



Governo do Estado do Rio de Janeiro

Secretaria de Estado de Saúde

Gabinete do Secretário

DÉCIMO 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 HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA VEREADOR MELCHIADES CALAZANS E O HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU, EXCLUIR A UNIDADE PRESTADORA CAPS AD CENTRA RIO E ALTERAR O TERMO DE REFERÊNCIA DAS UPA 24H E OS INDICADORES E METAS DAS UNIDADES DE SAÚDE, NA FORMA 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 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 unidades prestadoras, do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchиаdes Calazans e do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu;

1.2 A exclusão do CAPS AD CENTRA RIO como unidade prestadora;

1.3 A alteração do Termo de Referência das Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24H; e

1.4 A alteração dos indicadores e metas do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras – IETAP.

PARÁGRAFO PRIMEIRO: O valor de custeio a ser acrescido é de **R\$ 20.119.854,00** (vinte milhões cento e dezenove mil e oitocentos e cinquenta e quatro reais).

PARÁGRAFO SEGUNDO: O valor total do Contrato de Gestão nº 002/2021 passa a ser de **R\$ 2.951.101.228,00** (dois bilhões novecentos e cinquenta e um milhões cento e um mil e duzentos e vinte e oito reais).

PARÁGRAFO TERCEIRO: Os Termos de Referência do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans e do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu 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, excluídos os Anexos XX, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI, XLII, XLIII, XLIV, XLV, XLVI, XLVII, L, LI, LII, LIII, LIV, LV, LVI, LVII, LVIII e LIX e incluídos os Anexos LXVIII, LXIX e LXX no item 1.2 da Cláusula Primeira do Contrato de Gestão nº 002/2021:

- Anexo XXX - Termo de Permissão de Uso (69143370);

(...)

- Anexo LXVIII - Termo de Referência do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans ([68268465](#));

- Anexo LXIX - Termo de Referência do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu ([67701088](#));

- Anexo LXX – Termo de Referência das Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24H ([67701657](#))

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\$ 2.800.301.228,00** (dois bilhões oitocentos milhões trezentos e um mil e duzentos e vinte e oito reais) a serem repassados nos prazos indicados no item 6.3;

6.3 – Cronograma de Desembolso:

| PARCELA | VALOR (R\$) |
|----------------|--------------------|
| 1ª PARCELA | R\$ 215.359.120 |
| 2ª PARCELA | R\$ 214.564.992 |
| 3ª PARCELA | R\$ 214.564.992 |
| 4ª PARCELA | R\$ 217.183.206 |
| 5ª PARCELA | R\$ 226.042.410 |
| 6ª PARCELA | R\$ 228.178.813 |
| 7ª PARCELA | R\$ 227.563.979 |
| 8ª PARCELA | R\$ 244.187.054 |
| 9ª PARCELA | R\$ 247.199.784 |
| 10ª PARCELA | R\$ 247.199.784 |
| 11ª PARCELA | R\$ 251.673.953 |

| | |
|----------------------|--------------------------|
| 12ª PARCELA | R\$ 266.583.142 |
| TOTAL CUSTEIO | R\$ 2.800.301.228 |

| | |
|---------------------|---------------------------|
| INVESTIMENTO | R\$ 150.800.000,00 |
|---------------------|---------------------------|

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| TOTAL CG | R\$ 2.951.101.228,00 |
|-----------------|-----------------------------|

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 1.500.100/1.761.122/1.600.225

Dotação Inicial / LOA 2023: R\$ 2.282.044.133,00 + R\$ 150.800.000,00

Dotação Final / LOA 2024: R\$ 518.257.095,00

VALOR TOTAL ESTIMADO EM 12 MESES (custeio + investimento): **R\$ 2.951.101.228,00** (dois bilhões novecentos e cinquenta e um milhões cento e um mil e duzentos e vinte e oito reais).

CLÁUSULA TERCEIRA – DO FUNDAMENTO LEGAL

Este Décimo 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, 26 fevereiro de 2024

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

JOÃO RICARDO DA SILVA PILOTTO

Fundação Saúde



Documento assinado eletronicamente por **João Ricardo da Silva Pilotto, Diretor Executivo**, em 26/02/2024, às 17:48, 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 27/02/2024, às 12:07, 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 **69144124** e o código CRC **FAB68D84**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 69144124

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

TERMO DE REFERÊNCIA DO HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DA BAIXADA FLUMINENSE VEREADOR MELCHIADES CAZALANS

1. OBJETO

É objeto deste Termo de Referência e seus anexos, a contratação da Fundação Estadual de Saúde-RJ, na área de atuação de Hospital Especializado com perfil de alta e média complexidade, regulado, 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 N° 3235 de 10 de Janeiro de 2024 que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans** localizado na Rua Joao de Castro, nº 1250, Bairro: Cabuis, Nilópolis (RJ). CEP: 26540-390.

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 Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchidades Calazans.

A assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada.

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

Considerando a necessidade de implementação de políticas públicas que venham a priorizar a assistência aos casos de ortopedia e traumatologia e a necessidade premente de complementar a oferta de serviços assistenciais de alta e média complexidade, com objetivo de reduzir a demanda reprimida observada, é mandatória e influencia diretamente a ampliação do acesso universal aos serviços assistenciais que devem ser disponibilizados pelo SUS.

Para organizar uma rede que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de ortopedia e traumatologia é necessário olhar e considerar o perfil epidemiológico regional e as carências de oferta dos serviços. Os serviços objetos deste termo de referência vêm atender à demanda assistencial evidenciada no Estado do Rio de Janeiro. Apresenta perfil voltado ao atendimento de média e alta complexidade em ortopedia e traumatologia, além de tratamento de queimados e cuidados intensivos, assim como, enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas e fisioterapeutas com perfil para atendimento a usuários ortopédicos e de cuidados intensivos, técnicos de enfermagem capacitados e outros profissionais da área assistencial que devem atuar com competência e destreza na atenção ao usuário.

A Baixada Fluminense apresenta grande demanda para o perfil do Hospital de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans. Trata-se de uma área com municípios que reúnem características socioculturais em comum e apresentam carências sociais e de segurança pública e margeados pela Via Dutra e BR-040, rodovias de grande volume de trânsito e por consequência, número elevado de acidentes. Destacamos que em 2019 a população da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica), segundo o censo 2015 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 10.450.114 habitantes.

O perfil de Traumatologia e Ortopedia da referida unidade hospitalar também se justifica pelo aumento na internação de pacientes ortopédicos e idosos com fratura de colo de fêmur e a superlotação que o Hospital Geral de Nova Iguaçu, único hospital de porta aberta da região.

Para organizar uma rede que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de ortopedia e traumatologia é necessário olhar e considerar o perfil epidemiológico regional e as carências de ofertas dos serviços. Os serviços objetos deste termo de referência vêm atender à demanda assistencial evidenciada na Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, assim como para usuários referenciados de todo o Estado. Apresenta perfil voltado ao atendimento de média e alta complexidade em ortopedia e traumatologia, além do Centro de Tratamento de Queimados e UTI de Apoio.

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.

No Brasil, o perfil epidemiológico evidencia uma alta morbidade relacionada à violência e acidentes de trânsito. As causas externas (que incluem os acidentes e violências) são responsáveis pela 3ª causa de morte na população geral e a 1ª causa de morte na faixa etária de 1 a 39 anos. No trânsito, o Brasil ocupa o 5º lugar no mundo em mortes provocadas por incidentes relacionados aos acidentes de tráfegos e atropelamentos, atrás apenas da Índia, China, Estados Unidos e Rússia (OPAS, 2009). Associado a isto, observa-se também o envelhecimento populacional brasileiro e suas conseqüentes enfermidades ortopédicas degenerativas (artrose, osteoporose, artrite, etc.), bem como o trauma ortopédico do idoso, evidenciando o impacto desta circunstância no setor de saúde, principalmente no sistema hospitalar. De fato se faz necessária a implementação de políticas públicas que venham a priorizar a assistência à vida do idoso e, neste caso, especificamente na assistência médica aos pacientes ortopédicos degenerativos.

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. Ademais, por prescindir da cobrança de tarifas, o modelo gerencial proposto respeita a obrigação de gratuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, desonerando os usuários de qualquer espécie de pagamento. O modelo gerencial proposto obedece 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 Secretaria de Estado de Saúde/RJ e o contido no Contrato de Gestão, bem como, exerce um papel de alta relevância no atendimento de sua população-alvo, por se tratar de unidade de elevada resolubilidade, e por possuir recursos técnicos atualizados, para complementação de diagnósticos e tratamentos, capaz de atender às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS, especialmente as referentes ao atendimento humanizado e integral à saúde. 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 o HTOBaixada um serviço estadual para atender aos casos específicos deste escopo via referência regulada.

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



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

3. ORGANIZAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans situado na Rua João de Castro 1.250, Cabuís, Nilópolis, Rio de Janeiro, é classificado como hospital de média e alta complexidade, e atende à população de sua região e, eventualmente, de outros municípios, regulados. Atua principalmente no tratamento de média e alta complexidade em traumatologia e ortopedia, especialmente de casos cirúrgicos, que requeiram atenção profissional especializada, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização, terapia e Centro de Tratamento de Queimados - CTQ.

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (nº 5478898), o HTOBaixada estrutura-se com perfil de média e alta complexidade, para demanda de internação através da Central Estadual de Regulação (CER/RJ), referenciados pelas unidades de saúde hospitalares. As vagas da unidade são disponibilizadas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) para a CER, que as ocupará de acordo com o perfil do usuário, e na condição de Serviço Público, está vinculado tecnicamente à SES/RJ, por meio da Subsecretaria de Atenção à Saúde.

A tabela abaixo está demonstrada o histórico de indicadores do HTO Baixada:

Tabela 01 – Histórico de Informações de Saúde do HTO Baixada do ano de 2023.

| Informações HTDOL | Ano: 2023 | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Total |
| Quantidade de Internações | 581 | 445 | 505 | 489 | 519 | 485 | 503 | 506 | 426 | 486 | 4945 |
| Número de óbitos | - | 3 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 2 | 5 | 7 | 38 |
| Taxa de Mortalidade | 0,0 | 0,7 | 1,0 | 1,6 | 1,0 | 0,6 | 1,0 | 0,4 | 1,2 | 1,4 | 0,8 |
| Média de Permanência | 3,5 | 4,5 | 4,6 | 4,6 | 4,5 | 4,7 | 4,6 | 4,5 | 5,1 | 5,3 | 4,6 |

Fonte: SIH TABNET SES RJ, consultado em 02 de janeiro de 2024.

A entrada de pacientes para o Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans se dará exclusivamente por demanda referenciada e regulada por meio da Central de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde/RJ, atendendo às normas e diretrizes vigentes. A referência de usuários para assistência hospitalar poderá ocorrer durante as 24 horas do dia para suporte aos usuários por demanda referenciada e regulados pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ. O Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans oferece atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, referenciados das unidades de saúde pública de todo o Estado do Rio de Janeiro, apresentando condições potencialmente recuperáveis que se beneficiem do tratamento especializado e do perfil oferecido. A assistência à saúde prestada em regime de internação hospitalar sob regulação da

Secretaria de Estado de Saúde /RJ, compreenderá o conjunto de serviços oferecidos ao usuário desde seu acolhimento inicial à sua internação hospitalar, passando pela alta hospitalar até a contrarreferência do usuário para a rede de atenção à saúde, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas. 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 e terapêutico, atendendo às disposições das Portarias do Ministério da Saúde vigentes para o tipo de atenção oferecida, dentro do perfil estabelecido. A Unidade de Terapia Intensiva Adulto do hospital está fisicamente estruturada com perfil de UTI de porte II, para atendimento aos usuários referenciados com agravos de suas condições decorrentes de enfermidades assistidas na unidade.

4. PERFIL DA ASSISTÊNCIA E CONCEITUAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS

O Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchiades Calazans exercerá papel de Centro de Referência e

Excelência destinado ao atendimento de:

a) Ortopedia e traumatologia de emergência e/ou urgência programada de média e alta complexidade, realizando procedimentos operatórios altamente especializados

de trauma, coluna, joelho, mão, ombro, quadril, pés e tornozelos referenciados;

b) Fisioterapia e reabilitação para suporte aos usuários atendidos na instituição;

c) Cuidados intensivos para suporte aos usuários atendidos no perfil da instituição;

d) Tratamento de Grandes queimados, incluindo terapia intensiva.

4.1 Assistência no Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia da Baixada Fluminense Vereador Melchiades Calazans

4.1.1 Capacidade instalada:

Leitos de internação - 84

Leitos de terapia intensiva - 06;

Salas cirúrgicas - 06;

Sala de recuperação pós-anestésica - 01 sala com 03 leitos;

Leitos Centro de Tratamento de Queimados – 09;

Centro de Imagens com Radiologia Geral;

Tomografia Computadorizada;

Sala de Admissão do Paciente: 1 Leito;

Ultrassonografia;

Ecocardiograma;

Consultórios - 06;

Sala de curativo - 01;

Sala de gesso - 01.

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

Medicina Interna

Terapia Intensiva

Cirurgia plástica

Anestesiologia

Ortopedia e Traumatologia

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

4.1.3 A unidade de internação deve prover atenção em:

·Cirurgias traumatológicas;

·Atenção de cuidados intensivos para usuários atendidos no perfil da instituição;

·Medicina interna e especialidades diversas para suporte aos usuários internados;

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

4.2 Assistência Ambulatorial:

4.2.1 A assistência ambulatorial destina-se à realização de acompanhamento dos pacientes em pré e pós-operatório de ortopedia, e agravos que a unidade se capacita a atender:

a) As vagas devem ser ofertadas e reguladas pelo Complexo Estadual de Regulação (CER/RJ);

b) Deve-se ter espaço na agenda para casos excepcionais não marcados, devidamente justificados.

4.2.2 Implantar o Serviço de Manejo em Fratura (FLS - Fracture Liaison Services) para prevenção de fraturas secundárias, com objetivo de reduzir os custos crescentes em saúde relacionados à fratura;

4.2.3 Ofertar tratamento medicamentoso gratuito compatível com as necessidades clínicas do paciente inscrito no Serviço de Manejo em Fratura;

4.2.4 Implantar a Clínica da Dor, através de equipe multidisciplinar, objetivando tratamento da dor crônica, uma vez que dor é um fenômeno multidimensional que promove impactos na qualidade de vida e na capacidade funcional e social, com sérias consequências nas condições físicas, psicológicas e comportamentais;

4.2.5 Apresentar cronograma de implantação dos novos serviços à SES/RJ em até 30 dias após assinatura do contrato;

4.2.6 O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda à sexta-feira, e sábados das 07h às 13 horas, com as seguintes especialidades: Médico Cardiologista, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Endocrinologista, Gastroenterologista, Nefrologista, Neurologista, Ortopedista, Reumatologista e Urologista.

4.3 Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia – SADT

Estes serviços destinam-se a investigação diagnóstica e ações terapêuticas em usuários internados no hospital o qual deve estar disponível 24 horas por dia e 07 dias por semana.

Os serviços disponíveis no HTODL são:

- a) Radiologia Convencional digital simples e contrastada;
- b) Raio-x do Tipo Arco em C (intensificador de imagem)
- c) Tomografia computadorizada;
- d) Ultrassonografia geral e específica, com *Doppler colorido*;
- e) Ecocardiograma transtorácico uni e bidimensional e estudo vascular periférico com *Doppler colorido*;
- f) Eletrocardiograma;
- g) Exames laboratoriais de análises clínicas;
- h) Exames de anatomia patológica;

Os serviços de Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia e Ecocardiograma contam com profissionais especializados com proficiência para a realização dos exames de diagnóstico por imagem compatíveis com os equipamentos existentes na unidade hospitalar e constantes nas tabelas SIA/SUS e Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2011. Os exames sob sedação deverão ser realizados por profissional médico habilitado.

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.

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

O HTOBaixada manterá agenda externa regulada pela Central Estadual de Regulação dos seguintes exames: Radiologia convencional simples e contrastada; Tomografia Computadorizada com e sem contraste, com sedação e angiotomografia; Ultrassonografia geral e específica, com Doppler colorido; Ecocardiograma transtorácico uni e bidimensional e estudo vascular periférico com Doppler colorido.

4.4 Serviços de Apoio e Outras Instalações

4.4.1 Serviços de apoio hospitalar

O **Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Fluminense Vereador Melchiiades Calazans** conta com os seguintes serviços de apoio:

- a) Farmácia;
- b) Ouvidoria;
- c) Serviço Social;
- d) Fisioterapia;
- e) Fonoaudiologia;
- f) Psicologia;
- g) Odontologia
- h) Terapia Ocupacional;
- i) Nutrição (incluindo nutrição enteral e parenteral);
- j) Laboratório de análises clínicas;
- k) Agência transfusional e de hemocomponentes;
- l) Central de Material Esterilizado;
- m) Serviço de Rouparia;
- n) Almoxarifado;
- o) Serviços de Hotelaria;
- p) Arquivo de Prontuários de Usuário (SAME);
- q) Engenharia Clínica (manutenção preditiva, preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares);
- r) Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva de Equipamentos;
- s) Manutenção Predial (alvenaria, elétrica, hidráulica, água, esgoto...) e Conforto Ambiental;
- t) Centro de estudos e auditórios;
- u) Unidades Administrativas (recursos humanos, administração de pessoal, faturamento, tesouraria, contabilidade, informática, suprimentos, patrimônio, qualidade).

4.4.2 Assistência do Serviço Social

O Serviço Social será prestado, quando necessário, aos usuários nos dias úteis no período diurno. Devem também participar de forma complementar nos fluxos e processos de regulação dos pacientes.

No desempenho de suas atividades, os Assistentes Sociais adotam os serviços e procedimentos a seguir relacionados:

- a) Realizar a triagem priorizando demandas sociais que impactam no tratamento e na alta dos pacientes;
- b) Atender pacientes, familiares e acompanhantes;
- c) Discutir casos com equipe multiprofissional;
- d) Orientar sobre os direitos sociais e de cidadania;
- e) Articular com a rede de saúde e demais serviços socioassistenciais;
- f) Intervir em situações de risco e vulnerabilidade social visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- g) Acompanhar os casos mais graves de pacientes reincidentes;
- h) Registrar no prontuário eletrônico do paciente as evoluções sociais;
- i) Participar do planejamento e elaboração de normas e rotinas da unidade;
- j) Supervisionar estágio em Serviço Social;

- k) Identificar vínculos familiares e rede de apoio;
- l) Verificar a rede referenciada para atendimento ao paciente;
- m) Realizar encaminhamentos para a rede socioassistencial (isenção para segunda via de documentos de identificação, acolhimento, benefícios sociais, tais como Auxílio Vulnerabilidade, Programa Bolsa Família, Auxílio Funeral, Benefício de Prestação Continuada, entre outros), direitos previdenciários, trabalhistas e seguros sociais (DPVAT) e a própria rede de saúde (Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Atenção Básica, entre outros);
- n) Realizar encaminhamentos para órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Defensoria Pública, entre outros);
- o) Localizar e convocar familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência) que chegam ou permanecem na unidade desacompanhados;
- p) Acionar os serviços de apoio à população em situação de rua;
- q) Participar junto com a equipe multiprofissional do processo de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência e encaminhar aos órgãos respectivos, conforme fluxo de atendimento à violência;
- r) Elaborar relatórios e pareceres sociais.

4.4.3 Assistência Farmacêutica

A farmácia deve, primordialmente, ser licenciada por órgão sanitário competente, na forma da Lei nº 5991/2013, da Resolução Conjunta SES/SMS/RJ nº 459/2016 e normativas que vierem complementá-las ou substituí-las.

Em consonância com a Resolução nº 354/2000 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), todos os serviços de urgência/emergência requerem, obrigatoriamente, a assistência técnica do profissional farmacêutico. A Lei nº 13.021/2014 ratifica tal exigência, determinando que as farmácias tenham presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento.

Sendo assim, o Serviço de Farmácia deverá contar com o mínimo de 1 farmacêutico no plantão diurno e 1 no plantão noturno, condição essa também que se alinha aos Parâmetros Mínimos para Recursos Humanos recomendados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar.

A farmácia deve estar regularizada junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF/RJ) quanto à exigência de Responsabilidade Técnica e Certidão de Regularidade Técnica, em conformidade com a Lei nº 5991/2013 e com a Resolução nº 600/2014 do CFF, respectivamente.

O **HTODL** deve fazer cumprir a Lei nº 13.021/2014, a qual determina que a farmácia privativa de unidade hospitalar ou similar se destina exclusivamente ao atendimento de seus usuários.

O Serviço de farmácia deverá ter seus processos e atividades organizados, tomando como premissa as etapas da Assistência Farmacêutica, em vigor através da Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica publicadas na Portaria Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 e Resolução Ministério da Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004 respectivamente.

Segundo a Resolução do MS 388/2004, as ações de Assistência Farmacêutica envolvem também aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

A garantia do uso racional e seguro de medicamentos deverá ser fomentada através de práticas seguras com foco na Segurança do Paciente de acordo com a Portaria GM/MS nº 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a RDC/ANVISA nº 36/2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde, que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, destacando o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos.

Dentro deste contexto da Assistência, Atenção Farmacêutica e Segurança no uso e Administração de medicamentos estão contempladas as ações e atividades voltadas para as Boas Práticas de armazenagem e Dispensação de medicamentos e a Farmacovigilância, definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”. Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a Farmacovigilância:

- a) Eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos;
- b) Inefetividade terapêutica;
- c) Erros de medicação;
- d) Uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro;
- e) Uso abusivo;
- f) Intoxicações e interações medicamentosas.

Cabe ao Serviço de Farmácia monitorar de forma ativa os Alertas de Farmacovigilância no site da ANVISA que comunicam novas informações relacionadas à segurança dos medicamentos comercializados no Brasil, de modo a prevenir o uso de medicamentos impróprios pelos usuários do serviço.

Para os medicamentos sujeitos a controle especial, a unidade deve atender a Portaria SVS/MS nº 344 republicada em 01 de fevereiro de 1999 e suas atualizações, a Portaria SVS/MS nº 06 de 29 de janeiro de 1999 e a Resolução RDC/ANVISA nº 17, de 28 março de 2013.

Ratifica-se que tais medicamentos devem ser guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim e sob a responsabilidade do farmacêutico.

Ademais, deve ser exigida a escrituração em Livro de Registro Específico e este deve ser mantido na farmácia para efeito de fiscalização e controle. Em conformidade com a Resolução 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, esta dispensação deve ser realizada exclusivamente por farmacêuticos, sendo vedada a delegação da responsabilidade sobre o controle dos referidos medicamentos a outros funcionários administrativos.

A aquisição dos medicamentos da unidade deve ser pautada na grade mínima de medicamentos, conforme resoluções nº 434/2012; nº 931/2014 e nº 1178/2015 da SES/RJ que contemplam o elenco de medicamentos padronizados para uso hospitalar e devem ser consultadas se porventura a grade mínima não atender a necessidade clínica dos usuários atendidos na instituição. **Permanecendo a necessidade de uso de medicamentos que não estão previstos nas resoluções supracitadas, objetivando o uso racional de medicamentos, o profissional prescrito deverá submeter, além da prescrição, laudo médico que comprove o valor terapêutico com base na melhor evidência, destacando segurança, eficácia e efetividade, para avaliação da pertinência da tecnologia junto à Comissão de Farmácia e Terapêutica da própria instituição.**

Constatando-se real necessidade, os itens relacionados nas resoluções supracitadas devem ter sua autorização de compra pleiteada junto a Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE), bem como a autorização para a compra de medicamentos não padronizados para uso hospitalar no âmbito da SES/RJ.

4.5 Novas Especialidades de Atendimento e Programas Especiais

Se, ao longo da execução das atividades relacionadas neste Termo de Referência e de comum acordo, a CONTRATADA se propuser ou for requisitada a

realizar outros tipos de atividades, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de usuário ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser implantadas no **Hospital de Traumatologia e Ortopedia Fluminense Vereador Melchiazes Calazans** mediante aprovação da SES/RJ após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

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 **HTODL** 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 II, 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).

5.2 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS):

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se configura 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. A EPS tem dentre suas premissas e diretrizes a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas profissionais a partir dos problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho, das reflexões e problematizações produzidas nesse processo. A educação permanente em saúde revela-se importante prática de ensino aprendizagem e estratégia potente para qualificar as práticas de cuidado, fortalecer os processos de gestão e participação social. No âmbito das ações de educação permanente em saúde, está um processo pedagógico que parte do cotidiano dos profissionais envolvendo conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento, organização do trabalho e que considera fundamental que o aprendizado se produza num contexto que faça sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na assistência ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que celebram entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Frente aos desafios postos pela necessidade de criação de espaços destinados à implementação desse modo de fazer educação em saúde, cabe ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, em articulação com o Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA), quando houver, se organizar como espaço destinado à formação, capacitação, habilitação dos profissionais de saúde, nos moldes preconizados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Na inexistência de CEA na unidade, cabe ao NEP conduzir as atividades de responsabilidade do CEA.

O NEP da unidade deve se constituir como espaço de saber interinstitucional de formação, pesquisa, qualificação profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde na instituição/instituições sob sua responsabilidade.

5.2.1 Objetivos do NEP

- Promover programas de formação e qualificação profissional de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pelas Portarias de Consolidação MS nº 2 e nº 6 de 2017, considerando as necessidades de cada setor/serviço;
- 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.

