Barão de Itapagipe, 225, 4º andar - Bairro Rio Comprido, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20261-005
Telefone: 3385-9000 - www.saude.rj.gov.br



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA
COMPLEXO ESTADUAL DE SAÚDE DA PENHA
- UPA 24H PENHA E HOSPITAL ESTADUAL
GETÚLIO VARGAS

1. OBJETO

É objeto deste Termo de Referência e seus anexos, a contratação da Fundação Estadual de Saúde-RJ, na área de atuação da UPA 24h e Hospital Estadual Getúlio Vargas com perfil de grande porte, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde, pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações dispostas neste Termo de Referência, com fundamento, em especial, no Decreto Estadual nº 46.874, de 13 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a consolidação das unidades de saúde sob a gestão da Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro e **Resolução SES Nº 3255 de 19 de Fevereiro de 2024** que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Complexo de Saúde UPA 24h e Hospital Estadual Getúlio Vargas localizado na Av. Brás de Pina, S/N - Penha, Rio de Janeiro - RJ, 21210-673 e Av. Lobo Júnior, 2293 - Penha Circular, Rio de Janeiro - RJ, 21070-061, respectivamente.

2. JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a indispensabilidade de políticas públicas que garantam a assistência hospitalar aos usuários do sistema público de saúde em regime de internação, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) tem por estratégia a manutenção dos serviços prestados pelo Complexo de Saúde da Penha - UPA 24h e Hospital Estadual Getúlio Vargas.

Considerando a integração e a interação dos serviços de saúde, dando suporte ao atendimento de pacientes com quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados, compondo a rede regional de assistência e atenção à saúde e as urgências e emergências, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, sendo capaz de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves.

A manutenção deste serviço para o cuidado de pessoas que necessitem de atenção de urgência e emergência avançadas proporciona à população uma assistência completa, integral, qualificada, humanizada e resolutiva. Tal resultado só é possível utilizando modelo gerencial moderno, flexível e transparente que permite, além de alto grau de resolutividade e satisfação do usuário, um controle adequado pelo Gestor Estadual.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo, são necessárias ações de logística e abastecimento específicos, gerenciamento de pessoas, faturamento e informações sobre saúde concernentes ao atendimento do público em geral. As estruturas físicas e lógicas, bem como os processos são interligados de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço.

A unidade de saúde tem por função disponibilizar serviços assistenciais, centrados na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltados para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, buscando para isso um constante aprimoramento do padrão técnico e funcional. Devendo atender às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde - MS, especialmente às referentes: ao atendimento humanizado e integral à saúde do usuário.

O conceito estruturante a ser utilizado é que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada do SUS, possibilitando a resolução de seu problema ou transportando-o, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, conforme institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003). Desta forma, organizam-se as redes regionais de atenção às urgências como elos de uma rede de manutenção da vida, em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade.

O Complexo Estadual de Saúde da Penha constituída pela UPA 24h Penha integra e interage com o Hospital Estadual Getúlio Vargas, desenvolvendo estratégias para dar suporte ao atendimento dos pacientes com quadros agudos e crônicos agudizados, ambas são unidades públicas do SUS, confere ao território a ordenação de porta de entrada na rede de urgência e emergência regional de forma a otimizar o atendimento aos usuários do SUS compondo a rede regional de assistência e atenção à saúde e as urgências, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, cada um deles sendo um elo da corrente de manutenção da vida.

Dentro da lógica de organização de rede, há também o desenvolvimento das linhas de cuidados, que por definição são uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção da região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

A unidade participa da regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Urgência e Emergência com garantia da equidade e integralidade do cuidado; participando ativamente da qualificação da assistência por meio da educação permanente de suas equipes de saúde na Atenção às Urgências, em consonância com os princípios da integralidade e humanização.

Ressalta-se que a Administração Pública enfrenta dificuldades diversas na prestação dos serviços de saúde, oriundas, principalmente, do escasso mercado profissional no que tange a as diversas especialidades médicas, enfermeiros especializados, fisioterapeutas com perfil para atendimento a usuários de cuidados intensivos, técnicos de enfermagem capacitados e outros profissionais da área de Saúde, que devem atuar com competência e destreza na atenção ao usuário.

Outros óbices à administração eficiente e eficaz são as dificuldades da aquisição de insumos e medicamentos, além da manutenção e aquisição dos equipamentos. A agilidade na gerência destes recursos materiais é fundamental para a melhor atenção ao usuário com necessidades urgentes e cruciais de manutenção da vida. Tais dificuldades surgem durante a execução dos processos licitatórios, que demandam inúmeros fluxos burocráticos e prazos longos para a conclusão.

Desta forma, a SES/RJ contratará Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro para sua gestão. O serviço a ser contratado pela FSERJ visa assegurar a assistência em caráter contínuo e resolutivo, objetivando o aumento da eficiência e maior oferta no número de procedimentos. O presente Termo de Referência compreende o atendimento assistencial pleno ao usuário, provimento do material, dos medicamentos e insumos e da manutenção de

materiais, instalações e equipamentos permanentes, integrados à monitoração do processo de gestão da qualidade e segurança ao usuário, desde sua origem ao produto final. A contratação dos serviços, objeto deste Termo de Referência, atende aos preceitos constitucionais da prestação dos serviços de assistência à saúde, previstos no art. 197 da Constituição Federal, a permitir que a Administração Pública, dentro da sua obrigação de prestar esses serviços, valha-se de terceiros por ela contratados.

Além disso, as ações e serviços de saúde devem se organizar em redes hierarquizadas e regionalizadas em atenção à saúde, como elos integrais de manutenção da vida, em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, sendo a UPA 24h e Hospital Estadual Getúlio Vargas um serviço estadual para atender aos casos deste escopo.

Figura 01 – Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

3. ORGANIZAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DO COMPLEXO ESTADUAL DE SAÚDE DA PENHA.

O **Complexo Estadual de Saúde da Penha** será formado pela **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24hs Penha** localizada na Av. Lobo Júnior com Av. Brás de Pina, s/nº, Parque Ary Barroso, Rio de Janeiro - RJ (em frente ao Hospital Estadual Getúlio Vargas) CEP: 21.070-061 e pelo **Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV)** está localizado na Avenida Lobo Junior 2.293, Penha Circular – Rio de Janeiro/RJ – CEP: 21070-000, no município do Rio de Janeiro, inserido Área de Planejamento (AP) 3.1, com população estimada de 886.551 habitantes e IDH de 0,909 (IBGE, 2009).

A **UPA 24h Penha**, é uma Unidade de Saúde que presta serviços 24 horas por dia, em todos os dias do ano, com obrigação de acolher e atender a todos os usuários que buscarem assistência. Trata-se de componente pré-hospitalar fixo, com perfil de atendimento misto (adulto e pediátrico), da Rede de Atenção às Urgências e se caracteriza como estabelecimento de saúde com complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar.

Destaca-se que, em seu escopo de profissionais da saúde que exercem suas atividades-fim, deverá estar composta, entre outras especialidades, de médicos socorristas aptos para prestar assistência aos pacientes classificados como azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. O quantitativo de profissionais necessários para a operacionalização dos serviços da UPA 24h segue descrito adiante no TR.

As urgências e emergências em Clínica Médica devem ser atendidas, preferencialmente, na UPA 24h Penha.

A UPA 24h como unidade de atendimento de demanda espontânea em pré-hospitalar fixo Porte III é referência em procedimentos clínicos, já a unidade hospitalar deve direcionar-se como referência em procedimentos cirúrgicos, e cuidados intensivos para suporte aos usuários atendidos na instituição e regulados pela SES/RJ.

Tabela 01 – Histórico de Informações de Saúde do HEGV do ano de 2023.

SESDEC HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS - 2270234	ANO: 2023												
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Quantidade de internações	1.216	1.046	1.358	1.173	1.205	1.180	1.147	1.192	1.137	1.253	1.234	1.391	14.532
Número de óbitos	113	100	125	112	112	113	115	107	95	113	90	101	1.296
Taxa de mortalidade	9,3	9,6	9,2	9,5	9,3	9,6	10,0	9,0	8,4	9,0	7,3	7,3	8,9
Tempo médio de permanência	5,7	5,6	5,2	5,1	5,3	5,2	5,1	4,9	5,2	4,9	4,5	5,4	5,2

Fonte: SIH TABNET SES RJ, consultado em 16 de fevereiro de 2024.

O **Hospital Estadual Getúlio Vargas – HEGV** trata-se de hospital de grande porte com atendimento de urgência e emergência espontânea e referenciada, especialidades clínicas e cirúrgicas para suporte ao trauma, Unidade de Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica, e equipado com aparelhagem para diagnóstico complementar, tais como: tomógrafo computadorizado, aparelho de ultrassonografia com Doppler, entre outros.

O hospital oferece serviços de emergência para trauma, ortopedia, pediatria, neurocirurgia, cuidados intensivos adultos e pediátricos e cirurgia geral. Oferece ainda atendimento de média e alta complexidade, para demandas provenientes de pacientes internados e consultas ambulatoriais pós-operatória para acompanhamento pós-alta em ortopedia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, neurocirurgia e em cirurgia vascular.

As Unidades de Terapia Intensiva do hospital estão fisicamente estruturadas com perfil de UTI Tipo II, para atendimento preferencial a usuários com agravos de suas condições decorrentes de enfermidades assistidas na unidade hospitalar, na UPA 24h Penha que funciona como pré-hospitalar fixo e através de demanda regulada pela Central de Regulação.

A entrada para o Hospital Estadual Getúlio Vargas é primariamente referenciada por meio da Central de Regulação, atendendo às normas e diretrizes

vigentes. Esta referencia dos usuários para assistência hospitalar pode ocorrer durante as 24 horas do dia, passando pela alta hospitalar até o seguimento ambulatorial pós-alta cirúrgica (ambulatório nas especialidades de ortopedia, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia pediátrica), incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas, até que o paciente seja formalmente reinserido na atenção primária para tratamento complementar.

O **Hospital Estadual Getúlio Vargas** exercerá papel de Centro de Referência e Excelência destinado ao atendimento de:

Urgências e emergências cirúrgicas adulto e pediátrica;

Emergências traumáticas referenciadas do ambiente pré-hospitalar (fixo ou móvel) ou inter-hospitalar, conduzida por viaturas de socorro de resgate ou demanda espontânea.

A **Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h Penha** exercerá papel de Centro de Referência e Excelência destinado ao atendimento de:

Urgências e emergências clínicas de complexidade baixa e intermediária adulta e pediátrica;

Atendimento pré-hospitalar fixo por demanda espontânea adulta e pediátrica.

Todos os usuários devem dispor de assistência multidisciplinar, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao melhor diagnóstico-terapêutico, atendendo às disposições das portarias do Ministério da Saúde vigentes para cada tipo de atenção oferecida neste escopo de Complexo.

4. PERFIL DA ASSISTÊNCIA E CONCEITUAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS

Destina-se ao recebimento de usuários do SUS referenciados pela Central de Regulação ou por demanda espontânea de casos conduzidos por viaturas de socorro/resgate ou demanda espontânea para casos adultos e pediátricos.

Considerando o Complexo Estadual Penha, a UPA24h Penha destina-se como porta de entrada dos pacientes clínicos adultos e pediátricos.

4.1 PERFIL ASSISTENCIAL DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24H PENHA

As UPA 24 horas são Unidades de Saúde que prestam serviços 24 horas por dia, em todos os dias do ano, com obrigação de acolher e atender a todos os usuários que buscarem assistência em saúde, por demanda espontânea, de urgência/emergência. Trata-se de componentes pré-hospitalares fixos da Rede de Atenção às Urgências e se caracterizam como estabelecimentos de saúde de **complexidade intermediária** entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar.

- a. Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- b. Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- c. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- d. Direito de informação sobre sua saúde às pessoas assistidas;
- e. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- f. Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

4.1.1 Conceituação das ações assistenciais

A equipe de saúde da UPA deverá ser dimensionada para respeitar as normativas legais, preceitos éticos e determinações vigentes, pertinentes a cada categoria profissional.

4.1.1.1 Acolhimento

Ação assistencial e técnica são feitas por enfermeiro e técnico de enfermagem que recepciona o usuário em sua chegada à Unidade, ouvindo sua queixa clínica, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, dentro dos limites pertinentes, garantindo atenção resolutiva. Por ser um profissional de saúde, é capaz de reconhecer agravos à saúde que coloquem a vida do usuário em risco permitindo maior agilidade no atendimento médico. Durante o acolhimento, o profissional realiza também a pré-classificação de risco, identificando o risco potencial.

4.1.1.2 Registro

A partir do acolhimento, após registrar o nome do usuário no sistema informatizado, o usuário é encaminhado à área da recepção onde aguardará a chamada para finalizar o registro.

4.1.1.3 Classificação de risco

Alteração na lógica do atendimento tradicional, permitindo que o critério de priorização da atenção ao usuário seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada nem a idade cronológica. A classificação de risco é realizada por enfermeiro nos pacientes adultos e pediátricos que chegam a UPA 24h, e se utiliza de protocolos técnicos validados que serão determinados pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ, buscando identificar pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento, e providência de forma ágil o atendimento adequado para cada caso. Todos os pacientes que, inicialmente, foram classificados como risco verde e estejam aguardando atendimento na UPA-24h há mais de 01 (uma) hora, deverão ter seu risco reclassificado de acordo com o tempo de reclassificação do Procedimento Operacional de Acolhimento com Classificação de Risco da Secretaria de Estado de Saúde/RJ, a depender da situação clínica apresentada. A busca ativa de pacientes deve ser realizada nas áreas interna e externa da Unidade durante as 24 horas do dia.

4.1.1.4 Atendimento médico

O atendimento médico deverá estar disponível durante 24 horas por dia em todos os dias do ano. Estarão compreendidos no atendimento médico, além da consulta e observação clínica, os exames de diagnose e terapia previstos Anexo I, realizados nos pacientes durante o período de assistência.

Os membros da equipe médica deverão, no período de férias, licenças ou outras ausências, ser substituídos de maneira a sempre garantir o mesmo número de profissionais adequado ao atendimento.

A Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h está segmentada para atendimento médico adulto e pediátrico.

4.1.1.5 Atendimento de Enfermagem e Técnico de Enfermagem

A assistência de enfermagem deverá ser prestada de forma ininterrupta durante 24 horas por dia em todos os dias do ano. Os membros da equipe deverão, no período de férias, licenças ou outras ausências, ser substituídos de maneira a sempre garantir o número de profissionais adequado ao atendimento.

4.1.1.6 Procedimentos médicos e cuidados de enfermagem realizados no interior da UPA 24h.

Realizados em pacientes atendidos UPA 24h durante ou após o atendimento médico. Os procedimentos podem incluir:

- Administração de medicação via sublingual, via Intradérmica (ID), via subcutânea (SC), via intramuscular (IM), via endovenosa, via respiratória e/ou via parenteral;
- Administração de trombolítico segundo o protocolo de dor torácica da SES;
- Administração de antibioticoterapia em tempo oportuno conforme protocolo;
- Oxigenoterapia por dispositivos que atendam as demandas do paciente;
- Controle das vias aéreas com dispositivos não invasivos (cânula orofaríngea, cânula nasofaríngea) e invasivos (cânula de cricostomia, tubo orotraqueal, cânula de traqueostomia e máscara laríngea), incluindo dispositivos para via aérea difíceis;
- Ventilação não invasiva por CPAP e BIPAP;
- Ventilação invasiva com ventilador microprocessado que possua recurso de ventilação a volume e a pressão;
- Irrigação gástrica;
- Sutura simples;
- Inserção de sondas e cateteres;
- Curativos de feridas agudas;
- Punções venosas periféricas e profundas.

Os pacientes deverão ser atendidos pela ordem da classificação de risco em todos os setores da UPA 24h.

4.1.1.7 Exames complementares

Serão realizados na UPA 24h exames radiológicos simples sem contraste, exames laboratoriais e eletrocardiogramas, solicitados pelos médicos da UPA 24h. Em situações excepcionais, como em epidemias, exames complementares específicos poderão ser solicitados por enfermeiros, de acordo com plano de contingência e protocolos exarados pelo Ministério da Saúde e/ou a Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

O serviço de Raio-x, contará, minimamente, com um 01 (um) Técnico de Raio-x no plantão diurno e 01 (um) Técnico de Raio-x no plantão noturno, devendo ter 01 (um) radiologista responsável técnico pelo serviço. A unidade deverá possuir meios para impressão de radiografia para entrega ao paciente, quando o mesmo solicitar.

O serviço de Laboratório, seja ele próprio ou terceirizado, deverá ter minimamente 02 (dois) técnicos/dia e 01(um) técnicos/noite e 01(um) responsável técnico. Todo o processo de coleta, processamento de material biológico e liberação de resultados são de responsabilidade dos técnicos de laboratório da CONTRATADA e será executado por funcionários técnicos treinados e habilitados.

Os exames laboratórios básicos como Hemograma, Glicose, Ureia, Creatinina, Troponina, CK, CK MB, deverão ser entregues em, no máximo, 02 (duas) horas após o pedido realizado. Exames de gasometria arterial deverão ser entregues imediatamente após a coleta da amostra e o equipamento deverá estar fisicamente disponível no interior da UPA.

4.1.1.8 Atuação do Serviço Social

O Serviço Social será prestado, aos usuários em caráter ininterrupto na unidade. Devem também participar de forma complementar nos fluxos e processos de regulação dos pacientes. Deverá contar com no mínimo 01 (um) assistente social no plantão diurno. No período noturno deverá ser reportado ao Assistente Social de plantão no HEGV.

4.1.1.9 Fornecimento e administração de medicamentos

Administração de medicamentos prescritos pelo médico durante o atendimento aos usuários que necessitem utilizá-los quando de sua permanência nas dependências da UPA 24h. A farmácia contará no mínimo com 01 (um) farmacêutico no plantão diurno e 01 (um) farmacêutico no plantão noturno.

4.1.1.10 Núcleo Interno de Regulação – NIR

Deverá ser mantido em operação e utilizar sistema informatizado via web que for disponibilizado pela SES/RJ.

É responsável pela interlocução com o NIR do HEGV, cabendo a ele notificar a quantidade de leitos disponíveis ambulatoriais, internações e exames. O Serviço funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, emitindo notificação de vagas em pelo menos 2 (dois) turnos diários, de acordo com as normas exaradas pela SES/RJ.

Tem como função também organizar o fluxo interno dos usuários referenciados pela SES/RJ, informando aos diferentes setores de destinação os dados necessários.

4.1.2 Estrutura física da Unidade de Pronto Atendimento

Quadro 1 – Perfil e descrição da UPA 24h Penha

ATIVIDADE	QUANTIDADES / DESCRIÇÃO*
Acolhimento	01 guichê
Registro	02 guichês
Sala de Espera	Adulto exceto nas upas pediátricas Criança
Classificação de Risco Adulto e Pediátrico	02
Consultório Médico Adulto/Pediátrico	04 / 04
Consultório Odontológico	0
Sala Amarela de Pediatria	03 leitos, com poltrona para acompanhante.
Sala Amarela de Adulto	10 leitos, com poltrona para acompanhante, conforme previsão legal Lei Federal nº 10.741, Lei 5815/10 e espaço físico.
Sala de Observação Individual	0
Sala Vermelha	02 leitos
Sala de Procedimentos/ Sala ECG	1

Sala de Hipodermia Adulto	01 sala, 5 cadeiras/poltronas
Sala de Hipodermia Pediátrica	01 sala, 5 cadeiras/poltronas
Sala de Sutura	01
Sala da Assistência Social	01
Área de Farmácia	01
Refeitório	01
Área Administrativa	01
Sala de Repouso da Equipe	01
Vestiários para funcionários com Banheiros	Masculino e Feminino
Banheiros para os usuários	Masculino, Feminino e para portadores de necessidades especiais.
Morgue	01
Área de Almoxarifado	01
Área de Rouparia	01
Sala de Descontaminação	01
Sala de Raio X	01
Área da Central de Gases Medicinais	01
Depósito de Material de Limpeza (DML)	02
Depósito de Roupa Suja	01
Depósito de Resíduos (lixo infectante)	01
Laboratório	01

* (A estrutura física poderá ser ajustada, temporariamente, conforme necessidade assistencial da unidade)

4.1.3 Recursos Humanos

A equipe de profissionais UPA 24h, por plantão de 24h, deverá ser minimamente dimensionada, para respeitar a legislação, preceitos éticos e determinações vigentes, pertinentes a cada categoria profissional, de forma apresentar o quantitativo mínimo abaixo:

Tabela 02. Relação de RH Assistencial e Administrativo – Classe A

Unidade	Turno	Equipe Mínima	Total da Quantidade Classe A	CH Semanal	Escala de Plantão	Por plantão
UPA 24h	Diarista	Diretor Geral	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Diarista	Diretor Administrativo	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Diarista	Diretor Assistencial (RT)	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Diarista	Assessor de Planejamento	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Diarista	Enfermagem (RT)	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Dia	Médico Clínico	35	12	Plantão 12 horas	5
UPA 24h	Noite	Médico Clínico	28	12	Plantão 12 horas	4
UPA 24h	Dia	Médico Pediatra	14	12	Plantão 12 horas	2
UPA 24h	Noite	Médico Pediatra	14	12	Plantão 12 horas	2
UPA 24h	Diarista	Médico Rotina*	1	30	DIARISTA	1
UPA 24h	Diarista	Enfermeiro NSP/ NEP/ CCIH/ QUALIDADE	1	30	DIARISTA	1
UPA 24h	Dia	Enfermeiro	15	30	Escala 12 x 60	5
UPA 24h	Noite	Enfermeiro	15	30	Escala 12 x 60	5
UPA 24h	Dia	Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA	1
UPA 24h	Dia	Técnico de Enfermagem SD	33	30	Escala 12 x 60	11
UPA 24h	Noite	Técnico de Enfermagem SN	33	30	Escala 12 x 60	11
UPA 24h	Dia	Nutricionista RT	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Dia	Nutricionista	3	30	Escala 12 x 60	1
UPA 24h	Dia	Assistente Social	4	24	2 PL 12H FIXO	1
UPA 24h	Dia	Farmacêutico	7	24	Plantão 24 horas	1
UPA 24h	Diarista	Farmacêutico RT	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Plantonista	Técnicos em Radiografia	7	24	Plantão 24 horas	1
UPA 24h	Dia	Enfermeiro NIR	3	30	Escala 12 x 60	1
UPA 24h	Noite	Enfermeiro NIR	3	30	Escala 12 x 60	1
UPA 24h	Dia	Auxiliar Administrativo	8	40	Escala 12 x 36	4
UPA 24h	Noite	Auxiliar Administrativo	8	40	Escala 12 x 36	4
UPA 24h	Diarista	Encarregado de Auxiliar Administrativo	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Dia	Maquero	2	40	Escala 12 x 36	1
UPA 24h	Noite	Maquero	2	40	Escala 12 x 36	1
UPA 24h	Dia	Fisioterapeuta RT	1	40	DIARISTA	1
UPA 24h	Dia	Fisioterapeuta	3	30	Escala 12 x 60	1
UPA 24h	Noite	Fisioterapeuta	3	30	Escala 12 x 60	1
			251			

4.2 PERFIL ASSISTENCIAL DO HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS

Destina-se ao recebimento de usuários do SUS referenciados pela Central de Regulação ou por demanda espontânea de casos conduzidos por viaturas de socorro/resgate ou demanda espontânea para casos adultos e pediátricos, destinados a assistência traumatológicos e cirúrgicos.

4.2.1 A unidade hospitalar terá o perfil assistencial para atendimento em:

1. Urgência e emergência cirúrgica, adulta e pediátrica;
2. Politrauma adulto e pediátrico;
3. Terapia Intensiva adulta e pediátrica;
4. Medicina interna, (clínico médica).
5. Pediatria, incluindo o suporte aos casos de trauma e cirurgia pediátrica e todas as instalações pediátricas da Unidade, incluindo a UTI Pediátrica;
6. Cirurgia geral e especialidades:

Ortopedia e traumatologia geral;

Neurocirurgia e neurotrauma geral;

Cirurgia pediátrica;

Cirurgia vascular (suporte, em regime de plantão ininterrupto, a cirurgia geral, trauma e pediátrica);

Cirurgia bucomaxilofacial (suporte, em regime de plantão ininterrupto à cirurgia geral, trauma e pediátrica);

7. Aplicação dos protocolos de trombólise vigentes em injúrias cardiovascular e neurovasculares;

8. Exames de apoio diagnóstico e terapêutico;

9. Endoscopia digestiva alta, baixa e colonoscopia;

10. Broncoscopia rígida e flexível;

11. Hemodiálise e diálise peritoneal para usuários internados;

12. Unidade Transfusional;

13. Fisioterapia;

14. Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (clínicos, cirúrgicos e multiprofissionais) necessários para apoio à atividade-fim, incluindo a medicina física;

Observação:

Os traumatismos raquimedulares poderão ser tratados tanto pelo serviço de ortopedia e traumatologia quanto pelo serviço de neurocirurgia, a critério da CONTRATADA, a depender da proficiência de suas equipes técnicas;

O atendimento de Urgência e Emergência será por demanda espontânea e referenciada.

4.2.2 As especialidades a serem contempladas são as previstas em lei e, minimamente, as seguintes:

1. Medicina Interna (clínica médica);
2. Pediatria;
3. Terapia Intensiva Adulta e Pediátrica;
4. Anestesiologia;
5. Cirurgia Geral;
6. Cirurgia Pediátrica;
7. Ortopedia e Traumatologia;
8. Neurocirurgia;
9. Cirurgia Vascular (suporte, em regime de plantão ininterrupto, a cirurgia geral, trauma e pediátrica);
10. Cirurgia Oftalmológica (suporte, via parecer, à cirurgia geral, trauma e pediátrica);
11. Cirurgia Bucomaxilofacial (suporte, em regime de plantão ininterrupto, à cirurgia geral, trauma e pediátrica);
12. Cirurgia Plástica reparadora (suporte, via parecer, à cirurgia geral, trauma e pediátrica);
13. Cirurgia Torácica (suporte via parecer, à cirurgia geral, trauma e pediátrica);
14. Endoscopia Digestiva Alta e Baixa (endoscopia e colonoscopia) para pacientes internados;
15. Broncoscopia rígida e flexível – para pacientes internados;
16. Radiologia e Diagnóstico por Imagem (para pacientes internados e Vaga Zero);
17. Infectologia;
18. Nefrologia, via parecer;
19. Odontologia hospitalar para pacientes nas UTI's.

4.2.2.1 A equipe médica da Emergência deverá ser **minimamente** composta, 24 horas por dia e em caráter ininterrupto, apresentado no quadro de RH, no seguinte quantitativo:

1. Cirurgia geral
2. Cirurgia vascular
3. Neurocirurgia
4. Ortopedia

5. Anestesiologia
6. Clínica médica
7. Pediatria
8. Cirurgia Pediátrica

A composição desta equipe será liderada por um chefe de equipe por plantão.

4.2.2.2 As demais atividades profissionais relacionadas aos serviços de saúde deverão seguir a proporcionalidade das normativas do Ministério da Saúde.

4.2.3 Capacidade Instalada

A capacidade instalada hospitalar no Hospital Estadual Getúlio Vargas está distribuído da seguinte forma:

1. Emergência Referenciada – leitos de observação:

Sala Verde Mista: 22 leitos

Sala Amarela Adulto: 09 leitos

Sala Amarela Pediátrica: 08 leitos

Sala Vermelha: 05 leitos

Sala de Trauma: 02 leitos

2. Leitos cirúrgicos: 101 leitos
3. Leitos clínicos: 40 leitos
4. Leitos pediátricos: 24 leitos
5. Unidade de Terapia Intensiva Adulto 1: 20 leitos (sendo 02 isolamentos)
6. Unidade de Terapia Intensiva Adulto 2: 10 leitos
7. Unidade de Terapia Intensiva Adulto 3: 06 leitos
8. Unidade de Terapia Intensiva Adulto 4: 10 leitos
9. Unidade Terapia Intensiva Adulto 5: 10 leitos
10. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: 14 leitos
11. Salas cirúrgicas: 08
12. Recuperação pós-anestésica: 05
13. Recuperação pré-anestésica: 05
14. Centro de Imagens com: Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Raio X e Ecocardiograma;
15. Sala de Odontologia/Bucomaxilo.

Observação:

1. A Unidade de Internação atenderá, preferencialmente, aos usuários oriundos da Urgência e Emergência, da UPA 24h e aos usuários oriundos da Central de Regulação;

2. O atendimento de Urgência e Emergência será por demanda referenciada pela Central de Regulação ou por demanda espontânea de casos conduzidos por viaturas de socorro/resgate ou demanda espontânea para casos cirúrgicos e traumas adultos e pediátricos.

4.2.4 Serviço Ambulatorial

O **serviço ambulatorial** destina-se à realização de consultas especializadas de seguimento cirúrgicos (follow-up), demandas provenientes de pacientes pós-operatório internados para acompanhamento pós-alta em ortopedia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica e neurocirurgia e cirurgia vascular.

4.2.5 Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SADT

O Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia – SADT destina-se à investigação diagnóstica e ações terapêuticas em usuários internados e ambulatoriais, desde que referenciados pela SES/RJ. No caso de usuários internados no hospital, os serviços essenciais e de emergência deverão estar disponíveis durante 24 horas por dia, 07(sete) dias na semana.

Os serviços disponíveis no Hospital Estadual Getúlio Vargas são:

- 1 - Radiologia convencional e exames contrastados (disponível 24h);
- 2 - Tomografia computadorizada em casos de Emergência (disponível 24h) e em casos de vaga zero;
- 3 - Ultrassonografia geral (disponível 12h-dia);
- 4 - Ecocardiograma transtorácico uni e bidimensional, colorido com Doppler (disponível no período diurno);
- 5 - Endoscopia digestiva alta e baixa para suporte aos usuários internados (sob demanda);
- 6 - Eletrocardiograma (disponível 24h);
- 7 - Eletroencefalograma, sob demanda;
- 8 - Broncoscopia para os pacientes internados (sob demanda);
- 9 - Exames laboratoriais de análises clínicas (disponível 24h);
- 10 - Exames de anatomia patológica, sob demanda.

11 - PEATE (Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico), sob demanda

4.2.5.1 O Serviço de Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia e Ecocardiograma deverão contar com profissionais especializados com proficiência para realização dos exames de Diagnóstico por Imagens compatíveis com os equipamentos existentes na unidade hospitalar e constantes nas tabelas SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS e na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM 2012. Os exames de Tomografia Computadorizada sob sedação deverão ser realizados por profissional médico habilitado. Os exames sob sedação deverão ser realizados por profissional médico habilitado;

4.2.5.2 Todos os resultados de exames de Tomografia Computadorizada deverão ser submetidos à revisão de laudo por médico com Título de especialista pelo Colégio Brasileiro de radiologia;

4.2.5.3 Nos casos de emergência os laudos deverão ser imediatamente disponibilizados após a realização do exame em até 04 horas.

4.2.5.4 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES/RJ e/ou o por ela indicado, respeitando os protocolos de regulação vigentes.

Observação: 1. Os exames de RaioX, ultrassonografia e ecocardiografia para os pacientes vítima de trauma e os internados em unidades fechadas, deverão ser realizados a beira do leito.

4.2.6 Serviços de Apoio e Outras Instalações

1 - Farmácia clínica;

2 - Odontologia.

3 - Ouvidoria;

4 - Serviço Social;

5 - Fisioterapia

6 - Fonoaudiologia, exceto para a UPA 24h;

7 - Psicologia, exceto para a UPA 24h;

8 - Nutrição clínica (incluindo nutrição enteral e parenteral), exceto na UPA 24h;

9 - Laboratório de análises clínicas;

10 - Unidade transfusional e de hemocomponentes, exceto para a UPA 24h;

11- Central de Material Esterilizado (CME);

12 - Almoxarifado;

13 - Serviços de Hotelaria;

14 - Arquivo de Prontuários de Usuário (SAME);

15 - Engenharia clínica;

16 - Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos;

17 - Manutenção Predial e Conforto Ambiental;

18 - Salas de reunião, administração e direção;

19 - Centro de estudos e auditórios (NEP), exceto para a UPA 24h;

20 - Unidades administrativas (recursos humanos, administração de pessoal, faturamento, tesouraria, contabilidade, suprimentos, protocolo, patrimônio, qualidade, comunicação, TI, CCIH).

Observação:

A equipe mínima assistencial obrigatória deverá seguir as publicações legais que constam neste Termo de Referência e nas legislações vigentes. As demais atividades profissionais relacionadas aos serviços de saúde deverão seguir a proporcionalidade das normativas do Ministério da Saúde e órgãos de classe;

As equipes médicas deverão obedecer ao estipulado nas normas do Ministério da Saúde/CFM, estabelecidos de acordo com o número de leitos e metas assistenciais estabelecidas;

5. NÚCLEOS, COMISSÕES E INSTÂNCIAS OBRIGATÓRIAS.

Visando a excelência dos serviços prestados, de acordo com legislação pertinente que determina a implantação e o funcionamento de comissões responsáveis pela padronização dos processos internos e pela qualidade e segurança dos serviços prestados aos usuários do **Complexo Penha** segue as comissões e núcleos hospitalares permanentes.

5.1 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)

O Hospital deverá implantar a Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), em cumprimento a Portaria de Consolidação nº 04 de 28 de setembro de 2017, a qual faz descrição acerca da consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

A CIHDOTT será do Tipo III, em conformidade ao perfil descrito pela Portaria supracitada, composta por profissionais da área de saúde, a CIHDOTT deverá ser instituída por ato formal da direção de cada estabelecimento de saúde, deverá estar vinculada diretamente à diretoria médica da instituição e ser composta por, no mínimo, três membros integrantes de seu corpo funcional, dos quais um, que deverá ser médico ou enfermeiro, será o Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante. (Origem: PRT MS/GM 2600/2009, Art. 15).

Essa comissão apresenta atribuições bem específicas que perpassam toda a dinâmica que envolve o processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes. Com isso, há o entendimento que os membros atuantes devem ser altamente capacitados, preferencialmente, com formação em enfermagem, e se possível, possuir especialização ou tempo de experiência na área.

As ações têm como ponto inicial a busca ativa dos potenciais doadores ou através do acionamento das equipes assistenciais das unidades em tenham pacientes críticos. Nos casos em que há suspeita de morte encefálica, o protocolo para o diagnóstico segue a Resolução CFM nº2173, de 23 de novembro de 2017. Para isso, a comissão deverá ter seu funcionamento durante as 24h.

O Coordenador da Comissão deverá ter participado do Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Transplantes com certificado

emitido pelo Sistema Nacional de Transplantes ou pela CNCDO do Estado e não ser integrante de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou equipe de diagnóstico de morte encefálica.

Os indicadores atuam como importantes ferramentas de gestão de melhoria, qualificando o processo. Para avaliação do desempenho das atividades da CIDOHTT, foram definidos os indicadores relacionados abaixo, tendo como base o Anexo da legislação ministerial vigente:

1. Número total de óbitos gerais da instituição;
2. Número de óbitos em UTI, emergências e outras unidades com ventiladores, com diagnósticos da causa base (levantamento de possíveis doadores em morte encefálica);
3. Número de ocorrências de mortes encefálicas notificadas à CNCDO (potenciais doadores em morte encefálica);
4. Número de doadores elegíveis em morte encefálica;
5. Número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos (doadores efetivos ou reais de tecidos);
6. Tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias no caso de doação de órgãos;
7. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de órgãos;
8. Taxa de recusa familiar para doação de órgãos;
9. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas para doação de tecidos;
10. Taxa de recusa familiar para doação de tecidos;
11. Taxa de paradas cardiorrespiratórias irreversíveis em potenciais doadores em morte encefálica e em que fase do processo;
12. Número de doações efetivas ou reais em morte encefálica;
13. Número de doações efetivas ou reais de tecidos;
14. Número de óbitos sem contraindicação para doação de tecidos, que não foram realizadas entrevistas (escape PCR).

Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP):

Sob coordenação da Superintendência de Educação em Saúde (SUPES/SES-RJ), a FSERJ possui um Núcleo Central de Educação Permanente, Ensino e Pesquisa da Fundação Saúde (NCEPEP) que atua junto aos NEP das Unidades de saúde sob sua gestão.

O NEP se adequa às diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que se apresenta como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das instituições para produzir melhorias no processo de trabalho dos profissionais de saúde e impactar a assistência à população.

Cabe ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, se organizar como espaço destinado à formação, capacitação, habilitação dos profissionais de saúde.

Cabe esclarecer que algumas unidades possuem o **Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA)** regidos por resoluções próprias e devem seguir o exposto na legislação vigente. O CEA possui papel importante e estratégico que assegura a continuidade das ações de ensino, educação e pesquisa desenvolvidas, sendo setor que possui notória potência no fomento à pesquisa e inovação em saúde, além da difusão de conhecimento e aprimoramento de políticas públicas de saúde e de políticas da educação. O CEA, quando existente na unidade. Deve trabalhar de forma integrada com o NEP

Composição do NEP

Equipe mínima de 03 profissionais, sendo 01 na função de responsável, quando unidade hospitalar;

O coordenador do NEP deverá ser profissional de nível superior de qualquer área da saúde e indicado por ato interno do Diretor Geral da unidade com desejável conhecimento e experiência em Educação em Saúde, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública;

Objetivos do NEP

Ser um núcleo multiplicador e estimular a criação de equipes multiplicadoras do conhecimento em cada serviço/setor;

Identificar profissionais com experiência prática e/ou teórica em temas pertinentes para o serviço, criando a possibilidade de compartilhamento de saberes, conhecimento e conteúdo relevante para outros profissionais da unidade, potencializando a capacidade educacional de cada unidade de saúde;

Desenvolver e aprimorar, de forma participativa e multidisciplinar as ações de educação de acordo com o perfil assistencial da unidade e voltado para as necessidades dos usuários.

