



## **TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. DO OBJETO**

É o objeto deste Termo de Referência a gestão compartilhada para o gerenciamento e operacionalização dos serviços de saúde no Pronto Socorro Municipal Dr. Jose Seve Neto – PSMJSN, por meio de Contrato de Gestão com **Organização Social** de Saúde contemplando a execução das atividades assistenciais, administrativas e de apoio, bem como da manutenção de sua infraestrutura, incluindo a contratação de pessoal técnico e administrativo, o pagamento das contas de consumo (água, luz, telefone, internet, entre outros) e o provimento de todos os serviços de manutenção e aquisição dos insumos necessários às atividades, pelo período inicial de 05 (cinco) anos, assegurando assim, assistência universal e gratuita à população aldeense.

#### **1.1. OBJETIVO GERAL**

Realizar atendimento de URGÊNCIA e EMERGÊNCIA no Pronto Socorro Municipal Drº Jose Seve Neto – PSMJSN, situado à Rua Prefeito Waldir da Silva Lobo, nº 2, Morro do Milagre, neste Município, conforme as determinações descritas neste Termo de Referência, sendo este serviço realizado por 24 horas ININTERRUPTAS, todos os dias da semana, em conformidade com as políticas nacionais de atenção às urgências e emergências.

A prestação de serviços abrange a contratação de pessoal, de serviços, a aquisição de materiais permanentes, insumos e medicamentos, bem como a gestão dos recursos que já se encontram em utilização pelo equipamento, inclusive as contas de consumo (água, luz, telefone, internet, entre outras), além da programação visual, ou seja, todos os recursos humanos e materiais necessários para assegurar a assistência humanizada e resolutiva no âmbito da porta de entrada de urgência e emergência.

#### **1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reduzir a demanda de emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade.
- Prover atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência a população de forma qualitativa e resolutiva.
- Garantir atendimento rápido com qualidade, visando estabilização, observação de pacientes em 24 horas, ou até a sua remoção ou transferência para outra unidade, ou mesmo alta para residência com acompanhamento para ambulatório especializado ou rede de atenção básica (posto de saúde).
- Garantir e permitir o direcionamento para rede hospitalar, através da Central de Regulação de Vagas (SER), aos casos com necessidade de internação que ultrapasse 72 horas, sendo está de responsabilidade de servidor da Secretaria Municipal de Saúde – SESAU.

- Apoiar o sistema de atendimento pré-hospitalar (Bombeiro/Resgate), servindo como referência aos casos com menor complexidade, porém que necessitem de atendimento e observação, assim como procedimentos de urgência e emergência.
- A comissão intersetorial formada pelos coordenadores de atenção básica de saúde, secretário de média e alta complexidade, secretário adjunto de administração e secretaria executiva de planejamento e finanças do fundo municipal de saúde, juntamente com outros profissionais afins, estão buscando o planejamento adequado da política municipal de saúde, através de ações ao qual busquem uma maior eficiência e eficácia no modelo de gestão do Pronto Socorro, vislumbrando um atendimento humanizado e de qualidade à população.
- O custo-benefício gerado pela gestão do Pronto Socorro através de uma **Organização Social**, não se reflete somente na questão orçamentária, mas também por estarmos comprometidos em construir uma gestão moderna voltada para a qualidade em atendimento. Por considerarmos a referida unidade de saúde viva e comprometida com a população aldeense, sendo a referência e a porta de entrada para todos os casos de urgência e emergência, faz-se necessária uma administração eficiente e profissional comprometida.
- O presente projeto visa, ainda, a ampliação do Pronto Socorro, a fim de que passe a funcionar como Hospital Municipal, disponibilizando-o para cirurgias de baixa e média complexidade, à disposição dos Municípios e adjacentes, encontrando-se, atualmente, em trâmite o processo de contratação dos serviços de engenharia voltados para tal expansão. Após a realização das obras, será realizado novo procedimento para seleção da **Organização Social** que fará a gestão do referido Hospital Municipal.
- A administração Municipal fará o controle do processo através da fiscalização da Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento (CTAA). Buscando uma gerência satisfatória, a secretaria adjunta de administração em saúde e a secretaria executiva de planejamento e finanças farão o acompanhamento orçamentário, financeiro e administrativo do contrato em questão, de forma que a execução deste obedeça aos princípios constitucionais para a utilização dos recursos públicos e provisões de um atendimento adequado à população aldeense.
- Importante frisar que a Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento (CTAA) irá trabalhar de forma incansável para, através de indicadores de níveis de serviço, acompanhar o atendimento qualitativo e quantitativo da Organização Social.

Assim, dentre os elementos já destacados, a escolha da Organização Social visa:

- Planejamento adequado da política municipal de saúde, de acordo com a atual situação do Município, definido em seu Plano Municipal, com as suas prioridades para os próximos anos.
- Implantação do modelo de gestão do Pronto Socorro que se mostre tecnicamente mais eficaz e eficiente no atendimento à população.

O Pronto Socorro Municipal realiza prestação de serviços exclusivos ao SUS e atende prioritariamente casos de urgência e emergência da população, em regime de 24 horas, por meio

de demanda espontânea da população (regime de pronto atendimento). O Pronto Socorro Municipal configura-se como serviço de saúde com estrutura e complexidade intermediária entre as UBS e o atendimento de Alta Complexidade Hospitalar, integrando uma rede organizada de Atenção às Urgências do Município de São Pedro da Aldeia, RJ. Essas unidades, integrantes do Sistema Municipal de Urgência e Emergência e de sua respectiva assistência, devem estar aptas a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados com atendimento 24 horas.

O Pronto Socorro Municipal realiza os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em Clínica Médica e Ortopedia, e disponibiliza, diariamente, atendimento de urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados. É unidade de atendimento por demanda espontânea ou referenciada da rede básica de saúde, e que, após estabilização das condições clínicas, referenciarão pacientes, para a internação em unidades hospitalares por meio da Central de Regulação de vagas da Secretaria de Estado de Saúde.

A contratação também englobará a gestão da equipe de Apoio Domiciliar, que realiza os atendimentos de urgência e emergência quando acionadas via telefone pelo usuário, sendo somente a regulação das urgências realizada por servidor lotado na SESAU.

A rede é composta tão somente de profissionais e equipamentos para Atenção Básica. Não possuindo um número de profissionais para atendimento das demandas da Média e Alta complexidade. Inclusive, nosso Município conta com a equipe de profissionais do programa MAIS MÉDICOS, com o objetivo de oferecer uma ampla cartilha de profissionais aos nossos Municípios. Todavia, este programa embora custeado pelo Governo Federal, ainda conta com uma contrapartida do Município, como se não bastassem as demandas oriundas das pactuações da CIB.

- Estímulo à busca pela eficiência por parte da Organização Social na execução dos serviços por meio de instrumentos contratuais que contenham indicadores adequados.

O não atingimento das metas previstas no contrato de gestão pode decorrer de uma série de fatores, desde a má gestão da entidade até a falta de demanda por determinado procedimento. Em qualquer caso, a legislação prevê mecanismos de correção do problema, como desconto no repasse de recursos públicos, ajuste no conjunto de metas pactuadas e aplicação de sanções. O contrato de gestão permite, assim, a rápida detecção de eventuais contrastes entre o planejamento original e a (nova) realidade enfrentada, com oferecimento de ferramentas para sua imediata correção.

Ora, se não há o atingimento da meta estabelecida, deve-se haver a glosa no valor do repasse do próximo mês.

- Melhoria da qualidade do atendimento à população em função de estrutura administrativa que permita acompanhar a execução do Contrato de Gestão adequadamente e avaliar a eficiência na execução do serviço de saúde.

O acompanhamento à execução do contrato será feito pela CTAA, responsável pela fiscalização do contrato. A qualidade no atendimento poderá ser comprovada através dos relatórios mensais enviados pela referida Organização Social em sua prestação de contas.

A qualidade deve ser observada quando o atendimento prestado está tendo o fim a que se destina.

- Execução do Contrato de Gestão pela Organização Social de forma a obedecer aos princípios constitucionais no uso de recursos públicos para a provisão de atendimento adequado à população.

Ressalta-se que todo o recurso provisionado ao referido contrato de gestão está de acordo com os serviços que a administração pública visa prestar através da Organização Social para atender da melhor forma possível o Município.

## **2. DA JUSTIFICATIVA**

O crescimento da demanda por serviços na área de saúde nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes, da violência urbana, da expectativa de vida, dos casos de agravos clínicos crônicos agudizados e a insuficiente estruturação da rede assistencial, contribuiu decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência. Além disso, os casos pós pandemia do COVID-19 também contribuíram para o aumento do número de atendimentos em nosso Pronto Socorro. A demanda do nosso Pronto Socorro tem crescido a cada dia.

Conforme pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2022, estimou-se que a população aldeense foi de 104.029 (cento e quatro mil e vinte e nove) pessoas, mantendo-se indispensável o aprimoramento de serviços vinculados a saúde, a educação e a assistência social. Com isso, arcar com toda a estrutura do Pronto Socorro Municipal, que já se demonstrava deveras oneroso, torna-se inviável para Administração Pública, haja vista o aumento dessa demanda e escassez orçamentária, razão que levou o gestor público a adotar o modelo de gestão compartilhada com Organização Social no ano de 2015.

Saúde é direito fundamental do cidadão, conforme disposto no artigo 6º da Constituição Federal. Este direito deve ser atendido de forma harmônica nas três esferas de poder: federal, estadual e municipal, por meio de Políticas Públicas de saúde adequadas e com o investimento de recursos que assegurem a sua implementação. A implementação de Políticas Públicas de saúde se evidencia mais na esfera municipal, porque, afinal, é no município que as pessoas vivem, e é também no município que fica demonstrada a boa ou má gestão dessa Política Pública tão essencial à vida do cidadão.

No Município de São Pedro da Aldeia, as políticas públicas de saúde são implementadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SESAU/SPA), consubstanciada na Rede Municipal de Saúde, composta por: 15 Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF); 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais; 01 Policlínica Municipal Especializada com Ambulatório de Saúde



Mental; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI); 01 Ambulatório de Saúde mental, incluindo o NAV – Núcleo de Atendimento à Violência; 01 Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMCA); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Laboratório de Prótese Dentária; 01 Unidade de Saúde de Doenças Infecto Parasitária; 01 Serviço Específico de Vigilância em Saúde, incluindo a vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador; 01 Clínica Vascular Municipal; 01 SRT Tipo 2 (Serviço de Residência Terapêutica); 01 Hospital Maternidade Filantrópico sob gestão de contrato; 01 Farmácia Municipal; 01 Centro de Reabilitação em Fisioterapia; 01 Centro de Imunização; 01 Apoio Domiciliar, incluindo o Programa Melhor em Casa e PADC – Programa de Atendimento Domiciliar aos Cronificados; 01 NASF e outros diversos Serviços em Saúde compreendendo: (tomografia, ressonância, exames de imagem para fins de diagnóstico, laboratório de análises clínicas); e 01 UPA Pediátrica sob a Gestão do Governo do Estado.

Conta também com o equipamento objeto da presente parceria, qual seja 01 Pronto Socorro Municipal atualmente administrado mediante Gestão Compartilhada com Organização Social de Saúde, contendo 04 (quatro) leitos na Sala Vermelha; 20 (vinte) leitos na Sala Amarela, destes sendo 10 (dez) leitos destinados à Enfermaria Masculina e 10 (dez) leitos à Enfermaria Feminina; 01 (um) leito na Sala de Observação Individual; além de 02 (dois) leitos na Unidade Intermediária, reservados para casos de COVID-19, ou outras enfermidades que necessitem de isolamento.

A implantação do modelo de contratualização de serviços de saúde por meio dessas parcerias com Organizações Sociais é a estratégia adotada por muitos governos, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para assegurar maior eficiência e celeridade a implantação das ações e serviços de saúde ofertados aos usuários do SUS, já tendo sido adotado, inclusive, por esta municipalidade, sendo o modelo atual de gestão do Pronto Socorro Municipal.

Cabe ressaltar que o modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado tanto pela legislação federal, quanto pela legislação municipal, através da Lei 3.169/2023 e o Decreto Municipal 154/2023. A gestão de Unidades de Saúde por meio de **Organização Social** se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas prefixadas pela Secretaria de Saúde deste Município.

Os principais benefícios da gestão de Unidades Hospitalares e/ou Ambulatoriais realizadas por meio de uma **Organização Social** são: autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde; agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.; contratação e gestão de pessoal mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde; agilidade na tomada de decisões.

As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de **Organização Social** são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas a produção



estimada e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos.

O administrativista contemporâneo tem consciência da diversificação e capilaridade das funções do Estado atual, realizadas, em grande parte, pela atuação da Administração Pública. Por conseguinte, o direito administrativo, além da finalidade de limite ao poder e garantia dos direitos individuais ante o poder público, deve preocupar-se em elaborar fórmulas para efetivação de direitos sociais e econômicos, de direitos coletivos e difusos, que exigem prestações positivas.

O direito administrativo tem papel de relevo no desafio de uma nova sociedade em constante mudança. A eficiência produzida pelo modelo de gestão não implica em negar a legalidade, mas, ao contrário, constitui componente relevante a ser introduzido na interpretação da lei, vinculando-a com a realidade dos contratos de gestão. Assim, a eficiência em nada mitigará o princípio da legalidade, mas sim, trará para si uma nova lógica, determinando que os resultados práticos alcançados possam ser avaliados sob os diversos prismas da formalidade e abstração. A introdução desse modelo de gestão otimiza o princípio da oportunidade para que a Administração Pública cumpra seus deveres com eficiência.

Neste sentido, desde 2015, o Município de São Pedro da Aldeia adotou como solução para administração do Pronto Socorro Municipal o modelo de gestão compartilhada com **Organização Social** de Saúde, tendo este se mostrado mais eficiente, com a possibilidade de atendimento de um número maior de usuários, mediante menores custos à Administração, conforme se demonstra no estudo de vantajosidade que segue em anexo.

Outrossim, é fundamental para a **Organização Social** se vincular aos direitos fundamentais, o que demanda, para a qualificação da entidade, a análise detida da previsão estatutária para esta finalidade quanto do efetivo desempenho de ações voltadas à defesa, promoção e proteção desses direitos. A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos os brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las.

Salienta-se que a formalização de parceria junto à Organização Social não acontece de forma arbitrária, sendo a escolha da **Organização Social** gestora do equipamento municipal feita através de procedimentos claros, objetivos e simplificados, como é o caso do pretenso Chamamento Público, incumbindo à Administração, após esta seleção, fiscalizar o contrato de gestão, através de comissão própria, aplicando as penalidades cabíveis em caso de descumprimento contratual por parte da **Organização Social**.

Desta forma, em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público. Mesmo administrado por uma **Organização Social**, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas dos Contratos de Gestão. Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Municipal

podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização dos contratos de gestão com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicitação das informações de prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias e ajustes do instrumento contratual objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

A Secretaria de Saúde entende que deve estar presente e atenta aos cuidados de urgência e emergência bem como a estruturação de rede de assistência e de atenção às urgências a toda sua população. E particularmente a fará crescer neste projeto, construindo, estruturando e aumentando a capacidade de sua rede de serviços de urgência e emergência ampliando através de estudo técnico assistencial a rede de atenção às urgências, possibilitando acesso e acolhimento, assistência resoluta e se necessário a manutenção do paciente sob observação amarela ou vermelha, sendo que essa última possibilita a estabilização do paciente grave bem como cuidados de alta complexidade, até seu direcionamento definitivo para leito de internação em unidade fechada de terapia intensiva. A organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos pacientes em situação de urgência aos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

Por fim, salienta-se que, na forma da Lei Municipal que regulamenta, dentre outras providências, a qualificação de **Organizações Sociais** no Município, fora elaborado o competente estudo de vantajosidade que justifica a escolha deste modelo de gestão.