5.2.2 Atribuições específicas do NEP

- Participar das reuniões do Grupo Trabalho (GT) de Integração dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA) e Núcleo de Educação Permanente (NEP), instituído através da Resolução SES nº 2229, de 29 de janeiro de 2021, sob coordenação da Superintendência de Educação em Saúde (SUPES/SES-RJ);
- Elaborar anualmente 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. O Plano Estadual de Educação Permanente deve ser validado e seguir as diretrizes/orientações da SUPES/SES-RJ e as premissas das portarias de Consolidação MS nº 2 e nº 6 de 2017;
- Executar as ações planejadas pela unidade no PEEPS quando estas forem de responsabilidade do NEP, e acompanhar/monitorar as demais ações inseridas no Plano, quando estas estiverem sob a responsabilidade de outros setores das unidades;
- Fomentar o debate sobre a educação permanente em saúde em todos os espaços da unidade, visando qualificar a assistência e a gestão da unidade, com vistas ao eficiente atendimento das demandas dos cidadãos;
- A qualquer tempo, quando solicitado pela SUPES, o NEP deverá encaminhar um consolidado sobre a execução das ações planejadas no PEEPS do referido ano;
- Realizar processos de capacitação e atualização dos profissionais da unidade, ofertando de forma contínua ações educativas, alinhadas à política Nacional de Educação Permanente, sendo ainda de sua responsabilidade atender, a qualquer tempo, solicitação de ação educativas específica para alguma área/objetivo por parte da SES/RJ;
- Promover em parceria com os CEAs, intercâmbio técnico-científico nas 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;
- Estimular e apoiar em parceria com os CEAs projetos de pesquisa estratégicos a fim de assegurar a expansão de pesquisas nas unidades da SES-RJ;
- Orientar em parceria com os CEAs o pesquisador sobre o Fluxo de Pesquisa, considerando a 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;
- Acompanhar a realização de pesquisas em andamento na unidade;
- Assegurar em parceria com os CEAs a memória dos documentos produzidos na unidade a partir da indexação de materiais técnicos e científicos na Biblioteca Virtual em Saúde da SES-RJ, disponibilizando pelo menos um profissional do NEP para treinamento com a Bireme;
- Promover em parceria com os CEAs a 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;
- Manter o registro atualizado e organizar o fluxo de informações das atividades de educação, ensino e pesquisa realizadas e/ou em andamento na unidade;
- 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;
- Responder a todas as demandas da SUPES referentes aos processos de formação, educação permanente e pesquisa na unidade.

5.2.3 Quanto à operacionalização

5.2.3.1 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 sobre a atribuição dos Estados a execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

5.2.3.2 Inserir nos serviços/setores de acordo com os TCTs firmados com a SES/RJ, quando não houver CEA, estagiários de nível médio, superior, internato e pós-graduandos somente a partir da publicação dos instrumentos jurídicos pela SES-RJ descritas pela Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, segundo as Resoluções SES nº 2204 e nº 2205 de 07 de janeiro de 2021;

5.2.3.3 Disponibilizar espaços físicos e serviços da unidade para desenvolvimento de estágios, observando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 27º que dispõe que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, através de Termo de Cooperação Técnica firmado junto a Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ;

5.2.3.4 Garantir acesso e apoiar a criação de programas de residência, multiprofissional e uni profissional da SES/RJ.

5.2.3.5 Garantir profissionais de saúde para supervisão e preceptoria de residentes e estagiários de cursos técnicos, graduação e pós-graduação, das diversas áreas que envolvem a formação para atuação nos serviços de saúde, conforme a Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 e Resolução SES 2204, de 07 de janeiro de 2021;

5.2.3.6 Todos os profissionais deverão passar por cursos, atualizações e adequações a novos protocolos, devidamente registrado na unidade através de relatórios de acompanhamento e monitoramento, com comprovação de frequência e certificado;

5.2.3.7 Garantir estrutura física, equipamentos básicos (computador, multimídia, projetor, materiais de escritório, telefone e internet) e equipe para a condução dos processos de formação e educação em saúde, seguindo as diretrizes da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ;

5.2.3.8 Considerar o Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 que institui e regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências;

5.2.3.9 Considerar a Resolução nº 2 de 03 de julho de 2013, da Secretaria de Educação Superior, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica - COREME, com orientações para sua composição, atribuições, competências e perfil do Coordenador;

5.2.3.10 Considerar a Resolução CNRM Nº 1, de 5º de janeiro de 2017 que estabelece o Calendário, a partir de 2017, para matrícula de médicos residentes no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica e para o ingresso nos Programas de Residência Médica, e dá outras providências;

5.2.3.11 Considerar a Resolução CNRM N º4, de 16 de junho de 2011, que dispõe sobre a reserva de vaga para residente médico que presta Serviço Militar;

5.2.3.12 Considerar a Resolução nº 04, de 12 de julho de 2010 - Proíbe plantão de sobreaviso para Médicos Residentes;

5.2.3.13 Considerar a Resolução nº CNRM nº 1, de 3 de janeiro de 2018. Dispõe sobre transferência de médicos residentes nos Programas de Residência Médica no Brasil;

5.2.3.14 Considerar a Resolução CNRM nº 06, de 05 de setembro de 2006 - Avaliação dos programas de residência médica;

5.2.3.15 Considerar a Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006- Carga horária mínima de Programa de Residência Médica;

5.2.3.16 Considerar a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;

5.2.3.17 Considerar a Resolução CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012 da Secretaria de Educação Superior, que dispõe sobre as diretrizes gerais para os

programas de Residência Multiprofissional em Saúde e sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Multiprofissional – COREMU;

5.2.3.18 Considerar a Resolução CNRMS nº 3 de 13 de fevereiro de 2012 que dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes;

5.2.3.19 Considerar a Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 que define o estágio como o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo do estudante. O estágio integra o itinerário formativo do educando e faz parte do projeto pedagógico do curso;

5.2.3.20 Considerar a Resolução SES nº 2204 de 07 de janeiro de 2021 que estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde e nível central da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, como campo de estágio obrigatório e não obrigatório e internato pelas instituições de ensino de nível médio e superior da iniciativa pública e privada;

5.2.3.21 Considerar a Resolução SES nº 2205 de 07 de janeiro de 2021 que estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, como campo de prática para pós-graduandos pelas instituições de ensino de pós-graduação da iniciativa pública e privada;

5.2.3.22 Considerar a Resolução SES nº 2371 DE 17 de agosto de 2021 que estabelece os critérios para o cumprimento da contrapartida acadêmica à concessão de campo de estágio curricular de nível médio, graduação, internato e campo de prática de pós graduação em razão dos instrumentos jurídicos de cooperação técnica celebrados entre o Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e as Instituições de Ensino Públicas e Privadas;

5.2.3.23 Considerar a Resolução SES nº 2638 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;

5.2.3.24 Observar a Resolução SES nº 2596, 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;

5.2.3.25 Disponibilizar ao menos 01(um) profissional com treinamento para comunicação em Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) para pacientes que busquem atendimento 24h/dia, conforme estabelecido na Lei Estadual nº 8.013 de 29 de junho de 2018;

Parágrafo único: Os profissionais capacitados em LIBRAS poderão exercer normalmente outras funções dentro da unidade de saúde, atuando apenas como intérpretes quando houver demanda de atendimento de usuário com deficiência auditiva.

5.2.4 Perfil profissional do coordenador do NEP:

- Ser profissional de nível superior de qualquer área da saúde;

- É desejável ter experiência em Educação em Saúde, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública;

- É desejável formação em nível de pós-graduação nas áreas: Saúde Coletiva, Saúde Pública, Gestão e/ou Planejamento em Saúde, Educação em Saúde, Políticas Públicas ou áreas afins.

5.2.4 Composição do NEP

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

5.2.5 Centro de Estudos:

Assim como o NEP, e não menos importante, os CEAs possuem papel importante e estratégico que asseguram a continuidade das ações de ensino, educação e pesquisa desenvolvidas nas unidades da SES-RJ.

O Centro de Estudos 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 de educação. Conseqüentemente, a existência e a condução exitosa e eficiente do Centro de Estudos acarretará na qualificação técnica de trabalhadores e estudantes lotados nas unidades de saúde da SES-RJ.

Além de outras atribuições, o representante do Centro de Estudos deve participar das reuniões do Grupo de Trabalho de Integração dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento e Núcleo de Educação Permanente, sob a coordenação da SUPES. O Centro de Estudos também deve trabalhar de forma integrada com o NEP, quando houver na mesma unidade.

Esclarece-se que os CEAs das unidades de saúde SES-RJ são regidos por resoluções próprias e devem seguir o exposto na legislação vigente.

5.3 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação nº. 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:

- Realizar a interface com as Centrais de Regulação;
- Delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS;
- Disponibilizar consultas ambulatoriais;
- 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 **HTODL** 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 **HTODL** deve ser composto por médico regulador e 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.º529/2013 e RDC n.º036/2013.

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 04 profissionais de nível superior, sendo 01 responsável e 01 administrativo.

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 Nº1834 de 03 de julho de 2002. Atualmente foi publicada a Portaria GM/MS nº 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 nº 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 nº4/2017) e Resolução SES nº1864/2019. 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 justificativa.
 - 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.

5.6.3 Composição Mínima do Núcleo da Qualidade:

- a) Equipe mínima de 03 profissionais, sendo 01 responsável.

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 atualizada 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 Demais instâncias obrigatórias

5.9.1 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;
- d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) – Norma Regulamentadora nº 05;
- 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

5.9.2 Designar profissional de saúde de nível superior como responsável para cada comissão, núcleo ou instância, preferencialmente com experiência para

atuar na comissão nomeada;

5.9.3 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 **O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Fluminense Vereador Melchiades Calazans** 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 Hospital de Traumatologia e Ortopedia Fluminense Vereador Melchiades Calazans**, 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 O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Fluminense Vereador Melchiades Calazans;

6.1.13 Fornecer:

a) Atendimento odontológico aos pacientes internados;

b) Atendimento Médico contínuo 24h;

c) Assistência de Enfermagem contínua 24h;

d) Assistência de reabilitação aos pacientes internados em assistência hospitalar (Fonoaudiológica, Terapia Ocupacional e Fisioterápica);

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 **O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Fluminense Vereador Melchiades Calazans**, incluem-se nutrição enteral e parenteral quando indicadas;
- 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 Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Fluminense Vereador Melchides Calazans.

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 a 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 Hotelaria Hospitalar/Pré Hospitalar da 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 **Hospital de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchtiades Calazans** 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 o 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 termossensível.

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 02 (duas) 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:
- 6.3.33** 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;

6.3.34 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;

6.3.35 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;

6.3.36 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;

6.3.37 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 Definir, implantar e acompanhar **Política de Segurança Ocupacional**, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável, inclusive **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Gerenciamento de Risco (PGR) e, se for o caso, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)**;

6.4.5 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;

6.4.6 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;

6.4.7 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;

6.4.8 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, afim de confirmar a veracidade do documento apresentado.

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

6.4.10 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.

6.4.11 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;

6.4.12 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;

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

6.4.14 Implantar e manter as normas de atendimento a **Acidentes Biológicos e Programa de Gerenciamento de Risco (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);

6.4.15 Respeitar o Organograma Padrão, disposto na Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007, art. 21 que estabelece que a direção das unidades hospitalares geridas pela Fundação, cada unidade hospitalar contará com a seguinte estrutura gerencial, de livre-provimento, subordinadas a Diretoria Executiva, a saber:

I – 01 (um) Diretor Geral

II – 01 (um) Diretor Administrativo e de Recursos Humanos

III – 01 (um) Diretor Assistencial

IV – 01 (um) Assessor de Planejamento

6.4.16 Os Diretores e/ou Gerentes não poderão ser contratados pelo vínculo de Pessoa Jurídica (PJ).

6.4.17 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 HTO baixada

| Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Vereador Melchíades Calazans. | | | | | | |
|--|-------|----------|---------------|-------------------|------------|-------------------|
| Unidade | Setor | Subsetor | Cargo | Quantidade Mínima | CH Semanal | Escala de Plantão |
| | | | Diretor Geral | 1 | 40 | DIARISTA |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|---|--|---------------------------------|----|------------------|----------------|
| HTO BAIXADA | DIREÇÃO | Direção Geral | Assessor de Planejamento | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Assistente Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Diretor Administrativo | Diretor administrativo e de RH | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Direção Assistencial | Direção Técnica | 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 | | | |
| HTO BAIXADA | INSTÂNCIAS OBRIGATORIAS | Qualidade | Responsável Núcleo da Qualidade | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Educação Permanente | Responsável Núcleo de Educação Permanente | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Segurança do Paciente | Responsável Núcleo de Segurança do Paciente | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Comissão de Lesões | Enfermeiro Diarista | 2 | 30 | DIARISTA | |
| | | | Técnico de Enfermagem | 2 | 30 | DIARISTA | |
| | | NVH/CVE/CCIH | Responsável Enf NVH/CVE/CCIH | 1 | 40 | 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 | |
| | | Ouvidoria | Auxiliar Administrativo SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Ouvidor | 1 | 40 | DIARISTA | |
| Auxiliar Administrativo | Ouvidor | 1 | 40 | DIARISTA | | | |
| | Auxiliar Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA | | | |
| HTO BAIXADA | ADMINISTRAÇÃO | Recepção | Auxiliar Administrativo SD | 8 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Auxiliar Administrativo SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Auxiliar Administrativo | 4 | 40 | DIARISTA | |
| | | Documentação / Prontuário | Auxiliar Administrativo Diarista | 6 | 40 | DIARISTA | |
| | | Registro de Pacientes / Internação | Auxiliar Administrativo SD | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Auxiliar Administrativo SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | Controle de Funcionários / RH | Analista de RH | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Assistente Administrativo Diarista | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Auxiliar Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Faturamento / SAME | Responsável do Faturamento / SAME | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Auxiliar Administrativo | 3 | 40 | DIARISTA | |
| | | Contratos | Assistente Administrativo Diarista | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Responsável do Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA | |
| Patrimônio | Auxiliar Administrativo | 2 | 40 | DIARISTA | | | |
| | Auxiliar Administrativo | 2 | 40 | DIARISTA | | | |
| HTO BAIXADA | APOIO TÉCNICO ASSISTENCIAL | T.I. | Responsável do TI | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Supervisor TI | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Técnico T.I. | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Técnico T.I. SD | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Técnico T.I. SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | SADT | Enfermeiro Responsável SADT | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Médico Responsável RT | 1 | 30 | DIARISTA | |
| | | | Técnico Radiologia RT | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Médico radiologista TC + RX | 7 | 24 | LAUDISTA | |
| | | | Ultrassonografistas | 1 | 12 | PARECERISTA | |
| | | | Ecocardiografista | 1 | 12 | PARECERISTA | |
| | | | Tec de Radiologia TC | 7 | 24 | PLANTONISTA 24H | |
| | | | Tec de Radiologia RX | 7 | 24 | PLANTONISTA 24H | |
| | | | Tec de Radiologia RX | 9 | 24 | 2 PLANTÕES X 12H | |
| | | | Enfermeiro Rotina | 1 | 30 | DIARISTA | |
| | | | Tec Enfermagem SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | | Tec Enfermagem SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | | Auxiliar Administrativo Diarista | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | Almoxarifado / Suprimentos | Responsável do Almoxarifado | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Auxiliar Administrativo Diarista | 2 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Almoxarife SD | 6 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Almoxarife SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | Serviço de Farmácia + farmácias satélites | Farmacêutico Responsável (RT) | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Farmacêutico | 7 | 24 | ESCALA FIXA | |
| | | | Auxiliar de Farmácia SD | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | | Auxiliar de Farmácia SN | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | HOTELARIA | Hotelaria | Responsável da Hotelaria | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | | Auxiliar Administrativo SD | 6 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | | Auxiliar Administrativo SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | Rouparia | Líder da Rouparia | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | | Camareira SD | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | | Auxiliar de Rouparia SD | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | | Auxiliar de Rouparia SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| Encarreado Serviços Gerais | 1 | 40 | DIARISTA | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|--|---|------------------|------------------|----------------|
| HTO BAIXADA | ASSISTENCIAL | Serviço de Higiene e Limpeza | Auxiliar Serviços Gerais | 6 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Auxiliar Serviços Gerais SD | 28 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Auxiliar Serviços Gerais SN | 10 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | Transporte de Pacientes | Maqueiro SD | 8 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Maqueiro Diarista | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Segurança | Controlador de Acesso SD | 8 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | | Controlador de Acesso SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | |
| | | ASSISTENCIAL | GESSO (Ortopedia e Ambulatório) | Técnico de Imobilização Diarista | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | | | Técnicode Imobilização SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | Técnicode Imobilização SN | | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | AMBULATÓRIO | | Enfermeiro Responsável | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Médico Cirurgião Vascular | 2 | 30 | DIARISTA | |
| | | | Médico Ortopedista | 8 | 30 | DIARISTA | |
| | | | Médico Cardiologista | 1 | 30 | DIARISTA | |
| | | | Médico Urologista | 1 | 12 | Parecerista | |
| | | | Médico Cirurgião Geral | 1 | 12 | Parecerista | |
| | | | Médico Reumatologista | 1 | 6 | Parecerista | |
| | | | Médico Neurologista | 1 | 6 | Parecerista | |
| | | | Médico Nefrologista | 1 | 6 | Parecerista | |
| | | | Médico Gastroenterologista | 1 | 6 | Parecerista | |
| | | | Médico Endocrinologista | 1 | 6 | Parecerista | |
| | | | Médico Pneumologista | 1 | 12 | Parecerista | |
| | Auxiliar Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA | | | |
| | Enfermeiro | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | | |
| | Tecnico de Enfermagem | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | | |
| | EQUIPE MULTI | Serviço Social | Responsável Assistente Social RT | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Assistente Social SD | 6 | 24 | ESCALA 2 PL 12H | |
| | | Serviço de Psicologia | Responsável Psicólogo RT | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Psicólogo SD | 5 | 24 | ESCALA 2 PL 12H | |
| | | Serviço de Fonoaudiologia | Fonoaudiólogo | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Serviço de Nutrição e Dietética | Responsável Nutricionista RT | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | | Nutricionista Hospitalar SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | | Nutricionista Hospitalar SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | ASSISTENCIAL | Centro Cirúrgico (6 salas) + RPA (03 leitos) | Enfermeiro Responsável Bloco Cirúrgico | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | | Médico Responsável Bloco Cirúrgico | 1 | 30 | DIARISTA |
| | Médico Anestesiologista | | | 30 | 12 | PLANTONISTA 12 H | |
| | Médico Cirurgião Ortopedista | | | 64 | 12 | PLANTONISTA 12 H | |
| | Enfermeiro Rotina CC + CME | | | 2 | 30 | DIARISTA | |
| | Enfermeiro SD | | | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | Enfermeiro SN | | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | Técnico de Enfermagem SD | | | 24 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | Técnico de Enfermagem SN | | | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | Técnico de Instrumentação Cirurgica SD | | | 18 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | Técnico de Instrumentação Cirurgica SN | | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | Técnico de Enfermagem Rotina CC + CME | | | 4 | 30 | DIARISTA | |
| Auxiliar Administrativo | 4 | | | 40 | DIARISTA | | |
| CME | Enfermeiro SD | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | Enfermeiro SN | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | Supervisor de Enfermagem | | 1 | 30 | DIARISTA | | |
| | Técnico de Enfermagem SD | | 12 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | Técnico de Enfermagem SN | | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | ASSISTENCIAL | | UTI ADULTO (6 leitos) | Médico Responsável UTI | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | | | Enfermeiro Responsável UTI | 1 | 40 | DIARISTA |
| Responsável Fisioterapeuta (RT) | | 1 | | 40 | DIARISTA | | |
| Médico clínico Rotina | | 2 | | 30 | DIARISTA | | |
| Médico Intensivista SD | | 7 | | 12 | PLANTONISTA 12 H | | |
| Médico Intensivista SN | | 7 | | 12 | PLANTONISTA 12 H | | |
| Odontólogo hospitalar | | 1 | | 30 | DIARISTA | | |
| Enfermeiro SD | | 3 | | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| Enfermeiro SN | | 3 | | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| Tec Enfermagem Rotina | | 1 | | 30 | DIARISTA | | |
| HTO BAIXADA | | Responsável Médico CTQ | 1 | 30 | DIARISTA | | |
| | | Enfermeiro Responsável CTQ | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|--------------|---------------------------------|--|----|------------|------------------|
| ASSISTENCIAL | CTQ (9 leitos) | Médico Intensivista SD | 7 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Médico Intensivista SN | 7 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Médico Intensivista Rotina | 1 | 30 | ROTINA |
| | | Médico Cirurgião Plástico Rotina | 1 | 12 | ROTINA |
| | | Médico Cirurgião Plástico SD | 7 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Médico Anestesista SD | 7 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Enfermeiro SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Enfermeiro SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Enfermeiro Rotina | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | Tec Enfermagem Rotina | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | Tec Enfermagem SD | 15 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Tec Enfermagem SN | 15 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Auxiliar Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Fisioterapeuta SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Fisioterapeuta SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| ASSISTENCIAL | Admissão / Internação | Enfermeiro Responsável | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Enfermeiro SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Enfermeiro SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Tec Enfermagem SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Tec Enfermagem SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | Enfermaria Clínica (82 Leitos) | Enfermeiro Responsável Enfermaria | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Médico Responsável Enfermaria | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | Médico Clínico rotina | 5 | 30 | DIARISTA |
| | | Auxiliar Administrativo | 3 | 40 | DIARISTA |
| | | Médico Clínico Geral SD | 21 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Médico Clínico Geral SN | 14 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Médico Ortopedista Visitador | 3 | 30 | DIARISTA |
| | | Enfermeiro Rotina | 3 | 30 | DIARISTA |
| | | Enfermeiro SD | 18 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Enfermeiro SN | 18 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Técnico de Enfermagem Rotina | 3 | 30 | DIARISTA |
| | | Técnico de Enfermagem SD | 50 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Técnico de Enfermagem SN | 50 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | Fisioterapeuta SD | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | TOTAL | | 835 | |

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

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

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

6.4.21 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;

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

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

6.4.24 É vedada a contratação de profissionais autônomos;

6.4.25 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

6.4.26 A contratada poderá adotar estratégia diferenciadas de contratação de RH médico por meio de prestação de serviço assistencial necessário a execução do referido termo.

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 FSE/RJ deverá equipar todos os leitos com equipamentos e mobiliários com especificações técnicas em conformidade com as legislações vigente: Portaria de Consolidação Nº 3, RDC Nº 50 de 2002, RDC Nº 154 de 2004, RDC Nº 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 Preditiva, 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 Responsabilizar-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 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 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;

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 Nº22 (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

| Produção Assistencial | Descrição | Meta |
|---|---|-------|
| Produção Assistencial Hospitalar _ Procedimentos Cirúrgicos | Queimados (CTQ) | 20 |
| | Artroplastia total e parcial de joelho (primária) | 40 |
| | Demais Procedimentos cirúrgicos osteomusculares (exceto Artroplastia total e parcial de joelho) | 770 |
| Produção Assistencial Ambulatorial - Consultas médicas | Número de consultas médicas ambulatoriais realizadas | 4.000 |
| Produção Assistencial SADT | Ecocardiografia com doppler colorido | 400 |
| | Ecocardiografia com doppler vascular | 500 |
| | Ultrassonografia com doppler | 800 |
| | Tomografia com e sem contraste e /ou com e sem sondação | 630 |
| Total | | 7.160 |

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 | <ul style="list-style-type: none"> • 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); • Comissão de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. |
| Prontuário Eletrônico do Paciente | <ul style="list-style-type: none"> • 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 | <ul style="list-style-type: none"> • 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 03.