Fomentar o debate sobre a educação permanente em saúde em todos os espaços da unidade, aperfeiçoando continuamente os processos de trabalho, com vistas a qualificar a assistência, a gestão e a assistência prestada, aos cidadãos;

Atribuições específicas do NEP

Responder a todas as demandas referentes aos processos de formação, educação permanente e pesquisa na unidade e, quando solicitado pela SUPES e /ou pelo NCEPEP;

Elaborar anualmente e monitorar trimestralmente o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS) da(s) Unidade(s) de Saúde contendo as capacitações, treinamentos e todas as atividades de qualificação profissional, planejadas em conjunto com os coordenadores responsáveis pelos diferentes setores/serviços da unidade;

Transformar e aperfeiçoar práticas e técnicas sociais no ambiente de trabalho, através de atividades de Educação Permanente, fortalecendo as ações das equipes de trabalho;

Participar das reuniões do Grupo Trabalho (GT) de Integração dos CEA e NEP, instituído através da Resolução SES nº 2229, de 29 de janeiro de 2021, sob coordenação da SES-RJ e NCEPEP;

Realizar capacitação e atualização dos profissionais da unidade, ofertando de forma contínua ações educativas, alinhadas à política Nacional de Educação Permanente, instituída pelas Portarias de Consolidação MS nº 2 e nº 6 de 2017, considerando as necessidades de cada setor/serviço; sendo ainda de sua responsabilidade atender, a qualquer tempo, solicitação de ação educativas específica para alguma área/objetivo por parte da SES/RJ;

Encaminhar um consolidado sobre a execução das ações planejadas no PEEPS do referido ano;

Estimular e apoiar projetos de pesquisa estratégicos a fim de assegurar a expansão de pesquisas nas unidades da SES-RJ, bem como orientar o

pesquisador sobre o Fluxo de Pesquisa conforme normativas estabelecidas. Divulgação de produtos técnicos e resultados de pesquisas realizadas no âmbito da SES-RJ, cujo tema seja estratégico para sua unidade de saúde, com o objetivo de disseminar o conhecimento científico e tecnológico produzido;

Promover intercâmbio técnico-científico com as demais Unidades da SES/RJ, de modo a permitir a elaboração de linhas comuns ou complementares de ação, bem como compartilhar o apoio didático e boas práticas educativas;

Assegurar memória dos documentos produzidos na unidade a partir da indexação de materiais técnicos e científicos na Biblioteca Virtual em Saúde da SES-RJ;

Facilitar, participar e apoiar programas de residência médica e multiprofissional assim como programas de estágio curriculares e extracurriculares conforme legislações vigentes e orientações da SUPES.

Quanto à operacionalização

Planejar, executar, incentivar, apoiar, monitorar e avaliar as atividades de formação de profissionais em saúde, incluindo estagiários e residentes nas diversas áreas de atuação, observando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 15º que dispõe como atribuição dos Estados a execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

Considerar a Legislação e adequar-se para cumprimento das diretrizes instituídas pela SES e FSERJ, para a estruturação de fluxos e rotinas específicas do NEP associadas às normativas estabelecidas e que considerem as seguintes resoluções:

- Resoluções SES nº 3.215 de 30 de novembro de 2023 que estabelece a regulamentação para a Utilização das unidades de saúde e Nível central da SES-RJ como campo de estágio obrigatório, não obrigatório e internato pelas instituições de ensino de nível médio e superior das iniciativas pública e privada e os critérios para cumprimento da contrapartida acadêmica à concessão de campo de estágio de nível médio, graduação e internato.

- Resolução SES nº 3.236 de 12 de janeiro de 2024 que estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde da SES-RJ, como campo de prática para pós-graduandos pelas instituições de ensino de pós-graduação da iniciativa pública e privada;

- Resolução SES 2.361, de 30 de julho de 2021, que normatiza o fluxo para a solicitação de pesquisa(s) no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e sobre a submissão do projeto de pesquisa a um Comitê de Ética em Pesquisa, caso necessário;

- Resolução SES nº 2.638 de 17 de fevereiro de 2022 que estabelece os critérios para regulamentação das visitas técnicas de estudantes de nível médio, superior e pós-graduandos, regularmente matriculados em instituições de ensino públicas e privadas nas unidades de saúde próprias da Secretaria de Estado do Rio de Janeiro e Nível Central;

- Resolução SES nº 2.596, de 29 de dezembro de 2021, que cria o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, vinculando-o à Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde;

Considerar as diretrizes e normas que regulamentam a Residência Médica, bem como a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica - COREME, com orientações para sua composição, atribuições, competências e perfil do Coordenador.

Considerar as diretrizes e normas que regulamentam Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde bem como estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Multiprofissional – COREMU.

Propiciar para que todos os profissionais passem por cursos, atualizações e adequações a novos protocolos, devidamente registrados na unidade através de relatórios de acompanhamento e monitoramento, com comprovação de frequência e certificado.

5.3 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, que deverá:

- 1 - Realizar a interface com as Centrais de Regulação;
- 2 - Delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS;
- 3 - Disponibilizar serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Também deve disponibilizar leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo NIR. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação é uma Unidade Técnico-Administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. É um órgão colegiado ligado hierarquicamente à Direção-Geral do Hospital e deve ser legitimado, com um papel definido e disseminado dentro da instituição.

O NIR será responsável pela interlocução com a Secretaria de Estado de Saúde/RJ, cabendo a ele notificar a quantidade de leitos disponíveis na unidade para internação. O Serviço funcionará 24 horas por dia, 07 dias por semana, emitindo notificação de vagas em pelo menos 02 (dois) turnos diários, de acordo com as normas exaradas pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ.

O NIR **HEGV** deverá utilizar sistema regulador (SER), tal como implantar os processos de trabalho apresentados pela SES/RJ no intuito de otimizar e cumprir seu papel com o núcleo regulador hospitalar. Terá como função também organizar o fluxo interno dos usuários referenciados pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ, informando aos diferentes setores de destinação os dados necessários, bem como realizará avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

O NIR do **HEGV** deve ser composto por equipe técnica assistencial e administrativa compatível com a demanda do serviço realizado. A equipe técnica não poderá exercer, na mesma unidade, outra atividade que não seja da sua atribuição à qual está vinculado.

5.4 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve seguir as diretrizes técnicas estabelecidas na Resolução n.º 529/2013 e RDC n.º 036/2013.

Cabe ao Diretor Geral do serviço de saúde constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde.

5.4.1 Quanto à operacionalização:

- a) Desenvolver ações de Segurança do Paciente para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;
- b) Conduzir de forma participativa, a interação dos gestores e demais profissionais nas práticas necessárias à implementação da Cultura de Segurança

do Paciente na organização como um todo;

- c) Desenvolver mecanismos e ferramentas para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas no que se refere às práticas de Segurança do Paciente;
- d) Desenvolver ferramentas e estratégias de Gestão de Risco nas práticas de Segurança do Paciente, em todas as áreas de assistência, locais com realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos, incluindo os que impliquem em incisão no corpo ou introdução de equipamentos endoscópicos.
- e) Elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- f) Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- g) Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- h) Estruturar auditoria dos processos relacionados à Segurança do Paciente, monitorar os indicadores pertinentes e utilizar ferramentas para o tratamento de incidentes e eventos adversos;
- i) Sistematizar e incentivar a notificação interna de incidentes.
- j) Participar da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente - Hospitais com UTI.

O NSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança.

A composição do NSP pode variar de instituição para instituição. Dado seu caráter articulador, é interessante que o NSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros. Cabe ressaltar, ainda, que outras instâncias existentes dentro dos serviços de saúde e relacionadas à segurança do paciente podem atuar como membros consultivos do NSP, tais como: Núcleo de Saúde do Trabalhador; Gerência de Resíduos; Comissão de Biossegurança; Comissão de Padronização de Materiais; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal; Comitê Transfusional; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

O responsável do NSP deve ser um profissional vinculado à instituição, com disponibilidade de tempo contínuo e com experiência em qualidade e segurança do paciente, contando com boa aceitação pela equipe multiprofissional.

5.4.2 Composição Mínima do Núcleo de Segurança do Paciente:

- a) Equipe mínima de 02 profissionais de nível superior.

5.4.3 Indicadores da Segurança do Paciente:

Cabem ao Núcleo de Segurança do Paciente o acompanhamento, a análise e a compilação dos resultados obtidos do Prontuário Eletrônico e de outras fontes relacionadas ao atendimento ao paciente. A mensuração desses indicadores deverá ter frequência mensal e ser apresentado dia 10 (dez) do mês subsequente.

a) Protocolo de Identificação do Paciente

- Indicador: Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos nas instituições de saúde (número de pacientes com pulseiras padronizadas/ número de pacientes atendidos na instituição de saúde x 100).
- Indicador: Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.

b) Protocolo de Prevenção de Lesões por Pressão – Indicadores:

- Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão (número de pacientes submetidos à avaliação de risco para LPP na admissão/ número de pacientes internados na unidade x100);
- Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP;
- Incidência de LPP (número de casos novos de pacientes com LPP/ número de pacientes expostos ao risco de adquirir LPP no período x100).

c) Protocolo de Prevenção de Quedas – Indicadores:

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão (número de pacientes submetidos à avaliação de risco de queda na admissão / número de pacientes internados na unidade x100);
- Índice de quedas (número de quedas/ número de pacientes-dia x 100).

d) Protocolo de Higienização das Mãos – Indicadores:

- Consumo de preparação alcoólica para as mãos (volume de produto alcoólico utilizado no mês (litros)/ número de pacientes-dia);
- Consumo de sabonete líquido (volume de sabonete líquido utilizado no mês (litros)/ número de pacientes-dia);
- Percentual de adesão à higienização das mãos.

e) Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos – Indicadores:

- Taxa de erros na prescrição de medicamentos (número de medicamentos prescritos com erro / número total de medicamentos prescritos x 100) – direcionado para UPH e UH – responsável pela coleta farmacêutica;
- Taxa de erros na dispensação de medicamentos (número de medicamentos dispensados com erro/número total de medicamentos dispensados) x 100;
- Taxa de erros na administração de medicamentos (número de medicamentos prescritos não administrados/ total de medicamentos prescritos x 100) – direcionado para UH – responsável pela coleta: farmacêutico.

f) Protocolo de Cirurgia Segura – Indicadores:

- Percentual de pacientes que recebeu antibiótico profilaxia no momento adequado (número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos que receberam um esquema profilático apropriado de antibióticos / número totais de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos específicos na amostra x 100);
- Percentual de pacientes com marcação de lateralidade conforme (número de marcações de lateralidade/total de cirurgias com marcação de lateralidade indicada x 100) – sugerido/modificado pela CESP.

- Número de procedimentos errados;
- Taxa de adesão à lista de verificação.

5.5 Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH)

O serviço do Núcleo de Vigilância Hospitalar – NVH é obrigatório, conforme resolução SES N°1834 de 03 de julho de 2002. Atualmente foi publicada a Portaria GM/MS n° 1693, a qual institui a VEH.

O NVH tem por objetivo detectar oportunamente doenças de notificação compulsória, agravos e eventos de importância municipal, estadual, nacional ou internacional, bem como alterações nos padrões epidemiológicos. Suas ações têm estreita articulação com a Vigilância em Saúde Municipal, Estadual e Federal.

Nesse sentido, foram publicadas a Portaria MS n° 264, de 17/02/2020 a qual institui a lista das doenças de notificação compulsória e a Resolução SES 1864 de 2019 que dispõe sobre a relação de doenças e agravos de notificação compulsória e vigilância sentinela.

O referido NVH deve ser constituído pelas seguintes comissões: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão de Investigação de Óbitos; Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Vigilância Epidemiológica.

A equipe técnica do NVH está vinculada tecnicamente à Coordenação de Vigilância Epidemiológica da SES.

O NVH fundamenta-se em protocolos e procedimentos padronizados que permitem detectar, consolidar e analisar as informações acerca do processo saúde-doença, gerar indicadores de acompanhamento, articular com outros setores estratégicos do hospital, contribuir para qualificação do cuidado em saúde e por fim melhorar a qualidade da informação para o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O responsável do NVH deverá ter nível superior com pós-graduação em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. A equipe técnica não poderá exercer outra atividade que não seja da sua atribuição ao qual está vinculado. Cada comissão deverá ter um responsável técnico de nível superior, preferencialmente, com experiência ou especialização na área de atuação.

O funcionamento ocorrerá nos dias úteis, de segunda a sexta-feira, no horário comercial. Nos demais dias e horários o serviço deve funcionar sob forma de sobreaviso para realizar a comunicação ao Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), Estadual e Municipal, das Doenças de Notificação Compulsória Imediatas, as quais devem ser notificadas em até 24 horas.

A Fundação Saúde deve garantir a existência de pelo menos os campos obrigatórios no sistema de prontuários eletrônicos para a realização das notificações de todos os casos que seja necessário. Os prontuários devem apresentar uma forma de extração automática das notificações para envio em formato pactuado pela SES.

Todos os casos suspeitos internados de Doença de Notificação Compulsória Imediata ou Mediata deverão ser notificados e a ficha “SINAN” preenchida de forma integral, com especial atenção aos campos considerados obrigatórios.

As fichas “SINAN” deverão ser encaminhadas semanalmente à Vigilância Municipal, ressaltando que as referentes às **Doenças de Notificação Compulsória Imediata** devem ser encaminhadas em **ATÉ 24h, conforme Anexo IV**.

O NVH deve elaborar, mensalmente, o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das Doenças de Notificação Compulsória, conforme a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública (Portaria de Consolidação n°4/2017) e Resolução SES n°1864/2019. O relatório deve ser enviado para Vigilância Epidemiológica Hospitalar (VEH), Coordenação de Vigilância Epidemiológica (CVE), Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA) da SES/RJ;

5.6 Núcleo de Gestão da Qualidade

A melhoria da Qualidade visa à construção de um sistema planejado, estimulando a participação e a auto avaliação das práticas de gestão e assistenciais, incentivando as mudanças de atitudes e comportamentos a partir do incentivo à educação permanente de todos os colaboradores e grupos multidisciplinares, no aprimoramento contínuo dos processos de atendimento e gerenciamento.

O objetivo é, portanto, contribuir para criação da Cultura de Melhoria Contínua das práticas assistenciais e gerenciais pela definição dos processos prioritários nas readequações de padrões, procedimentos e instrumentos de trabalho que possam sustentar padrões elevados de qualidade da organização da Instituição, promover a melhoria contínua através de ciclos anuais de auto avaliação continuada da gestão, melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores, desenvolver a gestão do risco geral e do risco clínico como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

5.6.1 Quanto à operacionalização:

- Implantar Pesquisa de Satisfação contínua que atenda todos os perfis de usuários seguindo as diretrizes estabelecidas pela SES;
- Elaborar relatório de análise e plano de ação mensal tendo como base os Resultados da Pesquisa de Satisfação Contínua e estruturar mecanismos de controle para monitoramento dos Planos de Ação;
- Elaborar análise dos relatórios gerenciais, de demandas à ouvidoria e das providências relacionadas considerando os seguintes critérios:
 - a) Planejamento:
 - Levantamento dos principais assuntos das manifestações;
 - Motivos para que tais manifestações ocorressem;
 - Alvos das manifestações (setor/categoria profissional/serviço);
 - Ações que serão aplicadas e justificativas.
 - b) Plano de Ação:
 - Ações realizadas de acordo com o planejamento previamente elaborado;
 - c) Avaliação das Ações;
 - Resultados obtidos e as justificativas possíveis;
 - Avaliação da eficácia das medidas previstas.
 - d) Propostas de Melhorias:
 - Determinar alteração, prorrogação ou encerramento de ações tomadas;
 - Confeccionar e apresentar relatórios Trimestrais de Satisfação dos usuários contendo a avaliação dos indicadores da Pesquisa de Satisfação Contínua

e Planos de Ação;

- Elaborar e submeter à apreciação da SES/RJ o Relatório Anual de Auto Avaliação da Gestão e Plano de Melhorias de acordo com as diretrizes e metodologias emanadas do Programa de Excelência em Gestão – PEG/SES.
- Implantar sistema de monitorização da qualidade e desempenho dos setores assistenciais com interface com as áreas técnicas da SES/RJ;
- Apresentar resultados de indicadores com o atingimento das metas estabelecidas e justificativa do não alcance;
- Fazer interface com o Sistema de Monitoramento de Indicadores - SMI estabelecido pela SES/RJ;
- Executar indicadores contratuais e não contratuais, de acordo com as solicitações oriundas das áreas técnicas da SES/RJ.

5.6.2 Perfil profissional do responsável do Núcleo da Qualidade:

- a) Ser profissional com formação em ensino superior de qualquer área da saúde;
- b) É desejável experiência como responsável por área técnica de serviços de saúde ou gestão pública ou gestão da qualidade;
- c) É desejável título de pós-graduação nas áreas: Gestão da Qualidade, Gestão Pública, Qualidade e Segurança do Paciente.
- d) Desejável: conhecimento de informática, conhecimento das ferramentas da qualidade, planejamento e informação em Saúde.

5.7 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

As Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) foram instituídas por lei a partir de 1998 com a Portaria nº 2.616 do Ministério da Saúde, juntamente com a criação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que consiste em um conjunto de ações desenvolvidas com vistas a reduzir ao máximo possível a incidência e a gravidade das infecções hospitalares. Cabe à CCIH a execução das ações do PCIH, sendo esta comissão um órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição, e a ela diretamente subordinada.

A CCIH é composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados e nomeados pela Direção do hospital. Os componentes da CCIH agrupam-se em dois tipos: membros consultores e membros executores. O presidente da CCIH poderá ser qualquer um de seus membros, indicado pela Direção.

Os membros consultores deverão incluir representantes dos seguintes serviços: médico, enfermagem, farmácia, laboratório de microbiologia e administração. Em instituições com número igual ou menor que 70 leitos, a CCIH pode ser composta apenas por 01 (um) médico e 01 (um) enfermeiro.

Os membros executores representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e são eles os responsáveis diretos pela execução das ações do PCIH. É recomendável que pelo menos 01 (um) membro executor seja um profissional de enfermagem.

1. Competências da CCIH:

- Elaborar, implementar e monitorar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar;
- Implantar um Sistema de Vigilância Epidemiológica para monitoramento das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Implementar e supervisionar normas e rotinas, visando a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- Promover treinamentos e capacitações do quadro de profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, através de Educação Continuada;
- Participar, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, da elaboração de políticas de utilização de antimicrobianos, saneantes e materiais médico-hospitalares, contribuindo para o uso racional destes insumos;
- Realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas imediatas de controle e contenção;
- Elaborar, implementar e supervisionar normas e rotinas objetivando evitar a disseminação de germes hospitalares, por meio de medidas de isolamento e contenção;
- Elaborar, implementar, divulgar e monitorar normas e rotinas visando a prevenção e o tratamento adequado das infecções hospitalares;
- Elaborar e divulgar, periodicamente, relatórios dirigidos à autoridade máxima da instituição e às chefias dos serviços, contendo informações sobre a situação das infecções relacionadas à assistência à saúde na instituição.

5.8 Comissão de Curativo nas Unidades Próprias SES RJ:

- De acordo com a Resolução COFEN nº 0567/2018 que trata do Regulamento da Atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas.
- De acordo com a Resolução SES RJ nº 1.135/2015 que institui o Regimento Interno do grupo de Prevenção e Tratamento de Lesões Cutâneas da Secretaria de Estado de Saúde.
- Tendo por base a complexidade das diversas feridas tratadas nas Unidades de Saúde do Estado vinculadas a SES RJ fica instituído a necessidade de estabelecer uma Comissão de Curativo em cada unidade de saúde do Estado, seja qual for o modelo de gestão exercido: Direta, Organização Social de Saúde, Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro ou afins.
- A finalidade da Comissão de Curativos é proporcionar um atendimento humanizado e qualificado ao paciente portador de lesão cutânea e instituir a cultura de prevenção da lesão por pressão na unidade em conjunto com o Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.
- O objetivo é inserir um procedimento normativo para padronizar o cuidado ao cliente/usuário atendido na Rede SUS focado na prevenção e no tratamento das feridas.
- A Comissão de Curativo deverá ser liderada por um Enfermeiro Rotina especialista em cuidados com a pele ou um profissional que denote competência e habilidade para atender esta clientela, este profissional será responsável em participar das reuniões mensais da Câmara Técnica de Lesão Cutânea e auxiliará na escolha de uma grade mínima de coberturas para prevenção e tratamento de lesão cutânea; será o responsável por manter a planilha de curativos devidamente atualizados para que a posterior possa ser realizada a análise de prevalência e incidência de feridas na Rede de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares.
- Os membros das Comissões de Curativos ficarão subordinados à Direção Geral/Técnico e exercerão suas atividades no horário de trabalho.

5.9 Núcleo de Acolhimento à Família (NAF)

O Núcleo de Acolhimento à Família possui protocolos que visam o atendimento rápido e eficaz a partir da complexidade do caso. Esse foco na doença e tratamento colocam o paciente e a equipe de saúde em protagonismo, deixando a família/responsável em segundo plano. Vale ressaltar que se faz

necessário em toda instituição de Saúde (SES/RJ) e tem como objetivo garantir a participação do familiar na internação, fornecendo informações claras e fidedignas sobre cada processo enfrentado pelo paciente, sanando as dúvidas e promovendo conforto.

5.9.1 Objetivo do núcleo:

Acolher os familiares de todos os pacientes para que recebam orientações básicas do paciente e sobre as rotinas da unidade. Os funcionários das recepções administrativas e acolhimentos das portas de entrada devem estar orientados a encaminhar a família ao NAF;

- a) Garantir o sigilo e privacidade das informações fornecidas durante o atendimento prestado pelo NAF;
- b) Garantir que a família tenha acesso às informações clínicas fornecidas pela equipe assistencial no primeiro atendimento. Essas primeiras informações deverão ser comunicadas pelo NAF. É importante que se tenha uma abordagem clara e objetiva.
- c) Garantir que todas as notícias difíceis (exceto CTI), que são transmitidas pelo profissional médico e equipe multiprofissional da unidade, sejam realizadas na sala do NAF.
- d) Assegurar que 100% das famílias que procuram informações do atendimento de seus familiares sejam atendidas no NAF.
- e) Utilizar o Manual de Acolhimento à Família como base às informações a serem prestadas

5.9.2 Requisitos mínimos necessários:

- a) Designar espaço físico adequado com localização de fácil acesso, obrigatoriamente próximo à entrada da unidade;
- b) Garantir que o espaço possua os requisitos mínimos, conforme orientação da SES, para assegurar uma assistência com privacidade e dignidade na comunicação de notícias difíceis e óbitos;
- c) Garantir espaço físico adequado para receber e acolher familiares/cuidador da rede social dos pacientes, boa comunicação visual, mobiliários, computador, telefone, bebedouro, ar condicionado, e layout conforme modelo da SES;
- d) Viabilizar o Manual do Acompanhante, conforme modelo SES;
- e) O setor deve estar informatizado, a fim de garantir o fornecimento de dados estatísticos mensalmente, conforme orientação da Assessoria Técnica de Humanização;
- f) Garantir uma estrutura de recursos humanos no período de 24 horas, com no mínimo, uma equipe multidisciplinar fixa;
- g) Todos os profissionais devem estar capacitados para atuar de forma acolhedora, com discrição, organização, discernimento, ética e corresponsabilidade, conforme orientação da Assessoria Técnica de Humanização;
- h) Estabelecer uma equipe matricial diária com serviços assistenciais (Médico, Nutricionista, Fisioterapeuta, etc.).

5.9.3 As atividades do coordenador deverão estar conforme o Manual de Acolhimento à Família da Assessoria Técnica de Humanização da Secretaria Estadual de Saúde.

a) Pré-requisitos ao cargo:

- 1- Graduação nas áreas de saúde (enfermagem, psicologia ou serviço social);
- 2- Conhecimento e experiência na Política Nacional de Humanização;
- 3- Conhecimento e experiência em gestão e indicadores em saúde.

b) Perfil comportamental desejável:

- 1- Liderança, saber trabalhar em equipe, possuir boa comunicação verbal e escrita, facilidade em se adaptar a mudança, empatia, dinamismo, discrição e proatividade.

As demais categorias deverão seguir perfil e atribuições descritos no Manual de Acolhimento à Família.

5.9.4 Diretrizes dos atendimentos:

- a) Estabelecer vínculo com o familiar e/ ou responsável, a fim de torná-lo sujeito ativo do processo saúde-doença;
- b) Manter atualizado censo de identificação dos pacientes;
- c) Inteirar-se do diagnóstico inicial, estado geral do paciente e registros no boletim/prontuário, para melhor informação ao familiar e/ou responsável, das informações que são pertinentes naquele momento ou acionando a equipe matricial;
- d) Acolher e orientar os familiares e/ou responsáveis quanto ao fluxo de atendimento da unidade com suas rotinas pré-estabelecidas, divulgando o Manual do Acompanhante, com os horários dos serviços disponíveis;
- e) Acolher os familiares e/ou responsáveis, com base nos relatos das necessidades expressas pelos mesmos, registrando-os em impresso próprio;
- f) Dirimir dúvidas sobre os direitos e deveres do acompanhante no momento da internação de forma compreensível por toda e qualquer pessoa;
- g) Avaliar o grau de vulnerabilidade da família e/ ou responsável identificando e orientando sobre as demais demandas: declarações de acompanhamento, laudo médico, autorização para acompanhamento, transferências, entre outras, viabilizando contato com setor/profissional responsável;
- h) Garantir que as notícias difíceis (óbitos, agravamento de diagnósticos e prognósticos) sejam transmitidas de forma acolhedora, pela equipe multiprofissional da unidade, sempre em local apropriado;
- i) Garantir que o Protocolo de Notícias Difíceis seja cumprido e executado conforme preconizado;
- j) Orientar os familiares para o Serviço de Documentação de Óbito para tomar as providências necessárias.

5.10 Sala Multiprofissional de Apoio a Violência

I - Objetivo

1. Qualificar o atendimento a crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos e LGBTQIAPN++ em situação de violência, pautado nas exigências da legislação brasileira, incluindo a PORTARIA Nº 485, DE 1º DE ABRIL DE 2014 que redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
2. Subsidiar os profissionais de saúde para identificação de usuários que sofreram ou que vivem em situações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, incluindo as tentativas de suicídio;
3. Garantir o acesso à rede de atenção a indivíduos e grupos em situação de violência, junto aos serviços complementares de apoio nas unidades de

urgências, emergências e maternidades da Secretaria de Estado de Saúde, conforme o protocolo de Atendimento às Vítimas de Violência instituído pela NESPAV (Núcleo Estadual de Saúde para Prevenção às Violências), que visa criar critérios para o cuidado adequado e ao cumprimento da exigência legal de notificação às autoridades competentes;

4. Garantir que haja atendimento especializado para crianças, adolescentes e seus familiares conforme Lei Estadual 9.235/21 de 8 de abril de 2021.

5. Acolher e atender os usuários, compreendidos aqui todos os usuários vítimas de violência não urbana, independente de gênero declarado e ou faixa etária, portanto, todos os segmentos de nossa sociedade;

6. Diminuir a revitimização nas unidades de emergência estaduais.

II - Justificativa

Para garantir o cumprimento do protocolo de Atendimento às Pessoas Vítimas de Violência, foi preconizado que o atendimento deve ser realizado em espaço específico, neste caso, a sala Multiprofissional. Esta sala é destinada especificamente para este fim e é composta por uma equipe interdisciplinar treinada e capacitada.

III - Funcionamento

a) Para que seja coibido o processo de revitimização dos usuários vítimas de violência (compreendendo nesses casos as violências doméstica, intrafamiliar, sexual e outras), todos os profissionais da unidade devem conhecer as ações e serviços disponíveis oferecidos não só na unidade como na rede de atenção à saúde, assim como garantir o sigilo e a privacidade durante todo o atendimento a este usuário. A ética e a confidencialidade devem ser atributos destes profissionais e devem, portanto, permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, desde o acolhimento até o final do atendimento. O atendimento ocorrerá de forma multiprofissional pelo médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, que estão de plantão na emergência, atuando de forma matricial, conforme demanda assistencial.

1. OBS.: O atendimento poderá ser individualizado caso haja solicitação do usuário. Nos casos envolvendo menores de idade, este deve ser atendido sempre por dois profissionais, sendo um do gênero da vítima. E com autorização do responsável legal.

b) Deverá seguir o descrito na Portaria nº 485 de 1 de abril de 2014, entre outras, que vierem a substituir e/ou complementar.

IV - Pré-qualificação:

Sala ou espaço para atendimento, de fácil acesso, com entrada próxima ao serviço de emergência, e espaço para o atendimento multiprofissional que garanta a privacidade dos usuários, preferencialmente com divisão interna de acesso a consultório. Deve dispor de mesa e cadeiras para usuário e acompanhantes, preferencialmente com acesso à internet e à rede da unidade, para otimizar a transcrição das informações pertinentes ao prontuário eletrônico, se a unidade possuir este instrumento assistencial;

Em relação a Ambiência, devemos ressaltar que o conceito de ambiente saudável está ligado ao conforto visual, climatização e a disposição de mobiliário como mesas, cadeiras e outros que forem necessários para o funcionamento correto do ambiente, atentando-se que este deverá sempre corresponder ao preconizado pela equipe de Design e Assessoria Técnica de Humanização SES/ RJ.

Esclarecemos que o profissional médico que realiza o atendimento na Sala Multi não realiza perícia médica, somente o atendimento clínico inicial, medicalização profilática e terapêutica, conforme cada caso. Também realiza encaminhamentos às unidades de referência para acompanhamento e registro do quadro clínico, queixas e lesões encontradas no momento. Caso haja a necessidade da perícia nos casos específicos, após encaminhamento da unidade, deverá ser realizada posteriormente pelo profissional vinculado à Secretaria de Segurança Pública.

Fica sob responsabilidade da unidade o envio mensal dos dados estatísticos de atendimento da sala à Assessoria Técnica de Humanização da Secretaria Estadual de Saúde.

5.11 Demais instâncias obrigatórias

5.11.1 Manter demais instâncias obrigatórias abaixo listadas conforme legislação e regulamentação vigentes, assim como quaisquer outras que venham a se tornar legalmente obrigatórias ou necessárias:

a) Comissão de Ética de Enfermagem - Resolução COFEN Nº 593/2018;

b) Comissão de Ética Médica - Resolução CFM Nº 2152 DE 30/09/2016;

c) Comitê Transfusional - Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016;

e) Comissão de Investigação de Óbitos - Resolução CFM 2171, de 30 de outubro de 2017;

f) Comissão de Revisão de Prontuários - Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002;

g) Comissão de Farmácia e Terapêutica - Resolução nº 449 de 24 de outubro de 2006;

h) Comissão Permanente de Avaliação de Documentos Médico - Resolução CFM nº 1.821/2007;

i) Comissão de Proteção Radiológica - RDC Nº 330, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2019

j) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - RESOLUÇÃO - RCD Nº 63, DE 6 DE JULHO DE 2000

5.11.2 Designar profissional de saúde de nível superior como responsável para cada comissão, núcleo ou instância, preferencialmente com experiência para atuar na comissão nomeada;

5.11.3 Deverá ser garantida infraestrutura com sala própria ou compartilhada, mobiliário, computadores independentes, acesso a internet e linha telefônica;

6. OBRIGAÇÕES DA FUNDAÇÃO SAÚDE

O cuidado na área da saúde deve ser pautado em princípios de gestão, visando melhor assistência dentro de parâmetros de qualidade estabelecidos pela SES/RJ.

A CONTRATADA deve seguir alguns fundamentos básicos de gestão, que deverão ser aferidos por indicadores e pelo resultado da sua gestão:

a) Visão Sistêmica: ter noção de que o **Complexo Estadual de Saúde da Penha - UPA 24H Penha E Hospital Estadual Getúlio Vargas** funciona interligado, com seus componentes em comunhão de atividades para o alcance de um resultado único, qual seja a melhor assistência possível ofertada aos usuários. Ademais, cada unidade deve ter suas áreas funcionando em parceria perfeita para que a eficácia e a efetividade sejam sempre os resultados esperados;

b) Gestão por Processos: a melhoria contínua dos processos deve ser perseguida diariamente pela Contratada, estando alinhada à visão e as estratégias da mesma, e ainda, com foco nas necessidades do usuário.

c) Liderança: o conjunto de liderança, estratégias bem definidas e mecanismos de controle eficazes devem existir para que haja avaliação, direcionamento e monitoramento da própria gestão, possibilitando a correção de rumos e objetivos.

d) Desenvolvimento de Pessoas: visando o desempenho individual e do próprio o **Complexo Estadual de Saúde da Penha**, a Contratada deve priorizar o engajamento dos profissionais, com o desenvolvimento de competências e habilidades, além de um programa de Educação Permanente que atenda as necessidades de conhecimento e formação dos profissionais, e conseqüentemente, melhorando a percepção da qualidade assistencial ofertada.

e) Segurança do Paciente: deve ser um objetivo diário e primordial da Contratada a identificação, a análise, o planejamento e a implementação de melhorias nos processos assistenciais para a redução contínua e permanente dos riscos e danos associados à assistência à saúde. O cuidado deve ser centrado no paciente por meio de um tratamento individualizado, integral, planejado, seguro e efetivo, mediante tomadas de decisão participativas,

respeitando a cultura do paciente e da sociedade em que atua.

f) Melhoria Contínua: processo que objetiva a identificação, análise permanente e avaliação da situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando uma situação futura com melhoria contínua dos padrões dos produtos, dos serviços e dos processos, almejando o melhor desempenho dentro das condições existentes.

g) Ética e Transparência: os princípios da Administração Pública estão previstos expressamente na Constituição Federal, sendo responsáveis por organizar sua estrutura e mostrar seus requisitos básicos para a formação de uma administração padronizada, gerando uma segurança jurídica em toda a sociedade. São Princípios Constitucionais na Administração Pública: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência. Além desses, existem também princípios de suma importância que são a Razoabilidade/Proporcionalidade e a Finalidade. Além desses princípios explícitos na Constituição, existem outros que são implícitos no texto Constitucional, como o Princípio da Supremacia do Interesse Público, que deve ser considerado na mesma proporção com os outros, pois os princípios gerais de direito existem por força própria, independentemente de figurarem em texto legislativo.

h) Gerenciamento de dados: a empresa de Prontuário Eletrônico contratada deve disponibilizar solução para permitir a migração de dados, importação e exportação, para outros Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde com o controle adequado de verificação de integridade do banco dados e **documentação necessária para fins de interoperabilidade ou transição de sistemas no término do contrato.**

6.1 Quanto à Assistência à Saúde

6.1.1 Prestar assistência integral aos pacientes encaminhados para a continuidade do cuidado conforme protocolos da SES/RJ, ANVISA e Ministério da Saúde;

6.1.2 Realizar tratamento de complicações e intercorrências que possam ocorrer ao longo do processo assistencial;

6.1.3 Garantir que sejam adotadas as normas da **Política Nacional de Humanização**, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, além de seguir orientações da SES/RJ;

6.1.4 Garantir a realização de atendimento multidisciplinar integral aos pacientes assistidos, com equipe multidisciplinar especializada da CONTRATADA, conforme estabelecida nas RDC, portarias e outras normas técnicas, de forma ininterrupta nas unidades hospitalares de internação e durante os horários de atendimento dos ambulatórios. Para fins de atendimento ao paciente pediátrico a idade considerada será entre 0 até 17 anos, 11 meses e 29 dias, conforme a Resolução CFM 1666/2003, a qual reconhece a medicina do adolescente como área de atuação do pediatra;

6.1.5 Seguir as normas e procedimentos adequados para manutenção da qualificação das unidades hospitalares de acordo com a Portaria GM/MS 2.395 de 11 de outubro de 2011, que organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, ou norma posterior que a venha substituir;

6.1.6 Implementar, dentro dos limites físicos e operacionais da unidade, o dispositivo da visita ampliada e o direito ao acompanhante, nos casos previstos em lei;

6.1.7 Realizar tratamento de complicações e intercorrências que possam ocorrer ao longo do processo assistencial;

6.1.8 Realizar tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação hospitalar do usuário e que podem ser necessários devido às condições especiais do paciente, entre outras causas, dentro de seu perfil e capacidade operacional;

6.1.9 Realizar atendimento odontológico dos usuários internados em unidades fechadas (UTI e Isolamento), utilizando protocolos de odontologia hospitalar para prevenção de infecções sistêmicas que tenham como porta de entrada lesões na cavidade oral, de origem odontológica ou não;

6.1.10 Executar procedimentos especiais de alto custo e alta complexidade que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente em assistência hospitalar, de acordo com a capacidade instalada.

6.1.11 Realizar procedimentos especiais de fisioterapia, reabilitação, suporte psicológico, fonoaudiologia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente em assistência hospitalar, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da unidade.