## **2.1. MOTIVOS PARA UTILIZAÇÃO DO MODELO DE GESTÃO COMPARTILHADA**

Em 2015, o município de São Pedro da Aldeia instituiu novo modelo de contrato de gestão para o Pronto Socorro Municipal, implementando as **Organizações Sociais** de Saúde cogestoras. A relação de indicadores e suas metas foram implementadas com as adequações técnicas necessárias à qualificação de processos de trabalho, bem como atender ao volume histórico de atendimentos encontrado no território de abrangência da unidade de saúde.

Nesse cenário, a Unidade do Pronto Socorro Municipal se constitui em equipamento essencial para a Rede de Urgência e Emergência, que tem por objetivo prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica, bem como realizar o primeiro atendimento aos casos cirúrgicos ou de trauma, 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 Atenção Primária à Saúde.

O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, promovendo o atendimento à população todos os dias da semana, 24 horas por dia, incluindo horários em que as unidades de atenção primária estão fechadas.

Outro ponto crucial de importância do Pronto Socorro Municipal é a redução da demanda nos hospitais de portas abertas com maior grau de complexidade, já que o Município está em fase de licitação para realização da obra de ampliação do referido, não possuindo, atualmente, tais equipamentos em seu território, dependendo exclusivamente da central de regulação estadual para acesso às vagas, sendo, dessa maneira, de suma importância o funcionamento do Pronto Socorro Municipal.

O serviço de atenção às urgências e emergências prestado no Pronto Socorro Municipal deve se articular com a Atenção Primária à Saúde, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços da Rede Atenção à Saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgência e complexos reguladores instalados nas diversas regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro/RJ.

Desta forma, a adoção do modelo de gestão e de atenção à saúde visa melhorar a prestação dos serviços para proporcionar melhor qualidade de atenção à saúde e, consequentemente, maior satisfação ao usuário, associada ao aperfeiçoamento do uso dos recursos públicos.

Conforme demonstrado no estudo de vantajosidade em anexo, a utilização do modelo de gestão compartilhada com **Organização Social**, dentre outros benefícios, moderniza a forma de acesso aos serviços de saúde pela população, fortalece os mecanismos de controle social, cobre vazios assistenciais e diminui as filas de espera, tornando mais dinâmico o atendimento e mitigando relações insatisfatórias entre profissionais e usuários.

Tais fatores são a prioridade da SESAU, visto que nossa finalidade é melhorar cada vez mais a qualidade dos serviços, racionalizar e potencializar o uso de novos recursos, compartilhar gestão e investimentos e estabelecer mecanismos formais de contratualização, com metas assistenciais.

Em contrapartida, os óbices à administração eficiente, eficaz e efetiva pela Administração Direta na Unidade do Pronto Socorro Municipal são: a carência de servidores estatutários, com perfil assistencial para atendimentos nessa unidade, as dificuldades e entraves burocráticos de procedimentos licitatórios para a aquisição de insumos e medicamentos de forma a não desabastecer o Pronto Socorro, da manutenção e aquisição de equipamentos, dentre outros.

Assim, fez-se necessário reorientar o Modelo de Gestão do Pronto Socorro, visando atingir novos patamares de prestação dos serviços proporcionando a otimização dos recursos públicos, associando economia e elevada satisfação da clientela do Pronto Socorro Municipal, que é o cidadão aldeense, tendo sido tais objetivos perfeitamente cumpridos.

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 administrativos. Portanto, optou-se por uma forma de gestão compartilhada com o Terceiro Setor, que ocasiona maior simplicidade e celeridade dos procedimentos de compra, contratação e manutenção, prezando sempre pela eficiência da gestão e da transparência na aplicação dos recursos públicos, haja vista que os processos conduzidos pelas **Organizações Sociais** devem seguir trâmites rigorosos de gestão e precificação.



Sendo assim, necessário se faz organizar o modelo de gerenciamento dos serviços de saúde, buscando atingir novos patamares de prestação dos serviços para proporcionar otimização do uso dos recursos públicos associados a uma prestação de saúde de qualidade, bem como em rede regionalizada, que garanta maior resolutividade e satisfação ao usuário.

O formato de parceria na gestão de equipamentos e serviços públicos, no modelo de contratualização por resultados, através da celebração de contrato de gestão com **Organizações Sociais** de Saúde permite que o Município transfira a execução do serviço à uma organização sem fins lucrativos, que se torna responsável pela prestação da atividade fim, porém, sempre orientada e guiada pelas políticas públicas de saúde editadas pelo Estado, que define a política assistencial, o acompanhamento, a fiscalização e o controle desta execução.

Podem ser destacados como benefícios adicionais pertinentes a este modelo de administração: a integralidade do funcionamento da Unidade, sem interrupções motivadas por falta de manutenção, falta de insumos ou reposição de peças e ausência de pessoal médico e técnico especializado, pois a **Organização Social** parceira ficará integralmente responsável pelas manutenções preventivas e corretivas e pela contratação de pessoal devidamente qualificado, como também, o abastecimento de insumos e medicamentos.

Na prática, o Município de São Pedro da Aldeia vem obtendo excelentes resultados, desde o ano de 2015, quando implementou o presente modelo de gestão, e desde então podemos observar o aumento de atendimentos referente a pacientes de municípios vizinhos, haja vista as grandes filas e ausências de médicos e até mesmo o abandono em geral ao sistema de saúde por municípios que administram os próprios centros de saúde.

O modelo de gestão nos provou com a experiência nesses 08 (oito anos) a inovação na administração pública com o objetivo de assegurar maior flexibilidade gerencial no que diz respeito à compra de insumos e medicamentos, à contratação e substituição e/ou dispensa dos recursos humanos, à gestão financeira de tais recursos, além de priorizar aspectos relativos ao resultado da atenção, à satisfação do usuário e à qualidade dos serviços ofertados e praticados. O contrato de gestão permite a definição de compromissos para a instituição, o apoio à modernização da gestão com a redefinição da missão da instituição, identificação precisa dos clientes a serem atendidos, assim como dos produtos a serem entregues, além dos objetivos e metas, com a delimitação da estrutura organizacional e tecnológica, além de possibilitar o desenvolvimento de metodologias de planejamento, avaliação de desempenho, recursos humanos, custos e regulamentação específica para o investimento. Assim, o contrato traria a previsão de multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, dentre outros aspectos que corroboram com a eficiência da gestão.

Deverá ser dada, ainda, ciência ao Conselho Municipal de Saúde após a escolha da Organização vencedora, do modelo de contrato de gestão adotado pelo município, que visa atingir novos patamares na prestação dos serviços, para proporcionar elevada satisfação ao usuário, associada ao aperfeiçoamento do uso dos recursos públicos, assegurando a prestação de serviços assistenciais em caráter contínuo e eficiente, com a administração adequada da capacidade de

atendimento, promovendo, desta forma, melhor qualidade no atendimento ao usuário e, sobretudo, proporcionando o modelo de gestão por resultados e indicadores.

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.

Constatou-se que a formalização dos Contratos de Gestão com as **Organizações Sociais** atende aos preceitos constitucionais da prestação dos serviços de assistência à saúde e, conforme entendimento pacífico do Supremo Tribunal Federal, podem ser transferidos às entidades privadas sem fins lucrativos, de forma complementar, sendo permitida 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 na prestação dos serviços de assistência à saúde, desonerando os usuários de qualquer espécie de pagamento.

O modelo gerencial proposto, como forma flexível de administração de gestão compartilhada, obedecerá aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, preservando-se a missão da SESAU e o contido no Contrato de Gestão; exercerá um papel de alta relevância no atendimento de sua população-alvo, por se tratarem de Unidades de elevada resolubilidade, bem como possuirá recursos técnicos atualizados, para complementação de diagnósticos e tratamentos; atenderá às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde – MS, especialmente, as referentes ao atendimento humanizado e integral à saúde; e utilizará como contra referência hospitais, clínicas, laboratórios e serviços complementares à sua vocação, sempre utilizando-se das plataformas oficiais de regulação.

### **3. DA ESTIMATIVA DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

O limite de orçamento anual previsto para a realização dos serviços objeto do Contrato de Gestão, teve como base o valor do último contrato pactuado, acrescido dos custos das contas consumo atualmente arcadas pelo Município, dentro da previsão orçamentária desta Secretaria com a finalidade de manter os serviços já prestados e provisionar aquilo que se fizer necessário a título de implementação.

Assim, estima-se como valor de CUSTEIO MENSAL para gestão e operacionalização do PRONTO SOCORRO, a importância de R\$ 2.707.916,67 (dois milhões, setecentos e sete mil, novecentos e dezesseis reais e sessenta e sete centavos), conforme previsão orçamentária anual.

O valor de INVESTIMENTO fica estimado em R\$5.025.000,01 (cinco milhões e vinte e cinco mil reais e um centavo), podendo ser alterado conforme a necessidade e será dividido e

disponibilizado em quantas parcelas se fizerem necessárias durante a vigência do contrato. O repasse estará condicionado à aprovação de projeto.

#### 4. DAS CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PEDRO DA ALDEIA

##### 4.1. Principais características sociodemográficas e indicadores de Saúde

O Município de São Pedro da Aldeia está localizado na Região dos Lagos, no Estado do Rio de Janeiro, a 135km da capital. O município localiza-se na latitude 22°50'21" sul e na longitude 42°06'10" oeste, na região atualmente classificada como Região da Costa do Sol ou Baixada Litorânea, possuindo uma extensão territorial de 332,488 km². De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população é estimada em 104.029 pessoas (2022).

O município devido a sua localização central e as grandes dificuldades dos municípios vizinhos, principalmente Cabo Frio, recebe no Pronto Socorro Municipal pacientes que residem em toda região na busca pelo atendimento.

##### 4.2. Outros dados regionais relevantes para a elaboração das propostas técnico-financeiras

Embora a região tenha grande potencial de desenvolvimento social e econômico por sua localização estratégica, existe a perspectiva de crescimento dos bairros periféricos e de agravamento da pobreza, em decorrência da atração exercida pela expansão da construção civil, do turismo e dos serviços, com sua forte sazonalidade.

Tabela 1: Região da Baixada Litorânea – Área e Dados Populacionais.

Regiões/Estado	Área (km²)	Percentual da Área em Relação à Região	População	% da População em relação ao estado	Densidade Demográfica
Baixada Litorânea	2.707,1	6,18	715.500	4,41	264,30
Araruama	638.00	23.57	116.418	0,72	182,47
Armação de Búzios	70.30	2.60	28.973	0,18	412,13
Arraial do Cabo	160.30	5.92	28.295	0,17	176,51
Cabo Frio	410.40	15.16	195.197	1,20	475,63
Casimiro de Abreu	460.80	17.02	37.340	0,23	81,03
Iguaba Grande	51.90	1.92	24.079	0,15	463,95
Rio das Ostras	229.00	8.46	116.134	0,72	507,14
São Pedro da Aldeia	332.80	12.29	91.542	0,56	275,07
Saquarema	353.60	13.06	77.522	0,48	219,24
Estado	43.779,8	-	16.231.365	-	370,75

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010, resultados do universo, e Estimativas populacionais 2012.

O percentual de população com menos de 5 anos de idade é superior à média estadual; paralelamente, o percentual de idosos fica abaixo da média, com exceção de Iguaba Grande, que

apresenta o maior índice de envelhecimento da Região. A estrutura etária da região é relativamente jovem e equilibrada, com razões de sexo superiores à média estadual, baixos índices de envelhecimento diferencial de envelhecimento por sexo mais reduzido que o padrão estadual, com exceção de Iguaba Grande que se destaca por uma longevidade aparente que pode ser devida a sub-registros de óbitos.

### **4.3. Situação de Saúde**

A distribuição proporcional de internações, segundo grupos de causas, população residente na Baixada Litorânea foi semelhante à do Estado, com a maior proporção de internações por gravidez, parto e puerpério (27,45%), seguida das internações por doenças do aparelho circulatório (11,21%).

As internações por doenças do aparelho digestivo foram a terceira maior causa (8,70%), diferente do Estado onde essas aferições ocupam a quarta posição. O capítulo gravidez, parto e puerpério foi responsável pela maior proporção de internações em todos os municípios, com destaque para São Pedro da Aldeia (38,42%) e Cabo Frio (31,37%). Casimiro de Abreu apresentou a menor proporção por essa causa (15,49%).

Em seis municípios da região a segunda maior causa de internações está relacionada às doenças do aparelho circulatório, sendo as maiores proporções observadas em Saquarema (13,56%), Cabo Frio (12,43%) e Armação dos Búzios (12,01%). As exceções foram Casimiro de Abreu e Rio das Ostras, que apresentaram, como segunda maior causa de internação as doenças do aparelho respiratório (14,16% e 12,43%, respectivamente), e São Pedro da Aldeia, com a segunda maior proporção para as doenças do aparelho digestivo (9,67%).

As neoplasias foram a terceira causa de internação em Iguaba Grande (10,94%) e São Pedro da Aldeia (7,83%) e a quarta causa em Armação dos Búzios (10,85%) e Arraial do Cabo (8,03%).

A maior proporção de internações por doenças infecciosas e parasitárias foi a de Cabo Frio (10,90%), ocasionada, principalmente, pelo aumento das internações por dengue. Estas internações foram, predominantemente, entre a população mais jovem (5 a 34 anos de idade).

As internações por causas externas na região tiveram proporção semelhante, porém menos que a do Estado (6,74%). Cabo Frio (8,06%) e Arraial do Cabo (10,01%) tiveram os maiores índices da região, sendo o perfil de internados, principalmente, homens jovens.

As doenças do aparelho geniturinário apresentam índices maiores que o estadual para os municípios de Arraial do Cabo (8,21%) e Casimiro de Abreu (9,86%).

As taxas de internação por causas selecionadas seguem o perfil do estado, sendo as três principais a pneumonia (20,16 internações por 10.000 habitantes), as neoplasias malignas (19,06 internações por 10.000 habitantes) e as doenças isquêmicas do coração (13,60 internações por 10.000 habitantes).

Apenas três municípios tiveram como maiores taxas de internação as de neoplasias malignas ao invés de pneumonia: Cabo Frio (22,18), Iguaba Grande (40,26) e São Pedro da Aldeia (19,23). Os mesmos apresentam as taxas de internação por pneumonia como terceiras maiores (8,43; 18,38; 6,71, respectivamente). As neoplasias malignas e as doenças isquêmicas do coração correspondem, respectivamente, a segunda e terceira maior taxa de internação em Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo e Rio das Ostras.

As doenças isquêmicas do coração são a segunda maior taxa para os demais municípios, exceto Casimiro de Abreu, cuja segunda maior taxa é para as doenças hipertensivas (20,94).

Destacam-se, ainda, as taxas de internação por diabetes em Casimiro de Abreu (19,80) e Saquarema (13,88) e a de doenças cardiovasculares em Arraial do Cabo (15,52).

O perfil de mortalidade da região também foi bem semelhante ao do estado, sendo as doenças do aparelho circulatório (32,22% dos óbitos da região) e as neoplasias (16,96% dos óbitos da região) a primeira e a segunda maior causa de óbito, respectivamente.

Entretanto, enquanto as doenças do aparelho respiratório foram a terceira maior causa de óbito para o estado, para a Baixada Litorânea foram as causas externas. Analisando a proporção de óbitos por causas externas da região, ganha destaque o município de Armação dos Búzios, onde esta foi a principal causa de óbito (24,54%). Todos os demais municípios tiveram como principal causa de óbito as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias. Dos óbitos por causas externas em Armação dos Búzios, 45% foram decorrentes de acidentes e 35% de homicídios.

Em São Pedro da Aldeia, Cabo Frio e Rio das Ostras, as causas externas foram, assim como na região, a terceira principal causa de óbito. Em Araruama, Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande e Saquarema, a terceira maior proporção de óbitos foi, assim como no estado, por doenças do aparelho respiratório, sendo a mais importante delas a pneumonia.