Tabela 03 – Indicadores de Desempenho da Unidade Hospitalar.

| Nº | INDICADOR | FÓRMULA DE CÁLCULO | REFERENCIAL TEÓRICO | FONTE DE COLETA DE DADOS | META |
|----|--|---|---|---|--------------------------|
| 1 | Média de permanência Geral | Total de pacientes-dia/ Total de saídas no período (saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar) | 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/unipus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 8 dias |
| 2 | Média de permanência em Enfermaria Adulto | Total de pacientes-dia/ Total de saídas no período (saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar) | 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/unipus/MA_05_MANUAL_FICHA_TECNICA_INDICADORES_5_ED_web_2018_08.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 8 dias |
| 3 | Média de permanência CTQ | Nº Pacientes-dia CTQ/ Nº Transferências internas de saída + Saídas hospitalares (altas+óbitos+transferências externas) do CTQ | 1. OUSSAKI, F. M. D. S.; MAI, L. D.; MENEGATTI, M. S.. Perfil de pacientes internados em um centro de tratamento de queimados do norte do Paraná. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, v. 36, n. 2, p. 173–180, abr. 2021. 2. Fontana TS, Lopes LV, Linch GFC, Paz AA, Souza EN. Queimaduras no Brasil: Análise retrospectiva de internações e mortalidade. Rev Bras Queimaduras2020;19(1):65-71 3. www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/viewFile/66763/44955 | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Menor ou igual a 30 dias |
| 4 | Incidência de lesão por pressão | Número de casos novos de pacientes com LPP em um determinado período/Número de pessoas expostas ao risco de adquirir LPP (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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2 - Ficha de Indicadores ANS (Ministério da Saúde): 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-02.pdf 3- Ficha Indicador Proqualis: https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/incid%C3%Aancia-de-%C3%BAlcera-por-press%C3%A3o-upp | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 15 % |
| 5 | Taxa de mortalidade Institucional | Nº de óbitos de pacientes ≥ 24 horas de internação no períodos/Total de saídas 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 - Ficha de Indicadores ANS (Ministério da Saúde) 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-ef-02.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 16 % |
| 6 | Taxa de Mortalidade Padronizada UTI adulto | Nº de óbitos observados na UTI/ Nº de óbitos previstos na UTI | 1. PROQUALIS. https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-mortalidade-hospitalar-padronizada | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 2,0 % |
| 7 | Taxa de mortalidade cirúrgica | Nº de óbitos cirúrgicos (óbitos até 07 dias após procedimento cirúrgico na mesma internação, no período) /Nº de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período *100 | http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-03.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Menor ou igual a 3,5% |
| 8 | Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia | Soma retornos não planejados à sala de cirurgia, em até 7 dias após cirurgia eletiva / Soma de cirurgias eletivas realizadas * 100 | http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Menor ou igual a 10% |

| | | | | | |
|----|--|---|--|--|-----------------------------------|
| 9 | Taxa de ocupação operacional UTI adulto | Nº Pacientes-dia UTI Adulto/Leitos-dia operacionais UTI Adulto x 100 | <p>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</p> <p>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.pdf3 - Ficha de Indicadores ANS (Ministério da Saúde)</p> <p>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</p> <p>4- 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-efi-01.pdf</p> | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≥ 85 % |
| 10 | Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto | Número de casos novos de IPCSL no período/ Número de CVCs-dia x 1000 | <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Máximo de 4,5/1000 (Laboratorial) |
| 11 | Taxa de Ocupação Operacional Geral | Total de pacientes- dia no período/Total do número de leitos- dia operacionais no período x 100 | <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>4- 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-efi-01.pdf</p> | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≥ 85% |
| 12 | Incidência de extubação acidental (não planejada) na UTI adulto | Nº de extubação não planejada / Nº de paciente intubado * 100 | <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 3% |
| 13 | Taxa de suspensão de cirurgias eletivas | Nº de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes/ Nº de cirurgias agendadas X 100 | 3º Caderno de Indicadores CQH, 2009 | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Menor ou igual a 5% |
| 14 | Resolubilidade da Ouvidoria | Soma de manifestações resolvidas/ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100 | Resolução SES nº 2741/2022 | Sistema de Ouvidoria do Estado | ≥ 90% |
| 15 | Educação Permanente | Número de Treinamentos realizados/Número de treinamentos planejados | <p>1-Portaria 1.600 de 2011, MS</p> <p>2 - https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466</p> <p>3 - https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTI3MTA%2C</p> | Plano de Educação Permanente em Saúde da Unidade e Lista de frequência dos participantes | ≥ 80% |
| 16 | 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 | <p>ID-PPSC-1 - Padrão</p> <p>Pesquisa de Satisfação Contínua; Plataforma de Monitoramento</p> | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≥ 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 enfermagem, 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 Infecciosas 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 Perfurocortantes

| |
|--|
| RT – PCR PARA COVID 19 |
| SOROLOGIA IGM/IGG PARA COVID 19 |
| D-DÍMERO |
| 1,25-DIHIIDROXI VITAMINA D |
| DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA |
| DOSAGEM DE 17-CETOSTERÓIDES TOTAIS |
| DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D |
| ACETILCOLINESTERASE, EM ERITRÓCITOS |
| DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO |
| DOSAGEM DE FOLATO |
| DOSAGEM DE LACTATO |
| DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO |
| DOSAGEM DE ÁCIDO VALPRÓICO |
| DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO |
| ADENOSINA DE AMINASE (ADA) |
| ALBUMINA |
| DOSAGEM DE ALDOLASE |
| DOSAGEM DE ALDOSTERONA |
| IMUNOGLOBULINA ESPECÍFICA (IGE - RAST) |
| DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA |
| PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES |
| DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA |
| DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA |
| DOSAGEM DE AMILASE |

| |
|--|
| DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) |
| DOSAGEM DE ANTITROMBINA III |
| ANTIBIOGRAMA |
| ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C |
| ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P |
| ANTICARDIOLIPINA - IGA |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA |
| DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAIS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA |
| ANTI-JO1 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) |
| ANTICENTRÔMERO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA |
| ANTI-ENA (SM E RNP), HA QUANTITATIVA |
| DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS |
| PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA) |
| CLEARANCE OSMOLAR |
| DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MÚSCULO LISO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) |
| BACTERIOSCOPIA (GRAM) |
| DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA |
| DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG) |
| DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS |
| MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA 15-3, ETC.) CADA |
| CA 50 |
| DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL |
| DOSAGEM DE CÁLCIO URINÁRIO |
| DOSAGEM DE CALCITONINA |
| EXAME QUALITATIVO DE CÁLCULOS URINÁRIOS |
| DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO |
| PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR |
| DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA |
| DOSAGEM DE CAROTENO |
| CATECOLAMINAS FRACIONADAS - DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA (CADA) |
| CAXUMBA, IGG |
| CAXUMBA, IGM |
| PESQUISA DE CÉLULAS LE |
| DOSAGEM DE CERULOPLASMINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTI TRYPANOSOMA CRUZI CHAGAS) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI TRYPANOSOMA CRUZI |
| PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLORESCENCIA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS |
| DOSAGEM DE CITRATO |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB |
| CLEARANCE DE CREATININA |
| DOSAGEM DE CLORETO |
| DOSAGEM DE COBRE |
| DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL |
| DOSAGEM DE COLINESTERASE |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 |
| COMPLEMENTO C5 |
| DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS |
| EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS |
| CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LÍQUOR |
| CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR |
| TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) |
| TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) |
| CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO |
| DOSAGEM DE CORTISOL (SÉRICO) |
| DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO |

| |
|---|
| DOSAGEM DE CREATININA |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) |
| DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA |
| PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS |
| CULTURA PARA BAAR |
| DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) |
| DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) |
| DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) |
| ANTIBIOGRAMA COM CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA |
| DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA E SUAS ENZIMAS |
| PRODUTOS DE DEGRADAÇÃO DA FIBRINA, QUANTITATIVO |
| RASTREIO PARA DEFICIÊNCIA DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS |
| MIOGLOBINA, PESQUISA |
| ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA |
| IMUNOELETROFORESE DE PROTEÍNAS |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR |
| ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO) |
| ERITROPOIETINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ESPERMATOZÓIDES |
| DOSAGEM DE ESTRADIOL |
| DOSAGEM DE ESTRIOL |
| DOSAGEM DE ESTRONA |
| EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) |
| EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLORA |
| EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) |
| PESQUISA DE HEMOGLOBINA S |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO |
| DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTÍGENO) |
| DOSAGEM DE FATOR II |
| DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE |
| PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) |
| FATOR V DE LAYDEN POR PCR |
| DOSAGEM DE FATOR VII |
| DOSAGEM DE FATOR VIII |
| DOSAGEM DE FATOR X |
| DOSAGEM DE FATOR XI |
| DOSAGEM DE FERRITINA |
| DOSAGEM DE FERRO SÉRICO |
| DOSAGEM DE FIBRINOGENIO |
| FILÁRIA SOROLOGIA |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA |
| DOSAGEM DE FÓSFORO |
| FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS) |
| TESTE FTA-ABS IGG PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| TESTE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS |
| DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE |
| DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) |
| GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE) |
| DOSAGEM DE GLICOSE |
| DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES |
| PESQUISA DE GORDURA FECAL |
| DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO |
| GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR RHO (INCLUI DU) |
| PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG) |
| PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) |
| DOSAGEM DE COLESTEROL HDL |
| HEMATÓCRITO |
| HEMOCULTURA |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| HEMOGRAMA COMPLETO |
| DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV- IGG) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV- IGM) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) |
| QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C |
| ANTICORPO ANTIVÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLES |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1 + HIV2 (ELISA) |
| HOMOCISTEÍNA |

| |
|---|
| DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH) |
| WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTVI OU HTLVII) (CADA) |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) |
| IGF BP3 (PROTEÍNA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO "INSULIN-LIKE") |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA CLASSIFICAÇÃO DE . LEUCEMIAS/LINFOMAS-CITOM. FLUXO |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) |
| IGG |
| IGD |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) |
| IGG, SUBCLASSES 1,2,3,4 - IDIR (CADA) |
| IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) |
| DOSAGEM DE INSULINA |
| LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA |
| PROVA DO LATEX PARA HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) |
| DOSAGEM DE COLESTEROL LDL |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS |
| LEUCOGRAMA |
| CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4/CD8 |
| DOSAGEM DE LIPASE |
| LIPOPROTEÍNA (A) - LP (A) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA |
| DOSAGEM DE LÍTIQ |
| DOSAGEM DE MAGNÉSIO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI PLASMÓDIOS |
| DOSAGEM DE MERCÚRIO |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTRA O VÍRUS EPSTEIN- BARR |
| GONADOTROFINA CORIÔNICA - HEMAGLUTINAÇÃO OU LÁTEX |
| DOSAGEM DE OXALATO |
| REAÇÃO DE PANDY |
| PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS (PARASITO) |
| DOSAGEM DE PARATORMÔNIO |
| PARVOVÍRUS - IGG, IGM (CADA) |
| DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA |
| DOSAGEM DE PEPTÍDEO C |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1 + HTLV2 |
| BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR |
| EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL) |
| PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES |
| PESQUISA DE ROTAVÍRUS NAS FEZES |
| PH - TORNASSOL |
| DOSAGEM DE POTÁSSIO |
| PRODUTOS DE DEGRADAÇÃO DA FIBRINA, QUALITATIVO |
| DOSAGEM DE PROGESTERONA |
| DOSAGEM DE PROLACTINA |
| PROTEÍNA C |
| PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES |
| PROTEÍNA S, TESTE FUNCIONAL |
| PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS) |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES |
| ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE) |
| RENINA |
| CONTAGEM DE RETICULÓCITOS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA |
| PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES |
| SELÊNIO, DOSAGEM |
| DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA) |
| DOSAGEM DE SÓDIO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTI LEISHMANIAS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI LEISHMANIAS |
| PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES |
| PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) |
| T3 LIVRE |
| DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO |
| DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE |

| |
|--|
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACÉTICA (TGO) |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP) |
| DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA |
| DOSAGEM DE TIROXINA (T4) |
| AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE, CITOMEGALIA, RUBÉOLA, EB E OUTROS, CADA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA |
| ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB) |
| DOSAGEM DE TRANSFERRINA |
| DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS |
| DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) |
| TROPONINA |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) |
| UREASE, TESTE RÁPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI |
| DOSAGEM DE UREIA |
| ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA |
| TESTE DE VDRL P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| VITAMINA A, DOSAGEM |
| DOSAGEM DE VITAMINA B12 |
| VITAMINA E |
| COLESTEROL VLDL (COBRAR TRIGLIC. MESMO QUANDO NÃO SOLICITADO) |
| PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE) |
| WEIL FELIX (RICKETSIOSE), REAÇÃO DE AGLUTINAÇÃO |
| DOSAGEM DE ZINCO |
| DOSAGEM DE INIBIDOR DE CI-ESTERASE |
| ELETRÓFORESE DE LIPOPROTEÍNAS |
| DOSAGEM DE FENITOINA |
| DOSAGEM DE BARBITURATOS (FENOBARBITAL) |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA |
| METANEFRIAS URINÁRIAS, DOSAGEM |
| MIOGLOBINA, PESQUISA |
| GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) |
| ÁCIDO METIL MALÔNICO |
| DOSAGEM DE AMÔNIA |
| ANTICORPO ANTI-DNASE B |
| DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI TRANSGLUTAMINASSE RECOMBINANTE HUMANO IGA |
| ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBIL. ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS) |
| ANTIBIOGRAMA PARA MICOBACTÉRIAS |
| ANTI GLIADINA (GLÚTEN), ELISA - IGG E IGA (CADA) |
| ANTICORPOS ANTIENDOMISIO - IGG, IGM, IGA (CADA) |
| APOLIPOPROTEÍNA A (APO A) |
| APOLIPOPROTEÍNA B (APO B) |
| N-TELOPEPTÍDEO |
| DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (COM TÉCNICA DE BANDAS) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI CYSTICERCUS |
| PESQUISA DE CISTINA NA URINA |
| CREATINA FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - MASSA |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A |
| CRÍPTOCOCOSE, CÂNDIDA, ASPERGILUS (LÁTEX) |
| CRÍPTOSPORIDIUM, PESQUISA |
| CROMATINA SEXUAL, PESQUISA |
| DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) |
| PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETRÓFORESE) |
| PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA |
| EXAME CITOPATOLÓGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS) |
| DOSAGEM DE FATOR IX |
| DOSAGEM DE FATOR V |
| FOSFATASE ALCALINA FRAÇÃO ÓSSEA - ELISA |
| DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO |
| DOSAGEM DE GASTRINA |
| DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL |
| HEPATITE B (QUANTITATIVO) PCR |
| GENOTIPAGEM DE VÍRUS DA HEPATITE C |
| DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (*) |
| PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES |
| MANTOUX, IDER |
| ANTIMEMBRANA BASAL |
| MICROSPÓRIDIA, PESQUISA NAS FEZES |
| DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE |
| PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES |
| ISOSPORAS, PESQUISA DE ANTÍGENO |
| PROVA DO LAÇO |
| DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR |
| DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) |

| |
|--|
| PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMIDIA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE |
| IGE, GRUPO ESPECÍFICO (CADA) |
| ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFÍGADO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS |
| PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO MOLECULAR COM PESQUISA DE MÚLTIPLAS SEQÜÊNCIAS GÊNICAS |
| DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÓNICAS (COM TÉCNICA DE BANDAS) |
| CATECOLAMINAS |
| DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) |
| MONONUCLEOSE - EPSTEIN BARR - PCR |
| HTLV I / II POR PCR (CADA) |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS OU SÍNDROME MIELODISPLÁSICA (*) |
| CITOMEGALOVÍRUS - QUANTITATIVO, POR PCR |
| C1Q |
| HEMOPHILUS (BORDETELLA) PERTUSSIS |
| PESQUISA DE EOSINÓFILOS |
| DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI |
| DETECÇÃO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO) |
| QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1 |
| LEGIONELLA - IFI |
| PESQUISA DE LEPTOSPIRAS |
| MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG |
| MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGM |
| PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA (BILIRRUBINAS, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS. FA, TGO, TGP E GAMA-PGT) |
| DOSAGEM DE RENINA |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA |
| DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTERÓIDES |
| DOSAGEM DE ÁCIDO HIPÚRICO |
| DOSAGEM DE ÁCIDO METIL-HIPÚRICO |
| ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES |
| DOSAGEM DE ALUMÍNIO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI AMEBAS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMÚSCULO ESTRIADO |
| DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAÍNA |
| COMPOSTO S (11 DESOXCORTISOL) |
| COTININA |
| CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS |
| TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS |
| DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATÓRIO) |
| GAD-AB-ANTIDECARBOXILASE DO ÁCIDO |
| DOSAGEM DE GORDURA FECAL |
| TESTE PARA INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS |
| LYME - IGM |
| PESQUISA DE MACROPROLACTINA |
| METAIS AL, AS, CD, CR, MN, HG, NI, ZN, CO, OUTRO (S) ABSORÇÃO ATÔMICA (CADA) |
| MIELOGRAMA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO |
| DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA |
| ALÉRGENOS - PERFIL ANTIGÊNICO (PAINEL COM 36 ANTÍGENOS) |
| DOSAGEM DE AMP CÍCLICO |
| COMPLEMENTO C2 |
| GIARDIA, REAÇÃO SOROLÓGICA |
| LEGIONELLA - IGG E IGM (CADA) |
| OSTEOCALCINA |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO |
| SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA |
| GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA |
| HLA-DR+DQ |
| PSITACOSE, RFC |
| DOSAGEM DE CHUMBO |
| DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS |
| CROMO |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS COM CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR |
| HIV, GENOTIPAGEM |
| OXCARBAZEPINA, DOSAGEM |
| HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO) + SUBTIPAGEM QUANDO NECESSÁRIO PCR |
| CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS |
| HIV - ANTÍGENO P24, ELISA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIOIDES BRASILIENSIS |
| EQUINOCOSE (HIDATIDOSE), REAÇÃO SOROLÓGICA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-INSULINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGERHANS |
| CLEARANCE DE URÉIA |

| |
|--|
| HERPES SIMPLES |
| DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA |
| METANEFRIAS URINÁRIAS, DOSAGEM |
| TIREOGLOBULINA, DOSAGEM |
| ANTIBIÓTICOS, DOSAGEM NO SORO, CADA |
| DOSAGEM DE ÁCIDO MANDÉLICO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) |
| DOSAGEM DE CICLOSPORINA |
| PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA |
| IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS |
| DOSAGEM DE FATOR XII |
| DOSAGEM DE FATOR XIII |
| HEPATITE B (QUALITATIVO) PCR |
| IMUNOGLOBULINAS (CADA) |
| LEPTINA |
| MICOBACTÉRIA AMPLIFICAÇÃO DE DNA (PCR) |
| DOSAGEM DE PORFIRINAS |
| ANTI-ILHOTA LANGHERANS, IFI |
| 17-HIDROXIPREGNENOLONA |
| IGE, POR ALÉRGENO ESPECÍFICO (CADA) |
| CISTINA |
| ESTROGÊNIO TOTAIS (FENOLESTERÓIDES) |
| DOSAGEM DE FENOL |
| OSTEOCALCINA |
| PLASMINOGÊNIO, DOSAGEM |
| DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3 |
| TOXOPLASMOSE POR PCR |
| WIDAL, REAÇÃO DE |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI ADENOVÍRUS |
| ANTI-ACTINA |
| TACROLIMUS |
| ANDROSTENEDIOL GLICORONÍDEO |
| CEA- ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO |
| CORPOS CETÔNICOS, PESQUISA |
| COMPOSTO S (11 - DESOXICORTISOL) |
| CULTURA, MICOPLASMA OU UREAPLASMA |
| ETANOL |
| TIROSINA |
| DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO) |
| PESQUISA DE MUCOPOLISSACARÍDEOS NA URINA |
| PIRUVATO QUINASE |
| iodo PROTÉICO (PBI) |
| ENOLASE |
| BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSEIASE) |
| DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ÁCIDOS ORGÂNICOS |
| DOSAGEM DE AÇÚCARES (POR CROMATOGRAFIA) |
| CARNITINA LIVRE |
| DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA |
| X FRÁGIL POR PCR |
| PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTÍGENO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO |
| HIV - ANTÍGENO P24 |
| DOSAGEM DE AMINOGLICOSÍDEOS |
| PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO |
| DOSAGEM DE FRUTOSE |
| REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES |
| DOSAGEM DE ALDOLASE |
| DOSAGEM DE MIOQUINASE |
| CK-MB OU A MIOGLOBINA |

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, contemplarmos 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;

**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. |
| Médico Intensivista Coordenador* (RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020). | 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 discuti-las 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>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> |
| <p>Fisioterapeuta Intensivista Coordenador*</p> | <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> |
| <p>Médico Intensivista Rotina*</p> <p>(RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020).</p> | <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.</p> <p>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> |

| | |
|---|---|
| <p>Enfermeiro Intensivista Rotina*</p> | <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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Realizar visitas institucionais e domiciliares, quando necessárias ao desenvolvimento do trabalho do assistente social, e/ou multiprofissionais, quando necessárias ao trabalho da equipe.</p> |

| | |
|---|---|
| Enfermeiro Plantonista | 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. |
| Farmacêutico Clínico (RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013) | <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;</p> <p>Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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> |
| Fisioterapeuta | 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 descondicionamento cardiopulmonar; Prescrever e executar terapêutica cardiopulmonar e neuro músculo-esquelética; Aplicar métodos, técnicas e recursos de expansão pulmonar, remoção de secreção, fortalecimento muscular, recondicionamento cardiopulmonar e suporte ventilatório; Avaliar e monitorar os parâmetros cardiopulmonares, 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>Fisioterapia em Terapia Intensiva</p> <p>(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 cardiopulmonar do paciente crítico ou potencialmente crítico; Prescrever e executar terapêutica cardiopulmonar 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, condicionamento cardiopulmonar 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, somio terapêutico, entre outros; Aplicar medidas de controle de infecção hospitalar; Realizar posicionamento no leito, sedação, 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 cardiopulmonares, 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> |
| <p>Técnico em Enfermagem</p> | <p>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.</p> |
| <p>Médico Cardiologista</p> | <p>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.</p> |
| <p>Médico Clínico</p> | <p>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.</p> |
| <p>Médico Endocrinologista</p> | <p>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.</p> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 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.

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 | | Código (IBGE) | |
| | 4 UF | 5 Município de Notificação | 6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código | |
| Notificação Individual | 8 Nome do Paciente | | 9 Data de Nascimento | |
| | 10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | 15 Número do Cartão SUS | |
| | 16 Nome da mãe | | 17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito | |
| Notificação de Surto | 18 Nº de Casos Suspeitos/Expostos | | 19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar | |
| | 20 UF | 21 Município de Residência | Código (IBGE) | 22 Distrito |
| Dados de Residência | 23 Bairro | | 24 Logradouro (rua, avenida,...) Código | |
| | 25 Número | 26 Complemento (apto., casa, ...) | 27 Geo campo 1 | |
| | 28 Geo campo 2 | | 29 Ponto de Referência | |
| | 30 CEP | | 31 (DDD) Telefone | |
| | 32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 33 País (se residente fora do Brasil) | |
| | Município/Unidade de Saúde | | Nome | |
| Notificante | Função | | 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 Óbito ? 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 exatema | 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 Surto | 18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ | | | |
| | 19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: _____ Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____ | | | |

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.

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| Dados Gerais | 1 Tipo de Notificação 2 - Individual | 2 Agravo/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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica | | | |
| | 15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe | | |
| Dados de Residência | 17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito |
| | 20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código |
| | 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 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | 30 País (se residente fora do Brasil) | |
| | Conclusão | | | |
| | 31 Data da Investigação | 32 Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado | 33 Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico | |
| Local Provável da Fonte de Infecção | | | | |
| 34 O caso é autóctone do município de residência? 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado | | | | |
| 35 UF | | 36 País | | |
| 37 Município | Código (IBGE) | 38 Distrito | 39 Bairro | |
| 40 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 41 Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravo notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | | |
| 42 Data do Óbito | 43 Data do Encerramento | | | |
| 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 b) Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes | | | | 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 | a) Dengue – Casos | | | | X |
| | b) Dengue – Óbitos | X | X | X | |
| 8 | Difteria | | X | X | |
| 9 | a) Doença de Chagas Aguda | | X | X | |
| | b) Doença de Chagas Crônica | | | | X |
| 10 | Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) | | | | X |
| 11 | a) Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza” | | X | X | |
| | b) Doença Meningocócica e outras meningites | | X | X | |
| 12 | Doenças com suspeita de disseminação intencional: | | | | |
| | a) Antraz pneumônico | X | X | X | |
| | b) Tularemia | | | | |
| | c) Varíola | | | | |
| 13 | Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: | | | | |
| | a) Arenavírus | | | | |
| | b) Ebola | X | X | X | |
| | c) Marburg | | | | |
| | d) Lassa | | | | |
| | e) Febre purpúrica brasileira | | | | |
| 14 | 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 | |
| 15 | Esquistossomose | | | | X |
| 16 | Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria) | X | X | X | |
| 17 | Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação | X | X | X | |
| 18 | Febre Amarela | X | X | X | |
| 19 | 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 | |
| 20 | Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública | X | X | X | |
| 21 | Febre Maculosa e outras Riquetisioses | X | X | X | |
| 22 | Febre Tifoide | | X | X | |
| 23 | Hanseníase | | | | X |
| 24 | Hantavirose | X | X | X | |
| 25 | Hepatites virais | | | | X |
| 26 | HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida | | | | X |
| 27 | Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV | | | | X |
| 28 | Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) | | | | X |
| 29 | Influenza humana produzida por novo subtipo viral | X | X | X | |
| 30 | Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) | | | | X |
| 31 | Leishmaniose Tegumentar Americana | | | | X |
| 32 | Leishmaniose Visceral | | | | X |
| 33 | Leptospirose | | | X | |
| 34 | a) Malária na região amazônica | | | | X |
| | b) Malária na região extra-Amazônica | X | X | X | |
| 35 | Óbito: | | | | |
| | a) Infantil | | | | X |
| | b) Materno | | | | |
| 36 | Poliomielite por poliovírus selvagem | X | X | X | |
| 37 | Peste | X | X | X | |
| 38 | Raiva humana | X | X | X | |
| 39 | Síndrome da Rubéola Congênita | X | X | X | |
| 40 | Doenças Exantemáticas: | | | | |
| | a) Sarampo | X | X | X | |
| | b) Rubéola | | | | |
| 41 | Sífilis: | | | | |
| | a) Adquirida | | | | X |
| | b) Congênita | | | | |
| | c) Em gestante | | | | |
| 42 | Síndrome da Paralisia Flácida Aguda | X | X | X | |
| 43 | Síndrome Respiratória Aguda Grave associada à Coronavírus | | | | |
| | a) SARS-CoV | X | X | X | |
| | b) MERS-CoV | | | | |
| | Tétano: | | | | |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| 44 | a) Acidental | | | X | |
| | b) Neonatal | | | | |
| 45 | Toxoplasmose gestacional e congênita | | | | X |
| 46 | Tuberculose | | | | X |
| 47 | Varicela - caso grave internado ou óbito | | X | X | |
| 48 | a) Violência doméstica e/ou outras violências | | | | X |
| | 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. | | | | | |

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

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 *kardex* 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) **Hotelaria:** 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 de enfermagem em cada leito e banheiro.

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 publica 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). |
| Resolução COFEN nº. 543 de 2017 | Art.1º (...) parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. |
| 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, 07 fevereiro de 2024



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Moraes Daniel Fialho, Subsecretária**, em 08/02/2024, às 16:33, 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 **68268465** e o código CRC **B2188C10**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 68268465

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

TERMO DE REFERÊNCIA DO HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU (HTODL)

1. OBJETO

É objeto deste Termo de Referência e seus anexos, a contratação da Fundação Estadual de Saúde-RJ, na área de atuação de Hospital Geral com perfil de médio porte, regulado, 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 3235 de 10 de Janeiro de 2024 que autoriza a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HTODL)** localizado na Av. das Nações - Limoeiro, Paraíba do Sul - RJ, CEP: 25850-00

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 Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu.

A assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada.

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados.

Considerando a necessidade de implementação de políticas públicas que venham a priorizar a assistência aos casos de ortopedia e traumatologia e a necessidade premente de complementar a oferta de serviços assistenciais de alta e média complexidade, com objetivo de reduzir a demanda reprimida observada, é mandatória e influencia diretamente a ampliação do acesso universal aos serviços assistenciais que devem ser disponibilizados pelo SUS.

Para organizar uma rede que atenda os principais problemas de saúde dos usuários na área de ortopedia e traumatologia é necessário olhar e considerar o perfil epidemiológico regional e as carências de oferta dos serviços. Os serviços objetos deste termo de referência vêm atender à demanda assistencial evidenciada no Estado do Rio de Janeiro. Apresenta perfil voltado ao atendimento de média e alta complexidade em ortopedia e traumatologia, além de UTI de forma complementar. 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.

No Brasil, o perfil epidemiológico evidencia uma alta morbidade relacionada à violência e acidentes de trânsito. As causas externas (que incluem os acidentes e violências) são responsáveis pela 3ª causa de morte na população geral e a 1ª causa de morte na faixa etária de 1 a 39 anos. No trânsito, o Brasil ocupa o 5º lugar no mundo em mortes provocadas por incidentes relacionados aos acidentes de trânsitos e atropelamentos, atrás apenas da Índia, China, Estados Unidos e Rússia (OPAS, 2009). Associado a isto, observa-se também o envelhecimento populacional brasileiro e suas consequentes enfermidades ortopédicas degenerativas (artrose, osteoporose, artrite, etc.), bem como o trauma ortopédico do idoso, evidenciando o impacto desta circunstância no setor de saúde, principalmente no sistema hospitalar. De fato se faz necessária a implementação de políticas públicas que venham a priorizar a assistência à vida do idoso e, neste caso, especificamente na assistência médica aos pacientes ortopédicos degenerativos.