6.1.12 Executar procedimentos cirúrgicos necessários ao adequado tratamento de pacientes de acordo com o perfil do Complexo Estadual de Saúde da Penha;

6.1.13 Fornecer:

a) Atendimento odontológico hospitalar aos pacientes internados;

b) Atendimento Médico contínuo 24h;

c) Assistência de Enfermagem contínua 24h;

d) Assistência de reabilitação aos pacientes internados em assistência hospitalar (Fonoaudiologia e Fisioterapia);

e) Assistência psicológica ao usuário e, quando necessário, aos familiares;

f) Assistência Social;

g) Equipamentos e materiais médicos, insumos e instrumentais adequados ao perfil de necessidade do paciente;

h) Sangue e hemoderivados;

j) Terapias renais substitutivas (hemodiálise e outras) para internados;

k) Exames laboratoriais, anatomopatológicos,

l) Exames de imagem;

m) Endoscopia e colonoscopia para pacientes internados;

o) Broncoscopia para pacientes internados

p) Órteses, próteses e implantes para cirurgias e procedimentos, necessários ao tratamento de acordo com as especificações da SES/RJ em todas as especialidades que utilizam tais materiais, devendo a contratada faturar pelo SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPME do SUS, registradas na ANVISA e com aprovação da SES/RJ;

q) Nutrição dos usuários em observação e dos acompanhantes, quando aplicável, dentro de padrões adequados de qualidade. Para os pacientes internados no Complexo Estadual de Saúde da Penha, incluem-se nutrição enteral e parenteral quando indicadas no HEGV;

r) Transporte inter-hospitalar em caso de transferência ou exames em outras instituições de usuários críticos, semicríticos e estáveis em ambulância apropriada, **devidamente tripulada**, com programação visual padronizada pela SES e equipada conforme Portaria MS/GM 2.048, de 05 de novembro de 2002, sem prejuízo ao atendimento praticado na unidade;

s) Transferir para outras unidades de serviços especializados usuários com necessidade de tratamento fora do perfil desta unidade, com vaga assegurada pela SES/RJ ou outros mecanismos de regulação de usuários, fornecendo ambulância adequada ao perfil do usuário;

t) Realizar tratamento medicamentoso requerido durante o processo de internação. A dispensação de medicamentos deverá realizar-se através de dose individualizada por horário e sistema distribuição de medicamentos por dose unitária;

6.1.14 Implantar Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, desde o início das atividades, de acordo com as seguintes normas ou recomendações determinadas pela SES/RJ:

a) Centrar as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutive e humana;

b) Implementar ações de cuidados à saúde baseadas em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção segundo os princípios sugeridos pelo CFM, Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS);

c) As rotinas técnicas e assistenciais, bem como a qualidade dos materiais e insumos a ser utilizado na unidade, deverão ter aprovação pela correspondente área técnica da SES/RJ, em documento firmado por ambas as partes. A decisão final cabe à SES/RJ;

d) Revisar e ajustar, após a implantação, as diretrizes clínicas, normas, rotinas básicas e procedimentos, sempre que houver alterações que envolvam novas tecnologias, incremento ou desativação de serviços ou alterações na estrutura organizacional;

e) Formalizar mudanças nos procedimentos e rotinas de funcionamento do Hospital em documento firmado por ambas as partes. A decisão final cabe à SES/RJ;

f) Realizar todos os atendimentos médicos necessários ao paciente, não sendo permitida a limitação do atendimento por qualquer cláusula contratual ou outra alegação;

g) Adotar o **Protocolo de Segurança do Paciente da SES** alinhado aos cuidados de saúde contemplando:

- Identificar corretamente o paciente;
- Comunicação entre profissionais de Saúde;
- Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos;
- Assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente correto;
- Higienização das mãos;
- Prevenção de quedas e prevenção de lesão por pressão (LPP).

6.1.15 Realizar acompanhamento médico diário de todos os usuários internados, compreendendo: internação e alta, evolução e prescrição, solicitação e verificação do resultado de exames e execução de procedimentos competentes à especialidade e à unidade.

6.1.16 Fornecer e disponibilizar, sempre que solicitados, laudos dos exames, procedimentos e assistência realizados pela sua equipe médica.

6.1.17 Garantir atendimento ao paciente em assistência hospitalar por profissionais médicos especialistas sob forma de parecer, sempre que necessário;

6.1.18 Executar atendimento nas Unidades de Terapia Intensiva com profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas entre outros, habilitados ao atendimento do usuário crítico, em quantidades compatíveis com a RDC/ANVISA nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de UTI porte II, ou ainda outras de publicação mais recente que revoguem ou aperfeiçoem estas disposições, como também as resoluções e documentos dos conselhos de classe sobre o dimensionamento deste setor;

6.1.19 A Comissão de Vigilância Epidemiológica deve elaborar, mensalmente, o perfil de morbidade e mortalidade hospitalar das Doenças de Notificação Compulsória, conforme a Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos em Saúde Pública (Portaria de Consolidação nº4/2017) e Resolução SES nº1864/2019. O relatório deve ser enviado para Vigilância Epidemiológica de Âmbito Hospitalar (VEH), Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE), Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA), Subsecretaria de Vigilância Sanitária SVS/SES/RJ;

6.1.20 Comunicar a ocorrência de suspeita ou confirmação de doenças e agravos de notificação compulsória que porventura sejam identificados nas unidades de acordo com os fluxos estabelecidos pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde/SES/RJ, conforme Lista Nacional de Notificação Compulsória vigente. Observar os seguintes preceitos:

a) A ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN deve ser preenchida no PEP pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita do agravo ou doença objeto da notificação. Todos os usuários vítimas de qualquer forma de violência deverão ser notificados através do SINAN;

b) A ficha de notificação é específica para cada doença ou agravo, por isso, o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve ter um módulo Ficha de Notificação com todas as fichas de notificação disponibilizadas pela SVS/SES/RJ com seus respectivos campos obrigatórios no mínimo.

6.1.21 Implantar ou incrementar as linhas de cuidado projetadas para a unidade de saúde em questão;

6.1.22 Manter responsável técnico, coordenador de cada serviço e médicos diaristas, com título de especialista em suas respectivas áreas, e médicos plantonistas com residência médica ou pós-graduação em especialidade clínica concluída, ou com, no mínimo, 2 anos, após a graduação, de experiência comprovada no atendimento ao usuário na área pertinente, nas atividades contempladas neste Termo de Referência, para prestar o atendimento pleno ao usuário. Devem ser cumpridas rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade inerente, responsabilizando-se os profissionais pelos seus atos em todos os aspectos e seguindo os preceitos de humanização do SUS;

6.1.23 Prover o serviço com aparelho de Ultrassom móvel para utilização junto aos procedimentos das UTIs Adulto;

6.1.24 Aplicar todas as normas e protocolos da SES/RJ nos casos de Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica, incluindo a eventual realização de hemocultura e utilização de medicação antibiótica.

6.1.25 Aplicar todas as normas e protocolos da SES/RJ nos casos de Infarto Agudo do Miocárdio, incluindo a utilização de medicação trombolítica.

6.1.26 Aplicar todas as normas e protocolos da SES/RJ nos casos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, incluindo a eventual utilização de medicação trombolítica.

6.1.27 Conforme **Lei nº 8361 de 01 abril de 2019** do Rio de Janeiro, dispõe sobre a obrigatoriedade da inclusão, em um percentual mínimo de 30%

(trinta por cento), de produtos orgânicos ou de base agroecológica na alimentação fornecida aos pacientes dos hospitais da rede pública estadual do Rio de Janeiro. Art. 1º Os hospitais da rede pública estadual do Rio de Janeiro ficam obrigados a destinar um percentual mínimo de 30% (trinta por cento) de produtos orgânicos ou de base agroecológica na alimentação fornecida aos seus pacientes.

6.1.28 Aplicar todas as normas e protocolos da SES/RJ nos casos de violência interpessoal/autoprovocada, incluindo notificação do agravo e eventual profilaxia pós exposição sexual.

6.1.29 Integrar-se ao programa de Doação de Órgãos, considerando a manutenção do potencial doador, seguindo as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Transplante.

6.1.30 Responsabilizar-se pela prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes. Nestes casos, será possível a repactuação do Contrato de Gestão, visando o equilíbrio econômico-financeiro, se houver necessidade.

6.1.31 Cumprir normas, diretrizes clínicas e melhores práticas conforme SES/RJ, Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Ministério da Saúde (MS) e outras entidades e sociedades que normatizam as especialidades atendidas.

6.1.32 Garantir a realização de toda a linha de cuidado aos usuários oncológicos, em situação de urgência e emergência, incluindo o acesso ao Serviço Especializado de Radioterapia e/ou Quimioterapia, para usuários internados ou ambulatoriais, via Central de Regulação.

6.2 Quanto ao Aspecto Institucional

6.2.1 Atender com seus recursos humanos e técnicos os pacientes do SUS - Sistema Único de Saúde - oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades descritas neste Termo de Referência, sendo vedada a remuneração pelo atendimento ao usuário por qualquer outra fonte de pagamento que não o SUS;

6.2.2 Observar, durante todo o Prazo do Contrato, a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS), visando o cumprimento do modelo de atendimento humanizado;

6.2.3 Garantir:

a) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

b) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

c) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

d) Sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;

e) Atendimento do usuário no acolhimento apenas por profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação;

f) Esclarecimento aos pacientes acerca de seus direitos quanto aos serviços oferecidos e funcionamento das unidades de saúde;

g) Utilização obrigatória da **Grade de Medicamentos Padronizada pela SES/RJ** para os medicamentos dispensados, de acordo com o perfil Hospitalar. O elenco de medicamentos padronizados para atenção hospitalar está descrito na Resolução SES nº 434, de 12 de setembro de 2012, além do descrito na Resolução SES nº 888, de 21 de março de 2014, Resolução SES nº 931, de 23 de maio de 2014 e Resolução SES nº 1.178, de 18 de maio de 2015, ou ainda outras publicações mais recentes que revoguem ou aperfeiçoem estas disposições;

I - A FSERJ deverá garantir a não paralisação do serviço de farmácia, por falta de insumos/medicamentos ou recursos humanos, bem como manter Responsável Técnico de farmácia.

II - A FSERJ não poderá deixar a unidade de saúde desabastecida de qualquer item previsto na grade mínima de insumos e medicamentos, podendo substituir por similar, ou ainda, incluir demais fármacos e insumos que considerar necessários de acordo com o perfil da unidade submetendo validação pela SES, evitando a desassistência dos pacientes.

III - A FSERJ deverá evitar a perda dos insumos e medicamentos por data de validade vencida que foram adquiridos pela Fundação Saúde.

h) Integração ao complexo regulador da SES/RJ e/ou o por ela indicado, respeitando os protocolos de regulação vigentes.

i) Controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes;

j) O uso do símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, devendo afixar aviso, em lugar visível, acerca da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

k) Adoção de impressos inerentes ao serviço ou entregues aos pacientes, sinalizações, uniformes, enxoval e demais itens a padronização que será orientada pela SES/RJ, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido pelo SES;

l) Participação das ações determinadas pela SES na prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes. Nestes casos, será possível a repactuação do Contrato de Gestão, visando o equilíbrio econômico-financeiro, se houver necessidade;

m) Participação dos gestores e profissionais das unidades em Fóruns de Rede locais, objetivando potencializar o desempenho da rede assistencial e otimizar os fluxos regionais, garantindo, por fim, a melhora na resolutividade da assistência ao usuário.

n) Participação dos gestores das unidades nos Conselhos Distritais de seu território e no Conselho Estadual de Saúde, valorizando a participação social como ferramenta para melhoria do SUS.

6.2.4 Quaisquer atualizações que sejam necessárias, motivadas por mudanças no fluxo e/ou outra qualquer necessidade deve, impreterivelmente, serem informadas à Coordenação Técnica de Design da SES RJ (tel.: 21 23333840 e e-mail: designalternativo.saude@gmail.com), a fim de que sejam criados os respectivos arquivos pela

equipe, que posteriormente serão enviados à FSERJ para produção e instalação por gráfica especializada, às expensas da FSERJ;

6.3 Quanto ao Aspecto Operacional

6.3.1 Garantir o funcionamento ininterrupto do Complexo Estadual de Saúde da Penha.

6.3.2 Garantir que as unidades estejam devidamente cadastradas e atualizadas no banco de dados do **Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**, conforme legislação vigente e instituído pela Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000. **O CNES deverá ser atualizado mensalmente, até o 5º dia útil do mês. O arquivo deverá ser enviado para** à Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA), área técnica da SES/RJ responsável;

6.3.3 A Fundação Saúde deverá fornecer:

- a) Serviços de Esterilização dos Materiais Médicos, tanto de materiais termorresistentes quanto de materiais termo sensíveis;
- b) Engenharia Clínica, manutenção preditiva, preventiva e corretiva de todos os equipamentos disponibilizados para funcionamento da unidade;
- c) Uniformes **no padrão** estabelecido pela Assessoria Técnica de Humanização da SES/RJ;
- d) Roupas hospitalares no padrão estabelecido pela SES/RJ;
- e) Gases Medicinais;
- f) Controle de Acesso;
- g) Sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo;
- h) Serviço de Lavanderia;
- i) Serviço de Limpeza e Higienização;
- j) Manutenção Predial (alvenaria, pintura, elétrica, hidráulica, esgoto,...) e Conforto Ambiental;
- l) Coleta, transporte e tratamento de resíduos, obedecendo ao **PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**;
- m) Garantir gerador de energia para o **Complexo Estadual de Saúde da Penha** devendo abranger minimamente área crítica, semicríticas e ambientes cirúrgicos, seguindo as diretrizes técnicas e legais vigentes;
- n) Acondicionamento, coleta, transporte e tratamento de resíduos comuns e infectados, obedecendo ao PGRSS - **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**;

6.3.4 Solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação do paciente e, se for o caso, a documentação de encaminhamento especificada no fluxo estabelecido pela SES/RJ;

6.3.5 Fornecer ao usuário o Sumário de Internação e Alta;

6.3.6 Emitir o cartão do SUS, preferencialmente, com o sistema de registro eletrônico do paciente contratado integrado ao barramento CNS do DATASUS;

6.3.7 Providenciar acomodações e alimentação para acompanhantes dos usuários, quando necessário, atendendo a legislação vigente;

6.3.8 Realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações;

6.3.9 Garantir os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames realizados junto ao SCNES, tais como: carga-horária, Código Brasileiro de Ocupações (CBO), equipamentos e demais requisitos necessários;

6.3.10 Arcar com despesas de Concessionária de Telefone e Gás Natural, mantendo os pagamentos em dia para evitar interrupção no fornecimento;

a) As despesas das Concessionárias de água/esgoto e energia elétrica ocorrerão por conta da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

6.3.11 Requerer autorização prévia à SES/RJ se a unidade hospitalar se dispuser a prestar serviço originalmente não previsto no Contrato e seus Anexos ou se desejar executar de modo distinto serviço já previsto, apresentando as razões do seu pleito, com demonstrações das vantagens e garantia do cumprimento do Contrato. A alteração não poderá resultar em padrão inferior de desempenho e modificar substancialmente o objeto do Contrato de Gestão, e obviamente, não poderá prejudicar o usuário;

6.3.12 Dar conhecimento imediato à SES/RJ de todo e qualquer fato que altere de modo relevante o normal desenvolvimento do Contrato, ou que, de algum modo, interrompa a correta prestação do atendimento aos pacientes da unidade;

6.3.13 Informar imediatamente a Assessoria de Comunicação (ASCOM/SES) e a Superintendência de Unidades Hospitalares sempre que houver atuação ou solicitação de qualquer natureza através de veículos da imprensa ou utilização de elementos de mídia social (fotografia, filmagem, áudio) nas unidades de saúde. É vedada à FSERJ a concessão ou realização de entrevistas, informes ou comunicados através de quaisquer meios de comunicação, exceto quando solicitados ou aprovados pela SES/RJ;

6.3.14 Elaborar mapas de produção e gráficos de interesse epidemiológico, conforme solicitação da SES, informando mensalmente os resultados alcançados;

6.3.15 Obedecer às demandas e diretrizes da SES para agendamento, marcação e realização de exames;

6.3.16 Manter o armazenamento e guarda dos exames de raios X e seus backups, atendendo integralmente às regras estabelecidas na Resolução nº 1.821/2007 e Parecer nº 10/2009 do Conselho Federal de Medicina. Ao encerramento do contrato, motivada ou imotivadamente, todos os exames e resultados, bem como seus arquivos físicos e eletrônicos, deverão ser transferidos para a CONTRATANTE, sem quaisquer restrições à leitura ou acesso e sem nenhum ônus adicional;

6.3.17 Demonstrar controle de qualidade interno e externo, apresentando os selos de qualidade do Colégio Brasileiro de Radiologia para raios X até no máximo o décimo (10º) mês do início das atividades;

6.3.18 Atender a todas as exigências da RDC Nº 330, de 20 de dezembro de 2019 e outras que venham substituí-la ou complementá-la, incluindo controle dosimétrico ambiental e pessoal para todos os funcionários da FSERJ para os quais o controle se aplique;

6.3.19 É vedado à FSERJ desmarcar qualquer exame de imagem agendado sem o consentimento prévio da central estadual de marcação de exames, devendo ser garantido o reagendamento para que não haja prejuízo ao usuário;

6.3.20 Implantar, operar e manter os sistemas de gerenciamento, arquivamento e distribuição de imagem PACS (Picture Archiving and Communication System) e sistema de informação da radiologia (RIS) com programas (software), equipamentos de informática (hardware) e recursos humanos;

6.3.21 Responsabilizar-se pela digitalização integral do serviço de radiologia, incluindo aquisição, instalação e operação de digitalizadores de imagem novos (DR ou CR), monitores, sistemas e redes em até 90 dias, esses equipamentos devem ser adquiridos em quantitativo mínimo para garantir a otimização do serviço e a interface plena entre os sistemas PACS e RIS a serem instalados na unidade. Os custos referentes a esta aquisição, quando aplicáveis, poderão constar na parcela de investimentos;

6.3.22 Entregar aos pacientes a documentação de todos os exames de imagem realizados obrigatoriamente acondicionados em capa ou envelope identificado, conforme layout padronizado;

6.3.23 A documentação dos exames de imagem deverá obedecer ao seguinte padrão mínimo:

- a) Radiologia Geral em filme radiográfico específico ou digital;
- b) Ultrassonografia, Ecocardiografia e Doppler impressos em papel A4 ou termosensível.

6.3.24 Disponibilizar os resultados e documentação dos exames eletivos de imagem no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis. Os exames realizados em caráter de urgência deverão ter seus laudos provisórios disponíveis no prazo máximo de 04 (quatro) horas, sempre que requisitado pela equipe médica, contendo descrição sucinta das alterações encontradas, assinatura e identificação do médico responsável.

6.3.25 Disponibilizar o resultado de exames laboratoriais de urgência no prazo máximo de 02 (duas) horas. Este prazo se inicia no ato do pedido do exame;

6.3.26 Fornecer etiquetas de identificação de código de barras para todos os exames laboratoriais;

6.3.27 Observar os seguintes preceitos quanto ao serviço de Ouvidoria, conforme o estabelecido no artigo 14 da Resolução SES nº 2.741/2022:

- a) Disponibilizar espaço físico de fácil acesso, específico para o serviço, climatizado, identificado claramente para o atendimento ao usuário, com condições de acomodar a equipe de trabalho e atender de forma personalizada e reservada o cidadão;
- b) Garantir infraestrutura adequada para o exercício da atividade;
- c) Garantir equipe capacitada e adequadamente dimensionada para atuar na ouvidoria em função da demanda do serviço, tendo o titular formação de nível superior em qualquer área de conhecimento;
- d) Disponibilizar no mínimo, 03 (três) formas de acolhimento de demandas (telefone, formulário web, atendimento presencial, outros), para garantir o acesso do cidadão à Ouvidoria;
- e) Divulgar, em locais de ampla visibilidade, às formas de contato: telefone 0800, local de atendimento presencial, site da Ouvidoria (<https://www.saude.rj.gov.br/ouvidoria>), e material informativo;
- f) Utilizar sistema informatizado de escolha da Ouvidoria e Transparência Geral da SES, para o acolhimento e tratamento das manifestações;
- g) Cumprir os prazos de resposta, conforme estabelecido os artigos 12 e 13 da Resolução SES nº 2.471, de 19 de maio de 2022, de modo a garantir a meta do percentual de resolubilidade;
- h) Elaborar relatórios mensais, quantitativo e qualitativo, de acordo com as diretrizes e modelo apresentado pela Ouvidoria e Transparência Geral da SES;
- i) Participar das atividades propostas pela Ouvidoria e Transparência Geral da SES, apresentando justificativas em caso de impedimento;
- j) Seguir as orientações protocolares e normas técnicas da Ouvidoria e Transparência Geral da SES.

6.3.28 Adquirir e disponibilizar insumos para tratamento de carências nutricionais específicas de pacientes internados;

6.3.29 Adequar equipamentos e estrutura física dos serviços de saúde para realização das ações de vigilância alimentar e nutricional;

6.3.30 Implantar Central de Monitoramento de Pacientes para todos os leitos das UTIs;

6.3.31 Viabilizar o processo de credenciamento e habilitação de todos os leitos e serviços, inclusive dos leitos de Terapia Intensiva em classificação de UTI Adulto Tipo II, de acordo com a Portaria de Consolidação MS/GM nº 3, 2017. A documentação necessária deverá ser entregue nos órgãos competentes e na Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ.

6.3.32 Prover, quando ausentes, ou manter, quando existentes, todos os dispositivos preventivos fixos e móveis, bem como todas as demais medidas de segurança contra incêndio e pânico previstas no Decreto Estadual nº 42 de 17 de dezembro de 2018, na tabela 19 do anexo, e as Notas Técnicas CBMERJ e ABNT NBR correspondentes a cada sistema, na forma que segue:

- a) Aparelhos extintores de incêndio em quantidades, localização e tipos conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-01, bem como efetuar suas respectivas recargas, retestes ou manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer aparelhos extintores substitutos;
- b) Caixas de incêndio compostas de, no mínimo, 02 (dois) lances de mangueiras do tipo 2, esguicho regulável, chaves de mangueiras e demais elementos, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-02, bem como efetuar seus respectivos retestes ou manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;
- c) Casa de máquinas de incêndio compostas de, no mínimo, 02 (duas) bombas pressurizadoras, devidamente dimensionada conforme demanda da edificação, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-04, bem como efetuar suas respectivas manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;
- d) Chuveiros automáticos do tipo sprinklers, quando existentes ou quando previstos, devidamente dimensionados conforme demanda da edificação, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-03 e ABNT NBR 10897:2020, bem como efetuar suas respectivas manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;
- e) Sistemas de sinalização de segurança contra incêndio e pânico dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-05 e ABNT NBR nº 16820:2023, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos previstos em norma ou sempre que necessário;
- f) Sistemas de iluminação de emergência do tipo com baterias recarregáveis dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-06 e ABNT NBR nº 10898:2023, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos previstos em norma ou sempre que necessário. Além disso, observar que a existência de geradores não isenta a exigência deste sistema de iluminação, exceto nos termos do item 6.3 ou 6.4 da citada NBR, tendo o gestor a possibilidade de optar pelos sistemas nestes termos citados;
- g) Sistemas de detecção e alarme de incêndio dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-07 e ABNT NBR nº 17240:2010, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos máximos de 12 (doze) meses ou sempre que necessário;
- h) Saídas de emergência devem estar dimensionadas ou adequadas ao máximo conforme o preconizado na Nota Técnica CBMERJ nº 2-08 ABNT NBR 9077:2001;
- i) Plano de emergência da edificação elaborado por profissional responsável nos termos da Nota Técnica CBMERJ nº 2-10 e ABNT NBR 15219:2020;

- j) Sistema de proteção contra descargas atmosféricas devidamente dimensionado e mantido conforme preconizado na Nota Técnica CBMERJ nº 2-12 e ABNT NBR 5419:2015;
- k) Hidrante urbano dimensionado conforme Nota Técnica CBMERJ nº 2-15. Em caso de não existência, providenciar protocolo de instalação junto à companhia de águas local;
- l) Cozinhas deverão atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-01 e ABNT NBR correspondente;
- m) Centrais de gás ou abastecimento de gás natural devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-02 e ABNT NBR correspondente;
- n) Moto geradores da edificação devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-03 e ABNT NBR correspondente, devendo possuir, se for o caso, líquido gerador de espuma e demais acessórios pertinentes a serem dimensionados conforme características existentes;
- o) Subestações elétricas devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-04 e ABNT NBR correspondente;
- p) Caldeiras e vasos de pressão devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-05 e ABNT NBR correspondente;
- q) Armazenagem de líquidos inflamáveis e combustíveis devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-06 e ABNT NBR correspondente;

6.3.33 Promover todos os meios necessários para efetuar a legalização da edificação junto ao CBMERJ, exceto quando houver processo em curso por meio da SES/RJ para esta finalidade;

6.3.34 Dotar a edificação de Brigadas de Incêndio/ Bombeiro Profissional Civil e promover treinamentos, no mínimo anuais, visando a formação de brigada voluntária de incêndio composta de no mínimo 10% da população da edificação, tudo conforme Nota Técnica CBMERJ nº 2-11, exceto quando houver processo em curso por meio da SES/RJ para esta finalidade;

6.3.35 Caso haja dificuldades para cumprimento, em tempo hábil, das medidas elencadas acima, poderá ser estabelecido um cronograma a ser proposto pelo gestor da unidade de saúde, a ser validado pelo setor competente da SES/RJ;

6.3.36 Promover uma interlocução com a Superintendência de Serviços Gerais e Infraestrutura da SES/RJ, ou setor correspondente, com a finalidade de resolução de dúvidas e/ou problemas relacionados à temática de segurança contra incêndio e pânico.

6.4 Quanto à Gestão de Pessoas

6.4.1 Promover a adesão de compromisso de todos os colaboradores com os **princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)**, quais sejam os da **universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade**;

6.4.2 Utilizar critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

6.4.3 Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades;

6.4.4 Elaborar programa de avaliação periódica (período de experiência e anualmente) do desempenho dos colaboradores com resultados apresentados semestralmente nos relatórios de prestação de contas, conforme método definido pela Contratada ou sugerido pela SES/RJ;

6.4.5 Disponibilizar as escalas de todos os profissionais, mensalmente, até o primeiro dia do mês de referência, contendo horário dos plantões, nome dos profissionais, cargo e serviço, devendo ser fixadas em local visível ao público, de fácil acesso, preferencialmente próximo às portas de entrada dos mesmos ou recepção, quando for o caso;

6.4.6 Garantir que a escala de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem plantonistas da unidade seja cumprida, através de plano de contingência e chamada de profissionais de sobreaviso, para cobertura dos plantões em caso de faltas, férias, licenças e desligamentos;

6.4.7 Garantir que todos os colaboradores que executem ações ou serviços de saúde na unidade estejam cadastrados no SCNES e no respectivo conselho profissional. Cabe a administração de a unidade confrontar as informações do documento apresentado pelo funcionário com aquelas constantes no site do respectivo conselho profissional, a fim de confirmar a veracidade do documento apresentado.

6.4.8 Responsabilizar-se pelos encargos decorrentes da contratação de serviços de terceiros para atividades acessórias e apoio;

6.4.9 Manter adoção de distintas metodologias de biometria, incluindo, mas não se limitando, ao controle por meio de impressão digital, por meio de reconhecimento facial, independentemente do tipo vínculo jurídico em que se baseie o desempenho das atividades. O sistema escolhido deverá estar instalado e em funcionamento em até 30 dias a contar do início do contrato.

6.4.10 Contratar e pagar o pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade hospitalar, ficando a FSERJ como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a SES/RJ de quaisquer obrigações, presentes ou futuras. Apresentar mensalmente à SES/RJ relação dos profissionais da unidade hospitalar responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação;

6.4.11 Compor equipe de faturamento devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação nacionais do DATASUS;

6.4.12 Preencher os sistemas de informação nacionais do DATASUS com equipe de faturamento devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações;

6.4.13 Implantar e manter as normas de atendimento ao **Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR)** junto aos seus profissionais, e fornecer Equipamento de Proteção Individual (EPI), Equipamento de Proteção Coletiva (EPC) conforme Portarias e Resoluções da ANVISA e Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS);

6.4.14 Respeitar o Organograma Padrão, disposto na Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007, art. 21.

6.4.15 Os Diretores e assessor de planejamento não poderão ser contratados pelo vínculo de Pessoa Jurídica (PJ).

6.4.16 O quantitativo total de profissionais da unidade, incluindo os administrativos deverá ser determinado pelas Portarias Ministeriais e pelos Conselhos, respeitando as proporções do número de leitos e atividades da Unidade de Saúde. Cabendo o dimensionamento executado obedecer ao quantitativo mínimo de profissionais definido pela SES/RJ nesse Termo de Referência:

a) Os quadros contendo o quantitativo da equipe mínima estão passíveis de atualizações, em decorrência de modificações do parâmetro por parte do Ministério da Saúde, SES/RJ, e demais entidades de classe;

b) Quanto às contratações de PcD (Pessoa com Deficiência) a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, e exige que as grandes empresas tenham um número mínimo de colaboradores com deficiência nos seus quadros.

Conforme disposto em seu Art. 93 a empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência.

c) No quadro 1 apresentamos o dimensionamento mínimo previsto para o pleno funcionamento da unidade.

Quadro 1 – Dimensionamento mínimo previsto para o HEGV, considerando que o RH da UPA Peña consta no item 4.1.3 do presente termo:

COMPLEXO ESTADUAL DA PENHA								
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS								
Unidade	Sector	Subsector	Cargo	Quantidade Mínima	CH Semanal	Escala de Plantão		
HEGV	DIREÇÃO	Direção Geral	Diretor Geral	1	40	DIARISTA		
			Assessor de Planejamento	1	40	DIARISTA		
			Assistente Administrativo	1	40	DIARISTA		
		Diretor Administrativo	Diretor administrativo e de RH	1	40	DIARISTA		
		Direção Técnica	Direção Técnica Médica RT	1	40	DIARISTA		
		RT Enfermagem	Enfermeiro RT	1	40	DIARISTA		
		Supervisão de Enfermagem	Supervisão de Enfermagem SD	3	30	ESCALA 12 x 60		
			Supervisão de Enfermagem SN	3	30	ESCALA 12 x 60		
HEGV	INSTÂNCIAS OBRIGATORIAS	Qualidade	Responsável Núcleo da Qualidade	1	40	DIARISTA		
			Profissional da Qualidade	2	30	DIARISTA		
		Educação Permanente	Responsável Núcleo de Educação Permanente	1	40	DIARISTA		
			Enfermeiro do NEP	3	30	DIARISTA		
		Segurança do Paciente	Responsável Núcleo de Segurança do Paciente	1	40	DIARISTA		
			Enfermeiro da Segurança	2	30	DIARISTA		
		Comissão de Lesões	Enfermeiro Diarista	1	40	DIARISTA		
		NVH/CVE/CCIH	Responsável Enf NVH/CVE/CCIH	1	40	DIARISTA		
			Enfermeiro CCIH	2	30	DIARISTA		
			Técnico de Enfermagem CCIH	2	30	DIARISTA		
			Médico Infectologista	1	40	DIARISTA		
		NIR	Enfermeiro Responsável	1	40	DIARISTA		
			Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60		
			Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60		
			Auxiliar Administrativo SD	4	40	ESCALA 12 X 36		
		Auxiliar Administrativo SN	2	40	ESCALA 12 X 36			
			Responsável Médico CIHDOTT	1	40	DIARISTA		
		CIHDOTT	Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60		
			Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60		
			Núcleo de Acolhimento à Família	Assistente Social Responsável	1	40	DIARISTA	
		Assistente Social SD		3	30	ESCALA 12 X 60		
		Assistente Social SN		3	30	ESCALA 12 X 60		
		Psicólogo SD		3	30	ESCALA 12 X 60		
		Psicólogo SN		3	30	ESCALA 12 X 60		
		Ouvidoria	Ouvidor	1	40	DIARISTA		
			Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36		
		HEGV	ADMINISTRATIVO	Recepção / Protocolo e Portaria Principal	Supervisor de Atendimento	1	40	DIARISTA
					Auxiliar Administrativo SD	8	40	ESCALA 12 X 36
					Auxiliar Administrativo SN	4	40	ESCALA 12 X 36
				Documentação / Telefonia e Informação	Auxiliar Administrativo SD	8	40	ESCALA 12 X 36
Auxiliar Administrativo SN	8				40	ESCALA 12 X 36		
Auxiliar Administrativo Diarista	1				40	DIARISTA		
Registro de Pacientes	Assistente Administrativo Diarista			1	40	DIARISTA		
	Auxiliar Administrativo SD			6	40	ESCALA 12 X 36		
	Auxiliar Administrativo SN			4	40	ESCALA 12 X 36		
Controle de Funcionários	Responsável de RH			1	40	DIARISTA		
	Analista de RH			2	40	DIARISTA		
	Assistente Administrativo Diarista			4	40	DIARISTA		
	Analista Contrato			1	40	DIARISTA		
	Auxiliar Administrativo			2	40	DIARISTA		
Faturamento / SAME	Supervisor de Faturamento / SAME			1	40	DIARISTA		
	Analista de faturamento			1	40	DIARISTA		
	Assistente Administrativo Diarista			1	40	DIARISTA		
	Auxiliar Administrativo			8	40	DIARISTA		
Compras / Logística	Supervisor de compras / Logística			1	40	DIARISTA		
	Assistente Administrativo			2	40	DIARISTA		
	Auxiliar Administrativo			2	40	DIARISTA		
Patrimônio	Analista de Patrimônio			1	40	DIARISTA		
	Assistente Administrativo			1	40	DIARISTA		
				Responsável Médico Radiologia RT	1	40	DIARISTA	
		Responsável da Enfermagem SADT	1	40	DIARISTA			
		Médico Radiologista (TC + RX)	7	24	PLANTONISTA 24 H			

HEGV	SADT	SADT	Médico Ecocardiograma / Doppler SD	7	12	PLANTONISTA 12 H	
			Auxiliar Administrativo SD	4	40	ESCALA 12 X 36	
			Auxiliar Administrativo SN	4	40	ESCALA 12 X 36	
		Ultrassonografia	Médico USG	7	24	PLANTONISTA 24 H	
			Tomografia + Raio x	Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA
		Técnico de Enfermagem SD		6	30	ESCALA 12 X 60	
		Técnico de Enfermagem SN		6	30	ESCALA 12 X 60	
		Técnico de Radiologia (RT)		1	40	DIARISTA	
		Técnico de Radiologia		35	24	PLANTONISTA 24 H	
		APOIO ASSISTENCIAL	Almoxarifado	Supervisor de Logística	1	40	DIARISTA
				Auxiliar Administrativo SD	16	40	ESCALA 12 X 36
				Auxiliar Administrativo SN	6	40	ESCALA 12 X 36
				Auxiliar Administrativo Diarista	1	40	DIARISTA
			Serviço de Farmácia	Farmacêutico Responsável (RT)	1	40	DIARISTA
				Farmacêutico Rotina (Farmácia Clínica)	2	40	DIARISTA
Farmacêutico	7			12	ESCALA FIXA		
Farmacêutico	14			24	ESCALA FIXA		
Técnico de Farmácia satélite SD	12			30	ESCALA 12 X 60		
Técnico de Farmácia satélite SN	9			30	ESCALA 12 X 60		
Auxiliar Administrativo SD	8			40	ESCALA 12 X 36		
Auxiliar Administrativo SN	8			40	ESCALA 12 X 36		
T.I.	Responsável T.I.		1	40	DIARISTA		
	Analista de TI		4	40	DIARISTA		
	Cabista		1	40	DIARISTA		
	Técnico de TI SD	4	40	ESCALA 12 X 36			
	Técnico de Suporte SN	2	40	ESCALA 12 X 36			
Transporte de Pacientes	Maqueiro Diarista / Encarregado	1	40	DIARISTA			
	Maqueiro SD	24	40	ESCALA 12 X 36			
	Maqueiro SN	14	40	ESCALA 12 X 36			
Segurança	Controlador de Acesso Diarista / Encarregado	1	40	DIARISTA			
	Controlador de Acesso SD	12	40	ESCALA 12 X 36			
	Controlador de Acesso SN	10	40	ESCALA 12 X 36			
GESSO (Ortopedia e Ambulatório)	Técnico de Imobilização Diarista	2	30	DIARISTA			
	Técnico de Imobilização SD	6	30	ESCALA 12 X 60			
	Técnico de Imobilização SN	6	30	ESCALA 12 X 60			
EQUIPE MULTI	Serviço Social	Responsável Assistente Social	1	40	DIARISTA		
		Assistente Social	17	12	ESCALA FIXA		
		Assistente Social	7	24	ESCALA FIXA		
	Serviço de Psicologia	Psicólogo Responsável	1	40	DIARISTA		
		Psicólogo SD	17	12	ESCALA FIXA		
	Serviço de Fonoaudiologia	Responsável Fonoaudiólogo	1	40	DIARISTA		
		Fonoaudiólogo SD	14	12	ESCALA FIXA		
	Serviço de Nutrição e Dietética	Responsável Nutrição RT	1	40	DIARISTA		
		Nutricionista Lactário SD	3	30	ESCALA 12 X 60		
		Nutricionista Hospitalar SD	27	30	ESCALA 12 X 60		
		Nutricionista Hospitalar SN	3	30	ESCALA 12 X 60		
		Nutricionista Rotina	3	40	DIARISTA		
	BLOCO CIRÚRGICO	Centro Cirúrgico (8 salas) + RPA Pré e Pós (08 leitos)	Responsável Médico Anestesista	1	40	DIARISTA	
			Responsável Médico Centro Cirúrgico	1	40	DIARISTA	
			Responsável da Enfermagem CC	1	40	DIARISTA	
Responsável Médico Ortopedia			1	40	DIARISTA		
Responsável Médico Neurocirurgia			1	40	DIARISTA		
Responsável Médico Cirurgia Vascular			1	40	DIARISTA		
Responsável Médico Cirurgia Geral			1	40	DIARISTA		
Responsável Médico Cirurgia Pediátrica			1	40	DIARISTA		
Médico Anestesista SD			56	12	PLANTONISTA 12 H		
Médico Anestesista SN			28	12	PLANTONISTA 12 H		
Médico Ortopedista SD			28	12	PLANTONISTA 12 H		
Médico Cirurgião Geral SD			28	12	PLANTONISTA 12 H		
Médico Cirurgião Pediátrico			4	12	PLANTONISTA 12 H		
Médico Cirurgião Vascular			4	12	PLANTONISTA 12 H		
Médico Neurocirurgião			4	12	PLANTONISTA 12 H		
Medico Cirurgião Proctologista			1	12	Parecerista		
Médico Colonoscopista			1	12	Parecerista		
Médico Urologista			1	12	Parecerista		
Médico Broncoscopista			1	12	Parecerista		
Médico Cirurgião Torácico			1	12	Parecerista		
Bucomaxilo Rotina			1	30	DIARISTA		
Auxiliar Administrativo SD			4	40	ESCALA 12 X 36		