As doenças nutricionais e metabólicas foram a quinta maior causa de óbito no estado (7,36%) e na região (6,59%). Para este grupo de causas, destacam-se os municípios de Arraial do Cabo (10,29%), Iguaba Grande (9,72%) e Casimiro de Abreu (9,09%).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) da região baixou de 17,73 para 10,76 entre 2001 e 2011, ou seja, teve uma queda de quase 40%. As Maiores reduções ocorreram em São Pedro da Aldeia (51%) e Cabo Frio (46%). Os municípios de Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Casimiro de Abreu e Iguaba Grande, por terem uma população muito pequena (menos de 40mil habitantes), possuem uma série de óbitos infantis com grandes oscilações ano a ano. Desse modo, deve-se olhar com cautela para cortes transversais (em um ano específico) na análise deste indicador. Casimiro de Abreu, por exemplo, tem o ano de 2001 como o ponto mais baixo de sua série desde 2000, que varia de 1 óbito infantil a 7 (em 2002 e 2010). Em função disso, não é possível afirmar que a mortalidade infantil em Casimiro de Abreu aumentou neste período. A queda da TMI na região deveu-se, principalmente, à redução de óbitos no período neonatal tardio (de 7 a 27 dias de vida).



#### 4.4. Capacidade instalada e oferta de serviços de saúde na região.

De acordo com dados de fevereiro de 2012, a Região da Baixada Litorânea dispõe de 20 hospitais cadastrados no SUS e um total de 1.247 leitos hospitalares cadastrados no CNES, dos quais quase a metade (55) está concentrada no município de Cabo Frio.

Dos leitos existentes, 280 não estão disponibilizados para o SUS. A região conta com 411 serviços de média complexidade e 34 de alta complexidade ambulatorial cadastrados no CNES, além de 304 serviços de média complexidade e 13 de alta complexidade hospitalar, mas o grande volume deles está concentrado em Cabo Frio, seguido de Araruama e Rio das Ostras.

A maioria das internações (84,91%) da população residente ocorreu na própria Região, sendo 14,86% realizadas em outras regiões e 0,23% em outros estados. Nos municípios de São Pedro da Aldeia e Saquarema, os percentuais de retenção foram, respectivamente, 53,28% e 56,69% das internações de seus residentes no próprio município.

#### 4.5. Atenção de média e alta complexidade

A Região da Baixada Litorânea apresenta um quantitativo de 947 leitos gerais (excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leito de crônicos e hospital-dia) e 1,4 leitos por 1000 habitantes, inferiores à necessidade calculada que seria de 1.699 a 2.038 leitos, considerando-se os parâmetros da portaria GM/MS nº 1101/2002, de 4% a 10% dos leitos gerais necessários.

O quantitativo de leitos de UTI instalados na região encontra-se inferior aos parâmetros mínimos preconizados. Apenas Araruama, Arraial do Cabo, Cabo Frio e Saquarema possuem leitos de UTI, os demais necessitam referenciar sua demanda para outros municípios da regional ou para outras regiões. Vale destacar, que o número de leitos de UTI ofertados na região é inferior ao parâmetro mínimo definido pela portaria utilizada como referência.

Tabela 2 – Oferta de Leitos, segundo Região de Saúde e Municípios, 2012.

Região Baixada Litorânea	Leitos existentes <sup>1</sup>				Leitos Necessários de UTI <sup>2</sup>	
	População 2012 <sup>3</sup>	Leitos gerais SUS <sup>4</sup>	Leitos/ 1000 hab	Leitos de UTI <sup>5</sup>	4% Leitos Gerais	10% Leitos Gerais
Baixada Litorânea	715.500	993	1,4	96	40	99
Araruama	116.418	208	1,8	24	8	21
Armação dos Búzios	28.973	46	1,6	3	2	5
Arraial do Cabo	28.295	70	2,5	14	3	7
Cabo Frio	195.197	349	1,8	42	14	35
Casimiro de Abreu	37.340	104	2,8	4	4	10
Iguaba Grande	24.079	0	0,0	0	0	0
Rio das Ostras	116.134	106	0,9	4	4	11
São Pedro da Aldeia	91.542	50	0,5	0	2	5
Saquarema	77.522	60	0,8	5	2	6

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação/ Subsecretaria de Atenção a Saúde/ Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro

<sup>1</sup> CNES

<sup>2</sup> Parâmetros: Portaria nº 1101/2002 ( 2,5 a 3 leitos por mil habitantes; de 4% a 10% dos leitos gerais existentes)

<sup>3</sup> Estimativas populacionais IBGE

<sup>4</sup> Foram considerados somente os leitos SUS, excetuando-se os leitos de psiquiatria, leitos crônicos e hospital-dia (os leitos de isolamento foram somados aos leitos gerais)

<sup>5</sup> Foram computados apenas os leitos de UTI e UI

Em relação à oferta de leitos, por especialidades, apenas os leitos obstétricos apresentaram valores acima dos parâmetros da Portaria (São Pedro da Aldeia atualmente contratualiza leitos obstétricos no Hospital Filantrópico da Missão). Nenhuma outra especialidade ofereceu um quantitativo suficiente de leitos, de acordo com a Portaria da GM/MS nº 1101/2002.

Tabela 3 – Distribuição de Leitos Hospitalares, segundo especialidade, Região de Saúde e Municípios, 2012.

Região de Saúde/Municípios	Leitos clínicos existentes	Necessidade de leitos clínicos	Leitos cirúrgicos existentes	Necessidade de leitos cirúrgicos	Leitos obstétricos existentes	Necessidade de leitos obstétricos	Leitos pediátricos existentes	Necessidade de leitos pediátricos
Baixada Litorânea	351	456	243	255	173	161	159	239
Aranuama	66	75	80	42	32	27	24	39
Armação dos Búzios	18	18	10	10	8	7	8	10
Arraial do Cabo	20	19	29	10	12	7	8	10
Cabo Frio	150	125	54	70	63	44	61	65
Casimiro de Abreu	31	24	25	13	18	8	23	12
Iguaba Grande	0	15	0	9	0	5	0	8
Rio das Ostras	29	71	18	40	10	25	20	37
São Pedro da Aldeia	12	59	13	33	16	21	8	31
Saquarema	25	50	14	28	14	18	7	26
Estado RJ	8049	10721	7034	5992	3224	3794	2952	5620

Fonte: Ministério da Saúde / Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES (2011).

Os dados relativos às internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ISAB) apontam que a região apresentou valor inferior (15,2%) ao do estado (16,58%). Na região o percentual variou de 9,4% em São Pedro da Aldeia a 23,46%, em Casimiro de Abreu.

Tabela 4 – Internações por condições sensíveis à Atenção Básica, segundo Região de Saúde e Municípios, 2011.

Região/Estado	Proporção			Taxa (1.000 hab.)		
	Total	Masculina	Feminina	Total	Masculina	Feminina
Baixada Litorânea	15,20	18,08	13,43	5,89	5,44	6,33
Aranuama	16,03	18,61	14,46	7,61	6,87	8,30
Arm. de Búzios	14,01	13,74	14,16	5,70	4,22	7,16
Arraial do Cabo	12,80	13,69	12,13	4,87	4,55	5,18
Cabo Frio	12,01	15,12	10,06	4,69	4,67	4,72
Casimiro de Abreu	23,46	25,27	22,09	10,01	9,41	10,60
Iguaba Grande	13,30	17,63	10,56	5,21	5,52	4,91
Rio das Ostras	16,24	20,15	13,96	5,64	5,21	6,06
S. Pedro da Aldeia	9,40	11,84	8,29	2,71	2,16	3,24
Saquarema	22,88	25,33	21,20	9,15	8,28	10,01
Estado RJ	16,58	20,67	13,76	8,70	34,53	46,44

Fonte: Ministério da Saúde / Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e IBGE: Censo Demográfico 2010

A região da Baixada Litorânea realiza menos de 10% do total de consultas do estado do Rio de Janeiro. O município de Cabo Frio realiza consultas em quase todas as especialidades, exceto em Nefrologia e Neurocirurgia. As consultas em Nefrologia são realizadas principalmente no município de Araruama, enquanto as consultas em Neurocirurgia são realizadas, em sua maioria, no município de São Pedro da Aldeia.

Tabela 5 – Percentual de Consultas especializadas, segundo Região de Saúde e Municípios, 2012.

Especialidade por profissional	Baixada Litorânea	Araruama	Armação de Búzios	Arraial do Cabo	Cabo Frio	Casimiro de Abreu	Iguaba Grande	Rio das Ostras	São Pedro da Aldeia	Saquarema
Angiologista	8,21	53,51	0,00	2,10	22,01	8,59	0,21	0,00	13,44	0,15
Cardiologista	7,55	39,03	1,12	4,56	27,02	4,96	5,58	5,17	6,15	6,41
Cirurgião geral	42,82	6,02	0,05	0,04	2,25	0,94	0,00	89,54	1,11	0,07
Endocrinologista e metabologista	5,72	52,62	0,13	1,55	14,75	9,29	0,00	15,03	0,00	6,64
Gastroenterologista	8,72	52,95	1,35	2,33	13,95	7,20	3,87	9,30	3,55	5,50
Hematologista	1,80	0,00	2,12	0,00	12,49	0,00	0,00	85,39	0,00	0,00
Nefrologista	10,28	96,58	0,56	0,00	2,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Neurocirurgião	1,72	9,40	15,00	25,36	4,17	14,05	0,00	32,02	0,00	0,00
Neurologista	7,39	45,27	0,92	2,54	12,87	4,96	3,14	17,70	4,97	7,62
Oftalmologista	4,74	53,26	0,00	0,00	11,14	3,72	0,00	16,54	11,54	3,81
Oncologista	2,63	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ortopedista e traumatologista	10,01	29,14	0,79	3,88	33,82	4,47	0,00	18,76	4,38	4,76
Otorrinolaringologista	6,77	35,94	2,64	5,89	20,01	6,77	4,22	12,86	6,53	5,14
Pneumologista	1,71	0,00	1,33	15,54	50,00	8,75	0,00	0,00	0,00	24,38
Proctologista	4,90	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reumatologista	0,21	0,80	0,06	0,00	0,45	0,19	0,00	0,44	0,04	0,13
Urologista	8,31	28,58	1,87	4,70	37,78	4,71	3,83	4,90	8,98	4,64
<b>Total</b>	<b>10,14</b>	<b>26,47</b>	<b>0,68</b>	<b>2,16</b>	<b>17,40</b>	<b>3,66</b>	<b>1,31</b>	<b>41,15</b>	<b>3,77</b>	<b>3,40</b>

Fonte: Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação/ Subsecretaria de Atenção à Saúde/ Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro

## 5. DA ATUAL ESTRUTURA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR JOSE SEVE NETO – PSMJSN, SÃO PEDRO DA ALDEIA, RJ.

O Pronto Socorro Municipal realiza, em média, 250 atendimentos médicos por dia, como respectivos reflexos nas áreas de apoio diagnóstico, dos serviços, da administração, dentre outras áreas correlatadas.

O Pronto Socorro Municipal oferece serviço pré-hospitalar de urgência e emergência com a política de acolhimento e classificação de risco (ACCR), conforme Portaria GM2048/12 do Ministério da Saúde, incluindo o atendimento aos usuários suspeitos ou confirmados com COVID-19, através da realização de testes rápidos e coletas de material, cujo atendimento na Unidade é por demanda livre ou por encaminhamento através das Unidades Básicas de Saúde e Unidades Especializadas, mantendo dois leitos de isolamento reservados a esses casos.

Atualmente, tem-se as seguintes especialidades: Clínico Geral, Ortopedista, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social e Nutrição, com os seguintes números de atendimentos nos últimos 03 (três) anos e meio:

<b>CONSULTAS</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023 (até 31/08)</b>
<b>Clínica Médica</b>	68.043	79.784	79.837	58.509
<b>Ortopedia</b>	6.601	5.085	3.972	2.642
<b>Repouso 24h</b>	5.523	6.620	2.440	1.134

<b>PROCEDIMENTOS</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023 (até 31/08)</b>
<b>Curativo</b>	4.026	3.340	2.059	2.086
<b>Sutura</b>	2.550	2.018	1.388	1.863
<b>Adm. Medicamento</b>	37.409	36.912	53.262	46.816

<b>EXAMES</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023 (até 31/08)</b>
<b>Laboratório</b>	88.533	154.814	156.042	111.967
<b>Radiologia</b>	24.060	23.372	26.539	21.590
<b>Eletrocardiograma</b>	2.173	2.461	3.601	2.998

<b>CONS. OUTROS PROFISSIONAIS</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023 (até 31/08)</b>
<b>Enfermagem</b>	74.666	86.111	88.010	64.865
<b>Ass. Social</b>	3.541	3.227	6.318	7.985
<b>Nutrição</b>	3.609	5.801	6.507	4.985
<b>Fisioterapia</b>	1.854	4.974	4.909	2.910

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia. Planilha de Acompanhamento de Atendimentos do atual Contrato de Gestão.

Com sua Sala de emergência (trauma/vermelha), salas de observação (amarelas), salas de procedimentos e de Apoio Diagnóstico-Terapêutico, a Unidade de Saúde é destinada a garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os usuários em estado grave e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os usuários em estado agudo não grave. As Organizações Sociais devem formatar suas propostas Técnicas-Orçamentárias, sob a luz dos estudos da modalidade geral, do pressuposto do acolhimento e da classificação de risco, das possibilidades de agudizações, das condições crônicas, da observação e monitoramento das causas sensíveis à atenção básica, dentre outros de interesse epidemiológico e técnico-assistencial.

No ano de 2023 verificou-se que o fluxo de atendimentos por diagnóstico dos pacientes em atendimento/internados necessitaram de profissionais com as seguintes especialidades:

- Neurologia: 810;
- Ortopedia: 442;
- Gastroenterologista: 32;
- Urologia: 44;
- Nefrologia: 91;
- Cardiologista: 344;
- Vascular: 111;
- Psiquiatria: 21;
- Pneumologia: 73;
- Clínica Médica: 402;

- Oncologia: 64;
- Infectologista: 28;
- Clínica Cirúrgica: 83

## 6. DA ESTRUTURA FÍSICA ATUAL DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA.

Quadro 1 - Áreas Físicas do Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia (situação atual)

SERVIÇOS	QUANTIDADE/DESCRIÇÃO
Almoxarifado	1
Consultório Médico	4
Cozinha	1
Deposito Material de Limpeza – DML	1
Espaço de Acolhimento/Registro/Recepção	1
Laboratório	1
Morgue (Sala Mortuária)	1
Núcleo Interno de Regulação	1
Refeitório	1
Sala Administrativa	1
Sala da Assistência Social	1
Sala da Chefia de Enfermagem	1
Sala da Chefia Médica/Direção	1
Sala de Classificação de Risco	2
Sala de Descanso Plantonistas com Sanitários	3
Sala de Descanso Plantonistas sem Sanitários	2
Sala de Distribuição de Medicamentos (Farmácia)	1
Sala de Expurgo	2
Sala de Gases Medicinais	1
Sala de Gerador	1
Sala de Gesso	1
Sala de Impressos	1
Sala de Medicação / Hipodermia	1
Sala de Observação I (Enfermaria I)	10 leitos
Sala de Observação II (Enfermaria II)	10 leitos
Sala de Observação Individual	01 leito
Sala de Ouvidoria	1
Sala de Raio X	1
Sala de Recepção da Administração	1
Sala de Recepção da Direção	1
Sala de Resíduo Comum	1
Sala de Resíduo Infectante	1



Sala de Reunião	1
Sala de Rouparia	1
Sala de Sutura	1
Sala de Teste Rápido (COVID 19)	1
Sala de Vacina	1
Sala do Arquivo	2
Sala do Técnico de Segurança do Trabalho	1
Sala para Central de Material Esterilizado (CME)	4
Sala Vermelha: Emergência	04 leitos
Sanitário (Salas de Observação I e II)	3
Sanitário da Direção	2
Sanitário Laboratório	1
Sanitário Observação Individual	1
Sanitário para o Público Externo	2
Sanitário para o Público Interno	2
Sanitário Público Interno (COVID 19)	1
Sanitário Refeitório	1
Sanitário Sala de Medicação	2
Sanitário Sala de Raio X	1
Sanitário Sala de Sutura	1
Sanitário Serviço Social	1
Transporte de Pacientes (Enfermarias)	01 área destinada às ambulâncias
Transporte de Pacientes (Vermelha)	01 área destinada às ambulâncias
Unidade Intermediária UI (COVID 19)	02 leitos

**Quadro 1.1** - Áreas Físicas do Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia – Antigo Centro de Triagem COVID 19 (situação atual).