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 FSE/RJ 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. Ademais, por prescindir da cobrança de tarifas, o modelo gerencial proposto respeita a obrigação de gratuidade da prestação dos serviços de assistência à saúde, desonerando os usuários de qualquer espécie de pagamento. O modelo gerencial proposto obedece 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 Secretaria de Estado de Saúde/RJ e o contido no Contrato de Gestão, bem como, exerce um papel de alta relevância no atendimento de sua população-alvo, por se tratar de unidade de elevada resolubilidade, e por possuir recursos técnicos atualizados, para complementação de diagnósticos e tratamentos, capaz de atender às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS, especialmente as referentes ao atendimento humanizado e integral à saúde. 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 o HTODL um serviço estadual para atender aos casos específicos deste escopo via referência regulada.

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



Fonte: Ministério da Saúde, 2017.

3. ORGANIZAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE

O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu situa-se na Av. das Nações, s/n – Limoeiro, Paraíba do Sul - RJ, CEP 25850-000. É classificado como hospital de médio porte, e atende à população de sua região e, eventualmente, de outros municípios, regulados. Atua principalmente no tratamento de média e alta complexidade em traumatologia e ortopedia, especialmente de casos cirúrgicos, que requeiram atenção profissional especializada, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (nº 6586767), o HTODL estrutura-se com perfil de média e alta complexidade, para demanda de internação através da Central Estadual de Regulação (CER/RJ), referenciados pelas unidades de saúde hospitalares. As vagas da unidade são disponibilizadas pelo Núcleo Interno de Regulação (NIR) para a CER, que as ocupará de acordo com o perfil do usuário, e na condição de Serviço Público, está vinculado tecnicamente à SES/RJ, por meio da Subsecretaria de Atenção à Saúde.

A tabela abaixo está demonstrada o histórico de indicadores do HTODL:

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

| Informações HTDOL | Ano: 2023 | | | | | | | | | | |
|---------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Total |
| Quantidade de Internações | 385 | 150 | 573 | 450 | 500 | 493 | 500 | 501 | 488 | 469 | 4.509 |
| Número de óbitos | 2 | 2 | 2 | - | 1 | - | 3 | 2 | 2 | 1 | 15 |
| Taxa de Mortalidade | 0,5 | 1,3 | 0,3 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,6 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 0,3 |
| Média de Permanência | 3,6 | 4,3 | 3,3 | 3,6 | 3,4 | 3,5 | 3,3 | 3,5 | 3,5 | 3,3 | 3,5 |

Fonte: SIH TABNET SES RJ, consultado em 02 de janeiro de 2024.

A entrada de pacientes para o Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu se dará exclusivamente por demanda referenciada e regulada por meio da Central Estadual de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde (CER/RJ), atendendo às normas e diretrizes vigentes. A referência de

usuários para assistência hospitalar poderá ocorrer durante as 24 horas do dia para suporte aos usuários por demanda referenciada e regulados pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ. Oferece atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, referenciados das unidades de saúde pública de todo o Estado do Rio de Janeiro, apresentando condições potencialmente recuperáveis que se beneficiem do tratamento especializado e do perfil oferecido. A assistência à saúde prestada em regime de internação hospitalar sob regulação da Secretaria de Estado de Saúde /RJ, compreenderá o conjunto de serviços oferecidos ao usuário desde seu acolhimento inicial à sua internação hospitalar, passando pela alta hospitalar até a contrarreferência do usuário para a rede de atenção à saúde, incluindo-se todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico e as terapêuticas indicadas. 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 e terapêutico, atendendo às disposições das Portarias do Ministério da Saúde vigentes para o tipo de atenção oferecida, dentro do perfil estabelecido. A Unidade de Terapia Intensiva Adulto do hospital está fisicamente estruturada com perfil de UTI de porte II, para atendimento aos usuários referenciados com agravos de suas condições decorrentes de enfermidades assistidas na unidade.

4. PERFIL DA ASSISTÊNCIA E CONCEITUAÇÃO DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS

O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu exerce papel de Centro de Referência e Excelência destinado ao atendimento de:

- Ortopedia e traumatologia de emergência e/ou urgência programada de média e alta complexidade, realizando procedimentos operatórios altamente especializados de trauma, coluna, joelho, mão/punho, cotovelo/ombro, quadril, pé/tornozelos, microcirurgia, reconstrução e alongamento ósseo, referenciados;
- Fisioterapia e Reabilitação para suporte aos usuários atendidos na instituição (somente durante a internação). Após a alta, os pacientes devem ser referenciados para fisioterapia e reabilitação no Município de origem;
- Cuidados intensivos para suporte aos usuários atendidos no perfil da instituição.

4.1 Assistência do HTODL:

4.1.1 Capacidade instalada:

- a) Salas Cirúrgicas - 06;
- b) Leitos de Recuperação Pós-Anestésica - 08;
- c) Leitos de Terapia Intensiva - 10;
- d) Leitos de Internação - 70;
- e) Salas de Radiologia Geral - 03;
- f) Sala de Tomografia Computadorizada - 01;
- g) Salas de Ultrassonografia com Ecocardiograma - 02;
- h) Consultórios para atendimento ambulatorial - 08.

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

- a) Medicina Interna;
- b) Terapia Intensiva;
- c) Cirurgia Geral;
- d) Anestesiologia;
- e) Ortopedia e Traumatologia;
- f) Cirurgia Vascular
- g) Cardiologia;
- h) Urologista
- i) Reumatologista
- j) Pneumatologista
- l) Radiologia e Diagnóstico por Imagem;
- m) Infectologia;
- n) Medicina do Trabalho.

4.1.3 A unidade de internação deve prover atenção em:

- a) Cirurgias traumatológicas;
- b) Atenção de cuidados intensivos para usuários atendidos no perfil da instituição;
- c) Medicina interna e especialidades diversas para suporte aos usuários internados;
- d) Procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (clínicos, cirúrgicos e multiprofissionais) necessários para apoio à atividade-fim, incluindo a medicina física e reabilitação.

4.2 Assistência Ambulatorial:

- A assistência ambulatorial destina-se à realização de acompanhamento dos pacientes em pré e pós-operatório de ortopedia, e agravos que a unidade se capacita a atender; As vagas devem ser ofertadas e reguladas pelo Complexo Estadual de Regulação (CER/RJ);
- Deve-se ter espaço na agenda para casos excepcionais não marcados, devidamente justificados;
- Implantar o Serviço de Manejo em Fratura (FLS - Fracture Liaison Services) para prevenção de fraturas secundárias, com objetivo de reduzir os custos crescentes em saúde relacionados à fratura;
- Ofertar tratamento medicamentoso gratuito compatível com as necessidades clínicas do paciente inscrito no Serviço de Manejo em Fratura;
- Implantar a Clínica da Dor, através de equipe multidisciplinar, objetivando tratamento da dor crônica, uma vez que dor é um fenômeno multidimensional que promove impactos na qualidade de vida e na capacidade funcional e social, com sérias consequências nas condições físicas, psicológicas e comportamentais;
- Apresentar cronograma de implantação dos novos serviços à SES/RJ em até 30 dias após assinatura do contrato;
- O atendimento ambulatorial deverá funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda à sexta-feira, e sábados das 07h às 13 horas.

4.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT

Estes serviços destinam-se a investigação diagnóstica e ações terapêuticas em usuários internados no hospital o qual deve estar disponível 24 horas por dia e 07 dias por semana.

Os serviços disponíveis no HTODL são:

- a) Radiologia Convencional digital e exames contratados;
- b) Raio-x do Tipo Arco em C (intensificador de imagem)
- c) Tomografia computadorizada;
- d) Ultrassonografia geral e específica, com *Doppler colorido*;
- e) Ecocardiograma transtorácico uni e bidimensional e estudo vascular periférico com *Doppler colorido*;
- e) Eletrocardiograma;
- f) Exames laboratoriais de análises clínicas;
- g) Exames de anatomia patológica;

Os serviços de Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia e Ecocardiograma contam com profissionais especializados com proficiência para a realização dos exames de diagnóstico por imagem compatíveis com os equipamentos existentes na unidade hospitalar e constantes nas tabelas SIA/SUS e Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM 2011. Os exames sob sedação deverão ser realizados por profissional médico habilitado.

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.

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

O HTODL manterá agenda externa regulada pela Central Estadual de Regulação dos seguintes exames: Radiologia convencional simples e contrastada; Tomografia Computadorizada com e sem contraste, com sedação e angiotomografia; Ultrassonografia geral e específica, com Doppler colorido; Ecocardiograma transtorácico uni e bidimensional e estudo vascular periférico com Doppler colorido.

4.4 Serviços de Apoio e Outras Instalações

4.4.1 Serviços de apoio hospitalar

O Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu conta com os seguintes serviços de apoio:

- a) Farmácia;
- b) Ouvidoria;
- c) Serviço Social;
- d) Fisioterapia;
- e) Fonoaudiologia;
- f) Psicologia;
- g) Odontologia
- h) Terapia Ocupacional;
- i) Nutrição (incluindo nutrição enteral e parenteral);
- j) Laboratório de análises clínicas;
- k) Agência transfusional e de hemocomponentes;
- l) Central de Material Esterilizado;
- m) Serviço de Rouparia;
- n) Almoxarifado;
- o) Serviços de Hotelaria;
- p) Arquivo de Prontuários de Usuário (SAME);
- q) Engenharia Clínica (manutenção preditiva, preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares);

- r) Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva de Equipamentos;
- s) Manutenção Predial (alvenaria, elétrica, hidráulica, água, esgoto...) e Conforto Ambiental;
- t) Centro de estudos e auditórios;
- u) Unidades Administrativas (recursos humanos, administração de pessoal, faturamento, tesouraria, contabilidade, informática, suprimentos, patrimônio, qualidade).

4.4.2 Assistência do Serviço Social

O Serviço Social será prestado, quando necessário, aos usuários nos dias úteis no período diurno. Devem também participar de forma complementar nos fluxos e processos de regulação dos pacientes.

No desempenho de suas atividades, os Assistentes Sociais adotam os serviços e procedimentos a seguir relacionados:

- a) Realizar a triagem priorizando demandas sociais que impactam no tratamento e na alta dos pacientes;
- b) Atender pacientes, familiares e acompanhantes;
- c) Discutir casos com equipe multiprofissional;
- d) Orientar sobre os direitos sociais e de cidadania;
- e) Articular com a rede de saúde e demais serviços socioassistenciais;
- f) Intervir em situações de risco e vulnerabilidade social visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- g) Acompanhar os casos mais graves de pacientes reincidentes;
- h) Registrar no prontuário eletrônico do paciente as evoluções sociais;
- i) Participar do planejamento e elaboração de normas e rotinas da unidade;
- j) Supervisionar estágio em Serviço Social;
- k) Identificar vínculos familiares e rede de apoio;
- l) Verificar a rede referenciada para atendimento ao paciente;
- m) Realizar encaminhamentos para a rede socioassistencial (isenção para segunda via de documentos de identificação, acolhimento, benefícios sociais, tais como Auxílio Vulnerabilidade, Programa Bolsa Família, Auxílio Funeral, Benefício de Prestação Continuada, entre outros), direitos previdenciários, trabalhistas e seguros sociais (DPVAT) e a própria rede de saúde (Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência – PAV, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Atenção Básica, entre outros);
- n) Realizar encaminhamentos para órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Defensoria Pública, entre outros);
- o) Localizar e convocar familiares, responsáveis ou rede de apoio dos pacientes (criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência) que chegam ou permanecem na unidade desacompanhados;
- p) Acionar os serviços de apoio à população em situação de rua;
- q) Participar junto com a equipe multiprofissional do processo de notificação de casos de suspeita ou confirmação de violência e encaminhar aos órgãos respectivos, conforme fluxo de atendimento à violência;
- r) Elaborar relatórios e pareceres sociais.

4.4.3 Assistência Farmacêutica

A farmácia deve, primordialmente, ser licenciada por órgão sanitário competente, na forma da Lei nº 5991/2013, da Resolução Conjunta SES/SMS/RJ nº 459/2016 e normativas que vierem complementá-las ou substituí-las.

Em consonância com a Resolução nº 354/2000 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), todos os serviços de urgência/emergência requerem, obrigatoriamente, a assistência técnica do profissional farmacêutico. A Lei nº 13.021/2014 ratifica tal exigência, determinando que as farmácias tenham presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento.

Sendo assim, o Serviço de Farmácia deverá contar com o mínimo de 1 farmacêutico no plantão diurno e 1 no plantão noturno, condição essa também que se alinha aos Parâmetros Mínimos para Recursos Humanos recomendados pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar.

A farmácia deve estar regularizada junto ao Conselho Regional de Farmácia (CRF/RJ) quanto à exigência de Responsabilidade Técnica e Certidão de Regularidade Técnica, em conformidade com a Lei nº 5991/2013 e com a Resolução nº 600/2014 do CFF, respectivamente.

O **HTODL** deve fazer cumprir a Lei nº 13.021/2014, a qual determina que a farmácia privativa de unidade hospitalar ou similar se destina exclusivamente ao atendimento de seus usuários.

O Serviço de farmácia deverá ter seus processos e atividades organizados, tomando como premissa as etapas da Assistência Farmacêutica, em vigor através da Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica publicadas na Portaria Ministério da Saúde n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998 e Resolução Ministério da Saúde nº 338, de 06 de maio de 2004 respectivamente.

Segundo a Resolução do MS 388/2004, as ações de Assistência Farmacêutica envolvem também aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

A garantia do uso racional e seguro de medicamentos deverá ser fomentada através de práticas seguras com foco na Segurança do Paciente de acordo com a Portaria GM/MS nº 529/2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), a RDC/ANVISA nº 36/2013 que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde, que aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, destacando o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos.

Dentro deste contexto da Assistência, Atenção Farmacêutica e Segurança no uso e Administração de medicamentos estão contempladas as ações e atividades voltadas para as Boas Práticas de armazenagem e Dispensação de medicamentos e a Farmacovigilância, definida como “a ciência e atividades relativas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao uso de medicamentos”. Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a Farmacovigilância:

- a) Eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos;
- b) Inefetividade terapêutica;
- c) Erros de medicação;
- d) Uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro;
- e) Uso abusivo;
- f) Intoxicações e interações medicamentosas.

Cabe ao Serviço de Farmácia monitorar de forma ativa os Alertas de Farmacovigilância no site da ANVISA que comunicam novas informações relacionadas à segurança dos medicamentos comercializados no Brasil, de modo a prevenir o uso de medicamentos impróprios pelos usuários do serviço.

Para os medicamentos sujeitos a controle especial, a unidade deve atender a Portaria SVS/MS nº 344 republicada em 01 de fevereiro de 1999 e suas atualizações, a Portaria SVS/MS nº 06 de 29 de janeiro de 1999 e a Resolução RDC/ANVISA nº 17, de 28 março de 2013.

Ratifica-se que tais medicamentos devem ser guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim e sob a responsabilidade do farmacêutico.

Ademais, deve ser exigida a escrituração em Livro de Registro Específico e este deve ser mantido na farmácia para efeito de fiscalização e controle. Em conformidade com a Resolução 357/2001 do Conselho Federal de Farmácia, esta dispensação deve ser realizada exclusivamente por farmacêuticos, sendo vedada a delegação da responsabilidade sobre o controle dos referidos medicamentos a outros funcionários administrativos.

A aquisição dos medicamentos da unidade deve ser pautada na grade mínima de medicamentos, conforme resoluções nº 434/2012; nº 931/2014 e nº 1178/2015 da SES/RJ que contemplam o elenco de medicamentos padronizados para uso hospitalar e devem ser consultadas se porventura a grade mínima não atender a necessidade clínica dos usuários atendidos na instituição. **Permanecendo a necessidade de uso de medicamentos que não estão previstos nas resoluções supracitadas, objetivando o uso racional de medicamentos, o profissional prescrito deverá submeter, além da prescrição, laudo médico que comprove o valor terapêutico com base na melhor evidência, destacando segurança, eficácia e efetividade, para avaliação da pertinência da tecnologia junto à Comissão de Farmácia e Terapêutica da própria instituição.**

Constatando-se real necessidade, os itens relacionados nas resoluções supracitadas devem ter sua autorização de compra pleiteada junto a Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE), bem como a autorização para a compra de medicamentos não padronizados para uso hospitalar no âmbito da SES/RJ.

4.5 Novas Especialidades de Atendimento e Programas Especiais

Se, ao longo da execução das atividades relacionadas neste Termo de Referência e de comum acordo, a CONTRATADA se propuser ou for requisitada a realizar outros tipos de atividades, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de usuário ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser implantadas no HTODL mediante aprovação da SES/RJ após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao Contrato de Gestão.

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 HTODL 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 II, 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 responsável 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 responsável 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 V 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).

5.2 NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (NEPS):

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) se configura 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. A EPS tem dentre suas premissas e diretrizes a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas profissionais a partir dos problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho, das reflexões e problematizações produzidas nesse processo. A educação permanente em saúde revela-se importante prática de ensino aprendizagem e estratégia potente para qualificar as práticas de cuidado, fortalecer os processos de gestão e participação social. No âmbito das ações de educação permanente em saúde, está um processo pedagógico que parte do cotidiano dos profissionais envolvendo conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento, organização do trabalho e que considera fundamental que o aprendizado se produza num contexto que faça sentido para os atores envolvidos. As mudanças na gestão e na assistência ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que celebram entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Frente aos desafios postos pela necessidade de criação de espaços destinados à implementação desse modo de fazer educação em saúde, cabe ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, em articulação com o Centro de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA), quando houver, se organizar como espaço destinado à formação, capacitação, habilitação dos profissionais de saúde, nos moldes preconizados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Na inexistência de CEA na unidade, cabe ao NEP conduzir as atividades de responsabilidade do CEA.

O NEP da unidade deve se constituir como espaço de saber interinstitucional de formação, pesquisa, qualificação profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde na instituição/instituições sob sua responsabilidade.

5.2.1 Objetivos do NEP

- Promover programas de formação e qualificação profissional de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pelas Portarias de Consolidação MS nº 2 e nº 6 de 2017, considerando as necessidades de cada setor/serviço;
- 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.

5.2.2 Atribuições específicas do NEP

- Participar das reuniões do Grupo Trabalho (GT) de Integração dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento (CEA) e Núcleo de Educação Permanente (NEP), instituído através da Resolução SES nº 2229, de 29 de janeiro de 2021, sob coordenação da Superintendência de Educação em Saúde (SUPES/SES-RJ);
- Elaborar anualmente 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 Responsáveis Técnicos pelos diferentes setores/serviços da unidade. O Plano Estadual de Educação Permanente deve ser validado e seguir as diretrizes/orientações da SUPES/SES-RJ e as premissas das portarias de Consolidação MS nº 2 e nº 6 de 2017;
- Executar as ações planejadas pela unidade no PEEPS quando estas forem de responsabilidade do NEP, e acompanhar/monitorar as demais ações inseridas no Plano, quando estas estiverem sob a responsabilidade de outros setores das unidades;
- Fomentar o debate sobre a educação permanente em saúde em todos os espaços da unidade, visando qualificar a assistência e a gestão da unidade, com vistas ao eficiente atendimento das demandas dos cidadãos;

- A qualquer tempo, quando solicitado pela SUPES, o NEP deverá encaminhar um consolidado sobre a execução das ações planejadas no PEEPS do referido ano;
- Realizar processos de capacitação e atualização dos profissionais da unidade, ofertando de forma contínua ações educativas, alinhadas à política Nacional de Educação Permanente, sendo ainda de sua responsabilidade atender, a qualquer tempo, solicitação de ação educativas específica para alguma área/objetivo por parte da SES/RJ;
- Promover em parceria com os CEAs, intercâmbio técnico-científico nas 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;
- Estimular e apoiar em parceria com os CEAs projetos de pesquisa estratégicos a fim de assegurar a expansão de pesquisas nas unidades da SES-RJ;
- Orientar em parceria com os CEAs o pesquisador sobre o Fluxo de Pesquisa, considerando a 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;
- Acompanhar a realização de pesquisas em andamento na unidade;
- Assegurar em parceria com os CEAs a memória dos documentos produzidos na unidade a partir da indexação de materiais técnicos e científicos na Biblioteca Virtual em Saúde da SES-RJ, disponibilizando pelo menos um profissional do NEP para treinamento com a Bireme;
- Promover em parceria com os CEAs a 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;
- Manter o registro atualizado e organizar o fluxo de informações das atividades de educação, ensino e pesquisa realizadas e/ou em andamento na unidade;
- 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;
- Responder a todas as demandas da SUPES referentes aos processos de formação, educação permanente e pesquisa na unidade.

5.2.3 Quanto à operacionalização

5.2.3.1 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;

5.2.3.2 Inserir nos serviços/setores de acordo com os TCTs firmados com a SES/RJ, quando não houver CEA, estagiários de nível médio, superior, internato e pós-graduandos somente a partir da publicação dos instrumentos jurídicos pela SES-RJ descritas pela Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, segundo as Resoluções SES nº 2204 e nº 2205 de 07 de janeiro de 2021;

5.2.3.3 Disponibilizar espaços físicos e serviços da unidade para desenvolvimento de estágios, observando o que estabelece a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 27º que dispõe que os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, através de Termo de Cooperação Técnica firmado junto a Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ;

5.2.3.4 Garantir acesso e apoiar a criação de programas de residência, multiprofissional e uni profissional da SES/RJ.

5.2.3.5 Garantir profissionais de saúde para supervisão e preceptoria de residentes e estagiários de cursos técnicos, graduação e pós-graduação, das diversas áreas que envolvem a formação para atuação nos serviços de saúde, conforme a Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 e Resolução SES 2204, de 07 de janeiro de 2021;

5.2.3.6 Todos os profissionais deverão passar por cursos, atualizações e adequações a novos protocolos, devidamente registrado na unidade através de relatórios de acompanhamento e monitoramento, com comprovação de frequência e certificado;

5.2.3.7 Garantir estrutura física, equipamentos básicos (computador, multimídia, projetor, materiais de escritório, telefone e internet) e equipe para a condução dos processos de formação e educação em saúde, seguindo as diretrizes da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ;

5.2.3.8 Considerar o Decreto Presidencial nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 que institui e regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências;

5.2.3.9 Considerar a Resolução nº 2 de 03 de julho de 2013, da Secretaria de Educação Superior, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Médica - COREME, com orientações para sua composição, atribuições, competências e perfil do Coordenador;

5.2.3.10 Considerar a Resolução CNRM Nº 1, de 5º de janeiro de 2017 que estabelece o Calendário, a partir de 2017, para matrícula de médicos residentes no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Médica e para o ingresso nos Programas de Residência Médica, e dá outras providências;

5.2.3.11 Considerar a Resolução CNRM N º4, de 16 de junho de 2011, que dispõe sobre a reserva de vaga para residente médico que presta Serviço Militar;

5.2.3.12 Considerar a Resolução nº 04, de 12 de julho de 2010 - Proíbe plantão de sobreaviso para Médicos Residentes;

5.2.3.13 Considerar a Resolução nº CNRM nº 1, de 3 de janeiro de 2018. Dispõe sobre transferência de médicos residentes nos Programas de Residência Médica no Brasil;

- 5.2.3.14 Considerar a Resolução CNRM nº 06, de 05 de setembro de 2006 - Avaliação dos programas de residência médica;
- 5.2.3.15 Considerar a Resolução CNRM nº 2, de 17 de maio de 2006- Carga horária mínima de Programa de Residência Médica;
- 5.2.3.16 Considerar a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde;
- 5.2.3.17 Considerar a Resolução CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012 da Secretaria de Educação Superior, que dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e sobre a estrutura, organização e funcionamento das Comissões de Residência Multiprofissional – COREMU;
- 5.2.3.18 Considerar a Resolução CNRMS nº 3 de 13 de fevereiro de 2012 que dispõe sobre licenças, trancamentos e outras ocorrências de afastamento de profissionais da saúde residentes;
- 5.2.3.19 Considerar a Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008 que define o estágio como o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo do estudante. O estágio integra o itinerário formativo do educando e faz parte do projeto pedagógico do curso;
- 5.2.3.20 Considerar a Resolução SES nº 2204 de 07 de janeiro de 2021 que estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde e nível central da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, como campo de estágio obrigatório e não obrigatório e internato pelas instituições de ensino de nível médio e superior da iniciativa pública e privada;
- 5.2.3.21 Considerar a Resolução SES nº 2205 de 07 de janeiro de 2021 que estabelece a regulamentação para a utilização das unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, como campo de prática para pós-graduandos pelas instituições de ensino de pós-graduação da iniciativa pública e privada;
- 5.2.3.22 Considerar a Resolução SES nº 2371 DE 17 de agosto de 2021 que estabelece os critérios para o cumprimento da contrapartida acadêmica à concessão de campo de estágio curricular de nível médio, graduação, internato e campo de prática de pós graduação em razão dos instrumentos jurídicos de cooperação técnica celebrados entre o Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e as Instituições de Ensino Públicas e Privadas;
- 5.2.3.23 Considerar a Resolução SES nº 2638 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;
- 5.2.3.24 Observar a Resolução SES nº 2596, 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;
- 5.2.3.25 Disponibilizar ao menos 01(um) profissional com treinamento para comunicação em Linguagem Brasileira de Sinais (LIBRAS) para pacientes que busquem atendimento 24h/dia, conforme estabelecido na Lei Estadual nº 8.013 de 29 de junho de 2018;
- Parágrafo único: Os profissionais capacitados em LIBRAS poderão exercer normalmente outras funções dentro da unidade de saúde, atuando apenas como intérpretes quando houver demanda de atendimento de usuário com deficiência auditiva.

5.2.4 Perfil profissional do responsável do NEP:

- Ser profissional de nível superior de qualquer área da saúde;
- É desejável ter experiência em Educação em Saúde, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública;
- É desejável formação em nível de pós-graduação nas áreas: Saúde Coletiva, Saúde Pública, Gestão e/ou Planejamento em Saúde, Educação em Saúde, Políticas Públicas ou áreas afins.