			Auxiliar Administrativo SN	2	40	ESCALA 12 X 36	
			Enfermeiro Rotina	3	30	DIARISTA	
			Enfermeiro SD	12	30	ESCALA 12 X 60	
			Enfermeiro SN	9	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico de Enfermagem Rotina	2	30	DIARISTA	
			Técnico de Enfermagem RPA/POS SD	9	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico de Enfermagem RPA/POS SN	9	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico de Enfermagem SD	30	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico de Enfermagem SN	15	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico Instrumentador Cirúrgico SD	24	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico Instrumentador Cirúrgico SN	12	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico de RX	14	24	PLANTONISTA 24 H	
		CME	Responsável da Enfermagem CME	1	40	DIARISTA	
			Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60	
			Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60	
			Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA	
			Técnico de Enfermagem Rotina	1	30	DIARISTA	
			Técnico de Enfermagem SD	15	30	ESCALA 12 X 60	
			Técnico de Enfermagem SN	15	30	ESCALA 12 X 60	
	AMBULATÓRIO	Ambulatório Follow-up	Responsável da Enfermagem Ambulatório	1	40	DIARISTA	
				Enfermeiro Rotina	2	30	DIARISTA
				Técnico de Enfermagem Rotina	6	30	DIARISTA
				Técnico de Enfermagem SD	2	30	Escala Seg. a Sexta
				Médico Cardiologista	1	30	DIARISTA
				Médico Oftalmologista	1	6	Parecerista
				Médico Cirurgião Vascular	1	30	DIARISTA
				Médico Cirurgião Geral	2	30	DIARISTA
				Médico Ortopedista	2	30	DIARISTA
				Médico Neurocirurgião	1	12	DIARISTA
				Médico Cirurgião Pediátrico	1	30	DIARISTA
			EMERGÊNCIA	Especialidades de Emergência	Responsável da Enfermagem	2	40
		Responsável Odontologia/Buco RT			1	40	DIARISTA
		Responsável médico Emergência			1	40	DIARISTA
		Médico Chefe de Equipe			7	24	PLANTONISTA 24 H
		Bucomaxilofacial SD			7	12	PLANTONISTA 12 H
		Bucomaxilofacial SN			7	12	PLANTONISTA 12 H
		Técnico de Saúde Bucal SD			3	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Saúde Bucal SN			3	30	ESCALA 12 X 60
		Médico Cirurgião Pediátrico SD			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Cirurgião Pediátrico SN			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Ortopedista SD			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Ortopedista SN			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Cirurgião Geral SD			28	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Cirurgião Geral SN			28	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Cirurgião Vascular SD			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Cirurgião Vascular SN			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Neurocirurgião SD			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Neurocirurgião SN			14	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Pediatra SD			7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Pediatra SN			7	12	PLANTONISTA 12 H
		Auxiliar Administrativo		1	40	DIARISTA	
		ACOLHIMENTO, SALA DE TRAUMA E HIPODERMIA (2 LEITOS)		Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA
				Técnico de Enfermagem Rotina	2	30	DIARISTA
				Auxiliar Administrativo SD	4	40	ESCALA 12 X 36
				Auxiliar Administrativo SN	4	40	ESCALA 12 X 36
				Enfermeiro SD	9	30	ESCALA 12 X 60
				Enfermeiro SN	9	30	ESCALA 12 X 60
				Médico Emergencista SD	14	12	PLANTONISTA 12 H
				Médico Emergencista SN	14	12	PLANTONISTA 12 H
				Técnico de Enfermagem SD	33	30	ESCALA 12 X 60
				Técnico de Enfermagem SN	33	30	ESCALA 12 X 60
		SALA VERMELHA (5 LEITOS)		Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60
				Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60
				Médico Emergencista SD	7	12	PLANTONISTA 12 H
				Médico Emergencista SN	7	12	PLANTONISTA 12 H
				Técnico de Enfermagem SD	12	30	ESCALA 12 X 60
				Técnico de Enfermagem SN	12	30	ESCALA 12 X 60
				Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36
				Auxiliar Administrativo SN	2	40	ESCALA 12 X 36
		Fisioterapeuta		7	24	Plantão 24 h	
		Médico Rotina Visitador		3	30	PLANTONISTA	

HEGV	SALA AMARELA (9 LEITOS)	Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60	
		Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60	
		Médico Emergencista SD	7	12	PLANTONISTA 12 H	
		Médico Emergencista SN	7	12	PLANTONISTA 12 H	
		Técnico de Enfermagem SD	12	30	ESCALA 12 X 60	
		Fisioterapeuta	7	24	Plantão 24 h	
		Técnico de Enfermagem SN	12	30	ESCALA 12 X 60	
		SALA VERDE MISTA (22 LEITOS)	Médico Rotina	3	30	PLANTONISTA
			Enfermeiro SD	6	30	ESCALA 12 X 60
			Enfermeiro SN	6	30	ESCALA 12 X 60
			Médico Emergencista SD	14	12	PLANTONISTA 12 H
			Médico Emergencista SN	14	12	PLANTONISTA 12 H
			Técnico de Enfermagem SD	21	30	ESCALA 12 X 60
			Técnico de Enfermagem SN	21	30	ESCALA 12 X 60
	Auxiliar Administrativo SD		2	40	ESCALA 12 X 36	
	BLOCO PEDIÁTRICO	UTI PED (14 Leitos)	Responsável Médica Bloco Ped	1	40	DIARISTA
			Responsável da Enfermagem Bloco Ped	1	40	DIARISTA
			Fisioterapeuta Responsável Ped	2	40	DIARISTA
			Medico Rotina	3	30	PLANTONISTA
			Auxiliar Administrativo SD Bloco Ped	4	40	ESCALA 12 X 36
			Médico Pediatra Intensivista SD	14	12	PLANTONISTA 12 H
Médico Pediatra Intensivista SN			14	12	PLANTONISTA 12 H	
Enfermeiro Rotina			2	30	DIARISTA	
Odontólogo Hospitalar SD			3	30	ESCALA 12 X 60	
Enfermeiro SD			6	30	ESCALA 12 X 60	
Enfermeiro SN			6	30	ESCALA 12 X 60	
Técnico de Enfermagem Rotina			2	30	DIARISTA	
Técnico de Enfermagem SD			21	30	ESCALA 12 X 60	
Técnico de Enfermagem SN			21	30	ESCALA 12 X 60	
Fisioterapeuta Rotina		2	30	DIARISTA		
Fisioterapeuta SD		6	30	ESCALA 12 X 60		
Fisioterapeuta SN		6	30	ESCALA 12 X 60		
SALA AMARELA PED (8 LEITOS)		Médico Pediatra SD	7	12	PLANTONISTA 12 H	
		Médico Pediatra SN	7	12	PLANTONISTA 12 H	
		Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA	
		Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36	
		Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60	
		Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60	
		Técnico de Enfermagem Rotina	1	30	DIARISTA	
		Técnico de Enfermagem SD	12	30	ESCALA 12 X 60	
		Técnico de Enfermagem SN	12	30	ESCALA 12 X 60	
Fisioterapeuta		3	30	ESCALA 12 X 60		
Enfermaria Pediátrica (24 leitos)		Responsável Médico Pediatria Enfermaria PED	1	40	DIARISTA	
		Responsável da Enfermagem Enfermaria PED	1	40	DIARISTA	
		Médico Pediatra SD	14	12	PLANTONISTA 12 H	
	Enfermeiro Rotina	2	30	DIARISTA		
	Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36		
	Enfermeiro SD	6	30	ESCALA 12 X 60		
	Enfermeiro SN	6	30	ESCALA 12 X 60		
	Técnico de Enfermagem Rotina	2	30	DIARISTA		
	Técnico de Enfermagem SD	12	30	ESCALA 12 X 60		
	Técnico de Enfermagem SN	12	30	ESCALA 12 X 60		
	Fisioterapeuta	3	30	ESCALA 12 X 60		
UTI ADULTO I (20 LEITOS)	Responsável Médica da UTI 1	1	40	DIARISTA		
	Responsável Enfermagem UTI 1	1	40	DIARISTA		
	Responsável da Fisioterapia RT UTI 1	1	40	DIARISTA		
	Médico Intensivista Rotina	2	30	DIARISTA		
	Auxiliar Administrativo SD	4	40	ESCALA 12 X 36		
	Médico Intensivista SD	14	12	PLANTONISTA 12 H		
	Médico Intensivista SN	14	12	PLANTONISTA 12 H		
	Odontólogo Hospitalar SD	3	30	ESCALA 12 X 60		
	Enfermeiro Rotina	2	30	DIARISTA		
	Enfermeiro SD	6	30	ESCALA 12 X 60		
	Enfermeiro SN	6	30	ESCALA 12 X 60		
	Técnico de Enfermagem Rotina	2	30	DIARISTA		
	Técnico de Enfermagem SD	30	30	ESCALA 12 X 60		
	Técnico de Enfermagem SN	30	30	ESCALA 12 X 60		
	Fisioterapeuta SD	6	30	ESCALA 12 X 60		
	Fisioterapeuta SN	6	30	ESCALA 12 X 60		

HEGV

UTI ADULTO

UTI V

		Fisioterapeuta Rotina	2	30	DIARISTA
	UTI ADULTO II (10 leitos)	Responsável Médica da UTI 2 E UTI 5	1	40	DIARISTA
		Responsável Enfermagem UTI 2	1	40	DIARISTA
		Responsável da Fisioterapia UTI 2 E UTI 5	1	40	DIARISTA
		Médico Intensivista SD	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Intensivista SN	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Intensivista Rotina	1	30	DIARISTA
		Odontólogo Hospitalar SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36
		Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA
		Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem Rotina	1	30	DIARISTA
		Técnico de Enfermagem SD	15	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem SN	15	30	ESCALA 12 X 60
		Fisioterapeuta SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Fisioterapeuta SN	3	30	ESCALA 12 X 60
		Fisioterapeuta Rotina	1	30	DIARISTA
	UTI ADULTO III (6 LEITOS)	Responsável Médica da UTI 3 E 4	1	40	DIARISTA
		Responsável Enfermagem UTI 3	1	40	DIARISTA
		Responsável da Fisioterapia UTI 3 E 4	1	40	DIARISTA
		Médico Intensivista SD	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Intensivista SN	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Intensivista Rotina	1	30	DIARISTA
		Odontólogo Hospitalar SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36
		Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA
		Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem Rotina	1	30	DIARISTA
		Técnico de Enfermagem SD	9	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem SN	9	30	ESCALA 12 X 60
	Fisioterapeuta SD	3	30	ESCALA 12 X 60	
	Fisioterapeuta SN	3	30	ESCALA 12 X 60	
	Fisioterapeuta Rotina	1	30	DIARISTA	
	UTI ADULTO IV (10 LEITOS)	Responsável Enfermagem UTI 4	1	40	DIARISTA
		Médico Intensivista SD	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Intensivista SN	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Intensivista Rotina	1	30	DIARISTA
		Odontólogo Hospitalar SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36
		Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA
		Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem Rotina	1	30	DIARISTA
		Técnico de Enfermagem SD	15	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem SN	15	30	ESCALA 12 X 60
		Fisioterapeuta SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Fisioterapeuta SN	3	30	ESCALA 12 X 60
	Fisioterapeuta Rotina	1	30	DIARISTA	
	UTI V (10 LEITOS)	Responsável Enfermagem UTI 5	1	40	DIARISTA
		Médico Intensivista SD	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Intensivista SN	7	12	PLANTONISTA 12 H
		Médico Clínico Rotina	1	30	DIARISTA
		Auxiliar Administrativo SD	2	40	ESCALA 12 X 36
		Odontólogo Hospitalar SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Enfermeiro Rotina	1	30	DIARISTA
		Enfermeiro SD	3	30	ESCALA 12 X 60
		Enfermeiro SN	3	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem Rotina	1	30	DIARISTA
		Técnico de Enfermagem SD	15	30	ESCALA 12 X 60
		Técnico de Enfermagem SN	15	30	ESCALA 12 X 60
		Fisioterapeuta rotina	1	30	DIARISTA
		Fisioterapeuta SD	3	30	ESCALA 12 X 60
	Fisioterapeuta SN	3	30	ESCALA 12 X 60	
	Responsável da Enfermagem Leitos Clínicos	Responsável da Enfermagem Leitos Clínicos	1	40	DIARISTA
		Responsável Médico Leitos Clínicos	1	40	DIARISTA
		Responsável da Fisioterapia Leitos de enfermaria e Emergência	1	40	DIARISTA

HEGV	ENFERMARIAS ADULTO	Enfermaria Leitos Clínicos(40 Leitos)	Auxiliar Administrativo SD	4	40	ESCALA 12 X 36
			Auxiliar Administrativo SN	2	40	ESCALA 12 X 36
			Auxiliar Administrativo DIARISTA	2	40	DIARISTA
			Médico Clínica Médica SD	21	12	PLANTONISTA 12 H
			Médico Clínica Médica SN	21	12	PLANTONISTA 12 H
			Médico Cardiologista	1	30	DIARISTA
			Médico Clínico Rotina	4	30	DIARISTA
			Enfermeiro Rotina	2	30	DIARISTA
			Enfermeiro SD	9	30	ESCALA 12 X 60
			Enfermeiro SN	9	30	ESCALA 12 X 60
			Técnico de Enfermagem Rotina	2	30	DIARISTA
			Técnico de Enfermagem SD	24	30	ESCALA 12 X 60
			Técnico de Enfermagem SN	24	30	ESCALA 12 X 60
		Fisioterapeuta SD	9	30	ESCALA 12 X 60	
		Enfermaria Leitos Cirúrgicos (101 Leitos)	Responsável Médico Cirurgia Geral	1	40	DIARISTA
			Responsável da Enfermagem Leitos Cirúrgicos	1	40	DIARISTA
			Auxiliar Administrativo SD	4	40	ESCALA 12 X 36
			Auxiliar Administrativo SN	2	40	ESCALA 12 X 36
			Auxiliar Administrativo DIARISTA	3	40	DIARISTA
			Médico Clínica Médica Rotina	7	6	PLANTONISTA 06 H
			Médico Cirurgião Vascular	7	12	PLANTONISTA 12 H
			Médico Ortopedista Visitador Hospitalar	7	12	PLANTONISTA 12 H
			Médico Cirurgião Geral Visitador Hospitalar	7	12	PLANTONISTA 12 H
	Médico Neurocirurgião Visitador Hospitalar		7	12	PLANTONISTA 12 H	
	Enfermeiro Rotina	4	30	DIARISTA		
	Enfermeiro SD	21	30	ESCALA 12 X 60		
	Enfermeiro SN	21	30	ESCALA 12 X 60		
	Técnico de Enfermagem Rotina	4	30	DIARISTA		
	Técnico de Enfermagem SD	60	30	ESCALA 12 X 60		
	Técnico de Enfermagem SN	48	30	ESCALA 12 X 60		
	Fisioterapeuta SD	21	30	ESCALA 12 X 60		
	TOTAL			2359		

6.4.17 Disponibilizar local adequado para descanso para os profissionais, de acordo com as normas e leis em vigência;

6.4.18 Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades;

6.4.19 É vedada a atuação individual de profissional de saúde, contratado por pessoa jurídica, com cumprimento de carga horária maior que 60 horas por semana;

6.4.20 Todas as contratações da Fundação Estadual Saúde-RJ com vínculo trabalhista CLT, direta ou indireta, não podem exceder o cumprimento da carga horária semanal de até 40 horas;

6.4.21 Todos os profissionais de enfermagem contratados CLT, direta ou indiretamente pela Fundação Saúde, em regime de plantão, deverão ter sua jornada máxima semanal de 30 horas;

6.4.22 É vedada jornada de trabalho superior a 24 horas ininterruptas, independente do vínculo de contratação;

6.4.23 É vedada a contratação de profissionais autônomos;

6.4.24 Cabe ao profissional plantonista aguardar rendição na saída do serviço. Mediante ausência de rendição, o plantonista deve comunicar imediatamente ao Coordenador Técnico, que tem até duas horas para prover substituição. O plantonista somente poderá deixar o serviço quando houver substituição profissional ou com liberação do coordenador ou responsável técnico.

6.5 Quanto aos Bens Móveis e Imóveis

6.5.1 Adquirir, administrar, manter e reparar os bens imóveis e móveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do Contrato, até sua restituição à SES/RJ;

6.5.1.1 A FSERJ deverá equipar todos os leitos com equipamentos e mobiliários com especificações técnicas em conformidade com as legislações vigentes: Portaria de Consolidação N° 3, RDC N° 50 de 2002, RDC N°154 de 2004, RDC N° 11 de 2014, dentre outras de importância sanitária;

6.5.2 Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela SES/RJ, inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, caso seja necessário (Manutenção Preventiva e Corretiva);

6.5.3 Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos da SES/RJ ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas, assim como, o prazo de substituições para o mesmo problema;

6.5.4 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público;

6.5.5 Responsabilizarem-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributários, ou quaisquer outros previstos na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com materiais e concessionárias;

6.5.6 Providenciar seguro contra incêndio, responsabilidade civil e patrimonial dos bens móveis cedidos pela SES/RJ, imediatamente após a assinatura do Contrato.

6.6 Quanto à Tecnologia de Informação

6.6.1 Operacionalizar, no início das atividades assistenciais da unidade serviços de informática com sistema para gestão que contemple os requisitos apresentados no Anexo V correspondente.

6.6.2 Assegurar a manutenção dos serviços de informática sem interrupções;

- 6.6.3** Dispor de sistema de informática com interface amigável com todos os sistemas do SUS;
- 6.6.4** Implantar hardware e links adequados ao pleno funcionamento do sistema informatizado de gestão, conforme estabelecido pelo MS e SES-RJ;
- 6.6.5** Manter os programas de TI utilizados na unidade de saúde e padronizados pelo MS e SES-RJ.
- 6.6.6** A Fundação Saúde deverá garantir o funcionamento de todas as estações de trabalho, durante o horário de funcionamento da unidade.

6.7 Manual de Gestão de Documentos

Cabe à FSERJ a responsabilidade, a guarda, ao conjunto de medidas e rotinas que tem por objetivo a racionalização e eficiência na produção, tramitação, classificação, avaliação, arquivamento, acesso e uso das informações registradas em documentos, conforme definido no **Manual de Gestão de Documentos do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro e da Tabela de Temporalidade de Documentos, das atividades meio do Estado do Rio de Janeiro**.

6.7.1 Tendo em vista a Lei Estadual nº 5.562, de 20 de outubro de 2009, conhecida também como Lei Estadual de Arquivos e que dispõe sobre a política de arquivos públicos e privados, define em seu artigo 1º que:

É dever dos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento social, educacional e científico e como elementos de prova e informação do Estado e do cidadão, para a efetividade dos direitos e garantias individuais e coletivos."

6.7.2 O Programa de Gestão de Documentos do Estado do Rio de Janeiro (PGD) foi iniciado com a publicação do Decreto Estadual nº 42.002, em 21 de agosto de 2009, que dispõe sobre avaliação e destinação de documentos produzidos e recebidos pela administração pública.

6.8 Equipamentos Cedidos

6.8.1 Equipamentos Médicos como leitos hospitalares, ventiladores, monitores e outros, identificados na Visita Técnica, serão cedidos pela SES/RJ à CONTRATADA para o uso neste contrato, para a prestação dos serviços, e serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA a sua manutenção e reparo;

6.8.2 Os demais equipamentos considerados necessários para a composição da unidade hospitalar serão adquiridos com o repasse de Investimento e deverão estar relacionados na Proposta Técnica da Proponente.

6.8.3 Todos os equipamentos adquiridos com os recursos de investimentos serão incorporados ao patrimônio da SES/RJ.

6.9 Responsabilidade da Fundação Saúde pelos atos de seus empregados e de terceiros por ela contratados.

6.9.1 A Fundação Saúde será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes à SES/RJ ou a terceiros na execução do Contrato de Gestão, não excluindo ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A Fundação Saúde também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços;

6.9.2 Os profissionais contratados pela Fundação Saúde para a prestação dos serviços de saúde deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado, e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe;

6.9.3 Os profissionais responsáveis pelos serviços médicos deverão ter formação em curso de medicina, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, devendo ainda estar registrados no respectivo conselho profissional e estarem de acordo com as resoluções do conselho de classe;

6.9.4 Os profissionais responsáveis pelos serviços de enfermagem deverão estar registrados no respectivo conselho profissional, e, ainda, possuir formação em curso de enfermagem, em nível superior, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, estar em dia com a anuidade, ficando vedada a contratação de Técnicos de Enfermagem como substitutos para a realização das atividades específicas de Enfermeiro;

6.9.5 Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde;

6.9.6 Para aquisição de bens e serviços, a FSERJ submeter-se-á às disposições da Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021), podendo elaborar regulamento especial, nos termos do art. 119, da Lei Federal nº 8666/93, até sua revogação prevista para 30 de dezembro de 2023.

6.9.7 Na hipótese de subcontratação, os contratos entre a Fundação Saúde e os subcontratados deverão prever cláusula de possibilidade de sub-rogação à SES/RJ, visando à continuidade da prestação adequada dos serviços;

6.9.8 A SES/RJ poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços do Contrato de Gestão, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira;

6.9.9 O conhecimento da SES/RJ acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a Fundação Saúde do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes da prestação de contas e de informações referentes à execução do Contrato de Gestão;

6.9.10 A Fundação Saúde é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato, não podendo ser imputada qualquer responsabilidade à SES/RJ;

6.9.11 Todos os empregados e terceiros contratados pela Fundação Saúde deverão portar identificação (crachás) e estar devidamente uniformizados quando estiverem no exercício de funções nas dependências da Unidade, após aprovação da SES/RJ quanto ao desenho e layout;

6.9.12 Os profissionais a serem alocados nas funções indicadas no presente Termo de Referência deverão possuir qualificação e estar em quantitativo mínimo definido pela SES e pelo Ministério da Saúde para faturamento pela SES/RJ dos serviços prestados aos beneficiários do SUS na Unidade. Para tanto, deverão ser atendidas as obrigatoriedades da legislação vigente, inclusive a que diz respeito à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO);

6.9.13 A Fundação Saúde deverá dispor de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, licenças, férias e demissões de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população;

6.9.14 Responsabilizar-se administrativa, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais, subordinados à Fundação Saúde, no desenvolvimento de suas atividades.

6.10 Quanto a outras obrigações:

6.10.1 Implantar ações vinculadas do Plano Estadual de Saúde (PES) e Programação Anual de Saúde (PAS) da SES-RJ;

6.10.2 Analisar/acompanhar os dados das unidades de saúde, processos de trabalho, fluxo e indicadores destinados ao desenvolvimento institucional;

6.10.3 Apoiar a elaboração de manuais, organização, políticas, padronização e procedimentos necessários à implementação das políticas públicas;

6.10.4 Implantar espaços técnicos de saúde que garantam participação dos atores envolvidos na produção de saúde (Gestor, Colaborador e Usuário);

6.10.5 Garantir interlocução do seu trabalho com as áreas técnicas da SES-RJ por meio de reuniões periódicas;

6.10.6 Acompanhar procedimentos em andamento, visando sempre manter a qualidade, agilidade e assertividade dos processos de trabalho;

6.10.7 Acompanhar o cumprimento do Termo de Referência contratual da unidade no caráter de desenvolvedor e não fiscalizatório;

6.10.8 Acompanhar ativamente as ações desenvolvidas pelas unidades no âmbito da assistência humanizada e digna ao usuário e seus familiares;

6.10.9 Promover o desenvolvimento profissional por meio de programas de educação permanente;

6.10.10 Acompanhar ativamente as ações desenvolvidas pelas unidades visando o bem-estar da força de trabalho;

- 6.10.11** Desenvolver e implantar programas de capacitação de protocolos assistenciais e de ações que visem a melhoria dos processos de trabalho;
- 6.10.12** Promover a política de qualidade apoiada em programas de excelência em gestão, reconhecimento público, certificação e acreditação;
- 6.10.13** Agir como interlocutor nas ações desenvolvidas na unidade de saúde, articulando a comunicação com a SES-RJ, levando em consideração as particularidades de cada instituição e o fortalecimento do sujeito e coletivos no processo de construção de melhores práticas.
- 6.10.14** Aderir ao Programa Nacional de Gestão de Custos – PNGC, de acordo com as diretrizes expedidas pela Secretaria de Estado de Saúde, conforme Resolução SES/RJ nº 1.551/2017, de 11/07/2017.
- 6.10.14.1** Indicar à Secretaria de Estado de Saúde, no mínimo, 2 (dois) funcionários, por unidade de saúde, para figurarem como responsáveis pelas ações junto ao PNGC. (Art. 1º Resolução SES/RJ nº 1.551/2017).
- 6.10.14.2** Providenciar a inserção dos dados referentes aos custos incorridos nas competências mensais no sistema informatizado APURASUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, conforme disposto no OFÍCIO CIRCULAR SES/SUPACG SEI N°22 (18035003) de 10 de junho de 2021, até o dia 20 de cada mês subsequente.

7. INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 Indicadores Quantitativos

Tabela 02 – Produção Assistencial de Saúde – Hospital Estadual Getúlio Vargas

Produção	Descrição	Meta
Produção Clínica	Saídas clínicas adultas	300
	Saídas clínicas pediátricas	110
Produção Cirúrgica	Procedimentos ortopédicos	260
	Outros procedimentos cirúrgicos	310
Produção SADT Hospitalar	Tomografia computadorizada	2900

Tabela 03 – Produção Assistencial de Saúde – UPA 24h Penha.

Indicador	Classe	Fórmula De Cálculo	Meta contratual (média trimestral)
Atendimentos Médicos em UPA 24H	A	Soma do número de atendimentos em UPA 24h de médicos clínicos e pediatras no período informados através do SIA SUS	Acima ou igual a 10.125 atendimentos médicos

7.2 Indicadores Qualitativos

7.2.1 Nos primeiros três meses de atividade da FSERJ, os indicadores qualitativos não serão objeto de cobrança de metas, por corresponder à fase de implantação do Contrato de Gestão, contudo, neste período, a SES/RJ solicita a implementação das seguintes atividades, apresentadas no Quadro 02.

Quadro 02 – Atividades para implantação nos dois primeiros meses do contrato.

Implantações	Descrição
Procedimento Operacional Padrão	Garantir a qualidade na tentativa de manter os processos livres de falhas através da padronização das normas e rotinas assistenciais.
Protocolos e organização do Serviço de Farmácia	Apresentação de estratégias para gestão de estoque e para armazenamento de medicamentos de controle especial.
Protocolo e organização para Serviço de SADT	Descrição dos serviços de radiologia digital, exames laboratoriais e eletrocardiogramas com ou sem telemedicina; e com solução para disponibilização dos resultados de exame para o paciente.
Regimento Interno das Instâncias Obrigatórias	● Núcleo de Qualidade; ● Núcleo de Segurança do Paciente; ● Núcleo de Educação Permanente; ● Núcleo de Vigilância Hospitalar; ● Núcleo Interno de Regulação; ● Comissão de Ética Médica; ● Comissão de Ética de Enfermagem; ● Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); ● Comissão de Revisão de Óbitos; ● Comissão de Revisão de Prontuários; ● Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);
Prontuário Eletrônico do Paciente	● Geração de informação necessária para o acompanhamento dos indicadores especificados no Contrato de Gestão; ● Organização de campos de registro específicos para as rotinas técnicas e os protocolos prioritários indicados pela SES/RJ; ● Implantar sistema de monitorização da qualidade e desempenho das Unidades de Terapia Intensiva; ● Cálculo automático dos indicadores de desempenho e estratégicos; ● Relatórios e gráficos customizáveis permitindo a emissão de relatórios das variáveis do sistema em qualquer base de tempo.
Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	● Sistema de Ordenamento de Atendimento; ● Sistema de Controle de Estoque de Insumos e Medicamentos; ● Sistema de Informação da Radiologia e demais exames de imagem e; ● Sistema Informatizado de Gestão e Centro de Custo de cada Unidade.
Programas de Qualidade	Contendo Plano de organização específico para Monitoramento de indicadores de desempenho de qualidade e de produtividade e Plano de Alcance de Metas com metodologia, cronograma de implantação e orçamento previsto.

Pesquisa de Satisfação	Deve ser realizada por meio digital entre a unidade e o paciente com interação aos dados do atendimento do Prontuário Eletrônico do Paciente.
Plano de Educação Permanente	Destinada ao corpo clínico e gerencial de cada unidade em formato de Plano Anual com proposta de tema de atividades, carga horária, métodos pedagógicos, categorias profissionais envolvidas e resultados esperados.

7.2.2 O acompanhamento dos indicadores de qualidade será realizado conforme demonstrado abaixo, a partir do quarto mês de operação da unidade. Os Indicadores de qualidade serão acompanhados trimestralmente, e observados o comparativo entre as metas e os resultados obtidos conforme a Tabela 04.

Tabela 04 – Indicadores de Desempenho Hospital Estadual Getúlio Vargas.

Nº	Indicador	Referências	Fórmula de Cálculo	Fonte de coleta de dados
1	Taxa de Mortalidade Institucional	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Óbitos de pacientes com } \geq 24\text{hs de internação do período}}{\text{N}^\circ \text{ Saídas hospitalares } \times 100}$	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	÷	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf		
2	Taxa de Mortalidade Padronizada UTI adulto	1. PROQUALIS. https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-mortalidade-hospitalar-padronizada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos observados na UTI adulto} / \text{N}^\circ \text{ de óbitos previstos na UTI adulto}}{\text{N}^\circ \text{ de óbitos cirúrgicos (óbitos até 07 dias após procedimento cirúrgico na mesma internação no período) } / \text{N}^\circ \text{ de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período } \times 100}$	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
3	Taxa de mortalidade cirúrgica	http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-03.pdf		Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
4	Taxa de Ocupação Operacional Geral	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes-dia no período}}{\text{N}^\circ \text{ Total de leitos-dia operacionais no período } \times 100}$	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	÷	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf		
5	Taxa de Ocupação Operacional UTI Adulto	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes-dia na UTI Adulto no período}}{\text{N}^\circ \text{ Total de leitos-dia operacionais na UTI Adulto no período } \times 100}$	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	÷	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf		
6	Taxa de Ocupação Operacional UTI Pediátrico	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	$\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes-dia na UTI Pediátrica no período}}{\text{N}^\circ \text{ Total de leitos-dia operacionais na UTI Pediátrica no período } \times 100}$	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	÷	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf		

7	Média de permanência Geral	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº Pacientes-dia Geral no período	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	±	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Nº Saídas hospitalares geral no período.	
8	Média de Permanência em Leito de UTI Adulto	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº Pacientes-dia em Leitos de UTI Adulto	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	±	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Nº Saídas hospitalares de Leitos UTI Adulto.	
9	Média de Permanência em UTI Pediátrica	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº Pacientes-dia em Leitos de UTI Pediátrico	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	±	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Nº Saídas hospitalares de Leitos UTI Pediátrico.	
10	Média de permanência Leito Clínico	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº Pacientes-dia em leitos clínicos de enfermaria adulto	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	±	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Nº Saídas hospitalares em leitos clínicos de enfermaria adulto.	
11	Média de Permanência em Leito Pediátrico	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº Pacientes-dia em leitos pediátricos de enfermaria	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	±	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Nº Saídas hospitalares de leitos pediátricos de enfermarias.	
12	Média de Permanência em Leito Cirúrgico adulto	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº Pacientes-dia em Leitos de Enfermaria Cirúrgica adulto	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	±	
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Nº Saídas hospitalares de Leitos de Enfermaria Cirúrgica adulto	
13	Taxa de Densidade de Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (CVC) na UTI Adulto	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº total de casos novos de IPCSL na UTI Adulto no período	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas Registro Eletrônico em Saúde
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	±	
		3 - https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-seg-01.pdf 4- https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/densidade-de-incid%C3%Aancia-de-infec%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-de-corrente-sangu%C3%ADnea-ipcsl-em-pacientes-e-0	Número de CVCs - dia na UTI Adulto no período x 1000	
	Taxa de Densidade de Incidência de Infecção de Corrente	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº total de casos novos de IPCSL na UTI Pediátrica no período	Prontuário Eletrônico do Paciente

14	Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (CVC) na UTI Pediátrica	2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	÷	e/ou Sistemas
		3 - https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-seg-02.pdf	Número de CVCs-dia na UTI Pediátrica no período x 1000	Registro Eletrônico em Saúde
		4 - https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/densidade-de-incid%C3%Aancia-de-infec%C3%A7%C3%A3o-prim%C3%A1ria-de-corrente-sangu%C3%ADnea-ipc3-em-pacientes-em		
15	Taxa de Incidência de Lesão por Pressão	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Nº de casos novos de pacientes com LPP no período	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	÷	Registro Eletrônico em Saúde
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Nº de pacientes internados no período x 100.	
16	Taxa de Retorno não planejado à sala de cirurgia	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf	Soma retornos não planejados à sala de cirurgia, em até 7 dias após cirurgia eletiva	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas
		2 – Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	÷	Registro Eletrônico em Saúde
		3 - Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/uniplus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	Soma de cirurgias eletivas realizadas * 100	
17	Índice de satisfação dos usuários com a unidade de saúde	ID-PPSC-1 - Padrão	Soma do quantitativo de pesquisas de usuários satisfeitos em uma avaliação geral com a unidade / Total de respostas realizadas no período analisado x 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas
		Pesquisa de Satisfação Contínua; Plataforma de Monitoramento		Registro Eletrônico em Saúde
18	Resolubilidade da Ouvidoria.	Resolução SES nº 2741/2022	Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100	Sistema de Ouvidoria SES
19	Educação Permanente	1-Portaria 1.600 de 2011, MS	Número de Treinamentos realizados	Plano de Educação Permanente em Saúde
		2 - https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466	÷	Unidade (
		3 - https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTI3MTA%2C	Número de treinamentos planejados *100	Lista de freqüências para participar

Tabela 05 – Indicadores de Desempenho UPA 24H Penha.