SERVIÇOS	QUANTIDADE/DESCRIÇÃO
Sala do RH	01
Anexo Sala de Observação II (Enfermaria Masculina)	01
Sala de Manutenção de Equipamentos	01
Sanitário Público Interno	02

O Pronto Socorro Municipal não faz atendimento pediátrico, pois todo atendimento pediátrico é efetuado através da UPA localizada dentro dos limites do Município e de total responsabilidade do Estado, bem como não realiza serviços de obstetrícia e maternidade.

## 7. DA EQUIPE E CARTEIRA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A CONTRATADA deve planejar escalas de profissionais de todas as categorias abaixo listadas, suficientes para manter o Pronto Socorro Municipal em funcionamento por 24 (vinte e quatro) horas diárias, sete dias por semana, conforme parâmetros determinados por Portarias

Ministeriais, RDC e outras legislações afeitas ao provimento de Recursos Humanos para os Serviços de Urgência e Emergência.

A Organização Social deverá realizar a contratação dos profissionais necessários à operacionalização do Pronto Socorro Municipal através de processo seletivo simplificado.

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 do Pronto Socorro 24h, 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 abaixo elencado. Ademais, a inclusão de outras categorias profissionais não previstas nas definições de equipe mínima somente será aceita com a permissão da SESAU.

**Quadro 2 - Equipe de Profissionais Mínima Necessária**

<b>RECURSOS HUMANOS (PRONTO SOCORRO)</b>	<b>CARGA HORÁRIA</b>	<b>QTDE PLANTÃO</b>
MÉDICO CLÍNICO / Dia de Semana	24h 12h	05 por dia 01 por dia
MÉDICO CLÍNICO / Final de Semana	24h 12h	05 por dia 01 por dia
OUTRAS CATEGORIAS MÉDICAS / Dia de Semana (ORTOPEDISTA)	12h	01 por dia
MÉDICO ESPECIALISTA – SOBREAVISO (conforme necessidades previstas no item 5)	24h	SOBREAVISO
OUTRAS CATEGORIAS MÉDICAS / Final de Semana (ORTOPEDISTA)	12h	01 por dia
ASSISTENTE SOCIAL	12h	01 por dia
FARMACEUTICO	24h	01 por dia
MÉDICO ROTINA (Visitadora)	Pela manhã	02 por dia
ENFERMEIRO PLANTONISTA	24h	05 por dia
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CCIH	08h	01 por dia
ENFERMEIRO DIARISTA	08h	01 por dia
ENFERMEIRO PARA APOIO DOMICILIAR	30h/semana	01 por dia
NUTRICIONISTA	12h	01 por dia
FISIOTERAPEUTA	24h	01 por dia
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PLANTONISTA	24h	13 por dia
TÉCNICO DE ENFERMAGEM CME	12h	01 por dia
TÉCNICO DE ENFERMAGEM PARA APOIO DOMICILIAR	44h/semana	03 por dia
BIÓLOGO	08h	01 por dia

TÉCNICO DE LABORATÓRIO	24h 12h	01 por dia 01 por dia
PSICÓLOGO	12h	01 por dia

### 7.1. SERVIÇOS A FORNECER (Assistenciais, Administrativos e de Apoio)

**Quadro 3** - Carteira de Serviços:

a) Assistência Médica
b) Assistência de Enfermagem
c) Assistência Social e Psicossocial
d) Serviços de Esterilização dos Equipamentos e Materiais Médicos e de Enfermagem
e) Reposição de uniformes e enxoval
f) Serviços de Manutenção preventiva, corretiva e de equipamentos e Conservação, inclusive seguros
g) Serviços de Recepção
h) Apoio Administrativo
i) Gases medicinais e industriais
j) Alimentação dos Internados e Profissionais que estão em horário de trabalho
k) Serviços de lavanderia
l) Serviços de transporte inter-hospitalar de pacientes
m) Material médico, de enfermagem, insumos correlatos
n) Medicamentos
o) Realização de exames laboratoriais, conforme <b>Anexo C</b> do Termo de Referência
p) Realização de exames de imagens/radiográficos, conforme <b>Anexo C</b> do Termo de Referência
q) Médico Sobreaviso (Cardiologia/Neurologia/Cirurgia Geral e Vascular)
r) Serviços de Tomografia ( <b>a ser implementado</b> )
s) Serviços de hemodiálise emergencial – 1º Atendimento ( <b>a ser implementado</b> )
t) Consulta Nutricional aos Pacientes

### 7.2. Da não designação da devida equipe de trabalho

Em caso do não cumprimento da Equipe Profissional de Saúde e da Equipe de Apoio, conforme a classificação técnica constante neste termo de referência, a Organização Social de Saúde receberá Notificação da SESAU para a apresentação de justificativas, que serão alvo de análise técnica pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização dos Contratos de Gestão (CTAA). Caso as justificativas apresentadas não sejam aceitas pela CTAA e área técnica da SESAU, a CTAA deverá sugerir que a SESAU observe a Cláusula Contratual, que especifica as penalidades em que a Organização Social de Saúde, ora CONTRATADA, é sujeita, dentre elas a rescisão unilateral do contrato de gestão sem direito a qualquer indenização.

Os membros da equipe deverão, no período de férias, licenças ou outras ausências, ser substituídos de maneira a sempre garantir o mesmo número de profissionais adequado ao atendimento. O custo dessa substituição deve ser valorado pela Organização Social proponente no momento de elaboração e entrega do envelope contendo a proposta de preço, considerando que o prazo do contrato de gestão será de 5 (cinco) anos, admitindo a prorrogação, na forma da Lei Municipal.

Em casos de ausências na escala médica que comprometam as atividades assistenciais, os coordenadores médicos deverão suprir a vacância de maneira a preservar o atendimento adequado na unidade até a reposição do quadro previsto.

## **8. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E ACOLHIMENTO/CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

### **8.1. Considerações gerais**

No contexto mundial e também no Brasil, a crescente procura por atendimentos nos Serviços Hospitalares demanda altas tecnologias e cuidados médicos e de enfermagem cada vez mais complexos e onerosos. Gestores e trabalhadores que buscam a eficiência, a eficácia e a qualidade da assistência nestas unidades enfrentam, cotidianamente, tais desafios, adequando a estrutura e a forma do atendimento de cada serviço.

Desafortunadamente, uma situação que potencializa a alta demanda assistencial na Unidade de Emergência, além das violências e acidentes, é a procura por atendimento aos agravos que poderiam ser resolvidos na Atenção Básica à Saúde, ou seja, as sensíveis a este locus de atenção. Para minimizar este problema faz-se necessária a alocação de maiores investimentos para a estruturação da Rede Básica de Saúde, a capacitação dos profissionais das diferentes equipes, a implantação de Unidade de Pronto Atendimento e Centros de Emergência e de Classificação de Risco, bem como o esclarecimento da população e dos profissionais que atuam na saúde sobre as reais funções de um Serviço Hospitalar.

Para que o Pronto Socorro Municipal atue adequadamente é essencial uma estrutura adequada de atendimento e um processo eficaz de Acolhimento e Classificação de Risco. Há necessidade da implantação de um novo desenho de fluxo de encaminhamento, depois do Acolhimento e da Classificação de Risco, atribuindo tempos de espera para o atendimento médico, definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída, avaliando a necessidade de modificações e modernizações na estrutura física do atendimento, modificando os fluxos e processos de trabalho e mensurando os resultados obtidos.

O acolhimento como dispositivo técnico-assistencial, é o modo de operar os processos de trabalho em saúde, orientando para um bom relacionamento entre todos os que participam do processo de promoção da saúde.

No Pronto Socorro Municipal, a partir da implantação do processo do “Acolhimento”, o usuário será atendido imediatamente, sem precisar esperar pela consulta médica, que por vezes se demonstra desnecessária. Espera-se que depois da “triagem administrativa” o usuário seja

encaminhado para o consultório de enfermagem, onde a classificação de risco será feita e minimamente baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Duração (QPD);
- Breve histórico da situação/queixa/duração: relatado pelo próprio usuário ou por familiares/testemunhas;
- História pregressa de uso de medicações;
- Verificação dos sinais vitais;
- Exame físico sumário, buscando sinais objetivos;
- Verificação da glicemia e realização da eletrocardiografia, se necessária;
- Outros processos e condições que os licitantes julgarem necessários.

## **8.2. Classificação de risco**

No Pronto Socorro Municipal, a Classificação de Risco será um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

As Organizações Sociais, nas suas Propostas Técnico-financeiras devem considerar, minimamente, os seguintes objetivos para a Classificação de Risco:

- Avaliar o usuário, logo na sua chegada ao Pronto Socorro, humanizando o atendimento;
- Descongestionar a área de espera do Pronto Socorro;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o usuário seja visto precocemente e de acordo com o seu grau de gravidade;
- Determinar a área do atendimento primário, devendo o usuário ser encaminhado, diretamente, às áreas específicas do Pronto Socorro, conforme protocolo proposto pelos licitantes;
- Informar os tempos médios de espera;
- Retornar informações aos familiares.

As Propostas Técnico-financeiras, sob a responsabilidade da OS, devem contemplar respostas para os seguintes “resultados esperados” na Classificação de Risco:

1. Como diminuir o risco das mortes evitáveis?
2. Como priorizar o atendimento no contexto dos critérios clínicos e não da simples ordem de chegada?
3. Como encaminhar, responsavelmente, o usuário, vislumbrando a garantia de acesso à Rede de Atenção?
4. Como aumentar o grau de eficácia do atendimento?
5. Como reduzir o tempo de espera?
6. Como detectar casos/condições que se agravam se o atendimento for postergado?
7. Como padronizar dado para estudos, pesquisas e processos de planejamentos?

### **8.2.1. Emergência**



A área de Emergência, nesta lógica, deve ser pensada, também, por nível de complexidade. Há que se otimizar recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.



1. Área Vermelha: As Organizações Sociais devem considerar e propor soluções, vislumbrando sala devidamente equipada e destinada ao recebimento, avaliação e estabilização das urgências e emergências: clínicas e traumáticas. Após a estabilização, segundo fluxo proposto pelos licitantes, os usuários estabilizados serão encaminhados para as seguintes áreas:



2. Área Amarela: As Organizações Sociais devem considerar e propor soluções, vislumbrando salas devidamente equipadas e destinadas à assistência de usuários críticos e semicríticos (observações/enfermaria);



3. Área Verde: As Organizações Sociais devem considerar e propor soluções, vislumbrando salas devidamente equipadas e destinadas aos usuários não críticos ou internados que aguardam, ou não, vagas em unidades de internações especializadas ou remoções para outros locais ou hospitais de retaguarda.



4. Área Azul: As Organizações Sociais devem considerar e propor soluções, vislumbrando salas (consultórios diferenciados e indiferenciados) devidamente equipadas e destinadas ao atendimento de consultas de baixa e média complexidade.

Devem considerar, ainda, neste contexto:

- Área de acolhimento, com fluxo obrigatório na chegada;
- Área física que favoreça a visão dos que esperam por atendimentos de baixa complexidade;
- Consultórios de Enfermagem para a Classificação de Risco e procedimentos iniciais.

### **8.2.2. Protocolo de Classificação de Risco**





As Organizações Sociais devem propor um instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos, de forma a possibilitar a classificação da gravidade ou grau de sofrimento, identificando, prontamente, situações de urgências e emergências: condições de risco de morte.

Pressupostos para o Protocolo de Classificação de Risco:

1. Não se constituir em instrumento de diagnóstico;
2. Deve ser um instrumento para determinar a prioridade do atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança;
3. Deve considerar a expectativa dos usuários e seus familiares;
4. Deve considerar o tempo que a intervenção médica possibilitará o melhor resultado possível;
5. Deve considerar reavaliações que podem alterar a classificação inicial;
6. Deve ser instrumento capaz de apoiar o treinamento das equipes na implantação da Classificação de Risco na porta de entrada do Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia;
7. Deve constituir-se um documento de referência do Ministério Público, objetivando o controle/avaliação/monitoramento do atendimento dos casos de urgência e emergência no Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia.

As Organizações Sociais, quando da elaboração do Protocolo de Classificação de Risco devem observar os seguintes fluxos ou níveis organizativos:

### 8.2.3. Fluxos e níveis organizativos

Codificação		Nível de Prioridade	Atendimento	
	Vermelho	ZERO	Emergência	Atendimento imediato ou em até 5 (cinco) minutos. Encaminhamento imediato à Sala Vermelha, segundo o risco.
	Amarelo	1	Urgência	Atendimento o mais rápido possível, em até 30 (trinta) minutos. Encaminhar diretamente à consulta enfermagem para classificação de risco.
	Verde	2	Não Urgente	Atendimento em até 120 (cento e vinte) minutos. Condições agudas (relativa urgência) ou não agudas, com prioridade sobre consultas simples.
	Azul	3	Baixa Complexidade	Atendimento conforme hora de chegada. Tempo de espera pode variar em até 3 (três) horas, de acordo com a demanda dos atendimentos de urgência e emergência. Encaminhamento preferencial para a Rede Básica.

## 9. DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

**9.1.** A CONTRATADA deve remunerar as equipes e seus dirigentes, considerando os salários médios praticados na rede privada de saúde, valendo-se da legislação pertinente. Também será a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, presentes ou futuras.

**9.2.** Ademais, importante frisar, que é de responsabilidade da Organização Social acatar as diretrizes dos Conselhos e/ou Órgãos de Classe de cada categoria profissional existente no Pronto Socorro.

**9.3.** A Contratada deverá apresentar a certidão de débitos previdenciários sob a pena de retenção das parcelas vindouras. A Organização Social deverá manter-se em compatibilidade com as condições de habilitação e qualificação exigidas para participação em seleção pública, bem como com todas as obrigações assumidas, inclusive os encargos trabalhistas e previdenciários oriundos da execução contratual, ficando condicionada a liberação dos repasses à comprovação pela contratada do adimplemento das obrigações trabalhistas e da seguridade social, em relação às parcelas anteriormente recebidas, por meio dos seguintes documentos.

- Guia e Comprovante de pagamento do FGTS;
- GPS/INSS – Guia da Previdência Social e comprovante de pagamento;
- GFIP - Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social;
- Relação dos funcionários que atuam no Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia;
- RET (Relação de Empregados por Tomador);
- Relação dos comprovantes de pagamentos efetuados aos funcionários (recibos e transferências bancárias).

**9.4.** Contratar serviços de terceiros para atividades acessórias e de apoio, sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

**9.5.** Responsabilizar-se perante os usuários, civil e criminalmente, por eventual indenização por danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à empresa/entidade CONTRATADA. Responsabilizar-se, também, por eventuais danos materiais e morais oriundos de ações por erros médicos, além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, ou relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores.

**9.6.** Cumprir as disposições da Lei Municipal que trata de parceria e contratos de gestão a serem firmados com Organizações Sociais de Saúde, bem como de seus decretos reguladores.

**9.7.** A CONTRATADA se obriga a possuir e manter programa de integridade, 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.

**9.8.** A Organização Social deverá apresentar Plano de Cargos, Carreiras e Salários de todos os profissionais no momento da apresentação da Proposta de Trabalho, com todos os dimensionamentos e valores detalhados, inclusive, projeções de dissídio, férias, 13º salário e todos os encargos inerentes à contratação.