5.2.5 Composição do NEP

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

5.2.6 Centro de Estudos:

Assim como o NEP, e não menos importante, os CEAs possuem papel importante e estratégico que asseguram a continuidade das ações de ensino, educação e pesquisa desenvolvidas nas unidades da SES-RJ.

O Centro de Estudos 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 de educação. Conseqüentemente, a existência e a condução exitosa e eficiente do Centro de Estudos acarretará na qualificação técnica de trabalhadores e estudantes lotados nas unidades de saúde da SES-RJ.

Além de outras atribuições, o representante do Centro de Estudos deve participar das reuniões do Grupo de Trabalho de Integração dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento e Núcleo de Educação Permanente, sob a coordenação da SUPES. O Centro de Estudos também deve trabalhar de forma integrada com o NEP, quando houver na mesma unidade.

Esclarece-se que os CEAs das unidades de saúde SES-RJ são regidos por resoluções próprias e devem seguir o exposto na legislação vigente.

5.3 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída por meio da Portaria de Consolidação nº. 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:

- Realizar a interface com as Centrais de Regulação;
- Delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS;
- Disponibilizar consultas ambulatoriais;
- 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 **HTODL** 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 **HTODL** deve ser composto por médico regulador e 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.º529/2013 e RDC n.º036/2013.

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 04 profissionais de nível superior, sendo 01 responsável e 01 administrativo.

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 nº4/2017) e Resolução SES nº1864/2019. 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 justificativa.
 - 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.

5.6.3 Composição Mínima do Núcleo da Qualidade:

- a) Equipe mínima de 03 profissionais, sendo 01 responsável.

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 Comissões 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 atualizada 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 Demais instâncias obrigatórias

5.9.1 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;
- d) Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) – Norma Regulamentadora nº 05;
- 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 N° 330, de 20 de dezembro de 2019;
- j) Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional - Resolução - RCD N° 63, de 6 de julho de 2000.

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

5.9.3 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 **Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HTODL)** 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 **Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HTODL)**, 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 Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu;

6.1.13 Fornecer:

a) Atendimento odontológico aos pacientes internados;

b) Atendimento Médico contínuo 24h;

c) Assistência de Enfermagem contínua 24h;

d) Assistência de reabilitação aos pacientes internados em assistência hospitalar (Fonoaudiológica, Terapia Ocupacional e Fisioterápica);

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 **Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (HTODL)**, incluem-se nutrição enteral e parenteral quando indicadas;

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, 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 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, responsável 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.

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

6.1.29 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.

6.1.30 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.

6.1.31 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 para a 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 Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu.

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 Hotelaria Hospitalar/Pré Hospitalar da 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 **HTODL** 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 o **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 termossensível.
- 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 02 (duas) 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 III, e as Notas Técnicas CBMERJ e ABNT NBR correspondentes a cada sistema, na forma que segue:

6.3.33 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 III, 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 dimensionadas 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) Motogeradores 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;

6.3.34 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;

6.3.35 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;

6.3.36 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;

6.3.37 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 Definir, implantar e acompanhar **Política de Segurança Ocupacional**, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável, inclusive **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**, **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)** e, se for o caso, **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)**;

6.4.5 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;

6.4.6 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;

6.4.7 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;

6.4.8 Garantir que todos os colaboradores que executam 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, afim de confirmar a veracidade do documento apresentado.

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

6.4.10 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.

6.4.11 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;

6.4.12 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;

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

6.4.14 Implantar e manter as normas de atendimento a **Acidentes Biológicos e Programa de Proteção de Riscos Ambientais (PPRA)** 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);

6.4.15 Respeitar o Organograma Padrão, disposto na Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007, art. 21 que estabelece que a direção das unidades hospitalares geridas pela

Fundação, cada unidade hospitalar contará com a seguinte estrutura gerencial, de livre-provimento, subordinadas a Diretoria Executiva, a saber:

I – 01 (um) Diretor Geral

II – 01 (um) Diretor Administrativo e de Recursos Humanos

III – 01 (um) Diretor Assistencial

IV – 01 (um) Assessor de Planejamento

6.4.16 Os Diretores não poderão ser contratados pelo vínculo de Pessoa Jurídica (PJ).

6.4.17 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 HTODL

| Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia DONA LINDU | | | | | | |
|---|-------------------------|------------------------------------|--|-------------------|------------|-------------------|
| Unidade | Sector | Subsector | Cargo | Quantidade Mínima | CH Semanal | Escala de Plantão |
| HTO D LINDU | 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 Assistencial | Direção Técnica | 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 | | |
| HTO D LINDU | INSTÂNCIAS OBRIGATÓRIAS | Qualidade | Responsável Núcleo da Qualidade | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Educação Permanente | Responsável Núcleo de Educação Permanente | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Segurança do Paciente | Responsável Núcleo de Segurança do Paciente | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Comissão de Lesões | Enfermeiro Diarista | 2 | 30 | DIARISTA |
| | | | Técnico de Enfermagem | 2 | 30 | DIARISTA |
| | | NVH/CVE/CCIH | Responsável Enf. NVH/CVE/CCIH | 1 | 40 | 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 |
| | | Ouvidoria | Auxiliar Administrativo SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| Ouvidor | 1 | | 40 | DIARISTA | | |
| HTO D LINDU | ADMINISTRAÇÃO | Recepção | Auxiliar Administrativo SD | 8 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | Auxiliar Administrativo SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | Auxiliar Administrativo | 4 | 40 | DIARISTA |
| | | Documentação / Prontuário | Auxiliar Administrativo Diarista | 6 | 40 | DIARISTA |
| | | | Auxiliar Administrativo SD | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | Registro de Pacientes / Internação | Auxiliar Administrativo SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | Analista de RH | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Controle de Funcionários / RH | Assistente Administrativo Diarista | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | Auxiliar Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Faturamento / SAME | Responsável do Faturamento / SAME | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | Auxiliar Administrativo | 3 | 40 | DIARISTA |
| | | Contratos | Assistente Administrativo Diarista | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Patrimônio | Responsável do Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA |
| Auxiliar Administrativo | 2 | | 40 | DIARISTA | | |
| | T.I. | Responsável do TI | Supervisor TI | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | Técnico T.I. | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | Técnico T.I. SD | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | Técnico T.I. SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 |
| | | | Enfermeiro Responsável SADT | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Médico Responsável RT | Técnico Radiologia RT | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | Médico radiologista TC + RX | 7 | 24 | LAUDISTA |

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|---------------------------------|----------------------------------|------------------|----------|----------------|
| HTO D LINDU | APOIO TÉCNICO ASSISTENCIAL | SADT | Ultrassonografistas | 1 | 12 | PARECERISTA | | |
| | | | Ecocardiografista | 1 | 12 | PARECERISTA | | |
| | | | Téc. de Radiologia TC | 7 | 24 | PLANTONISTA 24H | | |
| | | | Téc. de Radiologia RX | 7 | 24 | PLANTONISTA 24H | | |
| | | | Téc. de Radiologia RX | 9 | 24 | 2 PLANTÕES X 12H | | |
| | | | Enfermeiro Rotina | 1 | 30 | DIARISTA | | |
| | | | Téc. Enfermagem SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Téc. Enfermagem SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Auxiliar Administrativo Diarista | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | Almoxarifado / Suprimentos | Responsável do Almoxarifado | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Auxiliar Administrativo Diarista | 2 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Almoxarife SD | 6 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | | Almoxarife SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | Serviço de Farmácia + farmácias satélites | Farmacêutico Responsável (RT) | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Farmacêutico | 7 | 24 | ESCALA FIXA | | |
| | | | Auxiliar de Farmácia SD | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Auxiliar de Farmácia SN | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| HTO D LINDU | HOTELARIA | Hotelaria | Responsável da Hotelaria | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Auxiliar Administrativo SD | 6 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | | Auxiliar Administrativo SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | Rouparia | Líder da Rouparia | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Camareira SD | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | | Auxiliar de Rouparia SD | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | Serviço de Higiene e Limpeza | Auxiliar de Rouparia SN | 2 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | | Encarregado Serviços Gerais | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Auxiliar Serviços Gerais | 6 | 40 | DIARISTA | | |
| | | Transporte de Pacientes | Auxiliar Serviços Gerais SD | 28 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | | Auxiliar Serviços Gerais SN | 10 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | | Maqueiro SD | 8 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | Segurança | Maqueiro Diarista | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Controlador de Acesso SD | 8 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | | Controlador de Acesso SN | 4 | 40 | ESCALA 12 X 36 | | |
| | | HTO D LINDU | ASSISTENCIAL | GESSO (Ortopedia e Ambulatório) | Técnico de Imobilização Diarista | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | | | | Técnico de Imobilização SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| Técnico de Imobilização SN | 3 | | | | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| AMBULATÓRIO | Enfermeiro Responsável | | | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | Médico Cirurgião Vascular | | | 2 | 30 | DIARISTA | | |
| | Médico Ortopedista | | | 8 | 30 | DIARISTA | | |
| | Médico Cardiologista | | | 1 | 30 | DIARISTA | | |
| | Médico Urologista | | | 1 | 12 | Parecerista | | |
| | Médico Cirurgião Geral | | | 1 | 12 | Parecerista | | |
| | Médico Reumatologista | | | 1 | 6 | Parecerista | | |
| | Médico Pneumologista | | | 1 | 12 | Parecerista | | |
| | Auxiliar Administrativo | | | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | Enfermeiro | | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| Técnico de Enfermagem | 6 | | | 30 | ESCALA 12 X 60 | | | |
| Serviço Social | Responsável Assistente Social RT | | | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | Assistente Social SD | | | 6 | 24 | ESCALA 2 PL 12H | | |
| | Serviço de Psicologia | | | Responsável Psicólogo RT | 1 | 40 | DIARISTA | |
| | | Psicólogo SD | 5 | 24 | ESCALA 2 PL 12H | | | |
| | Serviço de Fonoaudiologia | Fonoaudiólogo | 1 | 40 | DIARISTA | | | |
| | Serviço de Nutrição e Dietética | Responsável Nutricionista RT | 1 | 40 | DIARISTA | | | |
| Nutricionista Hospitalar SD | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | | | |
| Nutricionista Hospitalar SN | | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | | | |
| HTO D LINDU | ASSISTENCIAL | Centro Cirúrgico (6 salas) + RPA (07 leitos) + CME | Enfermeiro Responsável Bloco Cirúrgico | 1 | 40 | DIARISTA | | |
| | | | Médico Responsável Bloco Cirúrgico | 1 | 30 | DIARISTA | | |
| | | | Médico Anestesiologista | 30 | 12 | PLANTONISTA 12 H | | |
| | | | Médico Cirurgião Ortopedista | 64 | 12 | PLANTONISTA 12 H | | |
| | | | Enfermeiro Rotina CC + CME | 2 | 30 | DIARISTA | | |
| | | | Enfermeiro SD | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Enfermeiro SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Técnico de Enfermagem SD | 24 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Técnico de Enfermagem SN | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Técnico de Instrumentação Cirúrgica SD | 18 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| | | | Técnico de Instrumentação Cirúrgica SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | | |
| Técnico de Enfermagem Rotina CC + CME | 4 | 30 | DIARISTA | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|--|--|-----------------------|-------------------------------|------------------|
| HTO D LINDU | CME | Auxiliar Administrativo | 4 | 40 | DIARISTA | |
| | | Enfermeiro SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | Enfermeiro SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | Supervisor de Enfermagem | 1 | 30 | DIARISTA | |
| | | Técnico de Enfermagem SD | 12 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | | Técnico de Enfermagem SN | 6 | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| | ASSISTENCIAL | UTI ADULTO (10 leitos) | Médico Responsável UTI | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | | Enfermeiro Responsável UTI | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | Responsável Fisioterapeuta (RT) | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | | MÉDICO ROTINA | 2 | 30 | DIARISTA |
| | | | Médico Intensivista SD | 7 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | | Médico Intensivista SN | 7 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | | Odontólogo hospitalar | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | | Enfermeiro SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | | Enfermeiro SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | | Téc. Enfermagem Rotina | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | | Téc. Enfermagem SD | 15 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | | Téc. Enfermagem SN | 15 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | | Fisioterapeuta SD | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | | Fisioterapeuta SN | 3 | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | | | ASSISTENCIAL | Admissão / Internação | Enfermeiro Responsável | 1 |
| | Enfermeiro SD | 3 | | | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | Enfermeiro SN | 3 | | | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | Téc. Enfermagem SD | 3 | | | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | Téc. Enfermagem SN | 3 | | | 30 | ESCALA 12 X 60 |
| | Enfermaria Clínica (70 Leitos) | Enfermeiro Responsável Enfermaria | | 1 | 40 | DIARISTA |
| | | Médico Responsável Enfermaria | | 1 | 30 | DIARISTA |
| | | MÉDICO ROTINA CLÍNICO | | 5 | 30 | DIARISTA |
| | | Auxiliar Administrativo | | 3 | 40 | DIARISTA |
| | | Médico Clínico Geral SD | | 21 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Médico Clínico Geral SN | | 14 | 12 | PLANTONISTA 12 H |
| | | Médico Ortopedista Visitador | | 3 | 30 | DIARISTA |
| | | Enfermeiro Rotina | | 3 | 30 | DIARISTA |
| Enfermeiro SD | | 18 | | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| Enfermeiro SN | | 18 | | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| Técnico de Enfermagem Rotina | | 3 | | 30 | DIARISTA | |
| Técnico de Enfermagem SD | | 42 | | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| Técnico de Enfermagem SN | | 42 | | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| Fisioterapeuta SD | | 6 | | 30 | ESCALA 12 X 60 | |
| TOTAL | | 750 | | | | |

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

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

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

6.4.21 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;

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

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

6.4.24 É vedada a contratação de profissionais autônomos;

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

6.4.26 A contratada poderá adotar estratégias diferenciadas de contratação de RH médico por meio de prestação de serviço assistencial necessário a execução do referido termo.

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 Nº 3, RDC Nº 50 de 2002, RDC Nº 154 de 2004, RDC Nº 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 Preditiva, 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 Responsabilizar-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 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;

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 Nº22 (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

| 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 |

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 | <ul style="list-style-type: none"> ● 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); ● Comissão de Vigilância Epidemiológica Hospitalar. |
| Prontuário Eletrônico do Paciente | <ul style="list-style-type: none"> ● 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 | <ul style="list-style-type: none"> ● 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 03.

Tabela 03 – Indicadores de Desempenho da Unidade Hospitalar.

| INDICADOR | FÓRMULA DE CÁLCULO | REFERENCIAL TEÓRICO | FONTE DE COLETA DE DADOS | META |
|---|---|--|---|-----------|
| Média de permanência em enfermaria Adulta | Total de pacientes-dia / Total de saídas no período (saídas por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito hospitalar) | 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 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 | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 8 dias |
| Média de permanência UTI adulto | Total de pacientes-dia UTI adulto/Total de saídas internas+saídas hospitalares (altas +óbitos +transferências externas) da 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://bvsm.s.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_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 4- 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-efi-07.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 12 dias |

| | | | | |
|--|--|--|---|-----------------------|
| Taxa de Ocupação Operacional Geral | Total de pacientes- dia no período/Total do número de leitos-dia operacionais 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://bvsm.s.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_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 4- 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-efi-01.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≥ 80 % |
| Taxa de Ocupação Operacional Enfermarias | Total de pacientes- dia nas enfermarias/Total do número de leitos- dia operacionais nas 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://bvsm.s.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_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 4- 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-efi-01.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≥ 80% |
| Taxa de ocupação operacional UTI adulto | Nº Pacientes-dia UTI Adulto/Leitos-dia operacionais UTI Adulto 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.s.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_I_publicacao_ANS.pdf 3 - Ficha de Indicadores ANS (Ministério da 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 4- 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-efi-01.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≥ 80 % |
| Taxa de mortalidade Institucional | Nº de óbitos de pacientes ≥ 24 horas de internação do período/Total de saídas 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.s.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_I_publicacao_ANS.pdf 3 - Ficha de Indicadores ANS (Ministério da Saúde) 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-efi-02.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 4,05 % |
| Taxa de Mortalidade Padronizada UTI adulto | Nº de óbitos observados na UTI/ Nº de óbitos previstos na UTI | 1. PROQUALIS. https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/taxa-de-mortalidade-hospitalar-padronizada | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 2,0 % |
| Taxa de mortalidade cirúrgica | Nº de óbitos cirúrgicos (óbitos até 07 dias após procedimento cirúrgico na mesma internação,no período) /Nº de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período *100 | http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-03.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Menor ou igual a 3,4% |
| Taxa de retorno não planejado à sala de cirurgia | Soma retornos não planejados à sala de cirurgia, em até 7 dias após cirurgia eletiva / Soma de cirurgias eletivas realizadas * 100 | http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Fichas_Indicadores_QUALISS.pdf | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Menor ou igual a 20% |

| | | | | |
|--|---|---|--|-----------------------------------|
| Taxa de suspensão de cirurgias eletivas | Nº de cirurgias suspensas por fatores extra pacientes/ Nº de cirurgias agendadas X 100 | 3º Caderno de Indicadores CQH, 2009 | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Menor ou igual a 5% |
| Incidência de lesão por pressão | Número de casos novos de pacientes com LPP em um determinado período/Número de pessoas expostas ao risco de adquirir LPP (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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf 2 - Ficha de Indicadores ANS (Ministério da Saúde): 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-efi-02.pdf 3- Ficha Indicador Proqualis: https://proqualis.fiocruz.br/indicadores/incid%C3%Aancia-de-%C3%BAlcera-por-press%C3%A3o-pp | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 15 % |
| Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) na UTI Adulto | Número de casos novos de IPCSL no período/ Número de CVCs-dia 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://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_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 | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | Máximo de 4,5/1000 (Laboratorial) |
| Incidência de extubação acidental (não planejada) na UTI adulto | Nº de extubação não planejada / Nº de paciente intubado * 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_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 | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≤ 3% |
| Educação Permanente | Número de Treinamentos realizados | 1-Portaria 1.600 de 2011, MS | Plano de Educação Permanente em Saúde da Unidade e Lista de frequência dos participantes | ≥ 80% |
| | ÷ | 2 - https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36844/23466 | | |
| | Número de treinamentos planejados | 3 - https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTI3MTA%2C | | |
| Resolubilidade da Ouvidoria | Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas X 100 | Resolução SES nº 2741/2022 | Sistema de Ouvidoria do Estado | ≥ 90% |
| 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 | ID-PPSC-1 - Padrão Pesquisa de Satisfação Contínua; Plataforma de Monitoramento | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde | ≥ 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 (ambulatórios); 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 responsável pela 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 Infecciosas 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 Perfurocortantes

| |
|--|
| RT – PCR PARA COVID 19 |
| SOROLOGIA IGM/IGG PARA COVID 19 |
| D-DÍMERO |
| 1,25-DIHIIDROXI VITAMINA D |
| DOSAGEM DE 17-ALFA-HIDROXIPROGESTERONA |
| DOSAGEM DE 17-CETOSTERÓIDES TOTAIS |
| DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D |
| ACETILCOLINESTERASE, EM ERITRÓCITOS |
| DOSAGEM DE ÁCIDO ASCÓRBICO |
| DOSAGEM DE FOLATO |
| DOSAGEM DE LACTATO |
| DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO |
| DOSAGEM DE ÁCIDO VALPRÓICO |

| |
|--|
| DOSAGEM DE ÁCIDO VANILMANDELICO |
| ADENOSINA DE AMINASE (ADA) |
| ALBUMINA |
| DOSAGEM DE ALDOLASE |
| DOSAGEM DE ALDOSTERONA |
| IMUNOGLOBULINA ESPECÍFICA (IGE - RAST) |
| DOSAGEM DE ALFA-1-ANTITRIPSINA |
| PESQUISA DE TRIPSINA NAS FEZES |
| DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEINA ACIDA |
| DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA |
| DOSAGEM DE AMILASE |
| DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO) |
| DOSAGEM DE ANTITROMBINA III |
| ANTIBIOGRAMA |
| ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) C |
| ANTINEUTRÓFILOS (ANCA) P |
| ANTICARDIOLIPINA - IGA |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA |
| PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA |
| DOSAGEM DE ANTICOAGULANTE CIRCULANTE |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA HISTOPLASMA |
| ANTI-JO1 |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMITOCONDRIA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-RIBONUCLEOPROTEINA (RNP) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70) |
| ANTICENTRÔMERO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-DNA |
| ANTI-ENA (SM E RNP), HA QUANTITATIVA |
| DETERMINAÇÃO DE ANTICORPOS ANTIPLAQUETÁRIOS |
| PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÔNÁRIO (CEA) |
| CLEARANCE OSMOLAR |
| DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-MÚSCULO LISO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO) |
| BACTERIOSCOPIA (GRAM) |
| DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA |
| DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA (HCG, BETA HCG) |
| DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIBRUCELAS |
| MARCADORES TUMORAIS (CA 19.9, CA 125, CA 72-4, CA 15-3, ETC.) CADA |
| CA 50 |
| DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL |
| DOSAGEM DE CÁLCIO URINÁRIO |
| DOSAGEM DE CALCITONINA |
| EXAME QUALITATIVO DE CÁLCULOS URINÁRIOS |
| DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO |
| PESQUISA DE CARACTERES FÍSICOS NO LIQUOR |
| DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA |
| DOSAGEM DE CAROTENO |
| CATECOLAMINAS FRAZIONADAS - DOPAMINA, EPINEFRINA, NOREPINEFRINA (CADA) |
| CAXUMBA, IGG |
| CAXUMBA, IGM |
| PESQUISA DE CÉLULAS LE |
| DOSAGEM DE CERULOPLASMINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTI TRYPANOSOMA CRUZI CHAGAS) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI TRYPANOSOMA CRUZI |
| PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCENCIA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS |
| DOSAGEM DE CITRATO |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB |
| CLEARANCE DE CREATININA |
| DOSAGEM DE CLORETO |

| |
|---|
| DOSAGEM DE COBRE |
| DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL |
| DOSAGEM DE COLINESTERASE |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3 |
| DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4 |
| COMPLEMENTO C5 |
| DETERMINAÇÃO DE COMPLEMENTO (CH50) |
| CONTAGEM DE PLAQUETAS |
| EXAME DE CARACTERES FÍSICOS CONTAGEM GLOBAL E ESPECÍFICA DE CÉLULAS |
| CONTAGEM ESPECÍFICA DE CÉLULAS NO LÍQUOR |
| CONTAGEM GLOBAL DE CÉLULAS NO LÍQUOR |
| TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD) |
| TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) |
| CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO |
| DOSAGEM DE CORTISOL (SÉRICO) |
| DOSAGEM DE CREATININA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO |
| DOSAGEM DE CREATININA |
| DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK) |
| DOSAGEM DE CRIOAGLUTININA |
| PESQUISA DE CRIOGLOBULINAS |
| CULTURA PARA BAAR |
| DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA (2 DOSAGENS) |
| DETERMINAÇÃO DE CURVA GLICEMICA CLÁSSICA (5 DOSAGENS) |
| DOSAGEM DE DEHIDROEPIANDROSTERONA (DHEA) |
| ANTIBIOGRAMA COM CONCENTRAÇÃO INIBITÓRIA MÍNIMA |
| DOSAGEM DE SULFATO DE HIDROEPIANDROSTERONA (DHEAS) |
| DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA E SUAS ENZIMAS |
| PRODUTOS DE DEGRADAÇÃO DA FIBRINA, QUANTITATIVO |
| RASTREIO PARA DEFICIÊNCIA DE ENZIMAS ERITROCITÁRIAS |
| MIOGLOBINA, PESQUISA |
| ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA |
| IMUNOELETROFORESE DE PROTEÍNAS |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS EPSTEIN-BARR |
| ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO) |
| ERITROPOIETINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ESPERMATOZÓIDES |
| DOSAGEM DE ESTRADIOL |
| DOSAGEM DE ESTRIOL |
| DOSAGEM DE ESTRONA |
| EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO PARA CONGELAMENTO / PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO) |
| EXAME CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL/MICROFLORA |
| EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) |
| PESQUISA DE HEMOGLOBINA S |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINÚCLEO |
| DOSAGEM DE FATOR VON WILLEBRAND (ANTÍGENO) |
| DOSAGEM DE FATOR II |
| DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATÓIDE |
| PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO) |
| FATOR V DE LAYDEN POR PCR |
| DOSAGEM DE FATOR VII |
| DOSAGEM DE FATOR VIII |
| DOSAGEM DE FATOR X |
| DOSAGEM DE FATOR XI |
| DOSAGEM DE FERRITINA |
| DOSAGEM DE FERRO SÉRICO |
| DOSAGEM DE FIBRINO GÊNIO |
| FILÁRIA SOROLOGIA |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ÁCIDA TOTAL |
| DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA |
| DOSAGEM DE FÓSFORO |
| FRUTOSAMINAS (PROTEÍNAS GLICOSILADAS) |
| TESTE FTA-ABS IGG PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| TESTE FTA-ABS IGM PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE FUNGOS |
| DOSAGEM DE GLICOSE-6-FOSFATO DESIDROGENASE |
| DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT) |
| GASOMETRIA (PH PCO2 PO2 BICARBONATO AS2 (EXCETO BASE) |
| DOSAGEM DE GLICOSE |
| DOSAGEM DE GLICOSE NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES |
| PESQUISA DE GORDURA FECAL |