Nº	INDICADOR	REFERENCIAL	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE DE COLETA DE DADOS	META
1	Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO/PEDIATRICO com classificação AMARELA	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDkwODc%2C Procedimento Operacional Padrão- Organização de Porta de Entrada das UPAs 24h em conformidade com o dispositivo Acolhimento com classificação de Risco	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco até o Início do Atendimento médico de pacientes ADULTO com risco AMARELO ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco AMARELO	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≤60 minutos
		https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDkwODc%2C	Soma do tempo em minutos entre a		

2	Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO/PEDIATRICO com classificação VERDE	Procedimento Operacional Padrão- Organização de Porta de Entrada das UPAs 24h em conformidade com o dispositivo Acolhimento com classificação de Risco.	Classificação de Risco até o Início do Atendimento médico de pacientes ADULTO com risco VERDE ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco VERDE	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≤120 minutos
3	Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO/PEDIATRICO com classificação LARANJA	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDkwODc%2C Procedimento Operacional Padrão- Organização de Porta de Entrada das UPAs 24h em conformidade com o dispositivo Acolhimento com classificação de Risco.	Soma do tempo em minutos entre a Classificação de Risco até o Início do Atendimento médico de pacientes ADULTO com risco LARANJA ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco LARANJA	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≤10 minutos
4	Tempo de Classificação de Risco	https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDkwODc%2C Série Histórica de 2012 a 2018 em levantamento COOUPA	Soma do tempo em minutos entre o término do acolhimento e o término da classificação de risco / Soma de pacientes classificados	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≤10 minutos
5	Solicitação de Regulação de paciente da sala amarela ADULTO/PEDIATRICO	PORTARIA Nº 312, DE 30 DE ABRIL DE 2002	(Soma de pacientes da sala amarela adulto e pediátrica com solicitação de transferência registrada no PEP antes de 24 horas de internação/Soma de pacientes da sala amarela adulto e pediátrica transferidos antes de 24 horas somado a pacientes com tempo de internação superior a 24 horas) X 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≥ 90 %
6	Solicitação de Regulação de paciente da sala vermelha	PORTARIA Nº 312, DE 30 DE ABRIL DE 2002	(Soma de pacientes da sala vermelha com solicitação de transferência registrada no PEP antes de 6 horas de internação/Soma de pacientes da sala vermelha transferidos antes de 6 horas somado a pacientes com tempo de internação superior a 6 horas) X 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≥ 90 %
7	Taxa de mortalidade Institucional maior ou igual que 24h	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar- Painel Geral- Fichas Técnicas dos Indicadores- Versão IV-03/2020. http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1._Indicadores_Gerais_-_Versao_I_publicacao_ANS.pdf	(Soma de óbitos de internação ≥ 24h em sala amarela e vermelha/Soma de saídas de sala amarela e vermelha no período) X 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≤ 4%
8	Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	Resolução SES/RJ nº 1263 de 17 de Setembro de 2015. Institui as diretrizes para o atendimento do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no âmbito das UPA 24h do Estado do Rio de Janeiro	(Soma de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados/Soma de pacientes IAM com Supra de ST elegíveis) X 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	Maior ou Igual a 70%
10	Tomografias solicitadas em pacientes com suspeito de AVE	Manual de rotinas de atenção ao AVC- MS 2013 e Diretrizes Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares 2012 e Portaria nº 664/2012 do Ministério da Saúde	(Soma do tempo em minutos entre a definição de suspeita de AVE Hiperagudo e a solicitação de TC no PEP/Soma de pacientes com suspeita de AVE Hiperagudo)	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≤30 minutos
11	Índice de satisfação dos usuários com a unidade de saúde	ID-PPSC-1 - Padrão Pesquisa de Satisfação Contínua; Plataforma de Monitoramento	Soma do quantitativo de pesquisas de usuários satisfeitos em uma avaliação geral com a unidade / Total de respostas realizadas no período analisado x 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≥ 80%
12	Resolubilidade da Ouvidoria	https://www.saude.rj.gov.br/ouvidoria/para-ouvidores/2022/05/resolucao-ses-n-2741-de-19-de-maio-de-2022 Resolução SES RJ-207/11; Resolução SES 1250/15; Deliberação CIB-3.413/15. https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466	(Soma de manifestações resolvidas/÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas) X 100	Sistema de Ouvidoria do Estado.	≥ 90%
			(Soma do Número de		

13	Plano de Educação Permanente	Portaria 1.600 de 2011, MS	atividades realizadas/soma do número atividades programadas no mês) X 100	Plano de Educação Permanente em Saúde da Unidade	≥ 80 %
----	------------------------------	--	---	--	--------

7.2.3 A critério da SES/RJ, os indicadores e as metas estabelecidas para cada indicador de qualidade poderão ser revistos a cada trimestre, ou sempre que exigir o interesse público, de forma a melhor refletir o desempenho desejado para a unidade.

7.2.4 A critério da SES/RJ, outros indicadores poderão ser substituídos ou introduzidos no Contrato de Gestão.

ANEXO I

EXAMES LABORATORIAIS

O **serviço de Laboratório**, seja ele próprio ou terceirizado, deverá garantir ininterruptamente durante 24 horas/dia a realização de exames laboratoriais, compreendendo os exames de análises clínicas, citologia, imuno-histoquímica e anatomia patológica compreendendo as demandas de rotina, urgência e emergência, em consonância com as normas técnicas e de qualidade vigentes, como RDC-ANVISA 302, BPLC-NIT/DICLA 083, ABNT NBR ISO/IEC 17025, ABNT NBR ISO 15189 e Portaria SES/CVS N° 743/06.

O serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA, deverá disponibilizar à Unidade requisitante o resultado do exame de gasometria imediatamente após a coleta da amostra e o equipamento deverá estar fisicamente disponível no interior da Unidade; para os exames laboratoriais básicos de urgência e emergência, como Hemograma, Glicose, Uréia, Creatinina, Troponina, CK, CK MB a liberação deverá ser feita em 02(duas) horas; para exames da enfermaria, incluindo a diferenciação de microrganismos pela técnica de coloração de gram 24 (vinte e quatro) horas; 03 (três) dias úteis para os exames de rotina (ambulatorios); 07 (sete) dias úteis para os exames de citologia e até 15(quinze) dias para anatomia patológica. Para cultura de BK com TSA, deverá ser cumprido o prazo máximo de 60(sessenta) dias e para baciloscopia o resultado deverá ser liberado emergencialmente no prazo máximo de 02(duas) horas. Estes prazos se iniciam no ato da entrega da amostra ao Serviço de Laboratório, que emitirá confirmação de recebimento.

De acordo com a necessidade, o serviço de laboratório ou a empresa CONTRATADA deverá apresentar-se preparado para absorver futuras demandas apresentadas no perfil assistencial de saúde quando necessário.

Para a execução dos serviços contratados e visando a qualidade e agilidade de todo o processo, o serviço de laboratório ou a empresa CONTRATADA deverá ser responsável pelo fornecimento de todos os insumos e equipamentos pré-analíticos inerentes ao funcionamento dos setores de coleta de materiais biológicos para todas as rotinas e programas laboratoriais, pelo gerenciamento administrativo e técnico dos exames, pelo transporte do material biológico garantido a estabilidade das amostras, pelo treinamento da equipe técnica e dos funcionários da Unidade responsáveis pela coleta de material biológico lotados nas unidades contempladas.

A área destinada ao serviço de laboratório deverá estar adequada estruturalmente para prestação dos serviços, em conformidade com as normas técnicas e legislações preconizadas pela Vigilância Sanitária, de acordo com a RDC 302/05, RDC 50/02 e Portaria SES/CVS N° 743/06.

O **Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA** deverá implantar e manter o gerenciamento contínuo do sistema de gerenciamento laboratorial, programas (software) e equipamentos de informática (hardware) e recursos humanos permitindo a liberação de resultados por meio digital e por laudo impresso, mapas de produção e gráficos de interesse epidemiológico nos laboratórios dos hospitais e nos postos de coleta.

O **Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA** deverá dispor de profissionais administrativos e técnicos especializados de todos os níveis de formação necessários, em número suficiente e adequado à execução dos serviços.

O Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA deverá garantir o registro no momento da coleta com protocolo de entrega da amostra no laboratório contendo a hora da coleta de fácil identificação, bem como o registro de entrega no laboratório, em livros de recebimento devidamente/claramente assinados pelos funcionários da coleta.

O Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA deverá garantir o registro da entrega de resultados, com a hora de coleta de fácil identificação, em livros de fácil acesso, com o registro de liberação e entrega do laudo devidamente/claramente assinado pelo pessoal da Unidade. O mesmo ocorrendo nas segundas vias.

O Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA deverá garantir o cumprimento da portaria N.º 2.472, de 31 de agosto de 2010 (DOU de 1/09/2010 Seção I Pág. 50), enviando o registro de doenças de notificação obrigatória para SVS, SES e LACEN.

O Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA deverá apresentar, sempre que solicitado, pela Direção da Unidade, relação atualizada dos funcionários que irão executar serviços nas unidades. Em caso de substituições de urgência, tal fato deve ser notificado ao coordenador de equipe. Todos os funcionários da CONTRATADA deverão se apresentar uniformizados e com identificação pertinente às atividades realizadas.

O Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA deverá estabelecer um fluxo de comunicação com médico requisitante em casos de resultados de pânico.

O Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA deverá disponibilizar veículos em perfeitas condições, adequados conforme as normas de identificação e de segurança biológica, para o transporte do material biológico segundo estabelecido na Resolução ANTT N° 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na Portaria N° 472 de 09 de março de 2009 – Resolução GMC N° 50/08 – Transporte de Substâncias Infeciosas e Amostras Biológicas.

O Serviço de Laboratório ou empresa CONTRATADA deverá gerenciar e segregar internamente os resíduos provenientes das análises laboratoriais em lixeiras apropriadas com tampa e pedal, coletores rígidos para perfuro cortantes e identificação (sinalização) de acordo com a classificação por GRUPOS DE RESÍDUOS (RESOLUÇÃO RDC ANVISA N° 306/04 e RESOLUÇÃO CONAMA N° 358/05):

- Grupo A - Resíduos Biológicos (potencialmente infectante)
- Grupo B - Resíduos Químicos
- Grupo D - Resíduos Comuns
- Grupo E - Materiais Perfuro cortantes.

A descrição da contratação dos serviços estará minimamente com base na necessidade da unidade, conforme o rol dos exames da tabela SUS.

ANEXO II

POLÍTICA NACIONAL DA HUMANIZAÇÃO (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem processos coletivos de enfrentamento de relações de poder e planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

A humanização propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições. É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

O grande número de iniciativas de humanização em andamento nos hospitais, das mais simples às mais criativas e complexas, demonstra que esta necessidade de mudança na forma de gerir a relação entre usuário e profissional de saúde e na forma de gerir a própria instituição de saúde, vem sendo amplamente reconhecida.

1. Hotelaria

A Hotelaria Hospitalar pode ser definida como a junção dos serviços de apoio, que juntos aos serviços específicos, fornecem aos usuários conforto, segurança e bem-estar durante seu período de internação.

Relacionando ao conceito de Ambiência, no que diz respeito ao espaço, confortabilidade, privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, a Hotelaria Hospitalar busca oferecer conforto para os trabalhadores e usuários, além da necessidade de repensar a organização de um melhor desenvolvimento do serviço hospitalar, almejando aperfeiçoar recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Paralelo a isso, contemplamos também as áreas de atendimento ao público, serviço de limpeza, serviço de lavanderia, rouparia, para melhor desenvolvimento do serviço hospitalar.

1.1 Objetivos da Hotelaria Hospitalar:

- a) Oferecer aos usuários condições de bem-estar, assistência, segurança e qualidade no atendimento;
- b) Realizar mudanças nos espaços das unidades, em acordo com gestão da unidade, conforme conceitos de ambiência;
- c) Organizar, em acordo com a gestão da unidade, mudanças nos processos de trabalho, de forma a prover melhorias no atendimento a usuários e seus familiares, conforme protocolos estabelecidos;
- d) Capacitar os colaboradores não assistenciais de forma a potencializar ações referentes ao acolhimento, hospitalidade, bem-estar e aperfeiçoando a relação com o usuário;
- e) Fornecer dados quanti-qualitativos solicitados pela Hotelaria SES à Direção da unidade dos serviços prestados (limpeza terminal, limpeza concorrente, rouparia, ouvidoria e manutenção);
- f) Acompanhar a aquisição de mobiliários, equipamentos, enxovais entre outros de acordo com as diretrizes da SES e Fundação Saúde.

1.2 Perfis profissionais do responsável de Hotelaria Hospitalar:

- a) Ser profissional com formação em ensino superior;
- b) É desejável ter experiência comprovada em Hotelaria Hospitalar, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública;

1.3 Atribuições do responsável de hotelaria hospitalar na unidade de saúde:

- a) Articular com a Direção da unidade as mudanças necessárias;
- b) Ser referência para os profissionais da unidade, estar sempre identificado, uniformizado, ter postura profissional;
- c) Monitorar os serviços prestados, relacionados ao conforto e segurança do paciente, serviço de nutrição, serviço de lavanderia/rouparia, serviço de higiene, atendimento ao público e humanização;
- d) Propor mudanças de fluxos, caso seja necessário, e intermediar os subsídios para que elas ocorram;
- e) Criar parceria com CCIH para promoção de treinamentos, orientações aos colaboradores ASG;
- f) Realizar diariamente visita nos setores de internação, com olhar crítico e conversar com os pacientes sobre o tratamento que estão recebendo;
- g) Reportar-se aos fiscais de contrato sempre que se fizer necessário;
- h) Conhecer o conteúdo dos contratos que estão sobre sua gerência;
- i) Discutir e efetuar as sugestões fornecidas pelo Grupo de Hotelaria da SES, em acordo com a Direção da unidade;
- j) Ser elemento de motivação para as equipes mantendo relacionamento saudável;
- k) Ser criativo, buscando conhecimento em leituras e pesquisa para enriquecer o seu trabalho.
- l) Articular com Direção Geral, ou quem for de responsabilidade, a padronização dos uniformes dos funcionários administrativos e assistenciais conforme estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde: <https://drive.google.com/drive/folders/1e0jQyzvdMMRMf-x2HRoI9J23GANgxq7q>
- m) Promover capacitação dos profissionais administrativos para atendimento ao público;
- n) Organizar e dispensar kits de enxoval.
- o) Disponibilizar leitos com colchão e travesseiros higienizados;
- p) Criar/otimizar, em acordo com a Direção da unidade, espaços e ambientes de convivência que favoreçam e contribuam para o bem-estar dos pacientes e profissionais; de forma a minimizar o impacto do ambiente intra-hospitalar;
- q) Solicitar sempre que necessário comunicação visual conforme padrão da SES;
- r) Articular com Direção reformas necessárias: cozinhas, refeitórios, banheiros, enfermarias e vestiários seguindo legislação vigente.
- s) Ser representante da unidade no Grupo Técnico de Hotelaria da SES.

1.4 Quanto à operacionalização:

Para operacionalização da Hotelaria Hospitalar é necessário contemplar diversos serviços de apoio, organizados/supervisionados pelo responsável de Hotelaria local, que por sua vez deverá realizar suas ações conforme diretrizes definidas por uma Coordenação Central da Fundação Saúde, que atua articuladamente com a Assessoria Técnica de Humanização e Subsecretaria de Atenção à Saúde.

a) Serviço de Higiene e Limpeza Hospitalar

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde visa garantir aos usuários dos serviços de saúde uma permanência em local limpo e em ambiente

com Governo do Estado do Rio de Janeiro Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção à Saúde menor carga de contaminação possível, contribuindo com a redução da possibilidade de transmissão de infecções oriundas de fontes inanimadas (ANVISA, 2012).

Este Serviço compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde (ANVISA, 2012).

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza imediata, a limpeza concorrente (diária) e a limpeza terminal. As superfícies em serviços de saúde compreendem (BRASIL, 1994; PREFEITURA..., 2006): mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores, instalações sanitárias, grades de aparelho de condicionador de ar, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico e outros.

O Serviço de Limpeza poderá ser próprio ou terceirizado. Sendo próprio ou terceirizado, é importante que o número de profissionais atenda à demanda de trabalho em todos os turnos, buscando a excelência dos serviços prestados nos serviços de saúde.

Deve-se ter protocolo de Higienização da Unidade instituído, com os procedimentos operacionais padrão de acordo com a classificação das áreas hospitalares em críticas, semicríticas e não-críticas, além das áreas comuns e externas.

I – Quanto ao Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde:

O Serviço de Limpeza contratado deve ter um Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS), descrevendo as ações relativas ao manejo de resíduos, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final.

Devem ser considerados nesse programa as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança visando o emprego de medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenção de acidentes.

A disponibilização de recipientes para descarte de materiais perfurocortantes deve ser feita pelo Serviço contratado em suportes apropriados, em quantidade suficiente à demanda da Unidade, bem como seu recolhimento.

II – Quanto à aquisição de produtos saneantes:

Utilizar somente produtos saneantes padronizados, na concentração e tempo recomendados pelo fabricante e pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

III – Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC):

Adquirir Equipamentos de Proteção Individual (EPI) com certificação de aprovação do Ministério do Trabalho (CA) e disponibilizá-los em quantidade suficiente para uso e reposição (BRASIL, 2005).

IV – Quanto aos equipamentos e materiais:

Providenciar a aquisição de equipamentos e materiais necessários para a realização de boas práticas de limpeza que atendam às exigências ergonômicas e que preservem a integridade física do trabalhador (BRASIL, 2005), como a disponibilização de carros funcionais e mops em número suficiente para que todos os colaboradores tenham acesso durante suas atividades.

O Serviço de Limpeza próprio ou contratado também deve disponibilizar todos os insumos necessários para o uso dos sanitários e para higienização das mãos, como papel toalha, sabonete líquido, álcool gel, além de papel higiênico.

A manutenção de jardins, bem como a detetização, desratização e descupinização também fazem parte do escopo deste serviço.

b) Serviço de Lavanderia e Rouparia

O processamento da roupa com qualidade é fundamental para o bom funcionamento do serviço de saúde e deve ser efetuado de forma com que a roupa e todas as etapas do seu processamento não representem veículo de contaminação, eventos adversos ou qualquer outro dano aos usuários, trabalhadores e ambiente. (ANVISA, 2009).

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:

- Retirada da roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento;
- Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento;
- Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja;
- Processo de lavagem da roupa suja;
- Centrifugação;
- Secagem, calandragem ou prensagem ou passadoria da roupa limpa;
- Separação, dobra, embalagem da roupa limpa;
- Armazenamento, transporte e distribuição do enxoval hospitalar limpo, em condições de uso, conforme contrato com a empresa prestadora de serviço e nos padrões determinados pela Secretaria Estadual de Saúde.

A distribuição de enxoval para os usuários em internação deverá ser feita através de Kits contendo os seguintes itens: 02 lençóis, 01 traçado, 01 cobertor, 01 camisola ou pijama, 01 toalha de banho, contemplando o mínimo de quatro kits por leito para atender a rotatividade da Unidade. A troca poderá ser realizada conforme demanda, por ocorrência de sujidade.

O Setor de Rouparia deverá fornecer mão de obra específica a cada função: auxiliares de roupa, camareira e chefe de setor. Além de fornecimento de materiais de escritório para o controle de formulários referentes à distribuição e controle das roupas hospitalares, utensílios e equipamentos necessários ao funcionamento do serviço.

c) Serviço de Vigilância Patrimonial Desarmada

Os objetivos fundamentais da contratação dos serviços de Vigilância Patrimonial Desarmada com fornecimento de rádios de comunicação são:

- a) Assegurar, a qualquer hora, a integridade física dos usuários e funcionários nas dependências dos Hospitais mediante ações lesivas;
- b) Assegurar a integridade do acervo patrimonial das unidades que constam neste Termo de Referência, não permitindo a sua depredação, violação, evasão, apropriação indébita e outras ações que redundem em dano ao patrimônio;

I – Da execução:

- Exercer vigilância desarmada em todas as áreas internas e externas dos Hospitais que se encontram neste Termo de Referência, com rotinas de rondas em todas as dependências, conforme a necessidade da unidade.
- Zelar pela ordem e boas condições das áreas sob vigilância;
- Fiscalizar a entrada e saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de pessoas autorizadas a estacionar seus veículos particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- Executar a ronda, verificando as dependências das instalações e adotando os cuidados e providências necessárias para o perfeito desempenho das funções e manutenção da tranquilidade;
- Registrar e controlar diariamente em folha de ponto e escala de trabalho, juntamente com a CONTRATANTE, a frequência e a pontualidade de seu pessoal, bem como as ocorrências do Posto em que estiver prestando os serviços.

d) Serviço de Manutenção Predial

O Serviço de manutenção predial pode ser próprio ou contratado, e envolve serviços de natureza continuada, necessários à conservação do patrimônio público e ao bom

andamento das atividades de saúde desenvolvidas nestas dependências. O objetivo desses serviços é a otimização das instalações prediais do hospital, logrando evitar acidentes ou transtornos relacionados ao uso contínuo das instalações, além de prolongar a vida útil de equipamentos e gerar condições adequadas ao exercício das atividades de seus funcionários, colaboradores e usuários.

Deve ser englobado os serviços de manutenção preventiva e corretiva, que consistem:

I – Manutenção Preventiva: Serviços de caráter permanente, que obedecem a uma programação previamente estabelecida, apresentada em cronograma físico devidamente aprovado pela Unidade, cujas etapas são cumpridas obedecendo a uma periodicidade pré-determinada e envolve programas de inspeção, reformas, reparos, entre outros.

II – Manutenção Corretiva: Serviços esporádicos, ausentes de programação prévia, a serem executados em caráter eventual e/ou especial, devidamente apontado pela direção da Unidade.

Estão incluídos neste serviço os equipamentos associados a baixa e média tensão, gerador de vapor – caldeiras, manutenção de motor gerador de energia, rede de gases medicinais, instalações de prevenção e combate a incêndio. (Itens estabelecidos conforme determinação da legislação e norma técnica vigente preconizada pela Secretaria Estadual de Saúde).

e) Serviço de Nutrição e Dietética

O Serviço de Nutrição e Dietética deve fornecer gêneros e produtos alimentícios, estocagem, preparo, manipulação, e a distribuição de alimentação normal, alimentação dietética, fórmulas infantis e alimentos complementares com disponibilização de mão de obra qualificada para a execução das tarefas, equipamentos, materiais e utensílios nas Unidades de Alimentação e Nutrição (UAN) em quantidade necessária à perfeita execução dos serviços.

O Serviço de Nutrição, deverá fornecer alimentação para os pacientes (desjejum, colação, almoço, merenda, jantar e ceia), para os colaboradores (desjejum, almoço, lanche e jantar), para acompanhantes (desjejum, almoço, jantar). Nas refeições principais, almoço e jantar, deverá ter opção de proteína, suco e sobremesa, para todos os contemplados (paciente, colaborador e acompanhante).

Também será de responsabilidade deste Serviço os cardápios das datas festivas para todos os contemplados pela Nutrição, assim como a implantação de alimentação divertida para todos os pacientes pediátricos conforme orientação da ATH (SES) <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=Mzk0Mzk%2C>

f) Recepção

Os funcionários da recepção devem realizar o atendimento de forma educada, gentil e objetiva, fornecer informações exclusivas de sua competência. Ter postura profissional, realizar o atendimento com presteza, atenção e educação.

Faz se necessário conhecer a Instituição, os setores existentes e funcionantes, perfil e rotina da unidade, horários de visitas dos setores, conhecer a dinâmica de atendimento da unidade hospitalar. Trabalhar em equipe e cooperar com os outros setores.

g) Telefonia

O atendimento telefônico deve ser realizado com cortesia, clareza e objetividade, sendo tolerante com o cliente e sem alterar o tom de voz.

O responsável pelo atendimento telefônico deverá ajudar a resolver o problema da melhor forma possível, com escuta ativa e provendo as informações necessárias com segurança.

Faz se necessário conhecer a Instituição, os setores existentes e funcionantes, perfil e rotina da unidade, horários de visitas dos setores, conhecer a dinâmica de atendimento da unidade hospitalar.

h) Maqueiros

Os profissionais de apoio hospitalar (maqueiros), responsáveis pelas atividades de transporte/remoção de pacientes internamente, em apoio ao serviço assistencial, devem:

I – Realizar o atendimento com cortesia, presteza e atenção, transportar o usuário com atenção e segurança.

II – Auxiliar o usuário, acompanhante e ou profissional de saúde transportar o usuário para exames e demais setores da instituição com segurança.

III – Auxiliar na transferência do usuário do transporte para a cadeira e ou maca sempre que solicitado e acompanhado por um profissional de enfermagem. 12/05/2021 SEI/ERJ - 16907618

i) Camareira

Na hotelaria, ou mesmo no setor hospitalar, o departamento de governança contribui para o objetivo de oferecer ao usuário hospedagem com condições de higiene favoráveis.

Tal objetivo é atingido com o auxílio da camareira, que é a profissional responsável por:

I – Arrumação do leito para admissão de paciente;

II – Realização de checklist de conformidade do leito; Governo do Estado do Rio de Janeiro Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção à Saúde

III – Comunicação de status do leito (bloqueio, alta, transferência e admissão) ao setor de higienização; Acionamento da equipe de ASG para desinfecção do leito, após alta ou procedimento;

IV – Organização e montagem dos kits de enxoval;

V – Controle na dispensação da roupa após saída do setor da rouparia;

VI – Dispensação dos kits de enxoval através do censo diário de internação;

ANEXO III

ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS CARGOS

CARGO	ATRIBUIÇÕES
Diretor Administrativo	Planejar, organizar, controlar e assessorar o serviço nas áreas de gestão de pessoas, patrimônio, materiais, informações, financeira, tecnológica, entre outras; Implementar programas e projetos; Elaborar planejamento organizacional; Promover estudos de racionalização e controlar o desempenho do serviço; Prestar auditoria interna de qualidade seguindo metodologia adotada pela Empresa; Colaborar com a assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

<p>Médico Intensivista Coordenador* (RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020).</p>	<p>É responsável por assessorar a direção do hospital/empresa nos assuntos referentes à sua área de atuação; planejar, coordenar e supervisionar as atividades de assistência ao paciente; implantar e avaliar a execução de rotinas médicas; coletar dados e elaborar relatório mensal atualizado dos indicadores de qualidade; zelar pelo exato preenchimento dos prontuários médicos; promover e conduzir reuniões periódicas de caráter educativo e técnico-administrativo, visando ao aprimoramento da equipe; impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde. Além disso, o coordenador médico e/ou responsável técnico deve: fazer o planejamento e assessoramento da alocação de recursos humanos, equipamentos e insumos para o perfeito funcionamento da unidade, além da implantação de políticas de qualidade e segurança perante a diretoria do hospital, os órgãos de classe e em todas as esferas da administração pública; na impossibilidade de o médico diarista coordenar as visitas médicas e multidisciplinares, liderar as discussões e decisões tomadas, ou discutilas e tomar ciência delas; garantir o adequado preenchimento do prontuário do paciente; acompanhar o desempenho da equipe multiprofissional da unidade; acompanhar a execução das atividades médica, assistencial e operacional da unidade; assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atuação e ser propositivo; zelar pelo fiel cumprimento do regimento interno da instituição, atendendo à política da qualidade da empresa; zelar pelo cumprimento das normas emanadas pelos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, pela Anvisa e pelo Ministério da Saúde; gerar os indicadores de gestão da unidade, analisar e desenvolver planos de ação com base nesses resultados; realizar, coordenar e convocar a equipe para participar de reuniões administrativas e clínicas periodicamente para capacitá-la, promovendo educação continuada e atualização técnica-científica; planejar, implementar, monitorar e garantir a qualidade dos processos; elaborar e revisar regimento operacional da unidade, com suas normas e rotinas técnicas; estar ciente e/ou coordenar, na ausência do médico diarista (rotina), as atividades multidisciplinares na condução do paciente; impedir a delegação de atos médicos a outros profissionais de saúde; elaborar e informar escala de plantão da unidade, cobrando da direção do hospital que garanta recursos humanos e técnicos para a realização do serviço na unidade; assegurar relação harmônica entre os diversos serviços médicos e outros profissionais que atuam na unidade; dimensionar turnos e atividades de trabalho do médico diarista/rotina de acordo com as necessidades da unidade; nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente. O coordenador pode atuar como coordenador ou preceptor do programa de especialização ou residência caso seja de seu interesse e de acordo com a instituição.</p>
<p>Enfermeiro Intensivista Coordenador*</p>	<p>Normatizar e fazer cumprir as normas e rotinas na unidade de terapia intensiva, de formas democráticas, mantendo-as sempre atualizadas e disponíveis à equipe; Participar na seleção dos técnicos de que irão compor o quadro da equipe de enfermagem; Confeccionar escala mensal do pessoal de Enfermagem; Confeccionar escala anual de férias da equipe de enfermagem; Integrar a UTI com os demais serviços da instituição, priorizando a ética profissional e zelando pelo trabalho multiprofissional; Assessorar a direção do hospital nos assuntos referentes à sua área de atribuição; Manter a equipe de enfermagem atualizada em parceria com a Educação Permanente; Convocar e presidir reuniões com funcionários do setor; Prever e prover os recursos materiais, garantindo uma assistência adequada, sem quebra da continuidade, registrando pendências ou problemas; Supervisionar o adequado uso dos recursos materiais; Coordenar, supervisionar e avaliar periodicamente as atividades da equipe de enfermagem; Supervisionar manutenção preventiva e limpeza de equipamentos de reserva; Colaborar com o controle de saída e recebimento de materiais para manutenção ou reposição; Zelar pela garantia da sistematização da assistência de enfermagem; Ter resolubilidade frente aos problemas detectados para o bom funcionamento da unidade; Estimular, facilitar e participar da elaboração de trabalhos científicos; Zelar pela manutenção de comportamento ético, juntamente com todos os membros da equipe, frente a familiares e funcionários de outros setores do hospital; Prestar assistência direta ao paciente conforme necessidade. Constituir as Comissões e Núcleos de forma representativa; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>

Fisioterapeuta Intensivista Coordenador*	<p>Elaborar as escalas de trabalho e definir cronograma de férias, conforme normativas legais; - participar da realização das avaliações de desempenho dos empregados que estão sob seu acompanhamento; - participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas à sua função, determinadas pela Empresa; - encorajar o grupo sob seu acompanhamento para a elaboração de protocolos e procedimentos operacionais padrão, assim como participar da mesma, conforme as exigências legais; - promover a integração de toda a equipe sob o seu acompanhamento e mantê-la ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativas; - buscar soluções para eventuais ocorrências e/ou alterações na UTI sob sua responsabilidade, de acordo com normas legais; - manter a Empresa informada sobre quaisquer ocorrências, irregularidades e/ou alterações na sua área de responsabilidade; - participar de reuniões e visitas clínicas relacionadas à Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Prestar assistência ao paciente, conforme atribuições do Fisioterapeuta em Terapia Intensiva; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>
Médico Intensivista Rotina* (RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020).	<p>Deve elaborar e supervisionar a condução do plano e planejamento diagnóstico e terapêutico dos pacientes internados em UTI, garantindo a implementação e monitoração dos processos. O médico diarista é o líder da assistência multiprofissional na UTI, sendo o principal responsável pela horizontalidade dos cuidados, e também o "segundo par de olhos", garantindo dupla checagem dos processos e protocolos, otimizando assim a segurança e qualidade da assistência. Desta forma, não deve acumular função de plantonista. O médico diarista/rotina deve: liderar a equipe multiprofissional na assistência ao paciente grave; implantar e discutir, em conjunto com a equipe multiprofissional, o plano e planejamento terapêuticos dos pacientes internados na unidade; certificar-se da documentação do plano e planejamento terapêutico dos pacientes em evolução própria do médico diarista ou em conjunto com a evolução do plantonista; implementar e garantir processos de assistência seguros e de qualidade (ex.: implementação de protocolos, dupla checagem dos processos); revisar as prescrições médicas, garantindo a execução do plano e planejamento terapêuticos necessários para a segurança do paciente; auxiliar procedimentos difíceis e/ou tecnicamente complexos sempre que necessário; revisar e zelar pelo adequado preenchimento do prontuário do paciente, assim como de todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas; realizar visitas beira-leito (rounds) médicas e multidisciplinares com discussão e programação conjunta de condutas e decisões do tratamento; discutir com o médico coordenador da unidade as condutas e decisões do tratamento, bem como as pendências e dificuldades encontradas na condução dos casos sempre que necessário; cumprir a missão de conduzir os pacientes de forma segura e com qualidade, por meio de assistência presencial, e também orientar e discutir de modo não presencial os casos e suas intercorrências com o médico plantonista ou com a coordenação da unidade e, ainda, em caráter de sobreaviso remunerado (disponibilidade) sempre que necessário, conforme delineado pela coordenação médica, de forma a garantir a supervisão das condutas e a horizontalidade na assistência, evitando descontinuidade na linha de cuidados; decidir admissão e alta de pacientes, junto com os demais componentes da equipe; certificar-se da execução de relatórios e pareceres de alta do paciente da UTI, inclusive da realização de contato médico com outras clínicas, necessário à saída do paciente; realizar o contato com familiares de pacientes internados durante a visita em situações especiais; assumir a coordenação da UTI na ausência ou impossibilidade do coordenador; auxiliar o plantonista em suas funções em casos de sobrecarga de atribuições, se necessário; nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente. O médico diarista/rotina pode atuar como coordenador ou preceptor do programa de especialização ou residência caso seja de seu interesse e de acordo com a instituição.</p>
Enfermeiro Intensivista Rotina*	<p>Organizar prontuários com registros das observações, tratamentos executados e ocorrências verificadas em relação ao paciente. Participar da prevenção, do controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral. Atuar quando da ocorrência do óbito, executando e orientando os procedimentos necessários, bem como prestando apoio aos familiares. Verificar o funcionamento de aparelhos utilizados na área de enfermagem, solicitando reparos e/ou substituições. Participar das medidas de biossegurança, realizando treinamentos em procedimentos que venham assegurar e minimizar os acidentes de trabalho. Assegurar condições adequadas de limpeza, preparo, esterilização e manuseio de materiais no âmbito hospitalar e no ambulatório. Apoiar as atividades de pesquisa e extensão; Zelar pela segurança individual e coletiva, utilizando equipamentos de proteção apropriados, quando da execução dos serviços. Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho. Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>

<p>Médico Plantonista UTI (RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020).</p>	<p>Prestar assistência médica a todos os pacientes internados na unidade; o médico intensivista deve ser exclusivo da UTI; conhecer o caso de todos os pacientes sob seus cuidados na UTI e possíveis intercorrências durante o plantão; realizar evolução clínica dos pacientes internados na unidade; prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de plantão; realizar diariamente a prescrição médica dos pacientes da unidade; coordenar a equipe multidisciplinar do plantão, de acordo com as necessidades dos pacientes internados e conforme as orientações do médico diarista; acompanhar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu plantão, junto com o diarista e/ou coordenador da equipe, participando das discussões e decisões tomadas; passar o plantão presencial, idealmente elaborando documento escrito ("handover"), nos turnos específicos; ser pontual; zelar pelas condutas e decisões tomadas na visita de leitos (rounds) multiprofissional e no planejamento terapêutico, não realizando alterações sem prévia comunicação e contato, salvo em caso de necessidades urgentes, em acordo com o médico diarista/rotina (e.g. troca de antibióticos, altas não programadas); preencher o prontuário do paciente, registrando todos os procedimentos realizados e as decisões tomadas; realizar durante a visita diária o contato com familiares de pacientes internados; elaborar relatórios de alta e transferência do paciente de alta da UTI, bem como estabelecer contato médico com médico assistente e/ou outras clínicas; cumprir sua escala de plantão, previamente elaborada e informada pela coordenação da unidade; participar das reuniões clínicas realizadas pela coordenação de UTI ou outras lideranças médicas, quando convocadas; preencher o livro de ocorrência do plantão, sendo obrigatória sua disponibilização na unidade, e comunicar de forma oficial ao médico diarista/rotina e/ou coordenador da UTI sempre que necessário; Nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, auxiliar na orientação dos residentes que estão atuando na unidade, de acordo com sua disponibilidade e em comum acordo com o coordenador e preceptores do programa. Deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente durante seu turno. Poderá atuar na condição de preceptor caso haja interesse e disponibilidade.</p>
<p>Assistente Social Hospitalar (O Serviço Social em Hospitais: Orientações Básicas. CRESS - 7a Região /RJ, 2008)</p>	<p>Participar do processo de admissão, internação, alta ou remoção, objetivando identificar e trabalhar os aspectos sociais e garantir a plena informação e a discussão sobre os direitos (à prevenção, ao tratamento, à alta e à remoção hospitalares conscientes) sobre as necessidades e consequências destes processos, o que exige a democratização das normas e rotinas enquanto garantia e ampliação dos direitos, possibilitando, através da participação do usuário/familiares, a explicitação de suas necessidades e interesses. Especialmente na alta, reforçar a educação em saúde, principalmente nas doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas, acidentes de trabalho, violência (trânsito, doméstica, tráfico), DST 's/AIDS, DIP. Realizar estudos quantitativos e qualitativos dos casos de ocupação de leito por motivo social no sentido de - a partir do perfil desse segmento de usuários, dos motivos da internação ou reinternação – estabelecer, junto com a direção da unidade, mecanismos de interação com a SMDS, com os conselhos – de saúde, do idoso, tutelares – tendo em vista a continuidade às ações iniciadas no Hospital e à busca de enfrentamento da questão – mendicância, crianças, adolescentes e idosos abandonados etc. Realizar grupos de sala de espera, grupos sistemáticos e continuados nas diferentes enfermarias, com usuários e familiares/colaterais, para discutir temáticas que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o processo de internação e os danos e riscos decorrentes dos processos de internação e alta. Realizar abordagem individual, quando indicada, tendo como objetivo trabalhar a situação social e de saúde dos usuários/familiares e/ou reforçar o trabalho realizado nos grupos, contribuindo para um processo de alta consciente e que diminua os casos de re-internação. Criar mecanismos (rotinas) e ações institucionais (recepção integrada) que agilizem e facilitem o comparecimento dos familiares/colaterais à unidade de saúde, possibilitando a participação sistemática e continuada da família no processo de internação. Criar/participar da elaboração de estratégias que incentivem e facilitem reuniões sistemáticas da equipe multiprofissional para discussão do processo de internação e alta, estudo, planejamento e avaliação das ações realizadas, grupos de estudo etc. Realizar visitas institucionais e domiciliares, quando necessárias ao desenvolvimento do trabalho do assistente social, e/ou multiprofissionais, quando necessárias ao trabalho da equipe.</p>
<p>Enfermeiro Plantonista</p>	<p>Planejar, organizar, coordenar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes adultos criticamente enfermos; Desenvolver as atividades assistenciais e propor alternativas de transformação na realidade gerencial e do cuidado ao paciente criticamente enfermo e/ou em situação de risco de morte; Executar as funções pertinentes à sua profissão que possa identificar intercorrências e tomar decisões imediatas sobre o atendimento do paciente crítico; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar as atribuições de Enfermeiro e demais atividades inerentes ao cargo.</p>