**9.9.** A CONTRATADA deve prover, além das equipes suficientes para cada plantão, os seguintes itens:

- a) Equipamentos médicos, de enfermagem e correlatos de uso permanente, incluindo todo o mobiliário necessário ao funcionamento do Pronto Socorro Municipal (apresentar listagem detalhada, juntamente com a proposta econômica);
- b) Insumos médicos e de enfermagem, conforme listagem mínima disposta no Anexo C do Termo de Referência;
- c) Medicamentos para terapêutica no Pronto Socorro, conforme listagem mínima disposta no Anexo C do Termo de Referência;
- d) Exames laboratoriais, conforme listagem mínima disposta no Anexo C do Termo de Referência;
- e) Exames de imagem/radiográficos, conforme listagem disposta no Anexo C do Termo de Referência;
- f) Serviço de esterilização de materiais médicos e de enfermagem (próprio ou contratado);
- g) Engenharia Clínica e serviço de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos necessários para o funcionamento do Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia;
- h) Uniformes e enxoval, incluindo as reposições periódicas, conforme padrão estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde;
- i) Serviço de nutrição para os usuários em observação e internados, incluindo as fórmulas enterais e alimentação para os profissionais em horário de trabalho, dentro dos padrões adequados de qualidade;
- j) Gases medicinais;
- k) Vigilância patrimonial desarmada e sistema de câmeras/filmagem;
- l) Serviço de lavanderia hospitalar;
- m) Serviço especializado de limpeza da Unidade, sob a responsabilidade de pessoal treinado e devidamente supervisionado;
- n) Serviço de manutenção predial e da ambiência, incluindo jardinagem;
- o) Serviço de transporte (ambulância) inter-hospitalar para usuários críticos e semicríticos. O transporte deve ser feito em ambulância apropriada, devidamente tripulada e equipada, conforme legislação vigente, sem prejuízo do atendimento realizado no Pronto Socorro Municipal;
- p) Aplicativo eletrônico (Prontuário Eletrônico de Pacientes – PEP / Data Center), customizado segundo necessidades do serviço e padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, incluindo os módulos de controle de estoques, dispensação de medicamentos e centros de custos. O PEP deve, obrigatoriamente, manter interface com os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde e ser capaz de calcular todos os indicadores pactuados no Contrato de Gestão.
- q) Aplicativo eletrônico (Sistema) para as necessidades da Gestão de Pessoas, em todos os níveis.

**9.10.** Respeitar os direitos dos usuários, atendendo-os com dignidade e de modo universal e igualitário;

**9.11.** Prestar Contas dos Recursos recebidos, conforme preconizado na legislação federal e municipal competente;

**9.12.** Manter a qualidade na prestação dos serviços;

**9.13.** Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento ou à recusa na prestação dos serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

**9.14.** Garantir o sigilo dos dados e outras informações relativas aos usuários;

- 9.15.** Garantir que o usuário será atendido na Classificação de Risco, apenas por profissionais da saúde;
- 9.16.** Instalar sede ou filial no Município de São Pedro da Aldeia, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da assinatura do contrato, em local de fácil acesso ao público e com canal direto de ouvidoria, devendo neste estabelecimento encontrar-se disponível toda a documentação referente ao contrato de gestão firmado, para fins de auditoria do Poder Público;
- 9.17.** Esclarecer os usuários sobre os seus direitos, quando do atendimento no Pronto Socorro Municipal;
- 9.18.** Utilizar protocolos assistenciais e de encaminhamento estabelecidos ou autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- 9.19.** Apoiar e integrar o complexo regulador da Secretaria Municipal de Saúde;
- 9.20.** Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos pertinentes;
- 9.21.** Adotar o símbolo e o nome designativo da Unidade de Saúde, cujo uso lhe for permitido pela Secretaria Municipal de Saúde, fixando essa nomenclatura em lugar visível, bem como aviso sobre gratuidade dos serviços prestados na unidade;
- 9.22.** Administrar e manter bens móveis e imóveis públicos, cujos usos lhe forem permitidos, em conformidade com o disposto no Contrato de Gestão, até suas restituições ao Poder Público Municipal;
- 9.23.** Manter em perfeitas condições os bens móveis e imóveis públicos, cujos usos lhe forem permitidos, equipamentos e instrumentais cedidos pela CONTRATANTE, ou adquiridos e necessários para a realização dos serviços, inclusive substituindo-os por outros do mesmo padrão técnico, caso necessário, de forma a realizar as atividades contratadas (Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva) e de caráter obrigatório o controle dos bens patrimoniais do contratante e do contratado. Deverá ser entregue toda a documentação para que os equipamentos e instrumentos que venham ser adquiridos com recursos oriundos do contrato de gestão sejam automaticamente incorporados ao Patrimônio do Município de São Pedro da Aldeia.
- 9.24.** Manter série histórica dos registros que tratam das intervenções realizadas nos equipamentos, especificando os serviços executados e as peças/componentes substituídos;
- 9.25.** Disponibilizar, permanentemente, toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditorias do Poder Público;
- 9.26.** Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como por todos os gastos e encargos com materiais de consumo/permanentes e concessionárias;
- 9.27.** Providenciar seguro contra incêndio, imediatamente depois da assinatura do Contrato de Gestão;
- 9.28.** Adquirir link de internet capaz de suportar o funcionamento do Prontuário Eletrônico de Pacientes – PEP e do Sistema de Gestão de Pessoas;
- 9.29.** Solicitar autorização expressa da CONTRATANTE para a prescrição de medicamentos não padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Caso não observado o trâmite acima descrito, e a CONTRATANTE vier a ser compelida a fornecê-los, poderá descontar o montante gasto com os insumos referidos do valor transferido, mensalmente, à CONTRATADA;
- 9.30.** Fornecer aos pacientes todos os medicamentos que sejam necessários no período em que estiver no Pronto Socorro;



- 9.31.** 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;
- 9.32.** Emitir o Cartão de Cadastro do Usuário (Cartão SUS), quando necessário;
- 9.33.** Proceder à Auditoria Clínica;
- 9.34.** Aplicar todas as normas e protocolos da Secretaria Municipal de Saúde, nos casos de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico;
- 9.35.** Observar, durante todo tempo, os Prazos do Contrato de Gestão, a Política Nacional de Humanização do Ministério de Saúde (PNH/MS), visando ao cumprimento do modelo de atendimento humanizado;
- 9.36.** Requerer autorização prévia à CONTRATANTE, na hipótese de a CONTRATADA se dispor a prestar serviço originalmente não previsto no Contrato de Gestão 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 do Contrato não poderá resultar em padrão inferior de desempenho e modificar substancialmente, seu objeto;
- 9.37.** Manter controle de ponto de todos os profissionais em serviço no Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia, aferindo e alimentando o Sistema Informatizado de Gestão de Pessoas implantado pela CONTRATADA;
- 9.38.** Manter os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados (Processo de Educação Permanente contextualizado à realidade local: epidemiológica e de morbimortalidade). As informações sobre este processo dinâmico deve ser passada à Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente. A Secretaria Municipal de Saúde poderá, a qualquer momento, solicitar outros treinamentos e/ou capacitações específicas em área distinta;
- 9.39.** Dar conhecimento imediato à CONTRATANTE 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 usuários no Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia;
- 9.40.** Alimentar e atualizar os sistemas informatizados de gestão fornecidos pela CONTRATADA, com as informações completas acerca dos serviços prestados e procedimentos realizados, de forma a evitar glosas do Sistema Nacional de Auditoria do SUS;
- 9.41.** Alimentar e atualizar os sistemas de informação a serem adotados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- 9.42.** Apresentar à CONTRATANTE, mensalmente, Relatório Consolidado da Produção Contratada x Produção Realizada;
- 9.43.** Apresentar à CONTRATANTE, mensalmente, relatório contendo todos os procedimentos realizados, bem como toda a documentação exigida, nos termos indicados e segundo a metodologia adotada pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SAI-SUS;
- 9.44.** Apresentar à CONTRATANTE, mensalmente, folha de pagamento de salários, na qual conste os pagamentos aos profissionais e os comprovantes de quitação das obrigações trabalhistas e previdenciárias relativas aos empregados que prestam ou prestaram serviços no âmbito do Contrato de Gestão;
- 9.45.** Apresentar à CONTRATANTE, mensalmente, Relatório Consolidado do alcance das metas/indicadores;
- 9.46.** Apresentar à Ouvidoria da CONTRATANTE, mensalmente, relatório com as reclamações dos usuários, bem como as respostas fornecidas, as providências adotadas em cada caso e o tempo de resposta e de adoção das providências;

**9.47.** Apresentar à CONTRATANTE, anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei;

**9.48.** Apresentar Relatório com informações detalhadas, além dos Relatórios mensais, bimestrais e anuais previstos, de acordo com regulamentação da CONTRATANTE e na periodicidade por ela estabelecida, especialmente: (i) listagem com identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela sua natureza; (ii) estatística de óbitos; (iii) listagem dos serviços oferecidos e dos profissionais de saúde responsáveis pelos atendimentos dos usuários, devidamente habilitados nos respectivos conselhos profissionais do Estado do Rio de Janeiro; e (iv) informações de contato (telefone, endereço de correio eletrônico. Formulário eletrônico, endereço de correspondência) para recebimento das reclamações, sugestões e esclarecimento de dúvidas dos usuários;

**9.49.** Fornecer os relatórios, documentos e informações previstos, de forma a permitir sua integração em bancos de dados, em base eletrônica, conforme padrão determinado pela CONTRATANTE;

**9.50.** Assegurar à CONTRATANTE o acesso irrestrito e em tempo real de todos os bancos de dados acima referidos;

**9.51.** Arquivar na sede da CONTRATADA, conforme legislação vigente, as vias originais dos relatórios previstos, depois de analisados e aprovados pela CONTRATANTE;

**9.52.** Apresentar à CONTRATANTE, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar, incluindo quaisquer outras informações que a CONTRATANTE julgar relevantes sobre as prestações do serviço e sobre as condições financeiras da CONTRATADA;

**9.53.** Promover interação com a Rede Pública de Atenção à Saúde e com os Complexos Reguladores, estadual e municipal, especialmente quanto aos problemas envolvendo remoção e transferências de usuários;

**9.54.** Dar conhecimento imediato à CONTRATANTE sobre eventuais vícios ocultos no Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia;

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

**9.56.** Garantir que o Pronto Socorro Municipal esteja devidamente cadastrado no Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES (Pronto Socorro Geral), incluindo as necessárias atualizações periódicas, conforme legislação vigente;

**9.57.** Garantir os itens condicionadores para o correto credenciamento e habilitação dos serviços e exames no SCNES, tais como: carga-horária, CBO, equipamentos, dentre outros requisitos necessários;

**9.58.** Garantir que todos os profissionais que executam ações e/ou serviços de saúde no Pronto Socorro Municipal estejam devidamente cadastrados no CNES;

**9.59.** Compor e manter contratada equipe de faturamento devidamente qualificada e corretamente dimensionada para a geração das informações que subsidiarão o preenchimento dos Sistemas de Informação Nacionais do DATASUS;

**9.60.** Notificar ao órgão competente todos os casos considerados de “Notificação Compulsória” que porventura sejam diagnosticados no Pronto Socorro Municipal;

**9.61.** Os equipamentos e todo o mobiliário, bem como as benfeitorias realizadas na Unidade serão incorporados ao Patrimônio Municipal, não havendo possibilidade de retenção ou retirada de nenhum item, sem a prévia autorização do Poder Público;

**9.62.** Faltando 60 (sessenta) dias para o término do Contrato de Gestão, deverá ser realizada a atualização cadastral dos equipamentos, mobiliário e materiais permanentes, por meio de inventário, no qual conste a localização, o nome e tipo do equipamento/mobiliário/materiais permanentes, assim como seu número de patrimônio;

**9.63.** Observar as disposições do Ministério da Saúde, em especial as Portarias de Consolidação dos Atos Normativos do referido órgão;

**9.64.** Assumir total responsabilidade pelo sigilo das informações e tratamento de dados, contidos em quaisquer mídias e documentos, que seus empregados ou prepostos vierem a obter em função da presente prestação de serviços, seja no que diz respeito à Administração Pública, seja quanto aos usuários do serviço em tela, na forma prevista pela Lei Federal nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados) respondendo a CONTRATADA pelos danos que venham a ocorrer.

## **10. PRESSUPOSTOS ORGANIZACIONAIS:**

**10.1.** A CONTRATADA deve observar o funcionamento das Salas de Observação do Pronto Socorro Municipal (Portaria de Consolidação nº 3 do Ministério da Saúde);

**10.2.** Estabelecer, adotar e manter atualizados os protocolos clínicos, assistenciais, de encaminhamentos e de procedimentos administrativos feitos às Observações de Curta Permanência do Pronto Socorro;

**10.3.** Contratar e manter equipe de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem compatível com o funcionamento dos leitos do PS, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, durante toda a contratualidade;

**10.4.** Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, incluindo a possibilidade da contratação de “diaristas”, utilizando-se prontuário único e compartilhado por toda a equipe;

**10.5.** Implantar mecanismos de gestão da clínica, visando à qualificação do cuidado, eficiência dos leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

**10.6.** Manter articulação potencializadora de resultados, mormente a alta precoce, com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Município;

**10.7.** Garantir a realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

**10.8.** Garantir a submissão das Observações à auditoria do Gestor local;

**10.9.** Submeter-se à regulação integral, sob a responsabilidade da Central de Regulação de Leitos do Estado;

**10.10.** Promover e manter todas as obrigatoriedades necessárias para a qualificação dos leitos das Observações de Curta Permanência do Pronto Socorro Municipal de São Pedro da Aldeia, junto ao Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, segundo dispositivos legais da Portaria de Consolidação nº 3 do Ministério da Saúde.

**NOTA:** as normas para o atendimento pré-hospitalar fixo no Pronto Socorro Municipal estão descritas, com mais detalhes, no Anexo A do Termo de Referência.

## **11. INDICADORES E METAS APLICÁVEIS AO FUNCIONAMENTO DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA**

### **11.1. Comissões/serviços**

**11.1.1.** A Contratante deverá de forma imediata providenciar a nomeação da Comissão Técnica de Avaliação Acompanhamento – CTAA, com as seguintes atribuições:

- Monitorar o sistema gerencial de informação com acesso pela internet;
- Avaliar os registros utilizados nos procedimentos administrativos, quando da realização dos exames de imagem e laboratoriais;
- Elaborar instrumentos específicos para o monitoramento, avaliação e acompanhamento do Relatório mensal de Gestão sob a responsabilidade da Organização Social;
- Avaliar a execução dos indicadores, a implantação de normas, rotinas e a disponibilização de recursos humanos, insumos, materiais e medicamentos sob a responsabilidade da Organização social;
- A Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento – CTAA, em suas avaliações deve acompanhar e avaliar os indicadores do Contrato de Gestão em suas Metas Qualitativas e quantitativas.
- Fiscalizar todos os demais aspectos do contrato

**11.1.2** A CONTRATADA deve implantar, em até 60 (sessenta) depois da assinatura do Contrato de Gestão, as seguintes Comissões e Serviço:

- a) Comissão de Revisão de Prontuários Clínicos;
- b) Comissão de Revisão de Óbitos;
- c) Comissão de Controle da Infecção Hospitalar (CCIH);
- d) Serviço de Ouvidoria.

**11.1.3** A CONTRATADA deve implantar, em até 90 (noventa) dias depois da assinatura do Contrato de Gestão, as seguintes outras Comissões:

- a) Comissão de Ética Médica;
- b) Comissão de Ética de Enfermagem.

## 11.2. Indicadores para avaliação do Contrato de Gestão.

**11.2.1.** Meta qualitativa: a avaliação da CONTRATADA, quanto ao alcance da meta qualitativa, será feita com base na Produção/Dia dos Atendimentos Médicos, de acordo com o quadro abaixo:

Nº	Indicador	Meta	Memória de cálculo
1	Média mensal de Atendimentos Médicos (avaliação mensal)	5.913 a 7.227 Atendimentos Médicos / Mês	Número de Atendimentos Médicos no mês. Observação: Todos os médicos.
Esse dado, reflete a quantidade de pessoas que buscara, o atendimento em determinado mês. Sendo mutável conforme o período sazonal.			