| |
|---|
| DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO |
| GRUPO SANGUÍNEO ABO, E FATOR RHO (INCLUI DU) |
| PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG) |
| PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG) |
| DOSAGEM DE COLESTEROL HDL |
| HEMATÓCRITO |
| HEMOCULTURA |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA |
| HEMOGRAMA COMPLETO |
| DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV- IGG) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV- IGM) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV) |
| QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C |
| ANTICORPO ANTIVÍRUS DA HEPATITE E (TOTAL) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLIS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS HERPES SIMPLIS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1 + HIV2 (ELISA) |
| HOMOCISTEÍNA |
| DOSAGEM DE ADRENOCORTICOTRÓFICO (ACTH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (HGH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO-ESTIMULANTE (FSH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH) |
| DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH) |
| WESTERN BLOT (ANTICORPOS ANTI-HTVI OU HTLVII) (CADA) |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE) |
| IGF BP3 (PROTEÍNA LIGADORA DOS FATORES DE CRESCIMENTO "INSULIN-LIKE") |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA CLASSIFICAÇÃO DE . LEUCEMIAS/LINFOMAS-CITOM. FLUXO |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA A (IGA) |
| IGG |
| IGD |
| DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA M (IGM) |
| IGG, SUBCLASSES 1,2,3,4 - IDIR (CADA) |
| IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR) |
| DOSAGEM DE INSULINA |
| LACTOSE, TESTE DE TOLERÂNCIA |
| PROVA DO LATEX PARA HAEMOPHILLUS INFLUENZAE, STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, NEISSERIA MENINGITIDIS (SOROTIPOS A, B, C) |
| DOSAGEM DE COLESTEROL LDL |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILEPTOSPIRAS |
| LEUCOGRAMA |
| CONTAGEM DE LINFÓCITOS CD4/CD8 |
| DOSAGEM DE LIPASE |
| LIPOPROTEÍNA (A) - LP (A) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTILISTERIA |
| DOSAGEM DE LÍTIU |
| DOSAGEM DE MAGNÉSIO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI PLASMÓDIOS |
| DOSAGEM DE MERCÚRIO |
| DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS HETERÓFILOS CONTA O VÍRUS EPSTEIN- BARR |
| GONADOTROFINA CORIÔNICA - HEMAGLUTINAÇÃO OU LÁTEX |
| DOSAGEM DE OXALATO |
| REAÇÃO DE PANDY |
| PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS (PARASITO) |
| DOSAGEM DE PARATORMÔNIO |
| PARVOVÍRUS - IGG, IGM (CADA) |
| DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA |
| DOSAGEM DE PEPTÍDEO C |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HTLV1 + HTLV2 |
| BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR |
| EXAME DE CITOLOGIA ONCÓTICA (EXCETO CÉRVICO-VAGINAL) |
| PESQUISA DE LARVAS NAS FEZES |
| PESQUISA DE ROTAVÍRUS NAS FEZES |
| PH - TORNASSOL |
| DOSAGEM DE POTÁSSIO |
| PRODUTOS DE DEGRADAÇÃO DA FIBRINA, QUALITATIVO |
| DOSAGEM DE PROGESTERONA |
| DOSAGEM DE PROLACTINA |
| PROTEÍNA C |

| |
|--|
| PESQUISA DE CADEIAS LEVES KAPPA E LAMBDA |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS NO LÍQUIDO SINOVIAL E DERRAMES |
| PROTEÍNA S, TESTE FUNCIONAL |
| PROTEÍNA S LIVRE, DOSAGEM |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS) |
| DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRACOES |
| ANTÍGENO ESPECÍFICO PROSTÁTICO LIVRE (PSA LIVRE) |
| RENINA |
| CONTAGEM DE RETICULÓCITOS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA |
| PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES |
| SELÊNIO, DOSAGEM |
| DOSAGEM DE ÁCIDO 5-HIDROXI-INDOL-ACÉTICO (SEROTONINA) |
| DOSAGEM DE SÓDIO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ARBOVÍRUS (DENGUE E FEBRE AMARELA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTI LEISHMANIAS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI LEISHMANIAS |
| PESQUISA DE SUBSTÂNCIAS REDUTORAS NAS FEZES |
| PESQUISA DE ENTEROBIUS VERMICULARES (OXIURUS OXIURA) |
| T3 LIVRE |
| DETERMINAÇÃO DE T3 REVERSO |
| DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP) |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE |
| DOSAGEM DE TESTOSTERONA |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACÉTICA (TGO) |
| DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO-PIRÚVICA (TGP) |
| DOSAGEM DE TIREOGLOBULINA |
| DOSAGEM DE TIROXINA (T4) |
| AVIDEZ DE IGG PARA TOXOPLASMOSE, CITOMEGALIA, RUBÉOLA, EB E OUTROS, CADA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA |
| ANTICORPO ANTI-RECEPTOR DE TSH (TRAB) |
| DOSAGEM DE TRANSFERRINA |
| DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS |
| DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3) |
| TROPONINA |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA) |
| UREASE, TESTE RÁPIDO PARA HELICOBACTER PYLORI |
| DOSAGEM DE UREIA |
| ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA |
| TESTE DE VDRL P/ DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| VITAMINA A, DOSAGEM |
| DOSAGEM DE VITAMINA B12 |
| VITAMINA E |
| COLESTEROL VLDL (COBRAR TRIGLIC. MESMO QUANDO NÃO SOLICITADO) |
| PESQUISA DE FATOR REUMATÓIDE (WAALER-ROSE) |
| WEIL FELIX (RICKETSIOSE), REAÇÃO DE AGLUTINAÇÃO |
| DOSAGEM DE ZINCO |
| DOSAGEM DE INIBIDOR DE C1-ESTERASE |
| ELETROFORESE DE LIPOPROTEÍNAS |
| DOSAGEM DE FENITOÍNA |
| DOSAGEM DE BARBITURATOS (FENOBARBITAL) |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA |
| METANEFRIAS URINÁRIAS, DOSAGEM |
| MIOGLOBINA, PESQUISA |
| GLOBULINA DE LIGAÇÃO DE HORMÔNIOS SEXUAIS (SHBG) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTICLAMÍDIA (POR IMUNOFLUORESCÊNCIA) |
| ÁCIDO METIL MALÔNICO |
| DOSAGEM DE AMÔNIA |
| ANTICORPO ANTI-DNASE B |
| DOSAGEM DE ANTICORPOS ANTI TRANSGLUTAMINASSE RECOMBINANTE HUMANO IGA |
| ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBIL. ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS) |
| ANTIBIOGRAMA PARA MICOBACTÉRIAS |
| ANTIGLIADINA (GLÚTEN), ELISA - IGG E IGA (CADA) |
| ANTICORPOS ANTIENDOMISIO - IGG, IGM, IGA (CADA) |
| APOLIPOPROTEÍNA A (APO A) |
| APOLIPOPROTEÍNA B (APO B) |
| N-TELOPEPTÍDEO |
| DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM SANGUE PERIFÉRICO (COM TÉCNICA DE BANDAS) |

| |
|--|
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI CYSTICERCUS |
| PESQUISA DE CISTINA NA URINA |
| CREATINO FOSFOQUINASE - FRAÇÃO MB - MASSA |
| CLOSTRIDIUM DIFFICILE, TOXINA A |
| CRIPTOCOCOSE, CÂNDIDA, ASPERGILUS (LÁTEX) |
| CRIPTOSPORIDIUM, PESQUISA |
| CROMATINA SEXUAL, PESQUISA |
| DOSAGEM DE DIGITÁLICOS (DIGOXINA, DIGITOXINA) |
| PESQUISA DE PROTEÍNAS URINÁRIAS (POR ELETROFORESE) |
| PESQUISA DE ERROS INATOS DO METABOLISMO NA URINA |
| EXAME CITOPATOLOGICO HORMONAL SERIADO (MÍNIMO 3 COLETAS) |
| DOSAGEM DE FATOR IX |
| DOSAGEM DE FATOR V |
| FOSFATASE ALCALINA FRAÇÃO ÓSSEA - ELISA |
| DETERMINAÇÃO DE FOSFOLÍPIDIOS RELAÇÃO LECITINA - ESFINGOMIELINA NO LÍQUIDO AMNIÓTICO |
| DOSAGEM DE GASTRINA |
| DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA |
| DOSAGEM DE HEMOGLOBINA FETAL |
| HEPATITE B (QUANTITATIVO) PCR |
| GENOTIPAGEM DE VÍRUS DA HEPATITE C |
| DETECÇÃO DE RNA DO VÍRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO) |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA HEMOGLOBINÚRIA PAROXÍSTICA NOTURNA (*) |
| PESQUISA DE LEUCÓCITOS NAS FEZES |
| MANTOUX, IDER |
| ANTIMEMBRANA BASAL |
| MICROSPORÍDIA, PESQUISA NAS FEZES |
| DETERMINAÇÃO DE OSMOLARIDADE |
| PESQUISA DE LEVEDURAS NAS FEZES |
| ISOSPORA, PESQUISA DE ANTÍGENO |
| PROVA DO LAÇO |
| DETERMINAÇÃO DE CURVA DE RESISTÊNCIA GLOBULAR |
| DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS EIE ANTICLAMÍDIA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SCHISTOSOMAS |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE SANGRAMENTO -DUKE |
| IGE, GRUPO ESPECÍFICO (CADA) |
| ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA (ECA) |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIFÍGADO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIASPERGILLUS |
| PAINEL DE HIBRIDIZAÇÃO MOLECULAR COM PESQUISA DE MÚLTIPLAS SEQÜÊNCIAS GÊNICAS |
| DETERMINAÇÃO DE CARIÓTIPO EM MEDULA ÓSSEA E VILOSIDADES CORIÓNICAS (COM TÉCNICA DE BANDAS) |
| CATECOLAMINAS |
| DOSAGEM DE DIHIDROTESTOTERONA (DHT) |
| MONONUCLEOSE - EPSTEIN BARR - PCR |
| HTLV I / II POR PCR (CADA) |
| IMUNOFENOTIPAGEM PARA LEUCEMIAS AGUDAS OU SÍNDROME MIELODISPLÁSICA (*) |
| CITOMEGALOVÍRUS - QUANTITATIVO, POR PCR |
| CIQ |
| HEMOPHILUS (BORDETELLA) PERTUSSIS |
| PESQUISA DE EOSINÓFILOS |
| DOSAGEM DE FRAÇÃO PROSTÁTICA DA FOSFATASE ÁCIDA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI |
| DETECÇÃO DE RNA DO HIV-1 (QUALITATIVO) |
| QUANTIFICAÇÃO DE RNA DO HIV-1 |
| LEGIONELLA - IFI |
| PESQUISA DE LEPTOSPIRAS |
| MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGG |
| MICOPLASMA PNEUMONIAE - IGM |
| PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA (BILIRRUBINAS, ELETROFORESE DE PROTEÍNAS. FA, TGO, TGP E GAMA-PGT) |
| DOSAGEM DE RENINA |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBINA |
| DOSAGEM DE 17-HIDROXICORTICOSTERÓIDES |
| DOSAGEM DE ÁCIDO HIPÚRICO |
| DOSAGEM DE ÁCIDO METIL-HIPÚRICO |
| ÁCIDO ÚRICO LÍQUIDO NO SINOVIAL E DERRAMES |
| DOSAGEM DE ALUMÍNIO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI AMEBAS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIPARIETAIS |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMÚSCULO ESTRIADO |
| DOSAGEM DE METABOLITOS DA COCAÍNA |

| |
|--|
| COMPOSTO S (11 DESOXCORTISOL) |
| COTININA |
| CULTURA PARA BACTÉRIAS ANAERÓBICAS |
| TESTE DE AGREGAÇÃO DE PLAQUETAS |
| DETECÇÃO MOLECULAR EM FIBROSE CÍSTICA (CONFIRMATÓRIO) |
| GAD-AB-ANTIDECARBOXILASE DO ÁCIDO |
| DOSAGEM DE GORDURA FECAL |
| TESTE PARA INVESTIGAÇÃO DO DIABETES INSIPIDUS |
| LYME - IGM |
| PESQUISA DE MACROPROLACTINA |
| METAIS AL, AS, CD, CR, MN, HG, NI, ZN, CO, OUTRO (S) ABSORÇÃO ATÔMICA (CADA) |
| MIELOGRAMA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DO SARAMPO |
| DOSAGEM DE GLOBULINA TRANSPORTADORA DE TIROXINA |
| ALÉRGICOS - PERFIL ANTIGÊNICO (PAINEL COM 36 ANTÍGENOS) |
| DOSAGEM DE AMP CÍCLICO |
| COMPLEMENTO C2 |
| GIARDIA, REAÇÃO SOROLÓGICA |
| LEGIONELLA - IGG E IGM (CADA) |
| OSTEOCALCINA |
| DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE COAGULAÇÃO |
| SACAROSE, TESTE DE TOLERÂNCIA |
| GENOTIPAGEM DO SISTEMA HLA |
| HLA-DR+DQ |
| PSITACOSE, RFC |
| DOSAGEM DE CHUMBO |
| DETERMINAÇÃO DE CROMATOGRÁFIA DE AMINOÁCIDOS |
| CROMO |
| ELETROFORESE DE PROTEÍNAS COM CONCENTRAÇÃO NO LÍQUOR |
| HIV, GENOTIPAGEM |
| OXCARBAZEPINA, DOSAGEM |
| HPV (VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO) + SUBTIPAGEM QUANDO NECESSÁRIO PCR |
| CONTAGEM DE LINFÓCITOS T TOTAIS |
| HIV - ANTÍGENO P24, ELISA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA PARACOCCIDIÓIDES BRASILIENSIS |
| EQUINOCOCOSE (HIDATIDOSE), REAÇÃO SOROLÓGICA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-INSULINA |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-ILHOTA DE LANGERHANS |
| CLEARANCE DE URÉIA |
| HERPES SIMPLES |
| DOSAGEM DE HIDROXIPROLINA |
| METANEFRIAS URINÁRIAS, DOSAGEM |
| TIREOGLOBULINA, DOSAGEM |
| ANTIBIÓTICOS, DOSAGEM NO SORO, CADA |
| DOSAGEM DE ÁCIDO MANDÉLICO |
| PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE D (ANTI-HDV) |
| DOSAGEM DE CICLOSPORINA |
| PESQUISA DE COPROPORFIRINA NA URINA |
| IDENTIFICAÇÃO DE FRAGMENTOS DE HELMINTOS |
| DOSAGEM DE FATOR XII |
| DOSAGEM DE FATOR XIII |
| HEPATITE B (QUALITATIVO) PCR |
| IMUNOGLOBULINAS (CADA) |
| LEPTINA |
| MICOBACTÉRIA AMPLIFICAÇÃO DE DNA (PCR) |
| DOSAGEM DE PORFIRINAS |
| ANTI-ILHOTA LANGHERANS, IFI |
| 17-HIDROXIPREGNENOLONA |
| IGE, POR ALÉRGENO ESPECÍFICO (CADA) |
| CISTINA |
| ESTROGÊNIO TOTAIS (FENOESTERÓIDES) |
| DOSAGEM DE FENOL |
| OSTEOCALCINA |
| PLASMINOGÊNIO, DOSAGEM |
| DETERMINAÇÃO DE RETENÇÃO DE T3 |
| TOXOPLASMOSE POR PCR |
| WIDAL, REAÇÃO DE |
| PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI ADENOVÍRUS |
| ANTI-ACTINA |
| TACROLIMUS |
| ANDROSTENEDIOL GLICORONÍDEO |
| CEA- ANTÍGENO CARCINOEMBRIOGÊNICO |
| CORPOS CETÔNICOS, PESQUISA |
| COMPOSTO S (11 - DESOXCORTISOL) |

| |
|--|
| CULTURA, MICOPLASMA OU UREAPLASMA |
| ETANOL |
| TIROSINA |
| DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO) |
| PESQUISA DE MUCOPOLISSACARÍDEOS NA URINA |
| PIRUVATO QUINASE |
| IODO PROTÉICO (PBI) |
| ENOLASE |
| BACILOSCOPIA DIRETA PARA BAAR (HANSENIASE) |
| DOSAGEM E/OU FRACIONAMENTO DE ÁCIDOS ORGÂNICOS |
| DOSAGEM DE AÇÚCARES (POR CROMATOGRAFIA) |
| CARNITINA LIVRE |
| DOSAGEM DE META-HEMOGLOBINA |
| X FRÁGIL POR PCR |
| PESQUISA DE ANTICORPOS E/OU ANTÍGENO DO VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO |
| HIV - ANTÍGENO P24 |
| DOSAGEM DE AMINOGLICOSÍDEOS |
| PROVA DE RETRAÇÃO DO COÁGULO |
| DOSAGEM DE FRUTOSE |
| REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO (TPHA) PARA DIAGNÓSTICO DA SÍFILIS |
| PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES |
| DOSAGEM DE ALDOLASE |
| DOSAGEM DE MIOQUINASE |
| CK-MB OU A MIOGLOBINA |

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:

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

1.2 Perfil profissional do responsável de Hotelaria Hospitalar:

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

ANEXO III

ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS CARGOS

| CARGO | ATRIBUIÇÕES |
|---|---|
| <p>Diretor Administrativo</p> | <p>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> |
| <p>Médico Intensivista Coordenador*</p> <p>(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.</p> <p>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 discuti-las 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> |

| | |
|--|---|
| <p>Fisioterapeuta Intensivista Coordenador*</p> | <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> |
| <p>Médico Intensivista Rotina*</p> <p>(RESOLUÇÃO Nº 2.271, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2020).</p> | <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.</p> <p>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> |
| <p>Enfermeiro Intensivista Rotina*</p> | <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</p> <p>(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</p> <p>(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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>(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 descondicionamento 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</p> <p>(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, sonido 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> |
| <p>Técnico em Enfermagem</p> | <p>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.</p> |
| <p>Médico Cardiologista</p> | <p>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.</p> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 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 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.

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| 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 | |
| | 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 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | | 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | | 12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado |
| | 14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série completa do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica | | | 13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado | |
| | 15 Número do Cartão SUS | | 16 Nome da mãe | | |
| Notificação de Surto | 17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito | | 19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar | | |
| | 18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos | | | | |
| Dados de Residência | 20 UF 21 Município de Residência | | Código (IBGE) | | 22 Distrito |
| | 23 Bairro | | 24 Logradouro (rua, avenida,...) | | Código |
| | 25 Número | | 26 Complemento (apto., casa,...) | | 27 Geo campo 1 |
| | 28 Geo campo 2 | | 29 Ponto de Referência | | 30 CEP |
| | 31 (DDD) Telefone | | 32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 33 País (se residente fora do Brasil) |
| | Município/Unidade de Saúde | | Nome | | Função |
| Notificante | Assinatura | | SVS 17/07/2006 | | |
| | Notificação | | Sinan NET | | |

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 Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 06 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 liquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 10 Resultado da bacterioscopia : | | | |
| Notificação Surto | 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 | | | |
| Local prov. infecção | 18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação 1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ 2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____ | | | | | |
| | 19 Local provável de infecção (classificação provisória) País: _____ UF: _____ Município: _____ Distrito: _____ Bairro: _____ | | | | | |

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.

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------------------|---|---|---|---|---|----------|------------------------------------|--|--|
| 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 | | | | |
| | 8 | Nome do Paciente | | | | 9 | | Data de Nascimento | | | | |
| | Notificação Individual | 10 | (ou) Idade | | 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano | | 11 | Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado | | | | |
| 12 | | Gestante | | 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional Ignorado 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado | | 13 | Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado | | | | | |
| 14 | | Escolaridade | | 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ernsino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ernsino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ernsino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica | | | | | | | | |
| 15 | | Número do Cartão SUS | | 16 | | Nome da mãe | | | | | | |
| Dados de Residência | 17 | UF | 18 | Município de Residência | | Código (IBGE) | | 19 | Distrito | | | |
| | 20 | Bairro | | 21 | | Logradouro (rua, avenida,...) | | Código | | | | |
| | 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 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado | | 30 | | País (se residente fora do Brasil) | | |
| | Conclusão | | | | | | | | | | | |
| | 31 | Data da Investigação | | 32 | Classificação Final 1 - Confirmado 2 - Descartado | | 33 | Critério de Confirmação/Descarte 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico | | | | |
| Local Provável da Fonte de Infecção | | | | | | | | | | | | |
| 34 | O caso é autóctone do município de residência? | | 1-Sim 2-Não 3-Indeterminado | | 35 | UF | 36 | País | | | | |
| 37 | Município | | Código (IBGE) | | 38 | Distrito | | 39 | | Bairro | | |
| 40 | Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | | 41 | Evolução do Caso 1 - Cura 2 - Óbito pelo agravado notificado 3 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado | | | | | | | | |
| 42 | Data do Óbito | | 43 | | Data do Encerramento | | | | | | | |
| 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 Agravado (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: grave, fatal e em crianças e adolescentes | | | 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 | a) Dengue – Casos | | | | X |
| | b) Dengue – Óbitos | X | X | X | |
| 8 | Difteria | | X | X | |
| 9 | a) Doença de Chagas Aguda | | X | X | |
| | b) Doença de Chagas Crônica | | | | X |
| 10 | Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ) | | | | X |
| 11 | a) Doença Invasiva por “Haemophilus Influenza” | | X | X | |
| | b) Doença Meningocócica e outras meningites | | X | X | |
| 12 | Doenças com suspeita de disseminação intencional: | | | | |
| | a) Antraz pneumônico | X | X | X | |
| | b) Tularemia | | | | |
| | c) Variola | | | | |
| 13 | Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: | X | X | X | |
| | a) Arenavírus | | | | |
| | b) Ebola | | | | |
| | c) Marburg | | | | |
| | d) Lassa | | | | |
| e) Febre purpúrica brasileira | | | | | |
| 14 | 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 | |
| 15 | Esquistossomose | | | | X |
| 16 | Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria) | X | X | X | |
| 17 | Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação | X | X | X | |
| 18 | Febre Amarela | X | X | X | |
| 19 | 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 | |
| 20 | Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública | X | X | X | |
| 21 | Febre Maculosa e outras Riquetisioses | X | X | X | |
| 22 | Febre Tifoide | | X | X | |
| 23 | Hanseníase | | | | X |
| 24 | Hantavirose | X | X | X | |
| 25 | Hepatites virais | | | | X |
| 26 | HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida | | | | X |
| 27 | Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV | | | | X |
| 28 | Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) | | | | X |
| 29 | Influenza humana produzida por novo subtipo viral | X | X | X | |
| 30 | Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) | | | | X |
| 31 | Leishmaniose Tegumentar Americana | | | | X |
| 32 | Leishmaniose Visceral | | | | X |
| 33 | Leptospirose | | | X | |
| 34 | a) Malária na região amazônica | | | | X |
| | b) Malária na região extra-Amazônica | X | X | X | |
| 35 | Óbito: | | | | X |
| | a) Infantil | | | | |
| | b) Materno | | | | |
| 36 | Poliomielite por poliovírus selvagem | X | X | X | |
| 37 | Peste | X | X | X | |
| 38 | Raiva humana | X | X | X | |
| 39 | Síndrome da Rubéola Congênita | X | X | X | |
| 40 | Doenças Exantemáticas: | | | | |
| | a) Sarampo | X | X | X | |
| | b) Rubéola | | | | |
| | Sífilis: | | | | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 41 | a) Adquirida | | | | X |
| | b) Congênita | | | | |
| | c) Em gestante | | | | |
| 42 | Síndrome da Paralisia Flácida Aguda | X | X | X | |
| 43 | Síndrome Respiratória Aguda Grave associada à Coronavírus | X | X | X | |
| | a) SARS-CoV | | | | |
| | b) MERS-CoV | | | | |
| 44 | Tétano: | | | X | |
| | a) Acidental | | | | |
| | b) Neonatal | | | | |
| 45 | Toxoplasmose gestacional e congênita | | | | X |
| 46 | Tuberculose | | | | X |
| 47 | Varicela - caso grave internado ou óbito | | X | X | |
| 48 | a) Violência doméstica e/ou outras violências | | | | X |
| | 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. | | | | | |

Fonte: Ministério da Saúde, 2020.

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 *kardex* 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, ambulatorios 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) Hotelaria: 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 de terapia intensiva

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 de enfermagem em cada leito e banheiro.