<p>Farmacêutico Clínico (RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013)</p>	<p>Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente; Desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde; participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequadas, contribuindo para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos; Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos; Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente; Participar e promover discussões de casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde; Prover a consulta farmacêutica em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento; Fazer a anamnese farmacêutica, bem como verificar sinais e sintomas, com o propósito de prover cuidado ao paciente; Acessar e conhecer as informações constantes no prontuário do paciente; Organizar, interpretar e, se necessário, resumir os dados do paciente, a fim de proceder à avaliação farmacêutica; Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia; Avaliar resultados de exames clínico-laboratoriais do paciente, como instrumento para individualização da farmacoterapia; Monitorar níveis terapêuticos de medicamentos, por meio de dados de farmacocinética clínica; Determinar parâmetros bioquímicos e fisiológicos do paciente, para fins de acompanhamento da farmacoterapia e rastreamento em saúde; Prevenir, identificar, avaliar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia; Identificar, avaliar e intervir nas interações medicamentosas indesejadas e clinicamente significantes; Elaborar o plano de cuidado farmacêutico do paciente; Pactuar com o paciente e, se necessário, com outros profissionais da saúde, as ações de seu plano de cuidado; Realizar e registrar as intervenções farmacêuticas junto ao paciente, família, cuidadores e sociedade; Avaliar, periodicamente, os resultados das intervenções farmacêuticas realizadas, construindo indicadores de qualidade dos serviços clínicos prestados; Realizar, no âmbito de sua competência profissional, administração de medicamentos ao paciente; Orientar e auxiliar pacientes, cuidadores e equipe de saúde quanto à administração de formas farmacêuticas, fazendo o registro destas ações, quando couber; Fazer a evolução farmacêutica e registrar no prontuário do paciente; Elaborar uma lista atualizada e conciliada de medicamentos em uso pelo paciente durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde; Dar suporte ao paciente, aos cuidadores, à família e à comunidade com vistas ao processo de autocuidado, incluindo o manejo de problemas de saúde autolimitados; Prescrever, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional; Avaliar e acompanhar a adesão dos pacientes ao tratamento, e realizar ações para a sua promoção; Realizar ações de rastreamento em saúde, baseadas em evidências técnico-científicas e em consonância com as políticas de saúde vigentes.</p>
<p>Fisioterapeuta</p>	<p>Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese; Solicitar e realizar interconsulta e encaminhamentos; Realizar ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção, recuperação, habilitação e reabilitação do paciente crítico ou potencialmente crítico, em Unidade de Terapia Intensiva - UTI, utilizando protocolos e procedimentos específicos de fisioterapia; Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica; Realizar avaliação e monitoramento da via aérea natural e artificial; Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondição cardiorrespiratório; Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro músculo-esquelética; Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório; Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamentos do paciente crítico ou potencialmente crítico; Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva; Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>

<p>Fisioterapia em Terapia Intensiva (RESOLUÇÃO DO COFFITO Nº 402 DE 03.08.2011)</p>	<p>Realizar consulta fisioterapêutica, anamnese, solicitar e realizar interconsulta e encaminhamento; Realizar avaliação física e cinesiofuncional específica do paciente crítico ou potencialmente crítico; Realizar avaliação e monitorização da via aérea natural e artificial do paciente crítico ou potencialmente crítico; Solicitar, aplicar e interpretar escalas, questionários e testes funcionais; Solicitar, realizar e interpretar exames complementares como espirometria e outras provas de função pulmonar, eletromiografia de superfície, entre outros; Determinar diagnóstico e prognóstico fisioterapêutico; Planejar e executar medidas de prevenção, redução de risco e descondicionamento cardiorrespiratório do paciente crítico ou potencialmente crítico; Prescrever e executar terapêutica cardiorrespiratória e neuro-músculo-esquelética do paciente crítico ou potencialmente crítico; Prescrever, confeccionar e gerenciar órteses, próteses e tecnologia assistiva; Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiorrespiratório e suporte ventilatório do paciente crítico ou potencialmente crítico; Utilizar recursos de ação isolada ou concomitante de agente cinésio-mecanoterapêutico, termoterapêutico, crioterapêutico, hidroterapêutico, fototerapêutico, eletroterapêutico, somido terapêutico, entre outros; Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar; Realizar posicionamento no leito, sedestação, ortostatismo, deambulação, além de planejar e executar estratégias de adaptação, readaptação, orientação e capacitação dos clientes/pacientes/usuários, visando a maior funcionalidade do paciente crítico ou potencialmente crítico; Avaliar e monitorar os parâmetros cardiorrespiratórios, inclusive em situações de deslocamento do paciente crítico ou potencialmente crítico; Avaliar a instituição do suporte de ventilação não invasiva; Gerenciar a ventilação espontânea, invasiva e não invasiva; Avaliar a condição de saúde do paciente crítico ou potencialmente crítico para a retirada do suporte ventilatório invasivo e não invasivo; Realizar o desmame e extubação do paciente em ventilação mecânica; Manter a funcionalidade e gerenciamento da via aérea natural e artificial; Avaliar e realizar a titulação da oxigenoterapia e inaloterapia; Determinar as condições de alta fisioterapêutica; Prescrever a alta fisioterapêutica; Registrar em prontuário consulta, avaliação, diagnóstico, prognóstico, tratamento, evolução, interconsulta, intercorrências e alta fisioterapêutica; Emitir laudos, pareceres, relatórios e atestados fisioterapêuticos; Realizar atividades de educação em todos os níveis de atenção à saúde, e na prevenção de riscos ambientais e ocupacionais.</p>
<p>Fonoaudiólogo</p>	<p>Atender pacientes críticos para prevenção, habilitação e reabilitação daqueles que utilizam protocolos e procedimentos específicos de fonoaudiologia; Tratar de pacientes efetuando avaliação e diagnóstico fonoaudiológico; Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>
<p>Nutricionista</p>	<p>Prestar assistência nutricional aos pacientes críticos da UTI; Orientar responsáveis e/ou familiares quanto a alimentação a ser seguida pelo paciente após a alta da UTI; Participar de programas de educação nutricional; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>
<p>Psicólogo Hospitalar</p>	<p>Estudar, pesquisar e avaliar o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais dos pacientes críticos internados na UTI, com a finalidade de análise, tratamento e orientação; Diagnosticar e avaliar distúrbios emocionais e mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o paciente durante o processo de tratamento ou cura; Avaliar alterações das funções cognitivas, buscando diagnóstico ou detecção precoce de sintomas; Promover a reabilitação neuropsicológica; Auditar, realizar perícias e emitir laudos, gerando informações e documentos sobre as condições ocupacionais ou incapacidades mentais; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>
<p>Odontólogo</p>	<p>Elaborar diagnóstico, prognóstico e tratamento das afecções da cavidade bucal; examinar e identificar alterações de cabeça e pescoço, identificando a extensão e profundidade dos problemas detectados; executar procedimentos preventivos envolvendo raspagem, limpeza e polimento dos dentes e gengivas; elaborar procedimentos educativos individuais e coletivos de prevenção à saúde bucal; orientar as atividades da equipe multidisciplinar no que tange ao cuidado do paciente crítico; executar curativos envolvendo exodontia de raízes e dentes, drenagem de abscessos, suturas de tecidos moles e restauração de cáries dentárias; prescrever ou administrar medicamentos; elaborar normas e procedimentos técnicos e administrativos; atuar em equipe multiprofissional no desenvolvimento de projetos terapêuticos na UTI; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.</p>

Técnico em Enfermagem	Assistir ao Enfermeiro no planejamento, programação e orientação das atividades de enfermagem, na prestação de cuidados diretos de enfermagem em estado grave, na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar, na prevenção e controle de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde; Executar atividades de assistência de enfermagem na saúde do paciente crítico, excetuadas as privativas do Enfermeiro; Executar atividades de desinfecção e esterilização; Organizar o ambiente de trabalho e dar continuidade aos plantões; Trabalhar em conformidade às boas práticas, normas e procedimentos de biossegurança; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Cardiologista	Diagnosticar e tratar afecções cardíacas congênitas ou adquiridas, para promover ou recuperar a saúde dos pacientes; Emitir parecer quando requisitado; Prescrever medicamentos; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Clínico	Efetuar exames médicos; Emitir diagnósticos; Prescrever medicamentos; Realizar outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades, aplicando recursos de medicina preventiva ou terapêutica, para promover a saúde e bem-estar do paciente; Planejar e executar atividades de cuidado paliativo; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Endocrinologista	Diagnosticar e tratar doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, aplicando medicação adequada e realizando exames laboratoriais e subsidiários e testes de metabolismo, para promover e recuperar a saúde do paciente; Emitir parecer quando requisitado; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Cirurgião Vascular	Diagnosticar e tratar afecções do aparelho circulatório, congênitas ou adquiridas, para promover ou recuperar a saúde dos pacientes; Emitir parecer quando requisitado; Prescrever medicamentos; Realizar cirurgias e as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Gastroenterologista	Diagnosticar e tratar doenças do aparelho digestivo bem como órgãos envolvidos no processo de digestão de alimento, aplicando medicação adequada e realizando exames laboratoriais e subsidiários, para promover e recuperar a saúde do paciente; Emitir parecer quando requisitado; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Nefrologista	Diagnosticar e tratar doenças renais aguda e crônica, acompanhamento e indicação de diálise, transplante renal, tratamento de litíase renal e doenças císticas. Emitir parecer quando requisitado; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Neurologista	Diagnosticar e tratar de forma clínica, doenças do sistema nervoso, acompanhamento e solicitação de exames complementares de imagem. Emitir parecer quando requisitado; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Pneumologista	Diagnosticar e tratar doenças respiratórias do trato inferior, solicitar exames complementares. Emitir parecer quando requisitado; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Reumatologista	Diagnosticar e tratar doenças reumáticas, degenerativas agudas e crônicas. Emitir parecer quando requisitado; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Urologista	Diagnosticar e tratar doenças agudas e crônicas do trato geniturinário, acompanhamento e indicação de tratamento cirúrgico renal. Emitir parecer quando requisitado; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao cargo.
Médico Cirurgião Ortopedia	Diagnosticar e tratar de afecções agudas, crônicas ou traumatológicas dos ossos e anexos, valendo-se de meios clínicos ou cirúrgicos, para promover, recuperar ou reabilitar a saúde do paciente; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.
Médico Cirurgião Plástico	Diagnosticar e tratar problemas estéticos, deformidades ou malformações físicas e funcionais, recorrendo a procedimentos clínicos e cirúrgicos para melhorar ou corrigir o aspecto físico-funcional do paciente; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.
Médico Anestesiologista	Aplicar anestesia para cirurgias e exames especializados, administrando substâncias anestésicas, para minorar o sofrimento de pacientes com processos intensos e possibilitar a realização dos referidos exames e intervenções cirúrgicas; Reconhecer os mecanismos e etiopatogenia; Diagnosticar e tratar a dor aguda e crônica; Realizar as atribuições de Médico e demais atividades inerentes ao emprego.

Técnico de Enfermagem Rotina	Executar a limpeza, desinfecção e esterilização de materiais e equipamentos; Colaborar com a avaliação da qualidade dos instrumentos e equipamentos; Auxiliar na conservação e no controle do patrimônio da unidade; Colaborar com os Cuidados de Higiene e Conforto; Transporte; Verificar e zelar pelo posicionamento de drenos, cânulas e vias de acesso no cliente; Registro dos cuidados realizados; Participar de programa de educação permanente, contemplando, no mínimo: normas e rotinas técnicas desenvolvidas no serviço; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; e prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos; Auxiliar na elaboração de escala de tarefas; Auxiliar no controle e no uso racional de roupas, materiais utilizados pela enfermagem e pela equipe multiprofissional; Seguir as normas de biossegurança; Executar ações de assistência de enfermagem ao paciente crítico de forma segura, humanizada e individualizada; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Auxiliar de Farmácia	Realizar operações farmacotécnicas; Conferir fórmulas; Efetuar manutenção de rotina em equipamentos, utensílios de laboratório e rótulos das matérias primas; Controlar estoques, condições de armazenamento e prazos de validade; Realizar testes de qualidade de matérias primas, equipamentos e ambiente; Trabalhar de acordo com as boas práticas de manipulação e dispensação; Documentar atividades e procedimentos da manipulação farmacêutica; Seguir procedimentos operacionais padrões; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
Auxiliar Administrativo	Executar ações e tarefas de apoio administrativo, relativas à gestão de pessoas, suprimentos, comunicação administrativa, reprografia, patrimônio, jurídico e demais serviços de apoio administrativo; Preencher documentos, preparar relatórios, formulários, planilhas e prontuário; Acompanhar processos administrativos, cumprindo todos os procedimentos necessários referentes aos mesmos; Atender clientes, usuários e fornecedores; Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

ANEXO IV
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR (NVH)

O registro da notificação no SINAN é realizado por meio de dois módulos:

1. Individual/Investigação - agravos compulsórios e agravos de interesse nacional que apresentam a Ficha de Notificação e de Investigação padronizados pela SVS;
2. Individual/Conclusão - agravos de interesse estadual e municipal que apresentam a Ficha de Notificação e o módulo de conclusão.

Figura 04: Ficha Individual/Investigação de agravos compulsórios e agravos de interesse nacional padronizados pela SVS.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma	3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	14 Escolaridade	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1 ^o Caso Suspeito		18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos
Notificação de Surto	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto		20 UF
	21 Município de Residência		22 Distrito
Dados de Residência	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...)	25 Código
	26 Número	27 Complemento (apto., casa,...)	28 Geo campo 1
	29 Ponto de Referência	30 CEP	31 (DDD) Telefone
	32 Zona	33 País (se residente fora do Brasil)	
	34 Município/Unidade de Saúde		
Notificante	35 Nome		36 Assinatura
	37 Função		38 Assinatura

Notificação Sinan NET SVS 17/07/2006

DADOS COMPLEMENTARES
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Obito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	07	Data do início do exantema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	10	Resultado da bacterioscopia :				
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	14	Data da hospitalização
	15	UF	16	Município do hospital		Código (IBGE)	17	Nome do hospital
								Código
	Notificação Sem	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação						
		1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____						
	Local provável	19 Local provável de infecção (classificação provisória)						
	País: _____		UF: _____	Município: _____		Bairro: _____		
	Distrito: _____							

Dados Complementares/ Notificação SVS 17/07/2006

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Figura 05: Ficha Individual/Conclusão de agravos de interesse estadual e municipal.

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/CONCLUSÃO

Nº _____

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10) _____			
	3	Data da Notificação		____/____/____			
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE) _____		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código _____			
	7	Data dos Primeiros Sintomas		____/____/____			
	Notificação Individual	8	Nome do Paciente		_____		
9		Data de Nascimento		____/____/____			
10		(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/>			
12		Gestante	1 - 1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2 - 2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3 - 3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4 - Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5 - Não <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>				
13		Raça/Cor		1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>			
14		Escolaridade		0 - Analfabeto <input type="checkbox"/> 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginasio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginasio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7 - Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8 - Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> 10 - Não se aplica <input type="checkbox"/>			
15		Número do Cartão SUS		_____			
Dados de Residência	16	Nome da mãe		_____			
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE) _____		
	19	Distrito		_____			
	20	Bairro		_____			
	21	Logradouro (rua, avenida,...)		_____			
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	_____		
	24	Geo campo 1		_____			
25	Geo campo 2		_____				
26	Ponto de Referência		_____				
27	CEP		____-____				
28	(DDD) Telefone		____-____				
29	Zona 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Perturbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>						
30	País (se residente fora do Brasil)		_____				
Conclusão	Conclusão						
	31	Data da Investigação		____/____/____			
	32	Classificação Final		1 - Confirmado <input type="checkbox"/> 2 - Descartado <input type="checkbox"/>			
	33	Critério de Confirmação/Descarte		1 - Laboratorial <input type="checkbox"/> 2 - Clínico-Epidemiológico <input type="checkbox"/>			
	Local Provável da Fonte de Infecção						
	34	O caso é autóctone do município de residência ? 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Indeterminado <input type="checkbox"/>		35	UF	36	País
	37	Município		Código (IBGE) _____	38	Distrito	
	39	Bairro		_____			
	40	Doença Relacionada ao Trabalho		1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	41	Evolução do Caso	
	42	Data do Óbito		____/____/____	43	Data do Encerramento	
44			____/____/____				
Informações complementares e observações							
Observações adicionais							
_____ _____ _____ _____ _____							
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde			
	Nome		Função		Assinatura		
	_____ Notificação/conclusão		_____ Sinan NET		_____ SVS 27/09/2005		

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

As fichas "SINAN" deverão ser encaminhadas semanalmente à Vigilância Municipal, ressaltando que as referentes às **Doenças de Notificação Compulsória Imediata** devem ser encaminhadas em **até 24h**.

Quadro 03 – Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	Covid-19	X	X	X	
8	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
9	Difteria		X	X	
10	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
11	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
12	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
13	Doenças com suspeita de disseminação intencional: a. Antraz pneumônico b. Tularemia c. Variola	X	X	X	
14	Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes: a. Arenavírus b. Ebola c. Marburg d. Lassa e. Febre purpúrica brasileira	X	X	X	
15	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
16	Esquistossomose				X
17	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
18	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
19	Febre Amarela	X	X	X	
20	a. Febre de Chikungunya				X
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
21	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
22	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
23	Febre Tifoide		X	X	
24	Hanseníase				X
25	Hantavirose	X	X	X	
26	Hepatites virais				X
27	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
28	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
29	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
30	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
31	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
32	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
33	Leishmaniose Visceral				X
34	Leptospirose			X	
	a. Malária na região amazônica				X

35	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	
36	Monkeypox (variola dos macacos)	X	X	X	
37	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
38	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
39	Peste	X	X	X	
40	Raiva humana	X	X	X	
41	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
42	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
43	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
44	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
45	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X	
46	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19	X	X	X	
47	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a Coronavírus a. SARSCoV b. MERS- CoV c. SARS-CoV-2	X	X	X	
48	Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X	
49	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
50	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
51	Tuberculose				X
52	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
53	a. Violência doméstica e/ou outras violências b. Violência sexual e tentativa de suicídio				X
Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde).					
* Informação adicional: notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS.					

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

* Informação adicional: notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS;

Fonte: Ministério da Saúde, 2023.

ANEXO V TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

1. A empresa que será contratada para implantar o Sistema de Informação Hospitalar na unidade referida no presente edital terá, via Fundação Saúde, que apresentar comprovação de aptidão pertinente e compatível com o escopo da Unidade de Saúde, sendo assim, a empresa de Sistema de Informação deverá apresentar atestados de desempenho, emitido por entidade pública ou privada que comprovem conhecimento e experiência por parte da empresa a ser contratada;

2. A empresa deverá estar organizada e ter condições para exercer todas as tarefas técnicas e administrativas, que forem de sua responsabilidade, visando à execução dos trabalhos e de seus objetivos;

3. A Empresa do Sistema de Informação deverá apresentar atestado (ao menos um testado por item) que atendam os seguintes requisitos mínimos:

a) **GESTÃO CLÍNICA:** Atestados que comprovem que a Licitante implantou projetos de gestão clínica (Prontuário Eletrônico) em ambiente Hospitalar (Público ou Filantrópico);

b) **PROPRIEDADE/ABRANGÊNCIA:** Declaração de ser detentora dos códigos fontes de todos os sistemas e módulos solicitados neste edital e consequentemente poder realizar qualquer adaptação necessária no mesmo para atender aos objetivos da Secretaria do Estado Saúde RJ.

4. O sistema deve possuir os seguintes módulos e funções:

a) **Internação:** Este módulo deverá possibilitar o cadastro e controle das internações com determinação hierarquizada das estruturas de centro de custos a que pertencem e identificação das unidades de internação, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

· Cadastro dos padrões de leitos vinculados a quartos, tipos de quartos (acomodação) e unidade de leito (tipo de leito), visando parametrizar o sistema para alocação dos pacientes;

· Controle total da situação e da condição do leito (se ativo ou inativo; ocupado, higienizado, em manutenção, bloqueado, reservado ou fechado), a partir da recepção ou dos postos de enfermagem, liberando o mesmo para o atendimento;

· Oferecer mapa de ocupação de leitos, informando os pacientes internados questão com alta médica, com finalidade de realizar o gerenciamento de demandas espontâneas;

· Informar para os setores de higienização, manutenção e hotelaria, a interdição de leitos por motivos operacionais de responsabilidades de tais setores, informando o quarto, leito, hora e responsável pelo bloqueio;

· Possibilitar a identificação das especialidades médicas existentes na Unidade de Saúde e também a vinculação dos profissionais médicos com suas respectivas equipes médicas;

· Permitir o cadastro dos principais formulários de termos hospitalares utilizados no momento das internações, visando à definição clara de responsabilidades entre paciente, responsável (se houver) e hospital;

· No momento da admissão deve ser possível: Registro da recepção do paciente, com identificação do prontuário, tipo de internação;

· O sistema deverá bloquear e informar a admissão de pacientes provenientes de transferências de outras unidades;

· Permitir ao setor de internação total controle de leitos/quartos e unidades para alocação do paciente, com consulta em tempo real da situação de todos os leitos;

· Registro de dados do responsável pelo paciente (nome, RG, grau de parentesco, telefone de contato e endereço);

- Permitir o cadastro de pacientes de dados desconhecidos, impulsionados por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;
 - Permitir o registro de idade aproximada de pacientes desconhecidos por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;
 - Deve permitir a alteração posterior de dados de pacientes desconhecidos por emergências em atendimentos provenientes de logradouros públicos e outros;
 - Deverá obrigar o registro de um responsável se o paciente for menor ou maior a uma idade previamente estipulada por meio de cadastros;
 - Identificação do médico responsável pelo atendimento, da especialidade e da clínica (em conformidade com as exigências do SUS);
 - Hipótese diagnóstica e impressão do documento de atendimento;
 - Deve ser possível o controle de atendimentos anteriores (com checagem das datas de internação e alta/diagnósticos anteriores / médicos e convênios);
 - Emissão de etiquetas para identificação por meio de pulseiras de pulso para cada paciente admitido;
 - O sistema deve permitir o registro de guarda de quantidades e tipos de pertences do paciente;
 - Registro de altas hospitalares, com identificação de dados como motivo, data e hora, diagnóstico definido (CID-10), procedimento SUS vinculado (conforme determinações do DATASUS) e médico responsável;
 - Registro e impressão de termos de responsabilidade e cartão de acompanhante;
 - Emissão e preenchimento do laudo de AIH gerando automaticamente o laudo AIH, após o registro da internação;
 - Emissão de atestados e declaração de internação;
 - Solicitações de exames de imagens e laboratorial no momento da admissão por meio de ordem de serviço, informando o profissional médico solicitante e inserindo observação da solicitação;
 - Controle sobre as solicitações de AIH enviadas e as que retornaram com autorização de internação e procedimento;
 - Transferência de leitos, com possibilidade de consulta à central de leitos; identificação de tipo de acomodações existente, registro de leito de isolamento; bloqueio do leito atual para novas internações ou reserva do leito para retorno do paciente.
- b) **Imagens:** Este módulo deverá possibilitar a realização de agendamentos para cada tipo de exame realizado em cada recurso de atendimento, descrevendo e emitindo a equipe o preparo necessário para a realização de cada exame, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Parametrizar o tempo de realização estimado para cada exame, possibilitando a otimização da utilização de cada equipamento e profissional no momento do agendamento;
 - Manutenção de parâmetros específicos para cada setor de imagens existente, possibilitando a devida adequação às características de cada setor;
 - Controlar os tempos de atendimento realizados para cada paciente, especificando o horário de agendamento, horário de chegada, horário de atendimento e horário de finalização do exame;
 - Controlar a metragem de filme necessária para realizar cada exame;
 - Baixar automaticamente os exames que não tenham sido laudados após um número de dias determinado;
 - Possuir módulo de elaboração de laudos padrão, com ferramentas de formatação de texto;
 - Parametrizar modelos de laudos para cada tipo de exame a ser realizado, em cada recurso de atendimento, atribuindo automaticamente o laudo padrão de cada exame;
 - Permitir indicar para cada tipo de laudo padrão a parte do corpo a que se refere este exame;
 - Cadastrar diversos tipos de modalidades de entrega de resultados aos pacientes;
 - Controlar todo o processo de atendimento, elaboração e entrega dos laudos gerenciando todo o workflow do processo, através do controle de listas ativas de pacientes em cada fase;
 - Controlar todos os pacientes que realizarão exames e ainda não tiveram laudos aprovados;
 - Permitir a criação de lista de exames e pacientes pendentes de laudos, possibilitando a organização da forma mais adequada do profissional responsável por laudar estes exames;
 - Permitir a integração automática do laudo do exame com o prontuário eletrônico do paciente;
 - Registrar a entrega de um resultado de exame indicando o responsável pela retirada, a data e horário da mesma;
 - Controlar a procedência dos pacientes atendidos pelos setores de imagens (Enfermarias).
- c) **Prontuário Eletrônico:** Este módulo deverá possibilitar a realização de padronizações de exames de acordo com cada protocolo, sugerindo automaticamente ao médico os exames a serem solicitados no atendimento, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Padronização de CIDs de acordo com cada protocolo;
 - Padronização de medicamentos de acordo com cada protocolo;
 - Cadastrar de Deficiências do paciente bem como grau de gravidade das deficiências descritas;
 - Cadastrar alergias do paciente bem como a descrição detalhada dos seus efeitos;
 - Associação imagens de exames no prontuário do paciente;
 - Gerenciar o cadastro de horários padronizados para que sejam ministrados os medicamentos prescritos por cada profissional nas unidades de Saúde;
 - Solicitação de nutrição (com possibilidade de repetir solicitações anteriores e registro dos horários de aprazamento, com hora de início/fim/intervalo e número de vezes, regime de urgência e plantão para fins de faturamento);
 - Solicitação de materiais e medicamentos (com possibilidade de direcionamento à farmácia ou ao almoxarifado e de repetição de solicitações anteriores, registro de data e hora da solicitação, regime de urgência, busca de produtos por descrição ou código, horário de aprazamento, com hora de início/intervalo/número de vezes e quantidade por horário);
 - Registro de serviços (com identificação de data e hora, quantidade, regime de urgência e plantão para fins de faturamento); registro de procedimentos (com identificação de data e horário, quantidade realizada, médico executor, regime de urgência e plantão, para fins de faturamento, estatística e custos);
 - Registro do uso de gases medicinais (com identificação de data, hora de início e fim do tratamento, tempo ou quantidade de uso, registro de regime de urgência e plantão, para fins de faturamento);
 - Possibilitar ao médico efetuar a prescrição dos cuidados ao paciente pelo sistema, com opção de repetir prescrição anterior;
 - Cada prescrição gerada pelo sistema deverá ter identificação numérica, data, hora, previsão de alta do paciente, médico responsável pela prescrição, funcionário do posto de enfermagem responsável pelas solicitações (nutrição, materiais, medicamentos, exames, etc.), médico responsável pela internação, registro da identificação do paciente com nome, prontuário, unidade, quarto, leito e responsável pela dispensação dos medicamentos na farmácia;
 - Possuir opção para que qualquer profissional da equipe que está dispensando cuidados ao paciente (médico, enfermeira, nutricionista, farmacêutico e outros) possa efetuar o registro da evolução mediante o tratamento realizado, compondo e coletando dados no prontuário eletrônico do paciente;
 - Controlar a transferência de leitos, com possibilidade de consulta à central de leitos; diferença de tipos de leito; registro de leito de isolamento; bloqueio do leito atual para novas internações ou reserva do leito para retorno do paciente;
 - Controlar pedidos de cuidados de enfermagem, hemoderivados, inaloterapia, equipamentos e gases;

- Geração de diagnósticos, utilizando a codificação da enfermagem – NANDA (coleção de diagnósticos em enfermagem que descrevem as reações dos pacientes às doenças);
 - Possuir a funcionalidade ou módulo de enfermagem que permita a mesma construir os planos de cuidados ao paciente, bem como a prescrição de enfermagem;
 - Permitir e gerenciar o processo de interconsulta, registrando a solicitação e o laudo do especialista;
 - O prontuário eletrônico deverá conter o modelo de classificação Clínica Apache II;
 - O prontuário eletrônico deverá conter o modelo de classificação Clínica Escala de Glasgow;
 - Deverá permitir inserir informações sobre parâmetros de ventilação, contendo minimamente as informações sobre: volume corrente, frequência respiratória, fração inspirada de oxigênio e pressão parcial de oxigênio no sangue arterial.
- d) Farmácia/Almoxarifado:** Este módulo deverá possibilitar controle e gestão dos materiais com gerenciamento do estoque do almoxarifado devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Permitir os cadastros de vínculos entre medicamentos de forma a criar uma relação de interação medicamentosa, acusando o grau de reação e comentários sobre os fatores adversos em sua administração;
 - Permitir que o responsável farmacêutico possa retornar um item da prescrição quando este julgar necessário, para que o profissional médico realize os acertos necessários e reenvie para a solicitação;
 - Realizar relatório dos quantitativos presentes no estoque;
 - Permitir a dispensa de itens de um centro de custo armazenador em nome de pacientes em cirurgias, levando em consideração a descrição do item, código do item, quantidade solicitada, data de validade e lote por meio de leitura de código de barras por meio de equipamento ótico;
 - Conter visualização tipo *cardex* oferecendo a posição de estoque, histórico de movimentação e inventários que foram realizados por itens considerando a descrição, código, lote e validade;
 - Receber informe de devolução automática de centro de custo de atendimento a pacientes, quando este tiver internos com alta hospitalar com tempo inferior ao da quantidade enviada por prescrição eletrônica ou de suporte de papel;
 - Permitir a busca rápida a todas as requisições já atendidas, com possibilidade de visualização em tela ou impressão do documento, com informe do centro de custo solicitante, descrição e código do item, lote e data de validade, nome do solicitante e nome do responsável pela entrega.
 - Permitir emissão de relatórios com a quantidade dos itens dispensados entre outros relatórios solicitados pela SES.
- e) Faturamento:** Este módulo deverá possuir todos os processos relativos ao faturamento de contas do Sistema Único de Saúde e de internação, inclusive com a geração de arquivos eletrônicos definidos pelo gestor devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Trazer automaticamente para conta do paciente, o centro de custos de acordo com as unidades em que o mesmo foi atendido;
 - Gerar o faturamento de forma on-line de acordo com as solicitações e procedimentos realizados pelos médicos ou outros profissionais;
 - Permitir a auditoria dos lançamentos realizados para cada paciente durante o atendimento;
 - Gerar protocolo de remessa dos documentos de cada atendimento em cada unidade para o setor de faturamento;
 - Gerenciar a solicitação de procedimentos de alto custo no momento da solicitação do médico;
 - Possibilitar o controle e atribuição obrigatória sobre o diagnóstico atribuído a cada atendimento para efeito de faturamento, com possibilidade de controlar o histórico de diagnósticos dos municípios e validando os procedimentos possíveis para cada diagnóstico de acordo com regras do SUS;
 - Controlar automaticamente as regras de validação do SUS para cada procedimento, possibilitando uma checagem automática no momento do fechamento da conta.
- f) B.I:** Este módulo deverá possibilitar o tratamento de informações que possibilite criar modelos de relatórios envolvendo grupos de informação, possibilitando ao usuário final selecionar na tela as informações que ele quer cruzar criando relatórios personalizados, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Possibilitar a montagem de relatórios em decorrência das informações de outro relatório;
 - Permitir que cada usuário avançado crie e personalize os seus próprios relatórios de forma independente sem que seja necessário solicitar à Licitante Vencedora;
 - Permitir a exportação das informações para o Excel, PDF e CSV em formato definido pela SES-RJ.
- g) Indicadores:** Este módulo deverá disponibilizar ferramentas que permitam analisar as informações e transformá-las em indicadores interativos, que auxiliarão na geração de previsões e cenários futuros, permitindo o controle e otimização das receitas e custos e contribuindo na tomada de decisões, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Criação de indicadores com filtros a partir de dados assistenciais, financeiros, de produção e de suprimentos dentro de um período selecionado;
 - Permitir que a equipe técnica da secretaria crie seus próprios indicadores;
 - Possuir marcação sobre o atual estado do indicador, demonstrando se a informação contida no mesmo está dentro de padrões de normalidade, em estado de atenção ou em estado de alerta.
- h) SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico):** Este módulo deverá possibilitar a geração de Informações gerenciais e estatísticas por um determinado período de interesse, relacionando a produção de entradas e saídas por especialidade, profissional médico, unidades de atendimento de emergência, ambulatórios e internação, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Realizar pesquisas da situação real de ocupação da unidade de saúde em qualquer momento, congelando este e, mostrando os Pacientes que estavam internados por unidade, Médico e Convênio, possuindo esse histórico durante toda a vigência do contrato;
 - Esses dados devem ser fornecidos on-line à SES/RJ;
 - Apresentar de forma institucional indicadores de leito dia, taxa de permanência, taxa de ocupação, índice de rotatividade, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade geral, quantidades de transferências, quantidades de altas, quantidades de transferências internas (entradas e saídas entre enfermarias);
 - Apresentar de forma institucional e por unidades de atendimento de internação os indicadores por período histórico do ano anterior em comparação com atual auxiliando na tomada de decisão;
 - Informar também os índices de Atendimento de cada Médico, especialidade e Convênio em relação ao período escolhido, criando assim, uma importante ferramenta para a negociação, em cima de dados reais de produção;
 - Apresentar informações de produções de exames de laboratórios, anatomia patológica e imagens por um determinado período, com visão consolidada por grupo e analítica por item de código de controle e descrição;
 - Permitir que sejam parametrizados relatórios sobre as diversas atividades relacionadas ao atendimento dos pacientes nas diversas unidades da Unidade de Saúde;
- i) Hotalaria:** Este módulo deverá possibilitar o controle e racionalização operacional da ocupação hospitalar com finalidades de aumentar o meio de produção devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:
- Visualização gráfica dos leitos existentes na unidade de saúde (plotados em planta baixa da unidade), identificando leitos livres, ocupados, bloqueados e seus motivos, pacientes com alta hospitalar e tipos de atendimento (clínico, cirúrgico, maternidade, isolamento e recém-nascido);
 - Visualização percentual dos leitos, identificando leitos livres, ocupados, bloqueado se desativados;
 - Controle do processo de higienização identificando os diversos tipos de higienização realizados na Unidade de Saúde (terminal, rotina, chamados etc.);

- Controle do processo de manutenção, informando o serviço que deverá ser realizado pelos profissionais de manutenção;
- Controle do histórico de ocupação de cada leito, indicando os pacientes e o período da ocupação;
- Controle do mapa de altas da Unidade de Saúde, indicando as altas realizadas e as altas previstas;
- Bloqueio qualquer leito não ocupado, passando o mesmo a não computar para efeito de estatísticas do SAME;

j) **Central de Informações/Controle de Visitas:** Este módulo deverá disponibilizar informações sobre a localização dos Pacientes internados devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

- Fornecer informações referentes aos pacientes que foram dispensados nas unidades de atendimento, demonstrando as datas de atendimento e dispensa dos mesmos;
- Controlar o processo de visitas aos pacientes internados, emitindo crachás e registrando informações sobre o visitante e indicando horário de entrada e saída do mesmo;
- Controlar o número máximo de visitas permitido para cada paciente;
- Emitir listagem dos pacientes internados de cada enfermaria, contendo a localização do paciente no Hospital, visando facilitar o processo de visita médica;
- Disponibilizar dados de escala de profissionais médicos e dados de contato para orientar o serviço de telefonia e informações.

k) **CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ou Pré-Hospitalar:** Este módulo deverá possibilitar os controles e as condições de monitoramentos necessários ao CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar ou Pré-Hospitalar), devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

- Possuir conceito de busca ativa, gerando o monitoramento automático para o CCIH dos pacientes em atendimento de acordo com critérios de Diagnósticos sugestivos;
- Possuir conceito de busca ativa, gerando o monitoramento automático para o CCIH dos pacientes em atendimento de acordo com critérios de uso de antibióticos;
- Possuir conceito de busca ativa, gerando o monitoramento automático para o CCIH dos pacientes em atendimento de acordo com critérios de resultados de exames laboratoriais;
- Possuir conceito de busca ativa, gerando o monitoramento automático para o CCIH dos pacientes em atendimento de acordo com critérios de internação em UTI;
- Possuir conceito de busca ativa, gerando o monitoramento automático para o CCIH dos pacientes em atendimento de acordo com critérios de realização de procedimentos invasivos;
- Possuir conceito de busca ativa, gerando o monitoramento automático para o CCIH dos pacientes em atendimento de acordo com critérios de re-internação de pacientes com infecção antes confirmada;
- Permitir o controle efetivo da data da última busca ativa realizada pelo CCIH;
- Permitir a geração e o controle dos atendimentos de notificação compulsória gerados pelo CCIH, indicando os atendimentos que já foram notificados e os que se encontram pendentes;
- Controlar separadamente os pacientes que estão em processo de vigilância e os que já tiveram sua infecção notificada;
- Registrar o agente etiológico à topografia e tipo de infecção e o local de origem para cada paciente que tiver a infecção confirmada;
- Acessar o resultado dos exames de antibiograma realizados para os pacientes;
- Calcular as taxas de infecção Hospitalar ou Pré-Hospitalar existentes demonstrando graficamente a evolução mensal das mesmas, de acordo com parâmetros pré- definidos como unidade de atendimento, convênios, especialidades, médicos e topologia;
- Permitir criar parâmetros de identificação de notificação interna de diagnósticos que interessem ao CCIH, assim como identificar os diagnósticos de notificação compulsória.

l) **Regulação de Leitos:** Este módulo deverá possibilitar a interoperabilidade com o sistema em uso na central de regulação de leitos dos pacientes para melhor administração de filas de espera. O sistema deve contemplar:

- Permitir que os leitos sejam disponibilizados de forma automática para o sistema de regulação logo que o mesmo seja liberado na unidade;
- Que a central de regulação seja notificada de bloqueios dos leitos por diferentes motivos.
- Parametrização de leito, devendo permitir identificar os tipos de leitos.

m) **Higienização de Leitos:** Este módulo deverá permitir a racionalização do fluxo de manutenção de leitos por higienização e rastrear todas as informações pertinentes ao processo, devendo contemplar, obrigatoriamente, as seguintes funcionalidades:

- Cadastro de tipo de higienização para orientar a execução da higienização dos leitos;
- Cadastro de grupo de higienização para orientar a execução da higienização dos leitos;
- Para cada grupo de higienização o sistema deverá permitir o vínculo de profissionais especializados na execução do serviço, considerando o registro funcional, nome completo, data de nascimento e tabela de expediente de atuação;
- Cadastro de diversas unidades de atendimentos, indicando-as como solicitantes do serviço de higienização;
- Listar operacionalmente todos os leitos com bloqueio de higienização, informado em âmbitos de assistência, admissão e hotelaria para avaliação e início do processo, considerando o quarto e leito, tipo de bloqueio, data e hora de bloqueio e observação inserida no momento do bloqueio;
- Inclusão manual de leitos para higienização e início do processo, considerando o centro de custo de atendimento, quarto e leito, tipo de bloqueio, data e hora da solicitação e observação para orientação e início do processo;
- Considerar obrigatório informar o tipo de higienização e grupo de higienização para início do processo de higienização do leito solicitado;
- Oferecer etapa de processo classificada como higienização não concluída, oferecendo meio de informar a conclusão, com data e hora atual como sugestão de conclusão, podendo o usuário alterar conforme a necessidade operacional da instituição e inserir informação em texto livre, no formato alfanumérico referente ao processo em questão;
- Apresentar visualização de leitos bloqueados por todos os motivos existentes e usuais na instituição, para orientar em negociações internas com os informantes dos bloqueios ou serviços, com finalidade de tomada de decisão;
- Apresentar visualização de leitos com pacientes em atendimento, porém com solicitação de higienização, com finalidade de se solicitar o início do processo e a conclusão do mesmo, informando todos os fatores anteriormente citados;
- Apresentar relação de leitos por meio de impressão com por busca em filtro das etapas do processo de higienização, apresentando quarto e leito, tipo de bloqueio, data e hora de bloqueio e observação inserida no momento da solicitação ou bloqueio.