Esse dado, reflete a quantidade de pessoas que buscara, o atendimento em determinado mês. Sendo mutável conforme o período sazonal.

A meta quantitativa do PRONTO SOCORRO foi estabelecida considerando o histórico de atendimento médico, nos últimos 12 meses.

Pronto Socorro Municipal	Produção <100% e >90%	Produção <90% e >80%	Produção <80% a >70%
	Glosa de 4% (5.913 a 5.321)	Glosa de 6% (5.320 a 4.788)	Glosa de 10% (4.787 a 4.308)

Caso a produção de atendimento médico mensal da unidade por atividade situe-se abaixo de 70% da meta pactuada contratada para o mês, o Valor de Transferência referente à produtividade mensal será limitado à glosa máxima de 10%.

Ademais, caso a produção mensal situar-se abaixo da meta contratada, a Organização Social de Saúde receberá Notificação da SESAU para apresentação de justificativas, que serão alvo de análise técnica pela CTAA. Caso as justificativas apresentadas não sejam aceitas pela CTAA e área técnica da SESAU, a Contratada será alvo de sanção contratual, a ser aplicada conforme a gravidade da infração.

**11.2.2.** Metas qualitativas: a avaliação da CONTRATADA, no que se refere ao cumprimento das metas dos Indicadores, será efetuada mensalmente, de forma dicotômica (cumpriu as metas/não cumpriu as metas).

**11.2.3.** A análise do Indicador Quantitativo permitirá cálculo pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização do valor referente à produtividade mensal. Este valor será aplicado determinado percentual de glosa em transferências posteriores de recursos, quando for verificado o não atingimento das metas previstas.



**11.2.4.** Os desvios serão analisados em relação à meta quantitativa contratada por unidade, conforme Quadro 4, e vão gerar variações no Valor de Transferência referente à produtividade mensal. O cálculo considera a proporção de produção não atingida e define o percentual a ser glosado, conforme Quadro 5;

**Quadro 4 - Indicadores do Contrato de Gestão e Metas (Médias Mensais) para a avaliação qualitativa da CONTRATADA.**

Nº	Indicador	Meta	Memória de cálculo	Pontos
1	<b>Taxa de satisfação dos usuários</b>	Maior ou Igual a 80%	Número de usuários satisfeitos / Total de usuários pesquisados no mês, que pernitem na unidade x 100. Observação: Deverão ser submetidos a pesquisa de satisfação todos os usuários que pernitem na unidade e aceitem, a fim de computarem o maior grupo de usuários atendidos.	10

**Pesquisa de satisfação é um questionário que pode ter perguntas qualitativas ou quantitativas, buscando entender a percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços, atendimentos ou outros aspectos do hospital. Fazer uma pesquisa de satisfação é importante para entender se as expectativas dos pacientes estão sendo atendidas.** Por meio dela, é possível entender as dificuldades e aspirações de seus usuários, mapeando o que é mais importante para essas pessoas ou instituição. Com base nos dados coletados, você define estratégias que vão ao encontro dos anseios do seu público.

A partir das respostas dos pacientes, é possível identificar erros que podem estar impedindo o seu crescimento e agir para solucionar problemas antes que se tornem uma crise que pode trazer danos para a imagem do estabelecimento.

Indicador permanece pontuando, com redefinição de descrição para base de cálculo.

2	<b>Índice de absenteísmo de todas as categorias contratadas</b>	Menor ou Igual a 3%	Total de horas não trabalhadas no mês / Total de horas trabalhadas por toda a equipe de acordo com o contrato empregatício (sem atrasos, sem faltas e saídas antecipadas) no mês x 100. Observação: Será computado o total de horas trabalhadas por todos os profissionais, a instituição deverá dispor de ponto biométrico.	9,0
---	---	---------------------	--	-----

A taxa de absenteísmo indica, com mais precisão, a quantidade de ausências e atrasos dos colaboradores de uma instituição, mesmo quando as ausências são justificadas, quando se tornam recorrentes ou se acumulam, uma série de problemas podem acontecer no ambiente de trabalho.

Por isso, é essencial ficar atento e esse índice e atuar para reduzi-lo o máximo possível. As ausências de um colaborador podem significar que ele não está satisfeito com a instituição, o que pode motivar a sua saída.

Falando especificamente do índice ou taxa de absenteísmo, seu objetivo principal é oferecer um parâmetro de **avaliação das ausências** no trabalho.

Monitorar a taxa de absenteísmo é fundamental para encontrar situações que podem estar

encobertas por vários motivos.  
Indicador permanece pontuando.

3	<b>Taxa de usuário classificado quanto ao risco pelo profissional enfermeiro</b>	Maior ou Igual a 90%	Total de usuários classificados quanto ao risco pelo profissional enfermeiro / Total de usuários registrados no mês x 100. Observação: O paciente deverá ser classificado em tempo hábil, ainda que a entrada tenha ocorrido pela sala vermelha.	7,0
---	--	----------------------	---	-----

Esse indicador é parte fundamental do processo na assistência, tomada de decisões, monitoramento dos pacientes, registros, gerenciamento, educação e resolubilidade dos problemas. Enfatiza a classificação de risco como um processo dinâmico e sistematizado que busca a identificação das necessidades de cuidados imediatos, priorizando os pacientes de acordo com a gravidade do quadro clínico avaliando o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro ou hospital, humanizando o atendimento e descongestionando o nosocômio com vistas a reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.

A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)

Indicador permanece pontuando.

4	<b>Tempo Máximo de espera do usuário classificado como risco verde desde o acolhimento &lt;= 120 minutos (medido desde o acolhimento ao atendimento médico).</b>	Maior ou Igual a 80% dos usuários	Total de usuários classificados como risco verde, atendidos em tempo <= 120 minutos, contados desde a chegada até o início do atendimento / total de usuários classificado como risco verde. Observação: Numerador será contabilizado o somatório do tempo em minutos transcorridos entre a chegada de cada paciente ao pronto atendimento / pronto socorro até a avaliação médica inicial, incluindo o tempo despedido na recepção, triagem / acolhimento com classificação de risco, pelo mês. Deve existir um sistema de registro de atendimento que permita a medição destes diversos tempos (recepção, triagem, triagem – avaliação médica inicial). Denominador: Número de pacientes admitidos no pronto socorro / pronto atendimento no mês com o risco	7,0
---	--	-----------------------------------	--	-----

			verde. Os pacientes que derem entrada na unidade são acolhidos e classificados quanto ao risco ou recebem tratamento e vão a óbito ainda no pronto atendimento / pronto socorro, devem ser incluídos. Pacientes que derem entrada na unidade mortos, serão excluídos.	
<p>Esse indicador visa avaliar o tempo médio de espera do paciente classificado como risco verde na Unidade de saúde, com vistas na análise do risco desse paciente e o tempo que ele pode aguardar para atendimentos médico voltados para o tempo máximo pré-determinado em literatura.</p> <p>A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem ocorrendo às vezes piora da queixa dos pacientes pelo não-atendimento no tempo adequado. Esse tipo de organização do serviço reproduz uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade.</p> <p>A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)</p> <p>Indicador permanece, pontuando, com correção de símbolo para base de cálculo.</p>				
5	<b>Tempo Máximo de espera para usuários classificados com risco amarelo &lt;= 30 minutos (medido desde o acolhimento ao atendimento médico).</b>	Maior ou Igual a 80% dos usuários classificados neste risco	<p>Total de usuários classificados como risco amarelo, atendidos em tempo &lt;= 30 minutos, contados desde a chegada até o início do atendimento / total de usuários classificado como risco amarelo.</p> <p>Observação: Numerador será contabilizado o somatório do tempo em minutos transcorrido entre a chegada de cada paciente ao pronto atendimento / pronto socorro até a avaliação médica inicial incluindo o tempo despedido na recepção, triagem / acolhimento com classificação de risco, pelo mês. Deve existir um sistema de registro de atendimento que permita a medição destes diversos tempos (recepção, triagem, triagem – avaliação médica inicial).</p> <p>Denominador: Número de pacientes admitidos no pronto socorro/pronto atendimento no mês com o risco vermelho. Os pacientes que dão entrada na unidade e são acolhidos e</p>	7,0

			classificados quanto ao risco ou receberem tratamento, mas vão a óbito ainda no pronto atendimento/pronto socorro, devem ser incluídos. Pacientes que chegam mortos ao pronto atendimento/pronto socorro serão excluídos.	
<p>Esse indicador visa avaliar o tempo médio de espera do paciente classificado como risco amarelo na Unidade de saúde, com vistas na análise do risco desse paciente e o tempo que ele pode ou deve aguardar para atendimentos médico relacionando-o assim com o tempo máximo pré-determinado em literatura.</p> <p>A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem ocorrendo às vezes piora da queixa dos pacientes pelo não-atendimento no tempo adequado. Esse tipo de organização do serviço reproduz uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade.</p> <p>A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)</p> <p>Indicador permanece, pontuando, com correção de símbolo para base de cálculo.</p>				
6	<b>Tempo Máximo de espera para usuários classificados com risco vermelho &lt;= 05 minutos (medido desde o acolhimento ao atendimento médico).</b>	Maior ou Igual a 85% dos usuários classificados neste risco	<p>Total de usuários classificados como risco vermelho, atendidos em tempo &lt;= 05 minutos, contados desde a chegada até o início do atendimento / total de usuários classificado como risco vermelho.</p> <p>Observação: Numerador será contabilizado o somatório do tempo em minutos transcorrido entre a chegada de cada paciente ao pronto atendimento/pronto socorro até a avaliação médica inicial incluindo o tempo despedido na recepção, triagem/acolhimento com classificação de risco, pelo mês. Deve existir um sistema de registro de atendimento que permita a medição destes diversos tempos (recepção, triagem, triagem – avaliação médica inicial).</p> <p>Denominador: Número de pacientes admitidos no pronto socorro/pronto atendimento no mês com o risco amarelo. Os pacientes que dão</p>	7,0

			entrada na unidade e são acolhidos e classificados quanto ao risco ou receberem tratamento, mas vão a óbito ainda no pronto atendimento/pronto socorro, devem ser incluídos. Pacientes que chegam mortos ao pronto atendimento/pronto socorro serão excluídos.	
<p>Esse indicador visa avaliar o tempo médio de espera do paciente classificado como risco vermelho na Unidade de saúde, com vistas na análise do risco do mesmo e o tempo que ele pode aguardar para atendimentos médico voltados para o tempo máximo pré-determinado em literatura.</p> <p>A não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem ocorrendo às vezes piora da queixa dos pacientes pelo não-atendimento no tempo adequado. Esse tipo de organização do serviço reproduz uma certa forma de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento da análise dos resultados e efeitos para os sujeitos que estão sob sua responsabilidade.</p> <p>Lembrando que todo atendimento classificado como vermelho, deve seguir as premissas da classificação desse risco em questão visando a estabilização hemodinâmica do usuário em questão, com isso, o atendimento ocorre de forma imediata com postergação das tramitações burocráticas sistêmicas do prontuário eletrônico.</p> <p>A Portaria 2048 do Ministério da Saúde propõe a implantação nas unidades de atendimento de urgências o acolhimento e a “triagem classificatória de risco”. De acordo com esta Portaria, este processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002)</p> <p>Indicador permanece, pontuando, com correção de símbolo para base de cálculo.</p>				
7	<b>Taxa de revisão de prontuários pela comissão de controle de infecção hospitalar – CCIH</b>	100%	<p>Taxa de prontuários de usuários com infecções revisadas pela CCIH no mês/Total de prontuários de usuários com infecção no mês x 100.</p> <p>Observação: A atuação da comissão de controle de infecção hospitalar deverá estar registrada em livro próprio, periodicamente preenchidos e demonstrando a atuação da comissão. Ao final a comissão deverá se reunir registrando assim em ata. Não serão contabilizados demonstrativos não comprovados.</p>	-
<p>A comissão de controle de infecções hospitalares atua principalmente auxiliando na antibioticoterapia e promovendo medidas para frear a transmissão de infecções hospitalares. A avaliação das taxas de infecção por meio dos prontuários dos pacientes internados no hospital, visa reduzir os riscos de infecção hospitalar ou aquisição de infecções hospitalares a fim de</p>				



melhorar a qualidade da assistência prestada.

Tem ligação íntima com a segurança do paciente trazendo a luz do dia a dia melhorias com meta de redução máxima nas infecções hospitalares com finalidade desse indicador em especial, de analisar 100 % dos prontuários dos pacientes com infecção nosocomial.

De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento.

**Portaria Nº 2616 de 12 de maio de 1998**

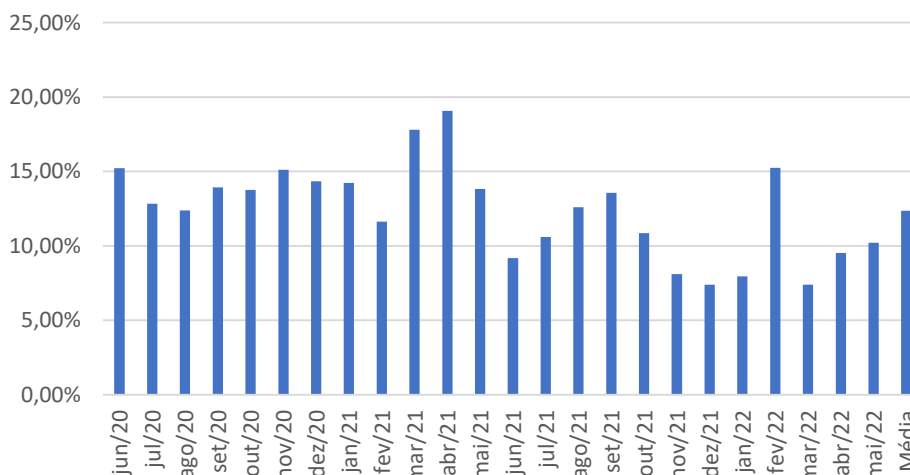
Versa sobre as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia, sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

8	<b>Taxa de Mortalidade (Avaliação Mensal)</b>	Menor ou Igual a 15%	<p>Número de óbitos ocorridos no mês/números de saídas no mês x 100.</p> <p>Observação: Considerar todos os pacientes que derem entrada na unidade com vida, independente do tempo de permanência. Não será considerado paciente, que já deu entrada na unidade em óbito.</p> <p>Considera-se:</p> <p>Saída hospitalar: saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão desistência do tratamento, transferência externa ou óbito. <b>As transferências internas não são consideradas saídas para o cálculo deste e de outros indicadores hospitalares.</b></p> <p>Alta: alta médica que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. O paciente pode receber alta curado ou melhorado ou com seu estado de saúde inalterado.</p> <p>Evasão: saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado.</p> <p>Desistência do tratamento: saída do</p>	5,0
---	---	----------------------	---	-----

			<p>hospital sem autorização médica, porém com comunicação da saída ao setor em que o paciente estava internado, motivada pela decisão do paciente ou de seu responsável de encerrar a modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente. Transferência externa: mudança de um paciente de um hospital para outro.</p> <p>Óbito hospitalar: aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não. <b>Os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados.</b></p>	
<p><b>1.1 - Óbito hospitalar</b></p> <p>Inicialmente, o óbito hospitalar deve ser caracterizado como aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital com vida, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não.</p> <p>Notas técnicas: os óbitos de pessoas que chegam mortas ao hospital não são considerados óbitos hospitalares.</p> <p><b>1.2 - Óbito institucional</b></p> <p>Deve ser caracterizado como óbito institucional aquele que ocorre após decorridas, pelo menos, 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente. Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar.</p> <p>Notas técnicas: Em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e consequente responsabilidade do hospital seja efetivada.</p> <p><b>Ministério da saúde</b></p> <p>É desejável atingir valores mais baixos de taxa de mortalidade institucional.</p> <p>Contudo, altas taxas de mortalidade institucional não refletem necessariamente problemas na qualidade da assistência hospitalar prestada ao paciente, tendo em vista que diferenças entre instituições em grande parte podem ser atribuíveis ao conjunto de serviços disponibilizados (servisse mix) e aos distintos perfis de complexidade clínica dos pacientes admitidos – (case mix) (Noronha 2001;Escrivão Junior, 2004)</p>				

**MÉDIA DE TAXA MORTALIDADE DE 06/20 A 05/22**



jun/20	jul/20	ago/20	set/20	out/20	nov/20	dez/20	jan/21	fev/21	mar/21	abr/21	mai/21	jun/21	jul/21	ago/21	set/21	out/21	nov/21	dez/21	jan/22	fev/22	mar/22	abr/22	mai/22	Mé
15,22%	12,83%	12,38%	13,94%	13,76%	15,11%	14,33%	14,23%	11,63%	17,80%	19,07%	13,83%	9,18%	10,59%	12,60%	13,56%	10,86%	8,10%	7,40%	7,96%	15,24%	7,40%	9,52%	10,21%	12,36%

Fonte: Dados extraídos dos relatórios recebidos mensalmente pelo Pronto Socorro Municipal Dr. Jose Seve Neto.