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 publica 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 DIMENSIONAMENTO | RESUMO / SUMÁRIO |
|--|---|
| EQUIPE MÍNIMA | |
| 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). |
| Resolução COFEN nº. 543 de 2017 | Art.1º (...) parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. |

| | |
|---|--|
| 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, 23 janeiro de 2024



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Moraes Daniel Fialho, Subsecretária**, em 02/02/2024, às 15:25, 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 **67701088** e o código CRC **43AED259**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 67701088

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

TERMO DE REFERÊNCIA DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H) SOB GESTÃO DA FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

1. OBJETO

É objeto deste **Termo de Referência** à gestão, operacionalização e acompanhamento da execução dos serviços de saúde nas **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)** no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde conforme especificações, quantitativos e condições descritas, incluindo a regulamentação do gerenciamento e a assistência integral, de acordo com o estabelecido neste Termo de Referência, e com fundamento, em especial, no Decreto Estadual nº 46.874, de 13 de dezembro de 2019, que normatiza o fornecimento de auxílio técnico, material, ou pessoal às Unidades de Saúde, que compõem as atividades diretas ou ligadas às ações da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) e nas Resoluções SES que autorizam a transferência do gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde da UPA24h para a Fundação Saúde do estado do Rio de Janeiro (FSERJ), conforme relacionado na tabela abaixo:

TABELA 01 – Descrição Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h):

| Nº | UNIDADES | ENDEREÇO | PERFIL | RESOLUÇÃO TRANSFERÊNCIA FSERJ | CLASSE |
|----|--------------------------------------|--|--------|--|--------|
| 1 | SES RJ UPA 24H BANGU | RUA FIGUEIREDO CAMARGO, S/Nº - ESQUINA COM A RUA DUNQUERQUE - BANGU | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | A |
| 2 | SES RJ UPA 24HR BOTAFOGO | RUA SÃO CLEMENTE, S/Nº - BOTAFOGO - (ESQUINA COM A RUA NELSON MANDELA Nº 10) | MISTA | Resolução SES nº 2633 de 03 de fevereiro de 2022 | B |
| 3 | SES RJ UPA 24H CAMPO GRANDE | ESTRADA DO MENDANHA - EM FRETE AO Nº 848 - ESQUINA COM A RUA TUPÁ E RUA SOLÂNIA - CAMPO GRANDE | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | A |
| 4 | SES RJ UPA 24H CAMPO GRANDE II | AV. CESÁRIO DE MELO, S/Nº - CEP 23.055-002 (TERRENO DO REGIMENTO DA POLÍCIA MONTADA DA PM) | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |
| 5 | SES RJ UPA 24H CAMPOS DOS GOYTACAZES | BR 101 - KM 1 - BAIRRO GUARUS - CAMPOS DOS GOYTACAZES | MISTA | Resolução SES nº 2633 de 03 de fevereiro de 2022 | B |

| | | | | | |
|----|----------------------------------|---|------------|--|-----|
| 6 | SES RJ UPA 24H COPACABANA | RUA TONELERO S/Nº, ESQUINA COM RUA FIGUEIREDO MAGALHÃES - COPACABANA (EM FRENTE A ESTAÇÃO DO METRÔ SIQUEIRA CAMPOS | MISTA | Resolução SES nº 2633 de 03 de fevereiro de 2022 | B |
| 7 | SES RJ UPA 24H ENGENHO NOVO | - R. SOUZA BARROS, 70 COM A RUA 2 DE MAIO S/Nº - ENGENHO NOVO - (ANTIGA TELERJ) (ENFRENTE A FAVELA DO RATO MOLHADO) | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |
| 8 | SES RJ UPA 24H NITERÓI (FONSECA) | RUA SÁ BARRETO, S/Nº - FONSECA, NITERÓI | MISTA | Resolução SES nº 2633 de 03 de fevereiro de 2022 | B |
| 9 | SES UPA 24H ILHA DO GOVERNADOR | PARQUE POETA MANUEL BANDEIRA, S/Nº AO LADO DAS BARCAS-COCOTA | PEDIÁTRICA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | PED |
| 10 | SES UPA 24H IRAJÁ | AV. MONSENHOR FELIX, 380 - IRAJÁ - PRÓXIMO A ESTAÇÃO DO METRÔ IRAJÁ | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |
| 11 | SES RJ UPA 24H ITABORAI | RODOVIA BR-493, km 1, ITABORAÍ / RJ | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |
| 12 | SES RJ UPA 24H JACAREPAGUA | RUA ANDRÉ ROCHA, Nº 20 - TAQUARA - JACAREPAGUÁ - (PRÓX. A RUA MARECHAL JOSÉ BEVILAQUA) (TERRENO CEDAE) | MISTA | Resolução SES nº 2633 de 03 de fevereiro de 2022 | A |
| 13 | SES UPA 24H MARE | AV. BRASIL, 4800 - COMPLEXO DA MARÉ - VILA DO JOÃO MANGUINHOS | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |
| 14 | SES RJ UPA 24H MARECHAL HERMES | R. XAVIER CURADO, 1775 - MARECHAL HERMES - CEP 21.610-330 (NO TERRENO DA ESCOLA TÉCNICA VISCONDE DE MAUÁ) | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |

| | | | | | |
|----|---|--|------------|--|-----|
| 15 | SES RJ UPA 24H MESQUITA | AV. COSTA E SILVA, S/Nº, EDSON PASSOS - MESQUITA (EM FRENTE A ESTAÇÃO DE TREM) | MISTA | Resolução SES nº 2442 de 20 de setembro de 2021 | A |
| 16 | SES RJ UPA 24H NOVA IGUAÇU - CABUCU | AV. ABÍLIO AUGUSTO TÁVORA, 1600 - CABUÇU - NOVA IGUAÇU - CEP 26.291-000 | MISTA | Resolução SES nº 2442 de 20 de setembro de 2021 | B |
| 17 | SES RJ UPA 24H NOVA IGUAÇU II | ESTRADA DE ADRIANÓPOLIS, S/Nº, BAIRRO TRÊS CORAÇÕES (REFERÊNCIA: HOSPITAL DA POSSE) | MISTA | Resolução SES nº 2442 de 20 de setembro de 2021 | A |
| 18 | SES RJ UPA 24H QUEIMADOS | RUA MÁRIO FERREIRA DOS REIS, S/Nº (EM FRENTE AO Nº 239) - CAMPO DO SETE - BAIRRO GLÓRIA - QUEIMADOS | MISTA | Resolução SES nº 2633 de 03 de fevereiro de 2022 | B |
| 19 | SES RJ UPA 24H REALENGO | RUA MARECHAL JOAQUIM INÁCIO (PRÓXIMO AO VIADUTO DE REALENGO - PRAÇA DO CANHÃO) | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |
| 20 | SES RJ UPA 24H RICARDO DE ALBUQUERQUE | EST. MARECHAL ALENCASTRO, S/Nº - PÇA VICENTE DE OLIVEIRA E SILVA (AO LADO DA FAETEC) | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | B |
| 21 | SES RJ UPA 24H SANTA CRUZ | AV. CESÁRIO DE MELO, 13.655 - CESARÃO - SANTA CRUZ | MISTA | Resolução SES nº 2508 de 10 de novembro de 2021 | A |
| 22 | SES RJ UPA 24 H SAO PEDRO DA ALDEIA | RODOVIA AMARAL PEIXOTO, S/Nº - BALNEÁRIO - SÃO PEDRO DA ALDEIA / RJ | PEDIÁTRICA | Resolução SES nº 2442 de 20 de setembro de 2021 | PED |
| 23 | SES RJ UPA 24H TIJUCA | RUA CD. DE BONFIM, EM FRENTE AO Nº 289, - TIJUCA (ESQUINA COM A RUA PARETO) | MISTA | Resolução SES nº 2633 de 03 de fevereiro de 2022 | B |
| 24 | SES RJ UPA 24H VALENÇA | AVENIDA OSIRIS DE PAIVA SOUZA, S/N, BENFICA, CEP: 27600000, VALENÇA/ RJ | MISTA | Resolução SES Nº 2761 de 07 de junho de 2022 | B |

2. JUSTIFICATIVA

As UPA24h constituem-se como componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) intermediários entre a atenção básica e a atenção hospitalar, com os objetivos de dar suporte à atenção básica para os casos agudos que ultrapassem sua capacidade de resolução, promover o atendimento à população todos os dias da semana 24 horas por dia, e reduzir a demanda nos hospitais de portas abertas com maior grau de complexidade, para que esses equipamentos estejam voltados para a demanda hospitalar.

O serviço de atenção às urgências e emergências prestado nas UPA24h devem articular-se com a Atenção Primária à Saúde (APS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços da Rede Atenção à Saúde (RAS), por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências (CRMU) e complexos reguladores instalados nas diversas regiões de saúde do Estado do RJ.

A estruturação do atendimento às demandas de urgência deve estar organizada nas RAS e ser definida em nível regional. O desenho das regiões de saúde deve seguir os critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território no que tange à suficiência na atenção à saúde da população.

Sendo assim, adota-se neste Termo de Referência a perspectiva de que as UPA24h atuam por prestarem atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica, bem como realizar o primeiro atendimento, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, para todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade, a complementaridade da atenção em outros pontos da rede pública de saúde ou ainda a referência responsável das informações de atendimento para os serviços de APS. 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.

Conforme o exposto da Lei nº 8.986 de 25 de agosto de 2020 que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, no âmbito da saúde mediante Contrato de Gestão, e dá outras providências e fica a lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011, revogada a partir de 31 de julho de 2024.

Visando atender o novo cenário de contratação de serviços de saúde, e a perspectiva de ampliação com formalização de novos projetos para melhoria da prestação de serviços, e considerando a complexidade do processo de contratualização no âmbito da saúde, a SES/RJ identifica como indicado recorrer à FSERJ para garantir o sucesso na gestão desse modelo.

3. ESTRUTURA E PERFIL

Para o adequado funcionamento técnico e administrativo das UPA24h são necessárias ações de logística e abastecimento específicos, gerenciamento de pessoas, faturamento e informações sobre saúde concernentes ao atendimento do público em geral em um determinado espaço e território. As estruturas físicas e de logística, bem como os processos, são interligadas de forma que o funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço.

Em conformidade com as Portarias de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publicada no Suplemento ao no 190 do DOU de 3/10/2017, que dispõe sobre as redes temáticas de atenção à saúde, as redes de serviço de saúde e as redes de pesquisa em saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); e na Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publicada no Suplemento ao no 190 do DOU de 3/10/2017, que dispõe sobre financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS que estabelece as diretrizes e financiamento da Unidade de Pronto Atendimento – UPA24h

3.1 Capacidade Instalada

As UPA24h possuem instalações condizentes com os serviços que estão propostos a realizar, considerando o território na qual está localizada, a oferta de serviços na RAS (Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), número de leitos de internação na rede hospitalar, etc.), os dados sócios demográficos e epidemiológicos, as condicionantes culturais, a violência no território, à possibilidade de deslocamento do usuário e a distância geográfica de sua residência até cada unidade.

A estrutura física das UPA24h apresenta um padrão de setores por atividades, apresentando variações na quantidade de consultórios e leitos. Portanto, deverá atender ao Art. 76º da Portaria de Consolidação nº 03 e nº 06 de 3 de outubro de 2017 que descreve que a UPA 24h atenderá ao estabelecido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, aos regulamentos técnicos de projetos e às legislações específicas para construções e estruturas físicas de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Quadro 01. Detalhamento das Instalações.

| ATIVIDADE | QUANTIDADES / DESCRIÇÃO* |
|--|---------------------------|
| Acolhimento | 01 guichê |
| Registro | 02 guichês |
| Sala de Espera | Adulto exceto nas UPA-PED |
| | Criança |
| Classificação de Risco Adulto e Pediátrico | 01 a 02 |
| Consultório Médico | 04 a 07 |
| Consultório Odontológico | 0 a 1 |

| | |
|--|--|
| Sala Amarela de Pediatria | 03 a 04 macas, com poltrona para acompanhante. |
| Sala Amarela de Adulto | 07 a 13 macas, com poltrona para acompanhante, conforme previsão legal Lei Federal nº 10.741, Lei 5815/10 e espaço físico. |
| Sala de Observação Individual | 0 a 2 macas (com 1 macas e banheiro privativo em cada) |
| Sala Vermelha | 02 a 04 macas |
| Sala de Procedimentos/ Sala ECG | 0 a 1 |
| Sala de Hipodermia | 01 sala, com 08 a 14 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 a 02 |
| 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 |
| Sala de TC | 0 a 01 |
| Área da Central de Gases Medicinais | 01 |
| Depósito de Material de Limpeza (DML) | 01 a 04 |
| Depósito de Roupa Suja | 01 |
| Depósito de Resíduos (lixo infectante) | 01 |
| Laboratório | 01 |

* (Variações devido às diferenças físicas existentes entre as Unidades)

Fonte: Termos de Referências anteriores.

3.2 Ações Assistenciais

As UPA24h 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 RUE e se caracterizam como estabelecimentos de saúde de **complexidade intermediária** entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Rede Hospitalar.

Conforme o modelo de organização assistencial da UPA24h contido no Art. 75º na Portaria de consolidação nº 03 de 3 de outubro de 2017, compete ao gestor responsável:

- I - Implantar diretrizes de acolhimento e classificação de risco, em conformidade com esta Portaria;
- II - Adotar protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos;
- III - garantir apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA24h;
- IV - Garantir a continuidade do cuidado do paciente por meio da referência e contra referência, articulando com os pontos da RAS, considerando a territorialização;
- V - Atualizar a UPA24h no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES e alimentar periodicamente o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, com os dados referentes à assistência prestada, independente dos valores de referência ou da geração de crédito; e
- VI - Registrar obrigatoriamente todos os procedimentos realizados na UPA24h.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma política pública voltada para efetivar os princípios do SUS no cotidiano de atenção e gestão. Para

tanto, sua atuação transversaliza as áreas de atuação, buscando garantir ações de humanização em todos os âmbitos da saúde.

A fim de garantir que essas ações alcancem os usuários, a unidade deverá repensar e organizar seus processos de trabalho constantemente, de forma a analisar criticamente sua atuação, desde a gestão até a assistência propriamente dita. Para tanto, alguns apontamentos encontram-se no **ANEXO I**.

Os procedimentos realizados em pacientes atendidos nas UPA24h durante ou após o atendimento médico estão listados no Quadro 2:

Quadro 02. Procedimentos Médicos e Cuidados de Enfermagem realizados na UPA24h

| Item | Descrição |
|-------------|--|
| A | Administração de medicação via sublingual, via Intradérmica (ID), via subcutânea (SC), via intramuscular (IM), via endovenosa, via respiratória e/ou via parenteral |
| B | Administração de trombolítico segundo o protocolo de dor torácica da SES; |
| C | Administração de antibioticoterapia em tempo oportuno conforme protocolo; |
| D | Oxigenoterapia por dispositivos que atendam as demandas do paciente |
| E | 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; |
| F | Ventilação não invasiva por CPAP e BIPAP |
| G | Ventilação invasiva com ventilador microprocessado que possua recurso de ventilação a volume e a pressão |
| H | Irrigação gástrica |
| I | Sutura simples |
| J | Inserção de sondas e cateteres |
| K | Curativos de feridas agudas |
| L | Punções venosas periféricas e profundas |

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

3.3 Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT)

Serão realizados nas UPA24h exames radiológicos simples sem contraste, exames laboratoriais e eletrocardiogramas com solução para disponibilização dos resultados de exame para o paciente, solicitados pelos médicos da UPA24h. 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 (MS) e/ou a Secretaria de Estado de Saúde (SES)/RJ.

Unidades já equipadas com serviço de tomografia simples, assim como unidades que futuramente poderão vir a receber o equipamento como medida de saúde pública definida pela Secretaria de Estado de Saude, será responsável pela disponibilização do resultado impresso e das imagens obtidas por laudo digital ou mídia equivalente em até 6 horas.

Tratando-se de casos suspeitos de Acidente Vascular Cerebral o resultado com laudo deverá ser imediato.

A unidade deverá disponibilizar o resultado do exame de imagem para o paciente, quando o mesmo solicitar.

Os colaboradores deverão estar utilizando EPIs e dosímetro sempre que dentro do setor.

Todo o processo de coleta, processamento de material biológico e liberação de resultados são de responsabilidade dos técnicos de laboratório da FSERJ e será executado por funcionários técnicos treinados e habilitados.

Os exames laboratoriais básicos como Hemograma, Glicose, Ureia, Creatinina, Troponina, CK, CK MB, deverão ser entregues em, no máximo, 02 (duas) horas após o pedido realizado.

4. 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, a unidade deverá possuir e manter, em efetivo funcionamento, as instâncias, comissões e núcleos abaixo listados:

4.1 Comissão de Ética Médica

Conforme previsto na Resolução CFM Nº 2152 DE 30/09/2016 que estabelece normas de organização, funcionamento, eleição e competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde.

4.2 Comissão de Ética de Enfermagem

Conforme previsto na Resolução COFEN Nº 593/2018 que normatiza a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem-CEE nas Instituições com Serviço de Enfermagem.

4.3 Comissão de Investigação de Óbitos

Conforme previsto na Resolução CFM 2171, de 30 de outubro de 2017 que regulamenta e normatiza as Comissões de Revisão de Óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h).

4.4 Comissão de Revisão de Prontuários

Conforme previsto na Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002 que define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde.

4.5 Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) configura-se 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.

O responsável pelo **Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEP)** da Unidade está subordinado ao **Núcleo Central de Educação Permanente, Ensino e Pesquisa da Fundação Saúde (NCEPEP)**.

Frente aos desafios postos pela necessidade de criação de espaços destinados à implementação desse modo de fazer educação em saúde, cabe ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde, cabe se organizar como espaço destinado à formação, capacitação, habilitação dos profissionais de saúde, nos moldes preconizados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

4.5.1 Atribuições específicas do NEP:

- Submeter todas as ações ao NCEPEP
- Participar da elaboração e execução do Plano de Educação Permanente em Saúde da unidade, contendo as capacitações, treinamentos e todas as atividades de qualificação profissional, planejadas em conjunto com os responsáveis pelos diferentes setores/serviços da unidade. O Plano Estadual de Educação Permanente deve ser validado e seguir as diretrizes/orientações da SUPES/SES-RJ e as premissas das portarias de Consolidação MS nº 2 e nº 6 de 2017;
- Fomentar o debate sobre a educação permanente em saúde em todos os espaços da unidade, visando qualificar a assistência e a gestão da unidade, com vistas ao eficiente atendimento das demandas dos cidadãos;
- Estimular e apoiar projetos de pesquisa estratégicos a fim de assegurar a expansão de pesquisas nas unidades da SES-RJ de acordo com as determinações do NCEPEP;
- Orientar o pesquisador sobre o Fluxo de Pesquisa, considerando a 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. Comunicando ao NCEPEP.
- Promover a 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;
- Facilitar, participar e apoiar programas de residência médica e multiprofissional assim como programas de estágio curriculares e extracurriculares conforme legislações vigentes, orientações da SUPES e Termo de Cooperação Técnica com a SES;
- Responder a todas as demandas da SUPES referentes aos processos de formação, educação permanente e pesquisa na unidade.

4.5.2 Perfil recomendado para profissional do Responsável do NEP:

- a) Ser profissional de nível superior de qualquer área da saúde;
- b) Desejável experiência comprovada de 2 (dois) anos em Educação em Saúde, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública;
- c) Desejável Formação em nível de pós-graduação nas áreas: Saúde Coletiva, Saúde Pública, Gestão e/ou Planejamento em Saúde, Educação em Saúde, Políticas Públicas ou áreas afins.

4.5.3 Composição do NEP

- Cada Unidade de Pronto Atendimento (UPA24h) deverá ter a composição mínima de 01 profissional por NEP.

4.6 Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)

O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) deve seguir as diretrizes técnicas estabelecidas na Resolução n.º529/2013 e RDC n.º036/2013.

Deve ser nomeado e composto obrigatoriamente de um médico, um enfermeiro e um farmacêutico e ser subordinado a Câmara Técnica da Fundação Saúde.

4.6.1 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) Implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- e) Acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- f) Estruturar auditoria dos processos relacionados à Segurança do Paciente,
- g) Monitorar os indicadores relacionados à segurança do paciente

- h) Utilizar ferramentas para o tratamento de incidentes e eventos adversos;
- i) Sistematizar e incentivar a notificação interna de incidentes e eventos adversos.

4.6.2 Indicadores da Segurança do Paciente:

Cabe 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.

O Relatório dos indicadores deverá estar disponível para área técnica da SES sempre que solicitado.

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.

4.7 Núcleo de Vigilância Pré-Hospitalar (NVPH)

O NVPH 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 nº 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.

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

O NVPH 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.

A FSERJ 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**

4.8 Instâncias de Gestão da Qualidade e Planejamento

A melhoria da Qualidade visa à construção de um sistema planejado, estimulando a participação e a autoavaliação 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 atuação efetiva na avaliação e readaptações dos processos, padrões, procedimentos e instrumentos de trabalho que possam sustentar padrões elevados de qualidade da organização, promover a melhoria contínua através de ciclos anuais de autoavaliação continuada da gestão, melhorar os canais de comunicação com o público e colaboradores, desenvolver a gestão do risco como uma prática contínua e melhorar a qualidade percebida por pacientes e colaboradores.

4.8.1 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;

a) Plano de Ação:

- Elaborar os planos de ação a partir das oportunidades de melhorias identificadas nos relatórios mensais de resultados da Pesquisa de Satisfação Contínua.

b) Propostas de Melhorias:

- Estabelecer mecanismos/dinâmica de implementação dos planos de ação;
- Consolidar e analisar os resultados 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.
- Apresentar resultados de indicadores com o atingimento das metas estabelecidas e justificativa do não alcance na autoavaliação da Gestão;

4.8.2 Perfil recomendado para profissional do responsável da Instância da Qualidade e planejamento:

a) Ser profissional com formação em ensino superior;

c) 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. 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 seguirá alguns fundamentos básicos de gestão, que deverão ser aferidos por indicadores e pelo resultado da sua gestão:

a) Visão Sistêmica: Ter noção de que as unidades funcionam interligadas 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 FSERJ, 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 da própria, as unidades devem 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, melhorando 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 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.**

5.1 Quanto à Assistência à Saúde

5.1.1 Garantir que sejam adotadas as normas da Política Nacional de Humanização (PNH) e orientações da SES/RJ, centrando as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos pacientes, voltadas para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;

5.1.2 Atender pacientes em todas as faixas etárias. Para fins de atendimento em serviços de pediatria, em UPA24h Mista e Pediátrica, conforme a da Lei n.º 8.069/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

5.1.3 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.

5.1.4 Fornecer:

1. Atendimento médico adulto e pediátrico contínuo nas 24h, de acordo com a abrangência de atendimento específico;
2. Assistência de enfermagem contínua nas 24h;
3. Fisioterapia;
4. Assistência social;

5. Exames laboratoriais e de imagem;
 6. Materiais médicos, medicamentos, equipamentos, insumos e instrumental adequado;
 7. Serviços de Esterilização dos Materiais Médicos, tanto de materiais termorresistentes quanto de materiais termossensíveis;
 8. Nutrição oral, aos pacientes internados, de acordo com sua necessidade identificada e prescrita pelo médico assistente.
 9. Alimentação para o acompanhante, quando aplicável, dentro de padrões adequados de qualidade;
 10. Transporte inter-hospitalar em caso de transferência ou exames em outras instituições de usuários críticos e semicríticos em ambulância apropriada, contratada ou vinculada à FSERJ, devidamente equipada, com programação visual no padrão estabelecido pela SES/RJ, com tripulação devidamente treinada, conforme Portaria GM/MS 2048, de 5 de novembro de 2002 ou posterior que regule o assunto, sem prejuízo ao atendimento praticado nas Unidades, fornecendo ambulância adequada ao perfil do usuário.
 11. Engenharia Clínica, preventiva e corretiva de todos os equipamentos disponibilizados para funcionamento da unidade;
 12. Uniformes e kits enxoval no padrão estabelecido pela SES
 13. Gases Medicinais;
 14. Sistemas de câmeras de vigilância com gravação de vídeo;
 15. Serviço de Lavanderia;
 16. Serviço de Limpeza e Higienização;
 17. Manutenção Predial (alvenaria, pintura, elétrica, hidráulica, esgoto,...) e conforto ambiental;
 18. Coleta, transporte e tratamento de resíduos, obedecendo ao PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;
 19. Serviços de suporte à Tecnologia de Informação (TI) e de impressão;
 20. Garantir gerador de energia, seguindo as diretrizes técnicas e legais vigentes;
 21. Acondicionamento, coleta, transporte e tratamento de resíduos comuns e infectados, obedecendo ao PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
 22. Controlador de acesso presente nas entradas principais e no acesso à área restrita da unidade.
- 5.1.5** Regular paciente em observação, antes de 24 horas nas salas amarela adulta e pediátrica e em até 6 horas nos pacientes na sala vermelha, e encaminhar aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas com garantia da continuidade do cuidado para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial.
- 5.1.6** Realizar visita médica diariamente em todos os pacientes sob observação nas salas amarela e vermelha, com evolução e prescrição médica, solicitação e verificação dos resultados de exames complementares e fornecer laudo médico adequado para inserção do paciente no sistema de regulação de forma técnica e responsável, com todas as informações pertinentes e necessárias para uma regulação eficaz;
- 5.1.7** Comunicar a ocorrência de suspeita ou confirmação de doenças e agravos de notificação compulsória que porventura sejam identificados na unidade 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 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 investigação é específica para cada doença ou agravo, deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica;
- 5.1.8** Promover a implantação de Diretrizes Clínicas, Normas, Rotinas Básicas e Procedimentos, desde o início das atividades, de acordo com as normas ou recomendações determinadas pela SES/RJ;
- 5.1.9** 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);
- 5.1.10** Realizar todos os atendimentos médicos necessários ao paciente, não sendo permitida a limitação do atendimento por qualquer cláusula contratual ou outra alegação;
- 5.1.11** Adotar o protocolo de segurança do paciente da SES/RJ, alinhado ao Protocolo da ANVISA/2016 e demais cuidados de saúde, contemplando:
- a) Higienização das mãos;
 - b) Identificação do paciente;
 - c) Prevenção de quedas;
 - d) Prevenção de lesão por pressão (LPP);
 - e) Uso seguro de medicamentos;
 - f) Comunicação efetiva e;
- 5.1.12** Centrar as diretrizes assistenciais na qualidade do atendimento prestado aos usuários, voltadas para a atenção acolhedora, resolutive e humana.
- 5.1.13** 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.
- 5.1.14** Aplicar todas as normas e protocolos da SES/RJ nos casos de Infarto Agudo do Miocárdio, incluindo a utilização de medicação trombolítica.
- 5.1.15** Aplicar todas as normas e protocolos da SES/RJ nos casos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico o quando concluído e publicado pela equipe de Cardiologia - SES, no que compete as ações das Unidades de Pronto Atendimento da SES.
- 5.1.16** 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.

5.2 Quanto ao Aspecto Institucional

5.2.1 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;

5.2.2 Executar durante todo o Prazo do Contrato, a PNH do Ministério da Saúde (PNH/MS), visando o cumprimento do modelo de atendimento humanizado;

5.2.3 Acolher os usuários de acordo com os princípios da Humanização. Para tanto deverá implantar a Política Interna de Humanização previamente aprovada pela SES/RJ;

5.2.4 Integrar o complexo regulador da SES-RJ;

5.2.5 Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes;

5.2.6 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;

5.2.7 Adotar, nos impressos inerentes ao serviço ou entregues aos pacientes, sinalizações, uniformes, enxoval e demais itens, a padronização orientada pela SES-RJ, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do pactuado;

5.2.8 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.

5.2.9 Viabilizar o processo de credenciamento e habilitação da unidade. A documentação necessária deverá ser entregue nos órgãos competentes e na Secretaria de Estado de Saúde – SES/RJ;

5.2.10 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) 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.

5.3 Quanto ao Aspecto Operacional

5.3.1 Garantir o funcionamento ininterrupto da unidade de saúde, sobretudo no suporte aos itens descritos neste Termo de Referência, no tocante ao fornecimento de insumos, 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 e;

c) Dar condições ao cumprimento das obrigações da unidade de saúde.

5.3.2 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** a Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA), área técnica da SES/RJ responsável;

5.3.3 A unidade deverá apresentar mensalmente para Fundação Saúde os indicadores referidos no item 9.1 (Indicadores Quantitativos) e 9.2 (Indicadores Qualitativos), dentro dos parâmetros determinados pela SES/RJ.

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

5.3.5 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.