5. O sistema deverá manter as informações sincronizadas aos cadastros da Administração, possibilitando que seus usuários obtenham informações operacionais e gerenciais, em tempo real, através de consultas e relatórios, visando à sustentação de ações rápidas e decisões estratégicas eficazes à melhoria contínua da Saúde Pública.

6. O sistema deverá ser disponibilizado em sua totalidade em idioma Português Brasileiro e conter recursos necessários para que a Administração obtenha a gestão completa dos processos administrativos, operacionais e estratégicos inerentes ao objeto;

7. Todos os módulos e funcionalidades do sistema deverão ser totalmente integrados, ou seja, todas as informações deverão ser atualizadas em tempo real, no momento de sua inserção, devendo possibilitar o controle dos processos hospitalares, com efetiva gestão dos atendimentos realizados de forma integrada com os atendimentos da atenção especializada, gerando um prontuário eletrônico unificado dos municípios.

8. O sistema deverá atender a legislação vigente, estando em conformidade com o Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES), criado pela Câmara Técnica do CFM (Conselho Federal de Medicina) e pelo Grupo de Trabalho em Certificação de Software da SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde - www.sbis.org.br/certificacao.htm).

9. Estar em conformidade com o Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (RES), criado pela Câmara Técnica do CFM (Conselho Federal de Medicina) e pelo Grupo de Trabalho em Certificação de Software da SBIS (Sociedade Brasileira de Informática em Saúde www.sbis.org.br/certificacao.htm).

10. Conter mecanismo que permita a exportação de todos relatórios gerados para arquivos em formatos: texto, planilhas (formato *MS Office-Excel* e/ou *BROffice-Calc*) e PDF;

11. Garantir que todos os dados ou parâmetros utilizados no processo de autenticação de usuário serão armazenados de forma protegida e em banco de dados independente. Por exemplo, armazenar o código *hash* da senha do usuário ao invés dela própria, além disso, o local de armazenamento deste código *hash* deve possuir restrições de acesso. A geração do código *hash* deve utilizar algoritmos de geração reconhecidamente seguros, como por exemplo, o algoritmo *SHA-1*; na autenticação via *OTP*, a semente utilizada deve ser protegida;

12. Possuir ferramenta de *LOG* de alterações, inclusões, exclusões em todos os módulos, telas e recursos do sistema, onde seja apresentado o nome do usuário e o código/número do registro afetado pela operação do usuário, identificando o usuário (Nome completo, CPF e demais dados cadastrais) que realizou a operação, data e hora;

12.1 Deverá ser disponibilizado ferramenta de extração dos dados do LOG, que possibilite a geração de relatórios de auditoria;

13. Possuir documentação destinada aos usuários finais (manuais) escrita em Português Brasileiro, descrevendo detalhadamente a sistemática de utilização do sistema incluindo, no mínimo: preparo dos dados, operação das funções, orientação para emissão de relatórios e orientação sobre consultas disponíveis, além disso, os manuais devem indicar claramente, no início do documento, a versão a que se referem, disponíveis no sistema em formato eletrônico para download.

14. Fazer a interface com os sistemas oficiais do Ministério da Saúde e da SES-RJ, quer sejam de faturamento, quer sejam de acompanhamento de programas específicos e regulação, além de manter atualizado o CNES;

15. Ferramenta que permita a integração ao barramento do CNS do DATASUS;

16. Assegurar à SES/RJ o acesso irrestrito e em tempo real ao sistema informatizado, incluindo os sistemas de informações assistenciais utilizados;

17. Alimentar e atualizar os sistemas de informação disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e pela SES/RJ com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma a evitar glosas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;

18. Alimentar e atualizar os sistemas de informação e o servidor espelho a serem adotados pela SES/RJ, através de API ou Webservice, que deverão exportar todos os dados do sistema on-line;

19. Disponibilizar o dicionário de dados de todo o sistema, no início do contrato para armazenamento dos dados de atendimento da unidade de saúde, sendo que qualquer alteração na estrutura dos dados ou em seu dicionário deve ser informada imediatamente a SES/RJ;

20. Responsabilizar-se pela implantação e manutenção de sistemas de transmissão de dados e componentes de informática (computadores, impressoras e demais periféricos), seguindo as características preconizadas pela Superintendência de Informática (SUPINF) da SES/RJ.

21. Deverão ser utilizados os sistemas oficiais de informação do SUS devendo para tal viabilizar o respectivo processo de credenciamento e habilitação. A documentação necessária deverá ser entregue nos órgãos competentes e na Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ;

22. Implantar sistema de monitorização da qualidade e desempenho da Unidade de Terapia Intensiva;

23. Utilizar os sistemas informatizados de gestão, centro de custo da Unidade gerenciada, gestão de pessoal, e os demais sistemas indicados ou disponibilizados pela SES/RJ e alimentá-los continuamente com as informações requeridas, sob pena de inviabilizar a apuração da produção e não comprovação do alcance das metas contratadas;

23.1 O sistema da Fundação Saúde deverá possuir gestão detalhada do centro de apuração de custos de todas as operações executadas pela Fundação Saúde;

23.2 O sistema deverá calcular custos de atendimentos e procedimentos executados;

23.3 O sistema deverá informar custos de aquisição por cada bem adquirido/contratado pela Fundação Saúde, assim como custos com pessoal e demais serviços como: gás, serviços de telefonia e todos os demais custos que compõem as despesas da Fundação Saúde.

23.4 Todos os custos devem estar detalhados no sistema.

23.5 O sistema deverá fornecer de forma detalhada todas as despesas que compõem a fatura da Fundação Saúde, sendo que valores que não estejam devidamente descritos serão glosados.

23.6 O sistema deverá fornecer informações das aquisições/contratações, que estão em andamento pela Fundação Saúde, demonstrando o valor estimado para cada aquisição/contratação. Também deverá ser fornecida uma comparação entre o valor estimado e o realizado.

23.7 O sistema deverá demonstrar que as aquisições de medicamentos estão de acordo com a Resolução SES nº 1.334/2016 e com a Resolução CMED nº 03/2009.

23.8 O sistema deverá realizar a prestação de contas anual conforme disposto no §3º do artigo 22 da Lei Estadual nº 6.043/11.

24. Viabilizar o processo de credenciamento e habilitação dos leitos de Terapia Intensiva em classificação de UTI Adulto Tipo II ou III de acordo com a Portaria de Consolidação MS/GM n. 3, 2017. A documentação necessária deverá ser entregue nos órgãos competentes e na Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ;

24.1 Implantar Central de Monitoramento de Pacientes para todos os leitos da UTI-a e UTIN;

24.2 Implantar Central de Monitoramento de Pacientes através de câmeras nas enfermarias de Clínica Médica;

24.3 Implantar Sistema de sinalização e atendimento do paciente da Clínica Médica no Posto de Enfermagem que apresente as seguintes características:

24.3.1 Alerta visual e sonoro em painel no posto de enfermagem com identificação do leito e banheiro de origem;

24.3.2 Ter um dispositivo acionador da equipe multidisciplinar.

25. A Fundação Saúde deverá implantar indicadores de eficiência contratual:

25.1 Atingimento de metas quantitativas que serão definidas pela SES/RJ no decorrer do contrato;

25.2 Indicadores de eficiência e qualidade de atendimento a sociedade;

25.3 Indicadores de melhoria nos processos de trabalho;

25.4 Indicadores de atendimento e procedimentos executados;

25.5 Indicadores de tempo, custo e qualidade de atendimentos e procedimentos realizados;

25.6 Os indicadores devem ser fornecidos sempre que solicitados pela fiscalização e ao término de cada período de cobrança;

25.7 A Fundação Saúde deverá entregar mensalmente um comparativo dos indicadores do mês corrente com os meses decorridos do contrato;

25.8 Fornecer de forma analítica dados de transparência para população em formato aberto que será pública em sítio própria da SES/RJ, com informações referentes às contratações realizadas pela Fundação Saúde:

· Objeto contrato;

· Valores totais e unitários;

· Número do contrato e procedimento de contratação;

· Data da despesa;

· CNPJ ou CPF do beneficiário;

· Nome do beneficiário.

25.9 A Fundação Saúde deverá entregar mensalmente em formato definido pela SES/RJ, relatório de fechamento mensal, com todos os indicadores e informações referentes ao período, identificando se a mesma alcançou os objetivos estabelecidos.

26. A cada 12 meses a Fundação Saúde deverá disponibilizar um backup completo de todas as bases de dados utilizadas nas unidades geridas, acompanhado de documentação completa da base de dados.

27. A Fundação Saúde deverá sempre que solicitado, fornecer informações, que a fiscalização do contrato considere relevante para a realização de suas atribuições. O formato e método de envio desses dados serão informados pela fiscalização do contrato.

ANEXO VI

LISTAGEM DE NORMATIVAS PARA DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

A relação de portarias e normativas listadas abaixo é exemplificativa e não esgota áreas/serviços, normativas e respectivas atualizações, que deverão ser consultadas pela Fundação Saúde para o dimensionamento de pessoal, respeitando as equipes mínimas definidas pela SES RJ:

PARÂMETROS E NORMATIVAS PARA EQUIPE MÍNIMA	RESUMO / SUMÁRIO
Anexo do Título X da Portaria de Consolidação nº. 3 /GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/05/ANEXO-PACIENTE-CRITICO-OU-GRAVE.pdf). OBS: Utilizar o parâmetro Tipo II para UTI-a e UTI-p.	Art.144 (...) o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrico, Unidade Coronariana, Queimados e Cuidado Intermediário Adulto e Pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
PARECER NORMATIVO Nº 1/2024/COFEN	Aprova e atribui força normativa ao Parecer do Grupo de trabalho de Dimensionamento de Pessoal, exarado nos autos do Processo Administrativo COFEN SEI nº 00196.001122/2023-78,
RDC ANVISA nº. 50/02, RDC 154 de 2004 e RDC nº. 11/2014	“Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.”
Hematologia e Hemoterapia: Guia para elaboração de projeto-Ministério da Saúde, Brasília-DF 2013. Portaria nº. 158 de 2016 do MS.	“Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos.”
Resolução SES nº. 1834 de 03 de julho de 2002. Resolução SESDEC nº. 242 de 13 de março de 2008.	Art. 1º - Instituir no âmbito da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) o Núcleo Central de Vigilância Hospitalar (NCVH).
Portaria nº. 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004.	Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos.

Portaria GM/MS 2616/98	Diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
Norma Regulamentadora nº. 5 – NR 5	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA: Organização, objetivo e dimensionamento.
Norma Regulamentadora nº. 4 – NR4	“(…) Dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.”
Resolução RDC nº. 36, de 7 de dezembro de 2004	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
Lei nº 8.213 de 24 de Julho de 1991 (Art.93)	Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências

Rio de Janeiro, 08 maio de 2024



Documento assinado eletronicamente por **Caio Antonio Mello Souza, Subsecretário**, em 13/05/2024, às 16:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **74178646** e o código CRC **D18BB550**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 74178646

Rua Barão de Itapagipe, nº 225, 6º andar - Bairro Rio Comprido, @cidade_unidade@/, CEP 20261-005
 Telefone: 3385-9094 - www.saude.rj.gov.br



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

TERMO DE REFERÊNCIA
CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO DE
PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA

1. OBJETO

É objeto deste Termo de Referência e seus Anexos, a contratação para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde pela Fundação Saúde do Estado do Rio de Janeiro (FSERJ) conforme especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações dispostas neste Termo de Referência com fundamento, em especial, no Decreto Estadual nº 46.874, de 13 de dezembro de 2019, que dispõe sobre a consolidação das unidades de saúde sob a gestão da FSERJ e na RESOLUÇÃO SES Nº 3293 de 04 de abril de 2024 que autoriza a o início do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde no **CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CEDTEA)**, localizado na Avenida Padre Leonel Franca nº 248, 1º andar – Gávea - Rio de Janeiro.

2. JUSTIFICATIVA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM-5), caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos. Além dos déficits na comunicação social, o diagnóstico do transtorno do espectro autista requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades.

Sobre a análise situacional, de acordo com o CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças), a progressão da prevalência do Transtorno do Espectro Autista foi apresentada, no ano de 2020, que identificou que 1 em cada 36 crianças de 8 anos foram identificadas com TEA nos EUA, um comparativo expressivo em relação ao ano de 2004 que era de 1 a cada 166.

Conforme o Ministério da Saúde (publicado em 2/4/22 e atualizado em 3/11/22), os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) mostram que o Brasil realizou, em 2021, 9,6 milhões de atendimentos em ambulatorios, a pessoas com TEA, sendo 4,1 milhões ao público infantil com até 9 anos de idade.

De acordo com o aumento dos casos de pessoas com TEA, torna-se essencial que seja implementada uma Política Pública conforme contempla a Lei nº 9.395 de 2021 que estabelece a política estadual de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista.

Em 2015 foi publicada a Lei nº 13.146 que objetiva assegurar e promover os direitos e liberdades fundamentais da pessoa com deficiência; “aquela que tem impedimento de longo prazo, de natureza física, mental e intelectual ou sensorial que obstrua sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”; e que o Sistema Único de Saúde (SUS) através de sua Atenção Especializada e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deve oferecer atenção ambulatorial em reabilitação, diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia de assistiva (tecnologia de apoio).

Deste modo a Lei Berenice Piana nº 12.764/12 considera a pessoa com transtorno do espectro autista (TEA) como uma pessoa com deficiência para todos os efeitos legais, determina direito dos autistas a um diagnóstico, tratamento, terapia e medicamento pelo Sistema Único de Saúde.

Vale resaltar, que a contratação dos serviços, objeto deste Termo de Referência, atende aos preceitos constitucionais da prestação dos serviços de assistência à saúde, de forma complementar, e tem por amparo o art. 197 da Constituição Federal, que permite a Administração Pública, dentro da sua obrigação de prestar ações e serviços de saúde, valer-se de terceiros por ela contratados.

A SES/RJ está reorientando o modelo de gestão e de atenção à saúde, visando atingir novos patamares de prestação dos serviços para proporcionar elevada satisfação ao usuário, associada ao aperfeiçoamento do uso dos recursos públicos.

O modelo gerencial proposto, como forma flexível de administração, obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da SES/RJ e o contido no Contrato de Gestão. Considerar a Constituição Federal de 1988, no artigo 70, que traz o conceito de economicidade como um princípio constitucional.

Por fim, a importância do equipamento de saúde, com perfil de baixa e média complexidade e, sobretudo, que presta serviços de

excelência em avaliação multiprofissional diagnóstica para os usuários do Estado do Rio de Janeiro.

Figura 01 – Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

3. ESTRUTURA E PERFIL CENTRO DE DIAGNÓSTICO TEA

Na condição de Serviço Público de Saúde, o **CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CEDTEA)**, está vinculado tecnicamente à SES/RJ, por meio da Subsecretaria de Atenção a Saúde. A assistência à saúde prestada em regime ambulatorial, compreende o conjunto de serviços oferecidos ao usuário, desde seu acolhimento inicial até a finalização da avaliação diagnóstica, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico, bem como, as orientações terapêuticas indicadas, contudo, o CEDTEA concentrará seus esforços no atendimento ambulatorial diagnóstico.

O **CEDTEA** estrutura-se com perfil de Ambulatório baixa e média complexidade, o atendimento se dará por demanda referenciada por meio de regulação da SES/RJ com os pacientes que foram identificados com sinais de alerta do autismo pela atenção básica de saúde de cada município, atendendo às normas e diretrizes vigentes. O funcionamento da Unidade ocorrerá de segunda a sexta-feira de 8 horas às 17 horas.

O **CEDTEA** é uma unidade de saúde especializada que oferece um serviço transdisciplinar de avaliação diagnóstica, que tem por objetivo realizar as avaliações com protocolos específicos para crianças de 18 meses de vida até 17 anos e 11 meses completos que possuem encaminhamento clínico com sinais de alerta ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

A equipe multiprofissional será composta por profissionais de: Fonoaudiologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Psicologia, Neuropsicologia, Nutrição Clínica, Fisioterapia e Médicos especialistas.

No fluxo dos atendimentos, os pacientes serão avaliados pela equipe transdisciplinar e os familiares serão orientados quanto à hipótese diagnóstica e/ou diagnóstico, os exames complementares e tratamentos propostos. O responsável receberá um relatório detalhado contendo as orientações pertinentes a elaboração do plano terapêutico individualizado, a ser encaminhado ao município de origem.

4. PERFIL ASSISTENCIAL E CONCEITUAÇÃO DAS AÇÕES

O **CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (CEDTEA)** está cadastrado no CNES sob nº 4558014 sendo uma unidade Estadual ambulatorial de baixa e média complexidade destinada ao Diagnóstico do usuário, por demanda da rede referenciada por meio de regulação da SES/RJ.

4.1 Assistência Ambulatorial

O serviço ambulatorial destina-se à realização de consultas especializadas de primeira vez e de seguimento necessárias a

definição do diagnóstico, através da rede referenciada por meio de regulação da SES/RJ, com as especialidades conforme consta neste termo.

a) Na Assistência médica:

Especialidades
Médico Neuropediatria e/ou Neurologia com especialização em pediatria
Médico Psiquiatra

b) Na Assistência multidisciplinar:

Especialidades
Assistência Social
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Neuropsicologia
Nutrição
Psicologia
Terapia ocupacional
Enfermeiro

4.2 Acolhimento

A unidade deverá possuir setor de acolhimento, no qual deverá conter 03 profissionais sendo 01 Nível superior, no período de funcionamento do ambulatório com intuito de realizar o acolhimento a todos os usuários que entrarem na unidade seguindo o horário da agenda.

4.3 Capacidade Instalada

A capacidade instalada do **CENTRO ESTADUAL DE DIAGNÓSTICO DE PESSOAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISMA** está distribuída da seguinte forma:

Capacidade Instalada	
Recepção	02
Sala de reuniões	01
Consultório de Especialidades	06
Ginásio	02
Sala Administração	01

5. ATENDIMENTO AOS DIREITOS E DEVERES DO CIDADÃO-USUÁRIO

- Acolher e atender os usuários de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS);
- Solicitar aos pacientes ou a seus representantes legais a documentação de identificação do paciente, respeitar os direitos dos pacientes, incluindo a utilização do nome social, atendendo-os com dignidade, de modo universal e igualitário;
- Respeitar à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente de perigo de morte ou obrigação legal;
- Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;
- Esclarecer aos pacientes acerca de seus direitos quanto aos serviços oferecidos e funcionamento das unidades de saúde;
- Emitir e/ou atualizar o cartão do SUS, quando necessário;
- Entregar aos pacientes a documentação de todos os exames, pareceres e laudos.

6. COMISSÕES E INSTÂNCIAS OBRIGATÓRIAS

6.1. A Unidade deverá possuir e manter, em efetivo funcionamento, as instâncias abaixo listadas:

a. **Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente** - Resolução n.º 529/2013 e RDC n.º 036/2013;

b. **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)** - Resolução SES nº 2229, de 29 de janeiro de 2021;

c. **Comissão Permanente de Avaliação de Documentos Médico** - Resolução CFM nº 1.821/2007;

6.2 Caberá ao Diretor Geral designar profissional de saúde como responsável para cada comissão com experiência no assunto;

6.3 As Comissões obrigatórias respeitarão as normas e procedimentos próprios estabelecidos nas suas respectivas legislações; com Ato de nomeação, Regimento interno, Cronograma de reuniões e Atas. Assim como monitoramento de indicadores;

6.4 **Núcleo de Gestão da Qualidade** terá um profissional responsável e promoverá a melhoria contínua na unidade e tem, dentre outras, as seguintes responsabilidades:

a) Implantar e acompanhar o Planejamento Estratégico da Unidade, com prestação de informações obrigatórias ao relatório trimestral do contrato de gestão;

b) Implantar as Pesquisas de Satisfação que atendam todos os perfis de usuários seguindo as diretrizes estabelecidas pela SES-RJ;

c) Elaborar e submeter à apreciação o Relatório de Auto avaliação da Gestão e Plano de Melhorias, de acordo com as diretrizes e metodologias emanadas do Programa de Excelência em Gestão – PEG/SES.

6.5 O **Núcleo de Educação Permanente em Saúde** terá um profissional responsável, devendo se organizar como espaço de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação permanente dos recursos humanos da Instituição com o intuito de, dentre outras atividades:

a) Apresentar Plano de Educação Permanente com base nas resoluções SES vigentes e diretrizes da FSERJ;

b) Promover programas de educação permanente na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em serviço/setor;

c) Congregar os profissionais com experiência prática, potencializando sua capacidade educacional; estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada serviço/setor;

d) Desenvolver e aprimorar, de forma participativa, as políticas públicas voltadas para a área fim da Instituição;

6.6 A **Comissão Permanente de Avaliação de Documentos Médicos**: Resolução CFM nº 1.821/2007 terá um profissional responsável sendo esta detentora de arquivos de prontuários de pacientes, tomando como base as atribuições estabelecidas na legislação arquivística brasileiras.

7. OBRIGAÇÕES DA FSERJ

O cuidado na área da saúde deve ser pautado em princípios de gestão, visando melhor assistência dentro de parâmetros de qualidade estabelecidos pela SES-RJ. A FSERJ deve seguir alguns fundamentos básicos de gestão, que deverão ser aferidos por indicadores e pelo resultado da sua gestão.

a. Visão Sistêmica: ter noção de que a unidade funciona com seus componentes em comunhão de atividades para o alcance de um resultado único, qual seja, a melhor assistência possível ofertada aos usuários. Ademais, a unidade deve ter sua área funcionando em parceria perfeita para que a eficácia e a efetividade sejam sempre os resultados esperados;

b. Gestão por Processos: a melhoria contínua dos processos deve ser perseguida diariamente pela FSERJ, estando alinhada à visão e as estratégias da mesma, e ainda, com foco nas necessidades do usuário. A melhoria contínua objetiva identificação, análise permanente e avaliação da situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando uma situação futura com melhoria contínua dos padrões dos produtos, dos serviços e dos processos, almejando o melhor desempenho dentro das condições existentes;

c. Liderança: o conjunto de liderança, estratégias bem definidas e mecanismos de controle eficazes devem existir para que haja avaliação, direcionamento e monitoramento da própria gestão, possibilitando a correção de rumos e objetivos;

d. Desenvolvimento de Pessoas: visando o desempenho individual e da própria unidade de saúde, a FSERJ deve priorizar o engajamento dos profissionais, com o desenvolvimento de competências e habilidades, além de um programa de Educação Permanente que atenda às necessidades de conhecimento e formação dos profissionais, e consequentemente, melhore a percepção da qualidade assistencial ofertada;

e. Segurança do Paciente: deve ser um objetivo diário e primordial da FSERJ a identificação, a análise, o planejamento e a implementação de melhorias nos processos assistenciais para a redução contínua e permanente dos riscos e danos ao paciente associados à assistência à saúde. O cuidado deve ser centrado no paciente por meio de um tratamento individualizado, integral, planejado seguro e efetivo, mediante tomadas de decisão participativas, respeitando a cultura do paciente e da sociedade em que atua;

f. Melhoria Contínua: processo que objetiva a identificação, análise permanente e avaliação da situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando uma situação futura com melhoria contínua dos padrões dos produtos, dos serviços e dos processos, almejando o melhor desempenho dentro das condições existentes.

g. Ética e transparência: os princípios da Administração Pública estão previstos expressamente na Constituição Federal, sendo responsáveis por organizar sua estrutura e mostrar seus requisitos básicos para a formação de uma administração padronizada, gerando segurança jurídica em toda a sociedade. São Princípios Constitucionais na Administração Pública: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência. Além desses, existem também princípios de suma importância que são a Razoabilidade/Proporcionalidade e a Finalidade. Além desses princípios explícitos na Constituição, existem outros que são

implícitos no texto Constitucional, como o Princípio da Supremacia do Interesse Público, que deve ser considerado na mesma proporção com os outros, pois os princípios gerais de direito existem por força própria, independentemente de figurarem em texto legislativo.

h . Gerenciamento de dados: a empresa de Prontuário Eletrônico contratada deve disponibilizar solução para permitir a migração de dados, importação e exportação, para outros Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde com o controle adequado de verificação de integridade do banco dados e documentação necessária para fins de interoperabilidade ou transição de sistemas no término do contrato.

7.1 Quanto à assistência à saúde

7.1.1 Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (PNH/MS) e orientações da SES-RJ, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos pacientes;

7.1.2 Promover a implantação de Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, desde o início das atividades, de acordo com os seguintes preceitos:

- a. Centrar as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;
- b. Implementar ações de cuidados à saúde baseadas em evidências científicas e nas diretrizes de boas práticas de atenção, segundo os princípios sugeridos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS);
- c. Garantir a realização de atendimento multidisciplinar integral aos pacientes assistidos, com equipe multidisciplinar especializada da FSERJ, conforme estabelecido nas RDC, portarias e outras normas técnicas, de forma ininterrupta durante os horários de atendimento do ambulatório;
- d. Respeitar, de acordo com a Legislação Brasileira, através da norma jurídica oriunda da Lei n.º 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece que: “Art. 2º – Considera-se criança para os efeitos desta lei a pessoa até 12 (doze) anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre 12 (doze) e 18 (dezoito) anos de idade”.

7.2 Quanto ao aspecto institucional

7.2.1 Atender com seus recursos humanos e técnicos os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrarem nas modalidades descritas neste Termo de Referência, sendo vedada a remuneração pelo atendimento ao usuário por qualquer outra fonte de pagamento que não o SUS;

7.2.2 Apoiar e integrar o complexo regulador da SES-RJ;

7.2.3 Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, devendo afixar aviso, em lugar visível, acerca da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

7.2.4 Adotar, nos impressos inerentes ao serviço ou entregues aos pacientes, sinalizações, uniformes, e demais itens, a padronização que será orientada pela assessoria técnica de humanização SES-RJ.

7.2.5 Participar das ações determinadas pela SES-RJ na prestação de serviços de assistência em casos de calamidades, surtos, epidemias e catástrofes. Nestes casos, será possível a repactuação do Contrato de Gestão, visando o equilíbrio econômico-financeiro, se houver necessidade;

7.2.6 Assegurar:

- a) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- b) Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
- c) Respeito à decisão do usuário em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- d) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos usuários;
- e) Garantia do atendimento do usuário no acolhimento apenas por profissional de saúde de nível superior ou médio, para toda e qualquer informação;
- f) Esclarecimento aos pacientes acerca de seus direitos quanto aos serviços oferecidos e funcionamento das unidades de saúde;
- g) A FSERJ não poderá deixar a unidade de saúde desabastecida de qualquer item previsto na grade mínima de material podendo substituir por similar, evitando a desassistência dos pacientes;
- h) Controle de riscos das atividades e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes.

7.3 Quanto ao aspecto operacional

7.3.1 Garantir o funcionamento ininterrupto da unidade de saúde, sobretudo no suporte aos itens descritos neste Termo de Referência, no tocante ao fornecimento de materiais, infraestrutura adequada, mão de obra capacitada e devidamente dimensionada, para:

- a. Manter a estrutura alinhada ao perfil;
- b. Manter os serviços ofertados, promovendo o direito aos usuários;
- c. Dar condições ao cumprimento das obrigações da unidade de saúde;

7.3.2 Garantir que as unidades estejam devidamente cadastradas e atualizadas no banco de dados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme legislação vigente e instituído pela Portaria MS/SAS nº 376, de 03 de outubro de 2000, publicada no Diário Oficial da União de 04 de outubro de 2000. O S CNES deverá ser atualizado mensalmente, até o 5º dia útil do mês. O arquivo deverá ser enviado para a Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA), área técnica da SES/RJ responsável;

7.3.3 A unidade deverá apresentar trimestralmente os Indicadores Quantitativos e Indicadores Qualitativos, dentro dos parâmetros determinados pela SES/RJ;

7.3.4 Realizar o monitoramento permanente da prestação dos serviços, especialmente nos itens necessários à apuração do cumprimento de suas obrigações;

7.3.5 Garantir os itens condicionantes para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames realizados junto ao SCNES, tais como: carga-horária, Código Brasileiro de Ocupações (CBO), equipamentos e demais requisitos necessários;

7.3.6 As despesas das Concessionárias de água/esgoto, energia elétrica e gás natural, ocorrerão por conta da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro;

7.3.7 Requerer autorização prévia à SES/RJ se a unidade de saúde se dispuser a prestar serviço originalmente não previsto no Contrato e seus Anexos ou se desejar executar de modo distinto serviço já previsto, apresentando as razões do seu pleito, com demonstrações das vantagens e garantia do cumprimento do Contrato. A alteração não poderá resultar em padrão inferior de desempenho e modificar substancialmente o objeto do Contrato de Gestão, e obviamente, não poderá prejudicar o usuário;

7.3.8 Dar conhecimento imediato à SES/RJ de todo e qualquer fato que altere de modo relevante o normal desenvolvimento do Contrato, ou que, de algum modo, interrompa a correta prestação do atendimento aos pacientes da unidade;

7.3.9 Informar imediatamente a Assessoria de Comunicação (ASCOM/SES), Diretoria Executiva /FSERJ e a Superintendência de Cuidado das Pessoas com Transtorno do Espectro Autista (SUPCPTEA-SES) e sempre que houver atuação ou solicitação de qualquer natureza através de veículos da imprensa ou utilização de elementos de mídia social (fotografia, filmagem, áudio) nas unidades de saúde. **É vedada** a CONTRATADA a concessão ou realização de entrevistas, informes ou comunicados através de quaisquer meios de comunicação, exceto quando solicitados ou aprovados pela SES/RJ;

7.3.10 Fornecer informações de interesse epidemiológico, quando houver solicitação da SES;

7.3.11 Obedecer às demandas e diretrizes da SES para agendamento, marcação e realização de exames;

7.3.12 Observar os preceitos quanto ao serviço de Ouvidoria, conforme o estabelecido na Resolução SES nº 2.741/2022;

7.3.13 Cumprir os prazos de resposta, conforme estabelecido os artigos 12 e 13 da Resolução SES nº 2.471, de 19 de maio de 2022, de modo a garantir a meta do percentual de resolubilidade conforme diretriz da ouvidoria/FSERJ;

A FSERJ deverá fornecer:

- a. Materiais médicos e de escritório, equipamentos, insumos e instrumentais se necessário;
- b. Uniformes no padrão estabelecido pela SES-RJ;
- c. Controle de acesso com sistemas de câmeras de vigilância;
- d. Serviço de limpeza;
- e. Manutenção predial (alvenaria, pintura, elétrica, hidráulica, esgoto dentre outros) e Conforto Ambiental;
- f. Coleta, transporte e tratamento de resíduos, obedecendo ao **PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**;

7.4 Quanto à gestão de pessoas

7.4.1 Promover a adesão de compromisso de todos os colaboradores com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam os da universalidade, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade;

7.4.2 Utilizar critérios técnicos quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias;

7.4.3 Elaborar ações de valorização do colaborador, agindo em seu desenvolvimento, integração, promoção, remuneração e parceria na execução das atividades;

7.4.4 Definir, implantar e acompanhar Política de Segurança Ocupacional, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável;

7.4.5 Implementar programa de avaliação periódica do desempenho dos colaboradores;

7.4.6 Disponibilizar as escalas de todos os profissionais devendo ser fixadas em local visível ao público, de fácil acesso, preferencialmente próximo às portas de entrada dos mesmos ou recepção, quando for o caso;

7.4.7 Adotar valores compatíveis com os níveis de remuneração praticados no mercado para pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza aos dirigentes e funcionários da unidade de saúde, respeitando o piso salarial de cada categoria

profissional;

7.4.7 Garantir que todos os colaboradores que executem ações ou serviços de saúde na unidade estejam cadastrados no SCNES e no respectivo conselho profissional. Cabe a administração da unidade confrontar as informações do documento apresentado pelo funcionário com aquelas constantes no site do respectivo conselho profissional, a fim de confirmar a veracidade do documento apresentado;

7.4.8 Responsabilizar-se pelos encargos decorrentes da contratação de serviços de terceiros para atividades acessórias e apoio;

7.4.9 Manter adoção de distintas metodologias de biometria, incluindo, mas não se limitando, ao controle por meio de impressão digital, por meio de reconhecimento facial, independentemente do tipo vínculo jurídico em que se baseie o desempenho das atividades. O sistema escolhido deverá estar instalado e em funcionamento em até 30 dias a contar do início do contrato;

7.4.10 Contratar e pagar o pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da unidade de saúde, ficando a FSERJ como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a SES-RJ de quaisquer obrigações, presentes ou futuras;

7.4.11 Compor equipe de faturamento devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação nacionais do DATASUS;

7.4.12 O quantitativo total de profissionais da unidade, incluindo os administrativos, não poderá ser inferior ao quantitativo determinado pelas Portarias Ministeriais e pelos conselhos de classe, respeitando as atividades da unidade de saúde. **Cabendo o dimensionamento executado obedecer ao quantitativo** mínimo de profissionais definido pela SES/RJ nesse Termo de Referência:

Quadro 1 - Dimensionamento Mínimo de RH

Unidade	Sector	Subsector	Cargo	Quantidade Mínima/Escala Semanal	CH Semanal	Escala de Plantão	
CED TEA	Direção	Direção	Diretor Geral	1	40	DIARISTA	
			Diretor Técnico	1	40	DIARISTA	
			Diretor Administrativo	1	40	DIARISTA	
			Assessor de Planejamento	1	40	DIARISTA	
	Assistencial	Apoio Adm	Copeira	1	40	DIARISTA	
			Assistente Adm.	3	40	DIARISTA	
			Auxiliar Adm.	2	40	DIARISTA	
		Serviço Social (consultas)	Assistente Social	4x.sem	7 às 17h	DIARISTA	
		Serviço Social (acolhimento)	Assistente Social	5x.sem	8 às 17h	DIARISTA	
		Fisioterapia	Fisioterapeuta	4x.sem	8 às 17h	DIARISTA	
		Fonoaudiologia	Fonoaudiólogo	5x/sem	8 às 17h	DIARISTA	
		Psicologia	Psicólogo	4x/sem	8 às 17h	DIARISTA	
			Neuropsicólogo	2x/sem	8 às 17h	DIARISTA	
		Nutrição	Nutricionista	4x/sem	8 às 17h	DIARISTA	
		Médico	Terapia Ocupacional	Terapeuta ocupacional	3x/sem	8 às 17h	DIARISTA
			Neuropediatra/Neurologista	Médico Neuropediatra / Neurologista com especialização em ped	4x/sem	8 às 17h	DIARISTA
			Psiquiatra	Médico Psiquiatra	1x/sem	8 às 17h	DIARISTA

7.4.13 A FSERJ adotará o regime jurídico de trabalho previsto na LEI Nº 5.164 de 17 de dezembro de 2007;

7.4.14 É vedada a atuação individual de profissional de saúde, contratado por pessoa jurídica, com cumprimento de carga horária maior que 60 horas por semana;

7.4.15 Todas as contratações da FSERJ com vínculo trabalhista CLT, direta ou indireta, não podem exceder o cumprimento da carga horária semanal de até 40 horas;

7.4.16 Todos os profissionais de enfermagem contratados CLT, direta ou indiretamente pela FSERJ, em regime de plantão deverá ter sua jornada máxima semanal de 30 horas;

7.4.17 Os profissionais contratados pela FSERJ para a prestação dos serviços de saúde deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado, e estar em dia com suas obrigações junto aos respectivos conselhos de classe;

7.4.18 Todos os empregados e terceiros contratados pela FSERJ deverão portar identificação (crachás) e estar devidamente uniformizados quando estiverem no exercício de funções nas dependências da Unidade, após aprovação da SES-RJ quanto ao

desenho e layout;

7.4.19 A seleção de pessoal pela FSERJ deve ser conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, nos termos do regulamento próprio a ser editado por ela.