Média obtida de 12,36%

Indicador permanece, pontuando, com correção da meta para 15%, levando em consideração a série histórica da unidade.

9	<b>Taxa de Revisão prontuários pela comissão de óbitos</b>	100%	<p>Taxa de prontuários revisados pela comissão de óbitos/total de prontuários que vieram a óbito na unidade no mês x 100</p> <p>Observação: A atuação da comissão óbito deverá estar registrada em livro próprio, periodicamente preenchidos e demonstrando a atuação da comissão. Ao final a comissão deverá se reunir registrando assim em ata.</p> <p>Não serão contabilizados demonstrativos não comprovados.</p>	-
---	--	------	---	---

As Comissões Hospitalares destacam-se como ferramentas de gestão, promovendo a produção de indicadores relevantes, contribuindo para tomada de decisões e melhoria dos serviços prestados. Nesse sentido, a Comissão de Revisão de Óbitos do Pronto Socorro Dr. José Seve Neto atua visando avaliar a cronologia dos eventos que culminaram com a morte de pacientes internados em suas dependências, a fim de identificar as causas de morte mais frequentes e rastrear possíveis condutas inadequadas que possam ter contribuído para o desfecho através de um instrumento de qualidade de estudo e investigação e com isso proporcionar discussão entre os grupos assistenciais.

O que se pretende é que o trabalho das Comissões de Revisão de Óbitos reúna informações e análises críticas que contribuam efetivamente no processo de assistência ao paciente, possibilitando o compartilhamento e o acesso imediato aos dados, maior eficiência nos processos clínicos e administrativos e a otimização dos indicadores físicos e estatísticas epidemiológicas da

população atendida. Vale notar que o prontuário médico possui grande centralidade em meio a presente discussão, pois, consiste no instrumento que agrega informações essenciais e espelha a qualidade da assistência médica fornecida pela equipe de saúde multiprofissional ao paciente internado.

As informações ali consignadas e dele extraídas podem auxiliar os gestores nas tomadas de decisões, na avaliação da assistência fornecida, na orientação ao setor de faturamento (posto que viabiliza a verificação dos custos de procedimentos), na verificação dos materiais e medicamentos disponibilizados, além de ser utilizado como meio de ensino e pesquisa nas instituições.

Resolução N°2.171 de 30 de outubro de 2017, do Conselho Federal de Medicina, que regulamenta e normatiza as comissões de revisão de óbito, tornando-as obrigatórias nas instituições hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento.

Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia, sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

10	<b>Taxa de revisão de prontuários</b>	100%	Taxa de Prontuários revisados no mês/ total de prontuários x 100. Observação: Considera-se prontuários de pacientes que pernoitem na unidade, independente do horário de entrada, se passarem das 00 hora na unidade, deverá ser revisado.	-
----	---------------------------------------	------	---	---

Uma das melhores formas de garantir maior segurança ao paciente nos serviços de saúde é por meio da criação de comissões hospitalares. Elas são formadas por profissionais técnicos, como médicos e enfermeiros, e têm como principal função servir de instrumento de gestão, ao oferecer subsídios à diretoria. Com isso, uma delas é a Comissão de Revisão de Prontuário.

A Comissão de Revisão de Prontuário visa facilitar assistência ao paciente, mas também é utilizada, para o ensino, a pesquisa, a elaboração de políticas de saúde, bem como para avaliação da qualidade da assistência médica prestada como também é um elemento de valor quando da avaliação do erro médico, sendo considerado como a melhor arma no caso de uma avaliação judícia, além de nutrir epidemiologicamente o serviço local e o serviço de nível central de informações relevantes.

Essa comissão atendendo às exigências legais, realiza através de estudos sistemáticos, análises de processo de qualidade de toda documentação gerada nos prontuários dos pacientes, ocasionando melhorias e grande evolução decorrente dela. O que certamente contribui com o processo de gestão na área assistencial, pois registros corretos por parte de seus profissionais, especialmente dos médicos, têm implicações diretas não só no faturamento, mas, fundamentalmente, na qualidade da assistência prestada.

De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento.

**PORTARIA MS Nº 279, DE 8 DE OUTUBRO DE 2010**

Visando atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia, sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

11	<b>Taxa de prontuários e boletim de atendimentos médicos corretamente finalizados</b>	100%	Total de prontuários médicos e boletim médico corretamente finalizados após atendimento no mês/ Total de atendimentos no mês x 100. Observação: Considera-se para fim de cálculos todos os boletins e prontuários médicos abertos na unidade.	-
----	---	------	--	---

O prontuário do paciente é o documento destinado ao registro dos cuidados prestados, quer seja em casos de internação hospitalar, em atendimento de ambulatório ou em emergências.

Os registros no prontuário do paciente indicam a qualidade da assistência adquirida e todo o tratamento prestado durante o seu acompanhamento no serviço de saúde.

Há uma importância ímpar na instituição, manutenção e reavaliação da revisão de comissão de prontuário com vistas inclusive para o faturamento.

Para o faturamento dos serviços assistenciais de saúde há necessidade que o prontuário do paciente contenha e esteja com todas as informações pertinentes para receber do Ministério da Saúde a devida remuneração.

O prontuário do paciente é uma das principais fontes para a geração de informação, assim todo o profissional envolvido com o registro dele, contribuirá para a melhoria do Sistema Único de Saúde.

De acordo com o acórdão do tribunal de contas do estado e sugestão dele, baseando-se na avaliação de que é dever da gestão local realizar as revisões e cadastramento das comissões hospitalares que ao seu ver são de funcionamento obrigatório, e em pactuação com a CTAA, tal indicador fica isento de pontuação no que tange a parcela variável do pagamento.

Indicador permanece, por se tratar de dados importantes para avaliar o andamento do serviço, todavia, sem pontuar, entendendo que seja uma obrigatoriedade da contratada.

12	<b>Taxa de Profissionais novos Cadastrados no CNES</b>	Maior ou igual a 85%	Total de novos profissionais contratados / Total de fichas cadastrais enviadas para SESAU de novos profissionais x 100.	-
----	--	----------------------	---	---



A Portaria Nº 1.646, de 2 de outubro de 2015, que institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o constitui como documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente da natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das finalidades do CNES é cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços.

Entendendo que a responsabilidade de cadastrar e fiscalizar é do município, pois a unidade não tem acesso a função.

Indicador permanece, todavia, sem pontuar, com reformulação na descrição. A contratada tem obrigatoriedade de informar e enviar mensalmente os novos profissionais lotados na unidade para cadastramento pela secretaria na plataforma CNES.

13	<b>Taxa de Transferência Externa de usuários</b>	Maior ou Igual 10 %	Total de usuários transferidos para outro serviço no mês / Total de usuários internados no mês x 100. Observação: Considera-se transferência externa, mudança de um paciente de um hospital para outro.	7,0
----	--	------------------------	--	-----

Transferência externa é a mudança de um paciente de um hospital para outro.

Essa informação tem a finalidade de avaliar a rotatividade e fluxo dos pacientes internados. Levando em consideração as necessidades que procedimentos e especialidades que não se tem na unidade pela contratada.

Indicador permanece pontuando.

14	<b>Tempo de Permanência na unidade</b>	10 dias	Número de pacientes dias no período/ Número de saídas no período. Considera-se saídas hospitalares registradas no período o somatório do número de altas, óbitos e transferências externas ocorridas na unidade no mês. Consideram-se pacientes dias, aqueles que pernitem na unidade em cada dia.	7,0
----	--	---------	---	-----

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), é o tempo médio, em dias que o paciente permanece internado no hospital. A complexidade, o porte e nível da instituição, o perfil clínico dos pacientes (severidade, faixa etária, comorbidades, entre outros) e o tipo de procedimento ofertado são fatores que diferenciam a média de permanência entre os hospitais.

O resultado do indicador representa a média de tempo que os pacientes permaneceram internados na instituição. Uma média baixa de tempo de internação é o mais desejável.

O indicador de tempo de permanência hospitalar (TPH) permite avaliar a eficiência de uma determinada unidade hospitalar e serve como base para mensurar o número de leitos necessários para o atendimento da população de uma área específica.

Indicador permanece pontuando.

15	<b>Taxa de readmissão na Unidade</b>	Menor ou Igual 10%	<p>Número Total de Reinternações na Unidade no mês / Número Total de Pacientes que permaneceram na unidade por período superior a 24 horas x 100.</p> <p>Observação: Serão reinternações, as entradas por mesma patologia. Serão incluídos admissões por questões de saúde mental. Internações por câncer e obstetrícia devem ser excluídas.</p> <p>Quando houver mais de uma readmissão no prazo de 30 dias, cada readmissão é contada uma vez. Readmissões que terminam em morte, também estarão incluídas no numerador.</p>	6,0
<p>A taxa de readmissão hospitalar é frequentemente proposta como um indicador de qualidade porque está relacionada ao resultado para o paciente e à eficiência organizacional. É definida como a repetida internação hospitalar de um paciente, após sua alta.</p> <p>A identificação do comportamento das readmissões hospitalares é informação valiosa para a organização de intervenções que diminuam a frequência desses eventos bem como o impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias.</p> <p>Além disso, o conhecimento dos fatores relativos aos hospitais associados a readmissões pode servir como subsídio para o aprimoramento do cuidado hospitalar e, ainda, eliminar custos desnecessários para o sistema de saúde.</p> <p>Indicador permanece, pontuando, com reformulação da descrição para base de cálculo.</p>				
16	<b>Solicitação de Regulação de paciente eletivos para CTI</b>	$\geq 70\%$	<p>(Soma de pacientes com indicação de CTI registrada no SER antes de 6 horas de solicitação no mês) / (Soma de pacientes com indicação de CTI registrada no SER no mês) X 100</p>	7,0
<p>Regulação hospitalar significa o acesso do usuário aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a partir da identificação da necessidade desse paciente, ele é direcionado ao local mais adequado para o seu atendimento.</p> <p>Entendo que o prestador não tem leitos de pacientes de unidade intensiva, para dar suporte a esses tipos de pacientes que são os de característica da sala vermelha.</p> <p>Indicar mantido, com pontuação, redefinição de descrição e base de cálculo.</p>				

17	<b>Resolubilidade da Ouvidoria</b>	$\geq 90 \%$	(Soma de manifestações resolvidas ÷ Soma de reclamações, solicitações e denúncias recebidas) X 100	5,0
<p>De acordo com o Manual das Ouvidorias do SUS, 2014.</p> <p>Ouvidorias são unidades administrativas dos órgãos e entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, no âmbito dos governos federal, estadual e municipal, cuja missão é viabilizar os direitos dos(as) cidadãos(ãs) de serem ouvidos e terem suas demandas pessoais e coletivas tratadas adequadamente no âmbito do SUS.</p> <p>Sua função é intermediar as relações entre os(as) cidadãos(ãs) e os gestores do SUS, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania. Promovem a cidadania em saúde e produzem informações que subsidiam o gestor nas tomadas de decisão.</p> <p>O papel da ouvidoria é garantir ao(à) cidadão(ã) ter sua demanda efetivamente considerada e tratada, à luz dos seus direitos constitucionais e legais.</p> <p>Esse indicador tem a finalidade apresentar dados quantitativos, que servem para análise qualitativa, visto que as demandas recebidas pela ouvidoria nos demonstram a visão do usuário sobre o serviço prestado.</p> <p>A principal lei federal que trata do serviço de ouvidoria é a Lei nº 13.460/2017 que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos.</p> <p>O indicador em questão visa avaliar e atingir a meta igual ou maior que 90% referente as manifestações resolvidas sobre as reclamações e denúncias recebidas com intuito de promover a participação do usuário na administração pública, em cooperação com outras entidades de defesa do usuário; acompanhar a prestação dos serviços, visando a garantir a sua efetividade; propor aperfeiçoamentos na prestação dos serviços; auxiliar na prevenção e correção dos atos e procedimentos incompatíveis com os princípios estabelecidos nesta lei, a adoção de medidas para a defesa dos direitos do usuário, em observância às determinações desta lei receber, analisar e encaminhar às autoridades competentes as manifestações, acompanhando o tratamento e a efetiva conclusão das manifestações de usuário perante órgão ou entidade a que se vincula; e promover a adoção de mediação e conciliação entre o usuário e o órgão ou a entidade pública, sem prejuízo de outros órgãos competentes dentre outros desfechos e designações.</p> <p>A meta permanece por se tratar de uma avaliação que busca a excelência no atendimento e serviço prestado ao cidadão.</p>				
18	<b>Incidência de lesão por pressão do paciente</b>	Menor ou igual a 15 %	Número de pacientes internados com lesão por pressão no período / Número de pacientes internados no hospital no período * 100 = %	8,0

A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão, por meio de monitoramento e aplicação de protocolos, permite a adoção imediata de medidas preventivas.

A utilização de métodos protocolares visa reduzir a incidência de lesões por pressão em pacientes internados por longa permanência no hospital.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a qual foi renomeada, em 2009, como Segurança do Paciente, que se conceitua como a redução, ao mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O Brasil lançou em abril de 2013, a Política Nacional de Segurança do Paciente, na qual, têm-se o eixo prevenção de LPP.

Novo indicador inserido para pontuação.

19	<b>Taxa de densidade de incidência de infecção de trato urinário nos pacientes internados no Hospital</b>	Máximo de 4/1000 Laboratorial	Número de Infecções de trato urinário diagnosticadas em pacientes internados / número de pacientes com cateter vesical internados * 1000	8,0
----	---	-------------------------------	--	-----

A portaria nº 529 do Ministério da Saúde, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e no artigo 4º a definiu como redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Já a definição de dano é o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesões, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção física, social ou psicológica (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) precisam ser prevenidas e controladas, especialmente as Infecções do Trato Urinário (ITU), responsáveis por 35 a 45% das infecções em ambientes hospitalares. A incidência de ITU oscila entre 3,1 a 7,4 por 1000 cateteres/dia.

Apesar de ser reconhecido como um procedimento de rotina em pacientes hospitalizados, o cateterismo vesical não é isento de riscos e intercorrências, advindos de falhas na técnica, erros na inserção do Cateter Vesical de Demora (CVD), traumas uretrais e danos relacionados ao tempo de permanência (ANVISA, 2017).

Indicador de performance inserido para pontuação.

<b>TOTAL</b>	<b>100 PONTOS</b>
--------------	-------------------

**11.3.** A avaliação quanti-qualitativa mensal das atividades assistenciais no Pronto Socorro Municipal, sob a responsabilidade da CONTRATANTE, será realizada a partir do final do 1º (primeiro) mês da assinatura do contrato de Gestão. O aplicativo “Sistema Prontuário Eletrônico de Pacientes” deve estar em pleno funcionamento a partir do 2º (segundo) mês de assinatura do Contrato de Gestão.