5.3.6 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;

5.3.7 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) na unidade de saúde. É vedada à CONTRATADA a concessão ou realização de entrevistas, informes ou comunicados através de quaisquer meios de comunicação, exceto quando solicitados ou aprovados pela SES/RJ;

5.3.8 Elaborar mapas de produção e gráficos de interesse epidemiológico, conforme solicitação da SES;

5.3.9 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;

5.3.10 Observar o seguintes preceitos quanto ao serviço de Ouvidoria:

a) Disponibilizar no mínimo, 02 (duas) formas de acolhimento de demandas (telefone, formulário web, atendimento presencial, outros), para garantir o acesso do cidadão à Ouvidoria;

b) Divulgar, em locais de ampla visibilidade, as possíveis formas de contato: telefone 0800, local de atendimento presencial, site da Ouvidoria (<https://www.saude.rj.gov.br/ouvidoria>), e material informativo;

c) Utilizar sistema informatizado de escolha da Ouvidoria e Transparência Geral da SES, para o acolhimento e tratamento das manifestações;

d) 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;

e) Elaborar relatórios mensais, quantitativo e qualitativo, de acordo com as diretrizes e modelo apresentado pela Ouvidoria e Transparência Geral da SES;

f) Participar das atividades propostas pela Ouvidoria e Transparência Geral da SES, apresentando justificativas em caso de impedimento;

g) Seguir as orientações protocolares e normas técnicas da Ouvidoria e Transparência Geral da SES.

5.4 Quanto à Gestão de Pessoas

5.4.1 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**;

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

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

5.4.4 Definir, implantar e acompanhar **Política de Segurança Ocupacional**, com foco no bem-estar, a fim de proporcionar ambiente de trabalho seguro e saudável, inclusive **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)**, **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)** e, **se for o caso, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)**;

5.4.5 Implantar e manter as normas de atendimento a **Acidentes Biológicos e Programa de Proteção de Riscos Ambientais (PPRA)** 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);

5.4.6 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;

5.4.7 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;

5.4.8 Garantir que a escala dos profissionais plantonistas lotados na 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;

5.4.9 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, afim de confirmar a veracidade do documento apresentado.

5.4.10 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;

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

5.4.12 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.

5.4.13 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;

5.4.14 Disponibilizar para a equipe de faturamento que subsidiarão o preenchimento dos sistemas de informação nacionais do DATASUS;

5.4.15 Quanto ao dimensionamento da equipe multiprofissional, a Portaria de Consolidação MS/GM nº 03/2017, em seu capítulo IV, art.81, estabelece que cabe ao gestor definir o quantitativo da equipe assistencial multiprofissional da UPA24h, tomada como base a necessidade da Rede de Atenção à Saúde, bem como as normativas vigentes, inclusive as resoluções dos conselhos de classes profissionais, devendo manter o quantitativo de profissionais suficiente, de acordo com a capacidade instalada. A equipe de profissionais, por plantão de 24h, deverá ser minimamente dimensionada, para respeitar a legislação, preceitos éticos e determinações vigentes, pertinentes a cada categoria profissional, de forma a apresentar o quantitativo mínimo conforme os quadros constantes no item 4.4.26. Ademais, **a inclusão de outras categorias profissionais não previstas nas definições de equipe mínima somente será aceita com a permissão da SES.**

5.4.16 Quanto as 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.

5.4.17 As tabelas abaixo apresentam o dimensionamento mínimo de recursos humanos de conforme cada classe.

Tabela 01. Relação de RH Assistencial e Administrativo – Classe A, B e C;

| Unidade | Equipe Mínima | Total da Quantidade Classe A | Total da Quantidade Classes B e C | CH Semanal | Escala de Plantão |
|---------|--------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------|-------------------|
| UPA 24h | Diretor Administrativo | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Diretor Médico (RT) | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Assessor de Planejamento | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Enfermagem (RT) | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Médico Clínico | 35 | 28 | 12 | Plantão 12 horas |
| UPA 24h | Médico Clínico | 28 | 21 | 12 | Plantão 12 horas |
| UPA 24h | Médico Pediatra | 14 | 14 | 12 | Plantão 12 horas |
| UPA 24h | Médico Pediatra | 14 | 14 | 12 | Plantão 12 horas |
| UPA 24h | Médico Rotina* | 1 | 1 | 30 | DIARISTA |
| UPA 24h | Enfermeiro NSP/ NEP/ CCIH/ QUALIDADE | 1 | 1 | 30 | DIARISTA |

| | | | | | |
|--------------|--|------------|------------|----|------------------|
| UPA 24h | Enfermeiro | 15 | 12 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Enfermeiro | 15 | 12 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Enfermeiro Rotina | 1 | 1 | 30 | DIARISTA |
| UPA 24h | Técnico de Enfermagem SD | 33 | 30 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Técnico de Enfermagem SN | 33 | 30 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Nutricionista RT | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Nutricionista | 3 | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Assistente Social | 4 | 4 | 24 | 2 PL x 12h fixo |
| UPA 24h | Farmacêutico | 7 | 7 | 24 | Plantão 24 horas |
| UPA 24h | Farmacêutico RT | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Técnicos em Radiografia | 7 | 7 | 24 | Plantão 24 horas |
| UPA 24h | Enfermeiro NIR | 3 | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Enfermeiro NIR | 3 | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Auxiliar Administrativo | 8 | 8 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA 24h | Auxiliar Administrativo | 8 | 8 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA 24h | Encarregado de Auxiliar Administrativo | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Maqueiro | 2 | 2 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA 24h | Maqueiro | 2 | 2 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA 24h | Fisioterapeuta RT | 1 | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA 24h | Fisioterapeuta | 3 | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA 24h | Fisioterapeuta | 3 | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| TOTAL | | 251 | 225 | | |

Tabela 02. Relação de RH Assistencial e Administrativo – UPA Pediátrica

| Unidade | Equipe Mínima | Total da Quantidade Classe Ped | CH Semanal | Escala de Plantão |
|--------------|---|--------------------------------|------------|-------------------|
| UPA PED | Diretor Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Diretor Médico (RT) | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Assessor de Planejamento | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Enfermagem (RT) | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Médico para atendimento em Pediatria SD | 28 | 12 | Plantão 12 horas |
| UPA PED | Médico para atendimento em Pediatria SN | 28 | 12 | Plantão 12 horas |
| UPA PED | Médico para atendimento em Pediatria Rotina | 1 | 30 | DIARISTA |
| UPA PED | Enfermeiro NSP/ NEP/ CCIH/ QUALIDADE | 1 | 30 | DIARISTA |
| UPA PED | Enfermeiro SD | 12 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Enfermeiro SN | 12 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Enfermeiro Rotina | 1 | 30 | DIARISTA |
| UPA PED | Técnico de Enfermagem SD | 30 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Técnico de Enfermagem SN | 30 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Nutricionista RT | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Nutricionista SD | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Assistente Social SD | 4 | 24 | 2 PL x 12H |
| UPA PED | Farmacêutico | 7 | 24 | Plantão 24 horas |
| UPA PED | Farmacêutico RT | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Técnicos em Radiografia | 7 | 24 | Plantão 24 horas |
| UPA PED | Enfermeiro NIR SD | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Enfermeiro NIR SN | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Auxiliar Administrativo SD | 8 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA PED | Auxiliar Administrativo SN | 8 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA PED | Encarregado de Auxiliar Administrativo | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Maqueiro SD | 2 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA PED | Maqueiro SN | 2 | 40 | Escala 12 x 36 |
| UPA PED | Fisioterapeuta RT | 1 | 40 | DIARISTA |
| UPA PED | Fisioterapeuta SD | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| UPA PED | Fisioterapeuta SN | 3 | 30 | Escala 12 x 60 |
| TOTAL | | 204 | | |

Tabela 03. Relação de RH Assistencial – Atendimento de odontologia de urgência:

| Unidade | Turno | Equipe Mínima | Total da Quantidade Por Unidade | CH Semanal | Escala de Plantão | Por plantão |
|---------|----------|--------------------------------|---------------------------------|------------|-------------------|-------------|
| UPA24h | Diarista | Odontólogo SD | 3 | 30 | Escala 12 x 60 | 1 |
| UPA24h | Diarista | Auxiliar Cons. Odontológico SD | 3 | 30 | Escala 12 x 60 | 1 |

Parágrafo único: Fica a cargo e decisão do gestor da FES/RJ a implantação do serviço odontológico nas Unidades de Pronto Atendimento/24h, conforme necessidade assistencial.

5.4.18 Disponibilizar local adequado para descanso para os profissionais, de acordo com as normas e leis vigentes;

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

5.4.20 Manter os colaboradores capacitados e atualizados, oferecendo cursos e treinamentos de educação permanente. A SES/RJ poderá, a qualquer momento, solicitar a capacitação específica em alguma área;

5.4.21 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;

5.4.22 Os profissionais envolvidos diretamente na assistência deverão possuir formação em curso de ensino nível superiores, por instituição reconhecida pelo Ministério da Educação, estar registrados nos respectivos conselhos profissionais, e atender às normas e requisitos próprios, conforme a regulamentação do Ministério da Saúde;

5.4.23 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;

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

5.4.25 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;

5.4.26 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;

5.4.27 É vedada jornada de trabalho superior 24 horas ininterruptas independentes do vínculo de contratação;

5.4.28 É vedada a contratação de profissionais autônomos;

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

5.5 Grade Padronizada de Materiais e Medicamentos

As grades de insumos e medicamentos necessários para a operacionalização dos serviços estão descritos na seção de Anexos, obedecendo a seguinte descrição:

- ANEXO II – Grade de insumos
- ANEXO III – Grade de medicamentos

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

5.5.2 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 perfil da unidade, evitando a desassistência dos pacientes.

5.5.3 A FSERJ deverá evitar a perda dos insumos e medicamentos por data de validade vencida que foram adquiridos pela Fundação Saúde. Não estão inclusos os itens adquiridos pela gestão anterior.

5.5.4 Eventual revisão na grade de medicamentos pela SES deverá ser observada pela Fundação Saúde de modo a garantir o abastecimento dos novos fármacos e insumos padronizados.

5.6 Quanto aos Bens Móveis e Imóveis

De acordo com o Decreto 46.223 de 24 de janeiro de 2018 cabe a FSERJ:

5.6.1 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;

5.6.2 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);

5.6.3 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;

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

5.6.5 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.

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

Contrato.

5.7 Quanto à Tecnologia de Informação (TI)

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

5.7.2 Assegurar a manutenção dos serviços de informática sem interrupções;

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

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

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

5.8 Outras Obrigações da FSERJ

5.8.1 Cumprir as disposições da Resolução SES Nº 1.327 de 03 de janeiro de 2016, publicada no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro em 06 de janeiro de 2016;

5.8.2 A FSERJ se obriga a possuir e manter programa de integridade nos termos da disciplina conferida pela **Lei Estadual nº 7.753/2017 (dispõe sobre a instituição do programa de integridade nas empresas que contratarem com a Administração Pública do Estado do Rio de Janeiro)** e eventuais modificações e regulamentos subsequentes, consistindo tal programa no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes com o objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra Administração Pública;

5.8.3 A FSERJ organizará seu quadro de pessoal mediante **Plano de empregos, carreira e Salários**, conforme regulamento específico mencionado no art. 15, inciso IV da Lei nº 5164 de 17 de dezembro de 2007.

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

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

5.8.6 Implantar espaços técnicos de saúde que garantam participação dos atores envolvidos na produção de saúde (gestor, colaborador e usuário);

5.8.7 Analisar/acompanhar dados, processos de trabalho, fluxos e indicadores destinados ao desenvolvimento institucional;

5.8.8 Elaborar relatórios de análise de dados e realizar avaliação técnica dos indicadores de saúde;

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

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

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

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

5.8.13 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.

5.8.14 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).

5.8.15 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 Nº22 (18035003) de 10 de junho de 2021, até o dia 20 de cada mês subsequente.

6. RESPONSABILIDADE DA FSERJ PELOS ATOS DE SEUS EMPREGADOS E DE TERCEIROS POR ELA CONTRATADOS.

6.1 A FSERJ 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 FSERJ também será a exclusiva responsável por eventuais danos oriundos de relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores e prestadores de serviços;

6.2 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 conselhos de classe;

6.3 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;

6.4 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;

6.5 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;

6.6 Para aquisição de bens e serviços, a FSERJ submeter-se-á às disposições da Lei vigente de Licitações e Contratos Administrativos, podendo elaborar regulamento especial, observados os princípios que regem a administração Pública.

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

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

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

6.13 A contratação de recursos humanos pela FSERJ deve ser conduzida de forma pública, objetiva e impessoal;

6.14 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 empresa FSERJ, no desenvolvimento de suas atividades.

7. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

7.1 Quanto ao Acompanhamento da Execução

7.1.1 A SES/RJ, por meio de órgão próprio (SUBACG) será responsável por acompanhar a execução do Contrato de Gestão e o cumprimento das obrigações da FSERJ, apresentadas neste Termo de Referência, por meio dos relatórios de execução apresentados em conformidade com a Sistemática de Acompanhamento, sem prejuízo às suas auditorias periódicas;

7.1.2 Cabe ao órgão responsável (SUBACG) pelo acompanhamento apreciar as justificativas apresentadas pela FSERJ e emitir relatórios técnicos;

7.1.3 Caberá ao órgão responsável, quando pertinente, sugerir a Subsecretaria de Atenção à Saúde possíveis ajustes a este Termo de Referência;

7.2 Quanto ao Aspecto Operacional e Outras Responsabilidades

7.2.1 As despesas das Concessionárias de água/esgoto e energia elétrica ocorrerão por conta da SES/RJ.

7.2.2 A SES/RJ será responsável pelo pagamento dos encargos relativos aos tributos, taxas, tarifas, emolumentos e/ou contribuições de origem federal, estadual e municipal, bem como seguros relacionados a proteção dos bens imóveis que farão parte do termo de cessão de uso.

7.2.3 Cabe à SES-RJ realizar e prestar serviços não previstos, observando a possibilidade de sub-rogação dos contratos à FSERJ, mediante comunicação formal em tempo não inferior a 180 dias do fim do contrato de prestação de serviço e com o devido ajuste orçamentário e contratual, por meio de aditivo e alteração deste Termo de Referência.

7.2.4 Comprometer-se a repassar mensalmente à FSERJ as informações dos valores pagos diretamente pela CONTRATANTE a título de composição das informações de custos.

8. INDICADORES PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS

8.1 Indicadores Quantitativos

8.1.1 Volume de produção contratada

a) Os dados de registros de atendimentos aos pacientes apresentados no Relatório de Execução Trimestral devem ter como fonte os sistemas eletrônicos contratados pela FSERJ.

b) Deve ser garantida a alimentação integral destes dados, para fins de faturamento, através dos sistemas de informação oficiais adotados pelo SUS, de acordo com as orientações definidas pela SES.

c) A Classe de cada Unidade de Pronto Atendimento está descrita na Tabela 1, do Item 1 deste Termo de referência.

d) A meta do volume de produção mensal contratada será estabelecida entre a média trimestral de atendimentos médicos previstos, para a classe da UPA 24 h em análise, conforme **tabela 06**:

Tabela 06 – Indicadores quantitativos da Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), de acordo com a Classe definida na tabela 1 do presente TR:

| 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 |
| Atendimentos Médicos em UPA 24H | B | Soma do número de atendimentos em UPA 24h de médicos clínicos e pediatras no período informados através do SIA SUS | Acima ou igual a 7.875 atendimentos médicos |

| | | | |
|---------------------------------|------------|--|--|
| Atendimentos Médicos em UPA 24H | C | Soma do número de atendimentos em UPA 24h de médicos clínicos e pediatras no período informados através do SIA SUS | Acima ou igual a 5.625 atendimentos médicos |
| Atendimentos Médicos em UPA 24H | Pediátrica | Soma do número de atendimentos em UPA 24h de pediatras no período informados através do SIA SUS | Acima ou igual a 4250 atendimentos pediátricos |

8.2 Indicadores Qualitativos

8.2.1 Os indicadores qualitativos serão objeto de acompanhamento da qualidade dos serviços prestados pela FSERJ. **Nos três primeiros meses**, por corresponder à fase de implantação do Contrato de Gestão, a SES/RJ solicita a implementação das atividades, apresentadas na Tabela 07

8.2.2 O **acompanhamento** dos indicadores de qualidade da UPA 24 h 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 07. Quanto às unidades recém acrescidas será concedido um prazo de **quatro** meses de operacionalização para adequação dos indicadores.

Tabela 07 – Indicadores de qualidade da Unidade da Saúde

| Nº | INDICADOR | REFERENCIAL | FÓRMULA DE CÁLCULO | META | FONTE DE COLETA DE DADOS |
|----|---|--|---|--------------|---|
| 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 | ≤60 minutos | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 2 | Tempo de espera na Urgência e Emergência de ADULTO/PEDIATRICO com classificação VERDE | 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 VERDE ÷ Soma de atendimentos médicos de pacientes ADULTO com risco VERDE | ≤120 minutos | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 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 | ≤10 minutos | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 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 | ≤10 minutos | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |

| | | | | | |
|----|--|--|--|-------------|---|
| 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 | ≥ 90 % | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 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 | ≥ 90 % | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 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 | ≤ 4% | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 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 Trombolizados/Soma de pacientes IAM com Supra de ST elegíveis) X 100 | ≥ 70% | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 10 | Tomografias solicitadas em pacientes com suspeita 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) | ≤30 minutos | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |
| 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 | ≥ 80% | Prontuário Eletrônico do Paciente e/ou Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde |

| | | | | | |
|----|------------------------------|--|--|--------|--|
| 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. | (Soma de manifestações resolvidas/+ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas) X 100 | ≥ 90% | Sistema de Ouvidoria do Estado. |
| 13 | 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 atividades programadas no mês) X 100 | ≥ 80 % | Plano de Educação Permanente em Saúde da Unidade |

8.2.3 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.

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

8.2.5 As unidades de urgência e emergência estaduais devem obrigatoriamente utilizar o protocolo de acolhimento com classificação de risco preconizado pela Secretaria de Estado de Saúde/RJ. Ressaltamos que qualquer necessidade de modificação, mesmo sendo temporária, a contratada deverá submeter avaliação das áreas técnicas para modificação do instrumento.

9. ANEXOS

9.1 Seguem os anexos que visam orientar as atividades desempenhadas nos serviços existentes na unidade.

9.2 A FSRJ deverá observar os descritivos de acordo com o perfil da unidade a que se refere o presente Termo de Referência.

ANEXO I

POLÍTICA NACIONAL DE 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 da UPA-24H 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.

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, contemplarmos também as áreas de atendimento ao público, serviço de limpeza, serviço de lavanderia, rouparia, para melhor desenvolvimento do serviço hospitalar.

A Hotelaria Hospitalar tem como proposta revitalizar a relação com usuário, demonstrando compromisso com o restabelecimento deste, para além da questão do tratamento da doença. Onde os benefícios trazidos por pequenas mudanças costumam trazer um reflexo muito grande na diminuição da angústia e um aumento significativo nas práticas de humanização da instituição, resultando em total diferencial nos serviços prestados, além de possibilitar o controle e racionalização operacional da ocupação hospitalar com finalidades de aumentar o meio de produção.

I - Objetivos da Hotelaria Hospitalar:

- Oferecer aos usuários condições de bem-estar, assistência, segurança e qualidade no atendimento;
- Realizar mudanças nos espaços das unidades, conforme conceitos de ambiência;
- Organizar mudanças nos processos de trabalho, de forma a prover melhorias no atendimento a usuários e seus familiares, conforme protocolos estabelecidos;
- Capacitar os colaboradores não assistenciais de forma a potencializar ações referentes ao acolhimento, hospitalidade, bem-estar e aperfeiçoando a relação com o usuário;
- Acompanhar a aquisição de mobiliários, equipamentos, enxovais entre outros.

II - Perfil recomendado para profissional responsável pela Hotelaria Hospitalar:

- Ser profissional com formação em ensino superior;
- Experiência comprovada de 2 anos em Hotelaria Hospitalar, coordenação técnica de serviços de saúde ou gestão pública;

c) É obrigatório possuir especialização em hotelaria ou áreas afins.

III - Atribuições do responsável pela Hotelaria Hospitalar na unidade de saúde:

- a) Articular com a Direção da unidade e SES 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;
- 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 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 necessária 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.

IV - Quanto à operacionalização:

Para operacionalização da Hotelaria Hospitalar é necessário contemplar diversos serviços de apoio, organizados/supervisionados por uma Coordenação de Hotelaria local, que por sua vez deverá realizar suas ações conforme diretrizes definidas por uma Coordenação Central, que atua articuladamente com a Assessoria Técnica de Humanização e a Superintendência de Unidades Próprias/Institutos.

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 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.

V- 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.

VI - 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.

VII - 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).

VIII - 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 dedetização, desratização e descupinização também fazem parte do escopo deste serviço.

IX - Quanto a limpeza de equipamentos médico-hospitalares

A limpeza e desinfecção de determinados equipamentos para a saúde (respiradores, foco cirúrgico, monitores, bombas infusoras, incubadoras, dentre outros), também devem ser atribuídos a equipe de limpeza, tornando assim imprescindível a capacitação específica desse profissional para essas atividades.

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).

A unidade de processamento de roupas, quando terceirizada, não poderá funcionar sem o alvará sanitário/licença de funcionamento emitido pelo órgão de vigilância sanitária estadual ou municipal.

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 passadora 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 rouparia, costureira 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 e UPA 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;

X - Da execução:

i - Exercer vigilância desarmada em todas as áreas internas e externas dos Hospitais e UPA que se encontram neste Termo de Referência, com rotinas de rondas em todas as dependências, conforme a necessidade da unidade.

ii - Zelar pela ordem e boas condições das áreas sob vigilância;

iii - 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;

iv - 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;

v - 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 ou UPA, 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, corretiva e preditiva, que consistem:

- **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.

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

- **Manutenção Preditiva:** conjunto de medidas operacionais técnicas de vistoria, que indica as condições reais de funcionamento, o seu desgaste ou processo de degradação.

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 a perfeita execução dos serviços.

O Serviço de Nutrição, deverá fornecer alimentação para os pacientes (desjejum, almoço, merenda, jantar e ceia), para os colaboradores (desjejum, almoço, 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

Anexo II

SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO E PÂNICO

†. 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 III, 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) Motogeradores 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;

3. 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;

4. Dotar a edificação de Brigadas de Incêndio/ Bombeiro Profissional Civil e promover treinamentos, no mínimo anuais, visando a formação de brigada voluntária de incêndio com-posta 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;

5. 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. 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, 26 janeiro de 2024



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Moraes Daniel Fialho, Subsecretária**, em 02/02/2024, às 15:26, 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 **67701657** e o código CRC **44452BAB**.

Referência: Processo nº SEI-080001/000803/2021

SEI nº 67701657

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 Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão com a Fundação Saúde,

Trata-se o presente expediente, oriundo da Diretoria de Planejamento e Gestão (59451332), versando quanto aos Indicadores IETAP.

Neste sentido, considerando o exposto pela GERPE durante o acompanhamento da Unidade e o não alcance da meta de Taxa de Mortalidade Institucional, esta SUBAS encaminhou o p.p. à essa Superintendência de Unidades Próprias e Pré-Hospitalares - SUPUPPH para análise.

Em atendimento, essa SUPUPPH se manifestou por meio do despacho 61822575.

Dessa forma, por meio do despacho 64115577, a Superintendência de Acompanhamento dos Contratos de Gestão com a Fundação Saúde solicitou que seja apresentado Termo de Referência, contemplando a alteração em tela, para ser providenciado termo aditivo ao contrato de gestão nº 002/2021.

A esse respeito, a SUPUPPH exarou o despacho 65091152:

Neste sentido, a SUPACGFS Index (64115577) solicitou o Termo de Referência para **contemplar a alteração da análise técnica** exarada no despacho (61822575), para ser providenciado o termo aditivo ao contrato de gestão nº 002/2021.

Desta forma, considerando o princípio da eficiência e visando adequar a real estrutura da unidade com intuito de garantir o processo de acompanhamento e fiscalização do referido contrato, fora feita uma análise técnica sobre a necessidade de revisar o indicador do Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras-RJ para que assim **providencie o Termo Aditivo ao contrato de Gestão Nº002/2021**.

Vale ressaltar que, cabe o ajuste do indicador em comento, com base na análise da gravidade do paciente com o diagnóstico de Tuberculose Pulmonar, contudo, sugerimos a alteração e providências quanto ao Termo Aditivo desse indicador para melhor acompanhamento da planilha de indicadores do IETAP.

Neste sentido, com intuito de contribuir com a qualidade da assistência aos usuários do SUS e com o base no histórico apresentado do quadro de indicador exarado no despacho (59451281) e comparando com a análise clínica do Epimed Solutions, segue abaixo a alteração a ser realizada no próximo aditivo:

Onde se lê:

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|-------|
| Taxa de Mortalidade Institucional | Número de óbitos após 24 horas de internação / Total de saídas x 100 | ANS - Agência Nacional de Saúde Suplemnetar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf . Acesso em: 08/02/2019 | <=20% |
| | | Ebserh, metas de desempenho, indicadores e prazos de execução 2014 http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/metasp_de_desempenho_hc_e_maternidade_ufpr.pdf/a1e859a1-5586-4802-a092-f16bef9bc8e6 | |
| | | Fichas de qualificação, Ripsa 2010 http://fichas.ripsa.org.br/2010/a-10/ | |
| | | CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa CQH Compromisso com a | |
| | | Qualidade Hospitalar. São Paulo. 2009. Disponível em: | |
| | | http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127 . Acesso em: 15/02/2019 | |

Leia-se:

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|-------|
| Taxa de Mortalidade Institucional | Número de óbitos após 24 horas de internação / Total de saídas x 100 | ANS - Agência Nacional de Saúde Suplemnetar. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf . Acesso em: 08/02/2019 | <=30% |
| | | Ebserh, metas de desempenho, indicadores e prazos de execução 2014 http://www2.ebserh.gov.br/documents/15796/102826/metasp_de_desempenho_hc_e_maternidade_ufpr.pdf/a1e859a1-5586-4802-a092-f16bef9bc8e6 | |
| | | Fichas de qualificação, Ripsa 2010 http://fichas.ripsa.org.br/2010/a-10/ | |
| | | CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. Programa CQH Compromisso com a | |
| | | Epimed Solutions | |
| | | | |

Diante do exposto, segue o presente em prosseguimento.

Atenciosamente,

Fernanda Moraes Daniel Fialho Rodrigues
Subsecretária de Atenção à Saúde
ID 3137524-3

@cidade_unidade@, 28 de dezembro de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Moraes Daniel Fialho, Subsecretária**, em 02/01/2024, às 19:52, 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 **66033873** e o código CRC **ECB7F3A0**.

Referência: Processo nº SEI-080007/013333/2023

SEI nº 66033873

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