7.5 Quanto aos bens móveis e imóveis

7.5.1 Administrar, manter e reparar os bens imóveis e móveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do Contrato de Gestão, até sua restituição à SES-RJ;

7.5.2 Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela SES-RJ, inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, caso seja necessário (Preventiva e Corretiva);

7.5.3 Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos da SES-RJ ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas;

7.5.4 Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público;

7.5.5 Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outros previstos na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com materiais e concessionárias;

7.5.6 Providenciar seguro contra incêndio, danos, avarias e responsabilidade civil para o prédio e bens móveis cedidos. A contratação do seguro pela CONTRATADA deverá contemplar a descrição dos bens a serem segurados, as coberturas pretendidas e a garantia contra perda total ou parcial dos bens sinistrados.

7.6 Quanto à Tecnologia de Informação (TI)

7.6.1 Utilizar os sistemas informatizados de gestão, inclusive de pessoal, alimentá-los continuamente com as informações requeridas, sob pena de inviabilizar a apuração da produção;

7.6.2 Assegurar a manutenção dos serviços de informática sem interrupções;

7.6.3 Dispor de sistema de informática com interface amigável com todos os sistemas do SUS.

7.6.4 Implantar hardware e links adequados ao pleno funcionamento do sistema informatizado de gestão, conforme estabelecido pelo MS e SES/RJ

7.6.5 Manter os programas de TI, utilizado na unidade de saúde e padronizado pelo MS e SES/RJ.

7.7 Manual de Gestão de Documentos

7.7.1 Cabe à Fundação Saúde a responsabilidade, a guarda, ao conjunto de medidas e rotinas que tem por objetivo a racionalização e eficiência na produção tramitação, classificação, avaliação, arquivamento, acesso e uso das informações registradas em documentos, conforme definido no **Manual de Gestão de Documentos do Poder Executivo do Estado do Rio de Janeiro e da Tabela de Temporalidade de Documentos, das atividades meio do Estado do Rio de Janeiro**;

7.7.2 Tendo em vista a Lei Estadual nº 5.562, de 20 de outubro de 2009, conhecida também como Lei Estadual de Arquivos e que dispõe sobre a política de arquivos públicos e privados, define em seu artigo 1º que:

É dever dos órgãos e entidades da Administração Pública Estadual a gestão documental e a proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento social, educacional e científico e como elementos de prova e informação do Estado e do cidadão, para a efetividade dos direitos e garantias individuais e coletivos.

7.7.3 O Programa de Gestão de Documentos do Estado do Rio de Janeiro (PGD) foi iniciado com a publicação do Decreto Estadual nº 42.002, em 21 de agosto de 2009, que dispõe sobre avaliação e destinação de documentos produzidos e recebidos pela administração pública;

7.8 Equipamentos cedidos

7.8.1 Equipamentos Médicos identificados na Visita Técnica serão cedidos pela SES/RJ à Fundação Saúde para o uso neste contrato, para a prestação dos serviços, e serão de inteira responsabilidade da Fundação Saúde a sua manutenção e reparo;

7.8.2 Os demais equipamentos considerados necessários para a composição da unidade de saúde serão adquiridos com o repasse de Investimento e deverão estar relacionados na Proposta Técnica da Proponente;

7.8.3 Todos os equipamentos adquiridos com os recursos de investimentos serão incorporados ao patrimônio da SES/RJ.

7.9 Responsabilidade da Fundação Saúde pelos atos de seus empregados e de terceiros por ela contratados.

7.9.1 A Fundação Saúde será responsável exclusiva e diretamente por qualquer tipo de dano causado por seus agentes à SES/RJ ou a terceiros na execução do Contrato de Gestão, não excluída ou reduzida essa responsabilidade pela presença de fiscalização ou pelo acompanhamento da execução por órgão da Administração. A Fundação Saúde também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços;

7.9.2 Os profissionais contratados pela Fundação Saúde para a prestação dos serviços de saúde deverão ter comprovada capacidade técnica, com formação adequada ao serviço desempenhado, e estar em dia com suas obrigações junto aos conselhos de classe;

7.9.3 Os profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços de atenção à saúde deverão estar registrados nos respectivos conselhos profissionais e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde;

7.9.4 Para aquisição de bens e serviços, a FSERJ submeter-se-á às disposições da Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021).

7.9.5 Na hipótese de subcontratação, os contratos entre a Fundação Saúde e os subcontratados deverão prever cláusula de possibilidade de sub-rogação à SES/RJ, visando à continuidade da prestação adequada dos serviços;

7.9.6 A SES/RJ poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para a execução dos serviços do Contrato de Gestão, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e financeira;

7.9.7 O conhecimento da SES/RJ acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a Fundação Saúde do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes da prestação de contas e de informações referentes à execução do Contrato de Gestão;

7.9.8 A Fundação Saúde é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato, não podendo ser imputada qualquer responsabilidade à SES/RJ;

7.9.9 A Fundação Saúde deverá dispor de mecanismos para pronta substituição de seus profissionais em caso de faltas, licenças, férias e demissões de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados à população;

7.9.10 Responsabilizar-se administrativa, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais, subordinados à Fundação Saúde, no desenvolvimento de suas atividades.

7.10 Quanto a outras atribuições

7.10.1 Implantar ações vinculadas do Plano Estadual de Saúde (PES) e Programação Anual de Saúde (PAS) da SES-RJ;

7.10.2 Analisar/acompanhar os dados das unidades de saúde, processos de trabalho, fluxo e indicadores destinados ao desenvolvimento institucional;

7.10.3 Apoiar a elaboração de manuais, organização, políticas, padronização e procedimentos necessários à implementação das políticas públicas;

7.10.4 Implantar espaços técnicos de saúde que garantam participação dos atores envolvidos na produção de saúde (Gestor, Colaborador e Usuário);

7.10.5 Garantir interlocução do seu trabalho com as áreas técnicas da SES-RJ por meio de reuniões periódicas;

7.10.6 Acompanhar procedimentos em andamento, visando sempre manter a qualidade, agilidade e assertividade dos processos de trabalho;

7.10.7 Acompanhar o cumprimento do Termo de Referência contratual da unidade no caráter de desenvolvedor e não fiscalizatório;

7.10.8 Acompanhar ativamente as ações desenvolvidas pelas unidades no âmbito da assistência humanizada e digna ao usuário e seus familiares;

7.10.9 Promover o desenvolvimento profissional por meio de programas de educação permanente;

7.10.10 Acompanhar ativamente as ações desenvolvidas pelas unidades visando o bem-estar da força de trabalho;

7.10.11 Desenvolver e implantar programas de capacitação de protocolos assistenciais e de ações que visem a melhoria dos processos de trabalho;

7.10.12 Promover a política de qualidade apoiada em programas de excelência em gestão, reconhecimento público, certificação e acreditação;

7.10.13 Implantar Pesquisa de Satisfação contínua que atenda todos os perfis de usuários seguindo as diretrizes estabelecidas pela SES;

7.10.14 Agir como interlocutor nas ações desenvolvidas na unidade de saúde, articulando a comunicação com a SES-RJ, levando em consideração as particularidades de cada instituição e o fortalecimento do sujeito e coletivos no processo de construção de melhores práticas;

7.10.15 Conforme determina o OFÍCIO CIRCULAR SES/SUPACG SEI Nº22 (18035003) de 10 de junho de 2021, faz-se necessário a inserção dos dados referentes aos custos incorridos nas competências mensais no sistema informatizado APURASUS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde até o dia 20 de cada mês subsequente. Contudo, até a data da elaboração deste Termo de Referência, não havia metodologia no sistema APURASUS que atendesse este tipo de unidade.

7.10.16 Desta forma, a unidade fica dispensada da inserção de dados na plataforma APURASUS, até que seja disponibilizada metodologia por parte do Ministério da Saúde.

8. INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1 Indicadores Quantitativos

A Avaliação da produção das metas será realizada trimestralmente com base no estabelecido a seguir:

Tabela 01 – Produção Assistencial de Saúde

ATIVIDADES AMBULATORIAIS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3
Atendimentos Realizados	60	150	400

Em relação às Atividades Ambulatoriais o **registro deve seguir** os seguintes códigos de procedimentos dos sistemas de informação oficiais adotados pela SES:

- 0301010048 - Consultas de Profissionais de Nível Superior na Atenção Especializada (Exceto Médico);
- 0301010072 - Consulta Médica em Atenção Especializada;

8.2 Indicadores Qualitativos

O **acompanhamento** dos indicadores de qualidade será realizado conforme demonstrado abaixo. Os Indicadores de qualidade serão acompanhados trimestralmente, e observados o comparativo entre as metas e os resultados obtidos conforme a Tabela 02:

Tabela 2 - Indicadores de Qualidade

Nº	INDICADOR	REFERENCIAL	FÓRMULA DE CÁLCULO	FONTE DE COLETA DE DADOS	META
01	Índice de satisfação dos usuários com a unidade de saúde	ID-PPSC-1 - Padrão Pesquisa de Satisfação Contínua; Plataforma de Monitoramento	Soma do quantitativo de pesquisas de usuários satisfeitos em uma avaliação geral com a unidade / Total de respostas realizadas no período analisado x 100	Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde	≥ 80%
02	Resolubilidade da Ouvidoria	https://www.saude.rj.gov.br/ouvidoria/para-ouvidores/2022/05/resolucao-ses-n-2741-de-19-de-maio-de-2022 https://www.saude.rj.gov.br/ouvidoria/para-ouvidores	(Soma de manifestações resolvidas/÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas) X 100	Sistema de Ouvidoria do Estado.	≥ 90%
03	Plano de Educação Permanente	https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466 Portaria 1.600 de 2011, MS	(Soma do Número de atividades realizadas/soma do número de atividades programadas no mês) X 100	Plano de Educação Permanente em Saúde da Unidade	≥ 80 %

8.2.1 A critério da SES/RJ, os indicadores e as metas estabelecidas para cada indicador de qualidade poderão ser revistos a cada trimestre, ou sempre que exigir o interesse público, de forma a melhor refletir o desempenho desejado para a unidade.

8.2.2 O critério da SES/RJ, outros indicadores poderão ser substituídos ou introduzidos no Contrato de Gestão.

ANEXO I

Prover, quando ausentes, ou manter, quando existentes, todos os dispositivos preventivos fixos e móveis, bem como todas as demais medidas de segurança contra incêndio e pânico previstas no Decreto Estadual nº 42 de 17 de dezembro de 2018, na tabela 19 do anexo, e as Notas Técnicas CBMERJ e ABNT NBR correspondentes a cada sistema, na forma que segue:

- a) Aparelhos extintores de incêndio em quantidades, localização e tipos conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-01, bem como efetuar suas respectivas recargas, retestes ou manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer aparelhos extintores substitutos;
 - b) Caixas de incêndio compostas de, no mínimo, 02 (dois) lances de mangueiras do tipo 2, esguicho regulável, chaves de mangueiras e demais elementos, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-02, bem como efetuar seus respectivos retestes ou manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;
 - c) Casa de máquinas de incêndio compostas de, no mínimo, 02 (duas) bombas pressurizadoras, devidamente dimensionada conforme demanda da edificação, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-04, bem como efetuar suas respectivas manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;
 - d) Chuveiros automáticos do tipo sprinklers, quando existentes ou quando previstos, devidamente dimensionados conforme demanda da edificação, tudo conforme o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-03 e ABNT NBR 10897:2020, bem como efetuar suas respectivas manutenções no período máximo de 12 (doze) meses ou sempre que necessário, sem que haja prejuízo do seu quantitativo até mesmo na ocasião dos serviços, devendo a empresa contratada fornecer equipamentos substitutos;
 - e) Sistemas de sinalização de segurança contra incêndio e pânico dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-05 e ABNT NBR nº 16820:2023, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos previstos em norma ou sempre que necessário;
 - f) Sistemas de iluminação de emergência do tipo com baterias recarregáveis dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-06 e ABNT NBR nº 10898:2023, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos previstos em norma ou sempre que necessário. Além disso, observar que a existência de geradores não isenta a exigência deste sistema de iluminação, exceto nos termos do item 6.3 ou 6.4 da citada NBR, tendo o gestor a possibilidade de optar pelos sistemas nestes termos citados;
 - g) Sistemas de detecção e alarme de incêndio dimensionados de acordo com o que preconiza a Nota Técnica CBMERJ nº 2-07 e ABNT NBR nº 17240:2010, bem como efetuar suas respectivas manutenções ou trocas nos períodos máximos de 12 (doze) meses ou sempre que necessário;
 - h) Saídas de emergência devem estar dimensionadas ou adequadas ao máximo conforme o preconizado na Nota Técnica CBMERJ nº 2-08 ABNT NBR 9077:2001;
 - i) Plano de emergência da edificação elaborado por profissional responsável nos termos da Nota Técnica CBMERJ nº 2-10 e ABNT NBR 15219:2020;
 - j) Sistema de proteção contra descargas atmosféricas devidamente dimensionado e mantido conforme preconizado na Nota Técnica CBMERJ nº 2-12 e ABNT NBR 5419:2015;
 - k) Hidrante urbano dimensionado conforme Nota Técnica CBMERJ nº 2-15. Em caso de não existência, providenciar protocolo de instalação junto à companhia de águas local;
 - l) Cozinhas deverão atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-01 e ABNT NBR correspondente;
 - m) Centrais de gás ou abastecimento de gás natural devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-02 e ABNT NBR correspondente;
 - n) Moto geradores da edificação devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-03 e ABNT NBR correspondente, devendo possuir, se for o caso, líquido gerador de espuma e demais acessórios pertinentes a serem dimensionados conforme características existentes;
 - o) Subestações elétricas devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-04 e ABNT NBR correspondente;
 - p) Caldeiras e vasos de pressão devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-05 e ABNT NBR correspondente;
 - q) Armazenagem de líquidos inflamáveis e combustíveis devem atender o previsto na Nota Técnica CBMERJ nº 3-06 e ABNT NBR correspondente;
- Promover todos os meios necessários para efetuar a legalização da edificação junto ao CBMERJ, exceto quando houver processo em curso por meio da SES/RJ para esta finalidade;
 - Dotar a edificação de Brigadas de Incêndio/ Bombeiro Profissional Civil e promover treinamentos, no mínimo anuais, visando a formação de brigada voluntária de incêndio composta de no mínimo 10% da população da edificação, tudo conforme Nota Técnica CBMERJ nº 2-11, exceto quando houver processo em curso por meio da SES/RJ para esta finalidade;
 - Caso haja dificuldades para cumprimento, em tempo hábil, das medidas elencadas acima, poderá ser estabelecido um cronograma a ser proposto pelo gestor da unidade de saúde, a ser validado pelo setor competente da SES/RJ;

- Promover uma interlocução com a Superintendência de Serviços Gerais e Infraestrutura da SES/RJ, ou setor correspondente, com a finalidade de resolução de dúvidas e/ou problemas relacionados à temática de segurança contra incêndio e pânico.

Rio de Janeiro, 08 maio de 2024



Documento assinado eletronicamente por **Caio Antonio Mello Souza, Subsecretário**, em 13/05/2024, às 16:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **74175814** e o código CRC **EEE5E334**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 74175814

Rua Barão de Itapagipe, nº 225, 6º andar - Bairro Rio Comprido, @cidade_unidade@/, CEP 20261-005
Telefone: 3385-9094 - www.saude.rj.gov.br



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Atenção à Saúde

À Subsecretaria Geral (SES/SUBGERAL),
c/c à Subsecretaria de Auditoria e Controle (SES/SUBAC),

Trata-se de proposta de décimo segundo termo aditivo ao contrato de gestão nº 002/2021, firmado entre a SES e a Fundação Saúde, com vistas à inclusão do Complexo Estadual de Saúde da Penha – UPA 24H Penha e Hospital Estadual Getúlio Vargas; dos serviços concernentes ao Centro Estadual de Diagnóstico para o Transtorno do Espectro Autista (CEDTEA) do Rio de Janeiro; e das adequações necessárias.

Dos Termos de Referência elaborados e apresentados pela Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares:

- **Termo de Referência de Material/Serviço - CEDTEA** (74175814) - SEI-080001/019401/2023;
- **Termo de Referência de Material/Serviço - CPX PENHA_HEGV_UPA24H** (74178646) - SEI-080001/029207/2023.

Das alterações nos Termos de Referência do Contrato de Gestão nº 002/2021, sugeridas pela Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares após solicitações nos respectivos processos:

- **HTO Dona Lindu**

Sugestão exarada nos autos do processo SEI-080001/023442/2023 para retificação da meta referente ao exame de Raio-X no Termo de Referência do HTO Dona Lindu, a saber:

Onde se lê:

7. INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 Indicadores Quantitativos

Tabela 02 – Produção Assistencial de Saúde

Meta Assistencial	Meta
Número de procedimentos cirúrgicos	550
Número de consultas médicas ambulatoriais	2.600
Ecocardiografia com Doppler colorido/vascular	400
Ultrassonografia geral (sem doppler)	700
Tomografia com e sem contraste	500
Raio-x	4.500
Total	9.250

Leia-se:

7. INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

7.1 Indicadores Quantitativos

Tabela 02 – Produção Assistencial de Saúde

Meta Assistencial	Meta
Número de procedimentos cirúrgicos	550
Número de consultas médicas ambulatoriais	2.600
Ecocardiografia com Doppler colorido/vascular	400
Ultrassonografia geral (sem doppler)	700
Tomografia com e sem contraste	500
Raio-x	2.500
Total	7.250

- **Central Estadual de Transplantes**

Do mesmo modo, segue a sugestão exarada no SEI-080007/002638/2022 para a inclusão no Termo de Referência de Material/Serviço 13280560 de referências disponibilizados pela CET junto aos indicadores e o aumento do percentual de atingimento dessas metas que, após análise da SUPUPPH, no que tange os Indicadores de Desempenho Contratuais, constantes no anexo IX- Termo de Referência para a gestão da Central Estadual de Transplantes (**Índice de Exames de Diagnóstico de Morte Encefálica, Taxa de Efetivação de Doação e Taxa de Negativa Familiar**), a mesma não identificou impeditivo para que sejam adotadas as metas informadas, considerando a melhoria na qualidade do serviço prestado; a saber:

Onde se lê:

4. INDICADORES DE DESEMPENHO

4.1 A avaliação quanto ao alcance de metas qualitativas na unidade será feita mensalmente, com base nos seguintes indicadores de desempenho - Indicadores de Desempenho da Unidade.

Indicador	Fórmula	Referência Bibliográfica	Meta
		BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 18 nov. 2021.	

Índice de Exames de Diagnóstico de Morte Encefálica	(Somatório de exames realizados no período / somatório de exames solicitados no período) x 100	<p>FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. <i>Jornal Brasileiro de Nefrologia</i>, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcned/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>Série histórica da média anual de exames de diagnóstico de morte encefálica realizados, reavaliada e repactuada anualmente.</p>	≥ 90%
Taxa de Efetivação de Doação	(Somatório dos casos de morte encefálica que resultaram em doação no período / nº de casos elegíveis de morte encefálica acompanhados no período) x 100	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. <i>Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes</i>. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. <i>Jornal Brasileiro de Nefrologia</i>, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcned/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>Série histórica da média anual da taxa de efetivação de doação de órgãos e tecidos para transplante, reavaliada e repactuada anualmente.</p>	≥ 30%
Taxa de parada cardíaca	Nº de Paradas Cardíacas não revertidas / nº de casos elegíveis de morte encefálica acompanhados		≤ 25%
Taxa de Negativa Familiar	(Somatório de doações recusadas pela família no período / nº de famílias entrevistadas no período) x 100	<p>BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. <i>Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes</i>. Disponível em: <https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. <i>Jornal Brasileiro de Nefrologia</i>, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcned/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. <i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97>. Acesso em: 18 nov.2021.</p> <p>Série histórica da média anual de doações recusadas pela família, reavaliada e repactuada anualmente.</p>	≤ 40%

Leia-se:

4. INDICADORES DE DESEMPENHO

4.1 A avaliação quanto ao alcance de metas qualitativas na unidade será feita mensalmente, com base nos seguintes indicadores de desempenho - Indicadores de Desempenho da Unidade.

Indicador	Fórmula	Referência Bibliográfica	Meta Final
-----------	---------	--------------------------	------------

Índice de Exames de Diagnóstico de Morte Encefálica	(Somatório de exames realizados no período / somatório de exames solicitados no período) x 100	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html >. Acesso em: 18 nov.2021. FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/jbn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcncd/?format=pdf&lang=pt >. Acesso em: 18 nov.2021. SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97 >. Acesso em: 18 nov.2021. Série histórica da média anual de exames de diagnóstico de morte encefálica realizados, reavaliada e repactuada anualmente.	≥ 90%
Taxa de Efetivação de Doação	(Somatório dos casos de morte encefálica que resultaram em doação no período / nº de casos elegíveis de morte encefálica acompanhados no período) x 100	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html >. Acesso em: 18 nov.2021. FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/jbn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcncd/?format=pdf&lang=pt >. Acesso em: 18 nov.2021. SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97 >. Acesso em: 18 nov.2021. Série histórica da média anual da taxa de efetivação de doação de órgãos e tecidos para transplante, reavaliada e repactuada anualmente.	≥ 35%
Taxa de Negativa Familiar	(Somatório de doações recusadas pela família no período / nº de famílias entrevistadas no período) x 100	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html >. Acesso em: 18 nov.2021. FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/jbn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcncd/?format=pdf&lang=pt >. Acesso em: 18 nov.2021. SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97 >. Acesso em: 18 nov.2021. Série histórica da média anual de doações recusadas pela família, reavaliada e repactuada anualmente.	≤ 30%
Taxa de Entrevistas de Morte Encefálica (ME) Realizadas por Profissionais Capacitados pelo PET (CNCDO, OPO e CIHDOTT)	(Nº de entrevistas de ME realizadas por profissionais capacitados pelo PET / Nº de entrevistas de ME realizadas no período) x 100	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html >. Acesso em: 18 nov.2021. FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/jbn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcncd/?format=pdf&lang=pt >. Acesso em: 18 nov.2021. SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: < https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97 >. Acesso em: 18 nov.2021. Série histórica da média anual de entrevistas de ME realizadas por profissionais capacitados pelo PET, reavaliada e repactuada anualmente.	≥ 90%
Taxa de parada cardíaca	Nº de Paradas Cardíacas não revertidas / nº de casos elegíveis de morte encefálica acompanhados	https://www.scielo.br/j/rbti/a/KKCjCB9q9WHtDn5y6x9DkTB/?format=pdf&lang=pt (Universidade do Sul de Santa Catarina, Campus Pedra Branca (SC), Brasil.)	≤ 25%

Intervalo entre a Notificação e a Captação do Órgão/Tecido	Soma do intervalo registrado em todas as ocorrências / Número de captações	BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html . Acesso em: 18 nov.2021. FERRAZ, A. S.; SANTOS, L. G. M.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J.; KNIHS, N. S.; ERBS, J. L. Revisão integrativa: indicadores de resultado processo de doação de órgãos e transplantes. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 35, n. 3, p. 220-228, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbn/a/mZcYRMhB7PbCPC6kvqWcned/?format=pdf&lang=pt . Acesso em: 18 nov.2021. SIQUEIRA, M. M.; ARAUJO, C. A.; ROZA, B. A.; SCHIRMER, J. Indicadores de eficiência no processo de doação e transplante de órgãos: revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 40, n. 2, p. 90-97, 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v40n2/90-97 . Acesso em: 18 nov.2021.	≤ 24h
--	--	---	-------

• **Hospital Estadual da Mãe, Hospital da Mulher, Hospital Estadual Azevedo Lima**

Quanto a revisão dos indicadores e metas estabelecidos nos Termos de Referência das maternidades sob gestão plena da FSERJ- Hospital Estadual da Mãe, Hospital da Mulher, Hospital Estadual Azevedo Lima, conforme SEI-080007/016891/2023 a SUPUPPH destacou:

Conforme exposto pela SES/COOMI no despacho (70325253), referente aos **indicadores qualitativos de desempenho da unidade hospitalar**, as metas deverão seguir o proposto pela Coordenação Materna Infantil.

Sendo assim, sugere-se a adequação dos indicadores vinculados ao Hospital Estadual da Mãe, Hospital da Mulher e Hospital Estadual Azevedo Lima, conforme descrito abaixo:

Leia-se:

	Indicador	Fórmula de Cálculo	Referencia Bibliográfica	Meta
1	Taxa de Ocupação Operacional de Leito Enfermaria (obstetrícia)	Nº de pacientes-dia na enfermaria em enfermaria no período / Nº de leitos-dia operacionais de enfermarias no período x 100	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_1_publicacao_ANS.pdf 3- Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/unipius/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	≥ 85%
2	Tempo Médio de Permanência em Leito de Enfermaria (obstetrícia)	Nº de pacientes-dia no período com internação em maternidade / Nº de saídas de pacientes da internação em maternidade no período	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_1_publicacao_ANS.pdf 3- Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/unipius/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	≤ 3 dias
3	Taxa de Ocupação Operacional de Leito de UTI Neonatal	Nº de pacientes-dia com internação em UTI Neonatal / Nº de leitos-dia operacionais de UTI Neonatal x 100	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_1_publicacao_ANS.pdf 3- Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/unipius/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	≥ 85%
4	Tempo Médio de Permanência em Leito de UTI Neonatal	Nº de pacientes-dia com internação em UTI neonatal no período / Nº de Saídas de pacientes da UTI-neonatal no período	1- https://cdn.publisher.gn1.link/remo.org.br/pdf/aop_e1427.pdf	≤ 35 dias
5	Taxa de Mortalidade Materna Hospitalar	Nº de óbitos Maternos no período / Nº de nascidos Vivos no período	https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/estado/plano-estadual-de-saude	0

6	Taxa de mortalidade neonatal RN maiores 2500 g (peso de nascimento)	Nº de óbitos de recém-nascidos com peso ao nascer ≥ 2500 g / Nº de saídas de recém-nascidos com peso ao nascer ≥ 2500 g	https://dashboard.epimedmonitor.com/AppManager/NICUIndicators.aspx (Plataforma Epimed Solutions)	4%
7	Taxa de mortalidade neonatal RN entre 1500-2500g g (peso de nascimento)	Nº de óbitos de recém-nascidos com peso ao nascer ≥ 1500 g e < 2500 g / Nº de saídas de recém-nascidos com peso ao nascer ≥ 1500 g e < 2500 g x 100	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Indicadores ANS/MS - https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ef-05.pdf	$\leq 18\%$
8	Taxa de mortalidade neonatal RN < 1500g g (peso de nascimento)	Nº de óbitos de recém-nascidos com peso ao nascer < 1500 g / Nº de saídas de recém-nascidos com peso ao nascer < 1500 g x 100	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Indicadores ANS/MS em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-ef-04.pdf	$\leq 26\%$
9	Taxa de parto cesárea em primíparas.	Nº de partos cesáreos realizados em primíparas no período / Total de partos realizados em primíparas no período x 100	1- Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013 Art. 13.	$\leq 40\%$
10	Incidência de Infecção de Corrente Sanguínea Associada a CVC na UTI Neonatal	Nº de casos novos de IPCSL na UTI Neonatal no período / Número de CVCs-dia na UTI Neonatal x 1000	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_1_publicacao_ANS.pdf 3- Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/unipius/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	$\leq 11,6$ para cada 1.000
11	Incidência de Infecção da Corrente Sanguínea Associada ao CVC na UTI Adulto (materna)	Nº de casos novos de IPCSL na UTI Adulto no período / Número de CVCs-dia na UTI Adulto (materna) x 1000	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_1_publicacao_ANS.pdf	$\leq 4,5$ para cada 1.000.
12	Tempo de espera de pacientes OBSTÉTRICAS classificados na cor VERMELHA conforme protocolo SES	Soma do tempo em minutos entre o término da classificação de risco e o início do atendimento médico de pacientes OBSTÉTRICOS classificados na cor VERMELHA / Soma de atendimentos médicos de pacientes OBSTÉTRICOS classificados na cor VERMELHA	1- Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria em; https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetria_2017.pdf	Atendimento imediato

13	Tempo de espera de pacientes OBSTÉTRICAS classificados na cor LARANJA conforme protocolo SES	Soma do tempo em minutos entre o término da classificação de risco e o início do atendimento médico de pacientes OBSTÉTRICOS classificados na cor LARANJA / Soma de atendimentos médicos de pacientes AOBSTÉTRICOS classificados na cor LARANJA	1- Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetria_2017.pdf	<15 minutos
14	Tempo de espera de pacientes OBSTÉTRICAS classificados na cor AMARELA conforme protocolo SES	Soma do tempo em minutos entre o término da classificação de risco e o início do atendimento médico de pacientes OBSTÉTRICOS classificados na cor AMARELO / Soma de atendimentos médicos de pacientes OBSTÉTRICOS classificados na cor AMARELO	1- Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetria_2017.pdf	< 60 minutos
15	Tempo de espera de pacientes OBSTÉTRICAS classificados na cor VERDE conforme protocolo SES	Soma do tempo em minutos entre o término da classificação de risco e o início do atendimento médico de pacientes OBSTÉTRICOS classificados na cor VERDE / Soma de atendimentos médicos de pacientes OBSTÉTRICOS classificados na cor VERDE	1- Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetria em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetria_2017.pdf	≤120 minutos
16	Taxa de Prevenção da Transmissão Vertical HIV	Nº de gestantes em trabalho de parto admitidas na maternidade que realizaram TR ou exame laboratorial para HIV / Nº de gestantes admitidas na maternidade em trabalho de parto X 100	1- https://www.sau.de.rj.gov.br/planejamento-em-sau.de/estado/plano-estadual-de-sau.de 2- Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De Hiv, Sífilis E Hepatites Virais, Ministério Da Saúde (2019)	≥ 80%
17	Taxa de Prevenção da Transmissão Vertical HEPATITE B	Nº de gestantes em trabalho de parto admitidas na maternidade que realizaram TR ou exame laboratorial para HEPATITE B / Nº de gestantes admitidas na maternidade em trabalho de parto X 100	1- https://www.sau.de.rj.gov.br/planejamento-em-sau.de/estado/plano-estadual-de-sau.de 2- Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De Hiv, Sífilis E Hepatites Virais, Ministério Da Saúde (2019)	≥ 80%

18	Taxa de episiotomia	Nº de partos normais com episiotomia realizados no período / Nº de partos normais realizados no período x 100	1 - Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal - MS/2017 em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf	≤ 15 %
19	Taxa de Incidência de Lesão por Pressão	Nº de casos novos de pacientes com LPP no período / Nº de pacientes internados no período x 100.	1- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2- Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar – MS em: https://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/1_Indicadores_Gerais_-_Versao_1_publicacao_ANS.pdf 3- Manual de Ficha Técnica de Indicadores – Programa de Avaliação dos Prestadores de Serviço de Saúde em https://unidas.org.br/restrito/download/unipius/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf	≤ 5%
20	Educação Permanente	Número de Treinamentos realizados	1- Portaria 1.600 de 2011, MS 2- https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466 3- https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTI3MTA%2C	≥ 80 %
21	Resolubilidade da Ouvidoria	Soma de manifestações resolvidas / Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100	Resolução SES nº 2741/2022	≥ 90%
22	Índice de satisfação dos usuários com a unidade de saúde	Soma do quantitativo de pesquisas de usuários satisfeitos em uma avaliação geral com a unidade / Total de respostas realizadas no período analisado x 100	1- ID-PPSC-1 – Padrão 2- Pesquisa de Satisfação Contínua - Plataforma de Monitoramento	≥ 80%
23	Saídas Obstétricas	Somatório de altas de leitos obstétricos no período	Relatório de produtividade de cada unidade	Definida em TR individual de cada unidade

Quanto aos indicadores quantitativos, a SES/SUPREGU sugeriu que os exames de biópsia guiada por mamografia e mamografia não sejam os melhores procedimentos para o cálculo da meta, considerando a instalação do RIO IMAGEM BAIXADA. Desta forma, sugere-se a subtração do indicador como contratual e deverá ser acompanhado como assistencial (...). Portanto, sugere-se:

Onde se lê:

12. INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1 Indicadores Quantitativos

Tabela 02 – Procedimentos Cirúrgicos

ATIVIDADE	META MENSAL
Saídas Hospitalares Obstétricas	400
Saídas Hospitalares Ginecológicas	80

Tabela 03 – Produção Atividade Ambulatorial

ATIVIDADE	META MENSAL
Consultas Eletivas	4000

Tabela 04 – Produção SADT

ATIVIDADE	META MENSAL

Ultrassonografia/Ecocardiograma	2.200
Videohisteroscopia	120
Proc. Diagnósticos guiados por US	150
Mamografia	1.600
Biopsia guiada por mamografia	120

Leia-se:

12. INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

12.1 Indicadores Quantitativos

Tabela 02 – Procedimentos Cirúrgicos

ATIVIDADE	META MENSAL
Saídas Hospitalares Obstétricas	400
Saídas Hospitalares Ginecológicas	80

Tabela 03 – Produção Atividade Ambulatorial

ATIVIDADE	META MENSAL
Consultas Eletivas	4000

Tabela 04 – Produção SADT

ATIVIDADE	META MENSAL
Ultrassonografia/Ecocardiograma	2.200
Videohisteroscopia	120
Proc. Diagnósticos guiados por US.	150

Desta forma, segue o presente, em prosseguimento, para ciência e providências necessárias.

Leia-se em cópia a Subsecretaria de Auditoria e Controle para ciência dos atos praticados.

Atenciosamente,

CAIO ANTONIO MELLO SOUZA
Subsecretário de Atenção à Saúde
ID Funcional nº 5086482-3

@cidade_unidade@, 08 de maio de 2024



Documento assinado eletronicamente por **Caio Antonio Mello Souza**, Subsecretário, em 09/05/2024, às 16:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **74178883** e o código CRC **DEEB70E5**.



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde

Subsecretaria de Atenção à Saúde

À Subsecretaria Geral (SES/SUBGERAL),
c/c À Diretoria Executiva (FS/DIREX),

Trata-se da Correspondência Interna - NA 5 (56044550), acerca do Termo de Referência do CEDI Baixada, por meio da qual a Diretoria de Planejamento da Fundação Saúde informa que *o indicador de resultado positivo de pesquisa de satisfação com a unidade de saúde que entendemos ser o equivalente do indicador de índice de satisfação do usuário com a unidade saúde, foi redigido com fórmula diferente do padronizado para as outras unidades.*

Neste sentido, esta Subsecretaria solicitou avaliação quanto à pertinência de adequação do indicador em comento à Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares.

Em atenção ao solicitado, a Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutica, setor técnico adstrito àquela Superintendência, sugeriu a atualização do indicador por meio do despacho 57138894, nos seguintes termos:

Onde se lê:

13.2. INDICADORES DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

5	Resultado Positivo de Pesquisa de Satisfação	(Soma do resultado de pesquisa de satisfação realizada com usuários classificados como PROMOTOR -Soma do resultado de pesquisa de satisfação realizada com usuários classificados como DETRATORES)/ Soma de respostas de pesquisa de satisfação realizadas	A metodologia deverá ser aplicada por via eletrônica para todo usuário atendido, de forma individualizada, que fornecer meio de contato. A mostragem mínima para calcular o indicador deve ser de 5% dos atendimentos realizados no período. O não alcance da amostragem mínima deverá zeraar o resultado de indicador.	Relatório da unidade /	\geq 80%
---	--	--	---	------------------------	---------------

Leia-se:

13.2. INDICADORES DE PRODUÇÃO E DESEMPENHO

5	Resultado Positivo de Pesquisa de Satisfação	(Soma do quantitativo de pesquisis de usuários satisfeitos em uma avaliação geral com a unidade / Total de respostas realizadas no período analisado) x 100%	ID-PPSC-1- Padrão Pesquisa de Satisfação Contínua; Plataforma de monitoramento	Relatório da unidade/ Plataforma de monitoramento	\geq 70%
---	--	--	--	---	---------------

Desta forma, segue o presente para ciência e avaliação quanto à pertinência de alteração do Termo de Referência do CEDI Baixada de acordo com o sugerido pela COOADT.

Leia-se em cópia a Diretoria Executiva da Fundação Saúde para ciência.

Atenciosamente,

Fernanda Moraes Daniel Fialho Rodrigues
Subsecretária de Atenção à Saúde
ID 3137524-3

Rio de Janeiro, 11 de agosto de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Moraes Daniel Fialho, Subsecretária**, em 15/08/2023, às 12:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 28º e 29º do [Decreto nº 48.209, de 19 de setembro de 2022](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=6, informando o código verificador **57495202** e o código CRC **A50BF75B**.

Referência: Processo nº SEI-080007/013332/2023

SEI nº 57495202

R. México, 128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142
Telefone: - www.saude.rj.gov.br