**11.4.** Em ciclo mensal, a partir do final do 1º (primeiro) mês da assinatura do contrato de gestão, o Pronto Socorro Municipal terá seu desempenho quanti-qualitativo avaliado, sob a responsabilidade da Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento (CTAA), nomeada por Portaria do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde.

**11.5.** Na avaliação mensal (CTAA), se a média dos pontos no mês de que trata o quadro nº 115, for inferior a 70 (setenta), ou seja, Conceito C, a CONTRATADA receberá NOTIFICAÇÃO da CONTRATANTE para a apresentação de justificativas e/ou para a repactuação das metas do Contrato de Gestão.

**11.6.** Caso as justificativas não sejam aceitas ou a CONTRATADA não cumpra a repactuação proposta, a CONTRATANTE poderá rescindir o contrato de gestão e instaurar processo para sua desqualificação no âmbito do Município de São Pedro da Aldeia, conforme previsto em Lei Municipal.

**11.7.** Deverá a contratante avaliar os custos dos serviços prestados demonstrando assim os custos-benefícios com o atual modelo de administração.

**11.8.** O Conceito mensal (CTAA) do desempenho quanti-qualitativo do Pronto socorro Municipal de São Pedro da Aldeia, a partir do final do 1º (primeiro) mês da assinatura do contrato de gestão, será obtido pela média dos pontos alcançados no mês, podendo situar-se em três faixas:

**Quadro 5 - Média Mensal e respectivo Escore.**

<b>MÉDIA MENSAL</b>	<b>ESCORE</b>
0 – 69	C
70 – 89	B
90 – 100	A

**11.9.** Caso o somatório de pontos da unidade avaliada seja equivalente ao conceito C, o valor financeiro a ser repassado será de imediato glosado em 5% e a referida Organização Social, receberá Notificação da Secretaria Municipal de Saúde para a apresentação de justificativas, que serão alvo de análise técnica pela CTAA. Caso as justificativas apresentadas não sejam aceitas pela CTAA, a Contratada será alvo de sanção contratual de advertência, visando à melhoria do desempenho assistencial.

**11.10.** Em caso de reincidência da unidade avaliada quanto à conceituação C, conforme o quadro “Conceito Qualitativo”, por 03 meses consecutivos ou 4 vezes alternadas nos últimos 6 meses, a Contratada receberá Notificação da Secretaria Municipal de Saúde para a apresentação de justificativas, que serão alvo de análise técnica pela CTAA. Caso as justificativas apresentadas não sejam aceitas pela CTAA, o CTAA deverá sugerir que a Secretaria Municipal de Saúde, observe a Cláusula Contratual, que especifica as penalidades em que a Organização Social de Saúde, ora CONTRATADA, está sujeita, dentre elas a rescisão unilateral do contrato de gestão.

**11.10.1.** A critério da Secretaria Municipal de Saúde outros indicadores poderão ser substituídos ou introduzidos no Contrato de Gestão, sendo a Contratada apresentada previamente à proposta para conhecimento e aceite.



**11.10.2.** Quando a Organização Social de Saúde apresentar justificativa para o não atingimento da meta (quantitativa e qualitativa) e tal justificativa for aceita pela CTAA, ou, se for o caso de impropriedade na medição e no cálculo do indicador, poderá a Secretaria Municipal de Saúde, propor a repactuação do contrato de gestão, para que sejam revistas as obrigações da contratada no que tange a metas de qualidade

**11.11.** A Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento (CTAA) cumprirá o seguinte cronograma para a avaliação do desempenho quanti-qualitativo da CONTRATADA, considerando os 60 (sessenta) meses da vigência do Contrato de Gestão.

**11.11.1.** A Primeira reunião será nos primeiros quinze dias com a CONTRATADA para esclarecimentos e outras pactuações.

**11.12.** A contratante deverá oferecer treinamento para os profissionais que irão compor a Comissão Técnica de Avaliação, de imediato a nomeação, a programação deverá conter as atribuições, conceitos de avaliação e correção de acordo com os índices obrigatórios a cumprir, formalização de ata de reunião entre outras. Fica de caráter obrigatório a apresentação do certificado de participação no treinamento pelos membros da comissão.

## **12. CRONOGRAMA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO QUANTI-QUALITATIVO**

<b>MÊS</b>	<b>CTAA: FINALIDADE</b>
2	<b>Primeira Reunião (início do mês 2):</b> definição da linha de base/esclarecimentos e outras pactuações com a CONTRATADA.
3	<b>Segunda Reunião (início do mês 3):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 2.
4	<b>Terceira Reunião (início do mês 4):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 3.
5	<b>Quarta Reunião (início do mês 5):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 4.
6	<b>Quinta Reunião (início do mês 6):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 5.
7	<b>Sexta Reunião (início do mês 7):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 6.
8	<b>Sétima Reunião (início do mês 8):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 7.
9	<b>Oitava Reunião (início do mês 9):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 8.
10	<b>Nona Reunião (início do mês 10):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 9.
11	<b>Décima Reunião (início do mês 11):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 10.
12	<b>Décima Primeira Reunião (início do mês 12):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 11.
13	<b>Décima Segunda Reunião (início do mês 13):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 12.
14	<b>Décima Terceira Reunião (início do mês 14):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 13.
15	<b>Décima Quarta Reunião (início do mês 15):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 14.
16	<b>Décima Quinta Reunião (início do mês 16):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 15.
17	<b>Décima Sexta Reunião (início do mês 17):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 16.
18	<b>Décima Sétima Reunião (início do mês 18):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 17.
19	<b>Décima Oitava Reunião (início do mês 19):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 18.
20	<b>Décima Nona Reunião (início do mês 20):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 19.
21	<b>Vigésima Reunião (início do mês 21):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 20.
22	<b>Vigésima Primeira Reunião (início do mês 22):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 21.
23	<b>Vigésima Segunda Reunião (início do mês 23):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 22.
24	<b>Vigésima Terceira Reunião (início do mês 24):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 23.
25	<b>Vigésima Quarta Reunião (início do mês 25):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 24.

26	<b>Vigésima Quinta Reunião (início do mês 26):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 25.
27	<b>Vigésima Sexta Reunião (início do mês 27):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 26.
28	<b>Vigésima Sétima Reunião (início do mês 28):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 27.
29	<b>Vigésima Oitava Reunião (início do mês 29):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 28.
30	<b>Vigésima Nona Reunião (início do mês 30):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 29.
31	<b>Trigésima Reunião (início do mês 31):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 30.
32	<b>Trigésima Primeira Reunião (início do mês 32):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 31.
33	<b>Trigésima Segunda Reunião (início do mês 33):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 32.
34	<b>Trigésima Terceira Reunião (início do mês 34):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 33.
35	<b>Trigésima Quarta Reunião (início do mês 35):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 34.
36	<b>Trigésima Quinta Reunião (início do mês 36):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 35.
37	<b>Trigésima Sexta Reunião (início do mês 37):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 36.
38	<b>Trigésima Sétima Reunião (início do mês 38):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 37.
39	<b>Trigésima Oitava Reunião (início do mês 39):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 38.
40	<b>Trigésima Nona Reunião (início do mês 40):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 39.
41	<b>Quadragésima Reunião (início do mês 41):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 40.
42	<b>Quadragésima Primeira Reunião (início do mês 42):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 41.
43	<b>Quadragésima Segunda Reunião (início do mês 43):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 42.
44	<b>Quadragésima Terceira Reunião (início do mês 44):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 43.
45	<b>Quadragésima Quarta Reunião (início do mês 45):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 44.
46	<b>Quadragésima Quinta Reunião (início do mês 46):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 45.
47	<b>Quadragésima Sexta Reunião (início do mês 47):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 46.
48	<b>Quadragésima Sétima Reunião (início do mês 48):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 47.
49	<b>Quadragésima Oitava Reunião (início do mês 49):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 48.
50	<b>Quadragésima Nona Reunião (início do mês 50):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 49.
51	<b>Quinquagésima Reunião (início do mês 51):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 50.
52	<b>Quinquagésima Primeira Reunião (início do mês 52):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 51.
53	<b>Quinquagésima Segunda Reunião (início do mês 53):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 52.
54	<b>Quinquagésima Terceira Reunião (início do mês 54):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 53.
55	<b>Quinquagésima Quarta Reunião (início do mês 55):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 54.
56	<b>Quinquagésima Quinta Reunião (início do mês 56):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 55.
57	<b>Quinquagésima Sexta Reunião (início do mês 57):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 56.
58	<b>Quinquagésima Sétima Reunião (início do mês 58):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 57.
59	<b>Quinquagésima Oitava Reunião (início do mês 59):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 58.
60	<b>Quinquagésima Nona Reunião (início do mês 60):</b> avaliação quanti-qualitativa do mês 59.

**12.1.** As reuniões serão mensais seguindo o critério de avaliação das prestações de contas mensal, tendo a Organização Social o prazo de até 30 (trinta) dias corridos do mês subsequente, para o envio da prestação de contas do mês anterior e a comissão de avaliação o prazo de 30 (trinta) dias para a análise e avaliação da prestação de contas e emissão de parecer munidos dos conceitos A, B ou C.

**12.2.** O Poder Público poderá considerar os conceitos mensais do desempenho alcançado pela CONTRATADA, no desenvolvimento das atividades assistenciais no Pronto Socorro Municipal como componentes dos critérios de pontuação em futuros editais de seleção.

**12.3.** A critério da Secretaria Municipal de Saúde, indicadores poderão ser substituídos ou outro conjunto ser aplicado a avaliação e monitoramento do contrato de gestão.

### **13. SISTEMA DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

#### **13.1. Transferência mensal de recursos**

**13.1.1.** O PRIMEIRO repasse de recurso será realizado no ato da assinatura do contrato de gestão, referente ao mês INICIAL da execução do contrato.

**13.1.2.** Os demais repasses do valor de custeio do contrato de gestão serão mensais e realizados até o 5º (QUINTO) DIA ÚTIL do mês de referência, equivalente a uma fração mensal do Valor Total do Contrato de Gestão, desconsiderando a verba relacionada a investimento, que depende de aprovação prévia dos projetos de investimento apresentados pela Organização Social em sua Proposta de Trabalho.

**13.1.3.** A transferência mensal de custeio do contrato de gestão será repassada à CONTRATADA, em conta aberta específica para o contrato de gestão.

**13.1.4.** A Organização Social deverá apresentar suas prestações de contas mensais, relativas aos contratos de gestão, impreterivelmente, até o 30º (trigésimo) dia do mês subsequente à prestação dos serviços.

**13.1.5.** As despesas previstas e não realizadas no mês de referência deverão ser objeto de ajustes nos demonstrativos do mês subsequente.

**13.1.6.** Deverá ser restituído ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social ou em caso de encerramento do Contrato de Gestão.

**13.1.7.** No caso do item anterior, a unidade deverá transferir integralmente à SESA/RJ os legados ou doações que lhes foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhes fora permitido.

**13.1.8.** Os recursos destinados aos pagamentos das verbas rescisórias, férias e 13º salários, deverão ser depositados em um FUNDO DE RESERVA, do qual a Organização Social somente poderá se utilizar nos casos expressamente previstos na cláusula do contrato de gestão.

**13.1.9.** Os recursos financeiros devidos ao Investimento somente serão transferidos a partir da assinatura do Contrato de Gestão, caso se faça necessário e devidamente comprovado por projeto da Contratada.

**13.1.10.** A Transferência de recurso relacionado à rubrica INVESTIMENTO, será dividido e disponibilizado em quantas parcelas se fizerem necessárias durante a vigência do contrato, podendo ser alterado conforme a necessidade e inclui o montante necessário para reformas e adequações na estrutura física, aquisição de equipamentos e mobiliários para o Pronto Socorro Municipal, conforme parâmetros declarados na legislação vigente.

**13.1.11.** Após a celebração do contrato de gestão, a Organização Social vencedora, deverá apresentar os projetos de investimentos de reforma da infraestrutura, juntamente com um projeto de investimento do parque tecnológico (equipamentos) e mobília que poderão ser executados, no período de meses do contrato de gestão. A liberação dos recursos será condicionada à prévia aprovação dos projetos e da pesquisa de preços realizadas pelas áreas competentes da SESAU, após a assinatura do contrato de gestão;

**13.1.12.** No caso de haver a transferência financeira relativa ao Investimento, esta parcela será igualmente efetuada até o 5º (quinto) dia útil do mês em que ela ocorrer.

**13.1.13.** A Transferência MENSAL do Contrato de Gestão é o montante de recursos financeiros relacionados à quitação da Folha de Pagamentos, Encargos Trabalhistas, Impostos, Contratos Terceirizados, Concessionárias de Serviços Públicos, dentre outras despesas fixas mensais diretas e correlatas, equivalendo a 1/60 do valor total desta rubrica programada no cronograma de desembolso referente aos 60 (sessenta) meses (tempo da Primeira vigência do Contrato de Gestão).

**13.1.14.** Transferências ordinárias que não ocorram na data programada poderão ser acrescidas de juros, com vistas a pagamentos de encargos trabalhistas, impostos e duplicatas de terceirizados, dentre outros compromissos vencidos, desde que comprovada a necessidade e sob justificativa da CONTRATADA.

**13.2.** A CONTRATADA, mensalmente ou quando solicitada, deverá apresentar as Despesas de Custeio e Investimento, conforme planilhas em anexo (Anexo D).

#### **14. DA RESPONSABILIDADE DA CONTRATADA PELOS ATOS DE SEUS EMPREGADOS OU TERCEIROS POR ELA CONTRATADOS**

**14.1.** As especificações deste TR devem ser cumpridas em 100% pela empresa contratada pela Organização Social. Em caso de descumprimento, verificando-se OCORRÊNCIAS, a Organização Social receberá Notificação da SESAU para a apresentação de justificativas, que serão alvo de análise técnica pela CTAA. Caso as justificativas apresentadas não sejam aceitas pela CTAA e área técnica da SESAU, a CTAA deverá sugerir que a SESAU observe a Cláusula Contratual, que especifica as penalidades em que a Organização Social de Saúde, ora CONTRATADA, está sujeita, dentre elas, à glosa no valor de custeio e ainda à rescisão unilateral do contrato de gestão.

**14.2.** O Instrumento de Medição de Resultados deverá ser feito mensalmente pela CTAA, a partir do início da execução do contrato de gestão, através do acompanhamento de fiscalização do contrato para calcular os cumprimentos das obrigações e as OCORRÊNCIAS identificadas no período quanto às atividades contratadas.

Quadro 06 - Lista de Tipos de Ocorrências em Ordens de Serviço:

Item	Descrição do Tipo de Ocorrência	Nº de Ocorrências no mês
1	Executar serviços fora dos padrões de qualidade e quantidade contratados e não corrigi-los no prazo determinado pela FISCALIZAÇÃO. (Por serviço inadequado).	
2	Recusar-se a executar serviço determinado pela FISCALIZAÇÃO ou abandoná-lo, sem motivo justificado ou determinação formal. (Por serviço não executado ou abandonado).	
3	Negligência na execução dos serviços, assim entendidas ausências dos postos de trabalho, desatenção quanto às atividades e normas, falta de urbanidade no trato interpessoal e outras situações análogas. (Por ocorrência).	
4	Não fornecer no prazo qualquer insumo necessário para a plena realização do serviço. (Por verificação mensal).	
5	Não providenciar substituição tempestiva de quaisquer ausências de postos de serviço por absenteísmo. (Por dia de ausência e por funcionário/posto de serviço).	
6	Deixar de encaminhar à CONTRATANTE, ao fim do mês de prestação dos serviços, a documentação definida nas especificações do termo de referência	
7	Deixar de atender as notificações da contratante no prazo estabelecido, incluindo-se neste caso a disponibilidade do preposto. (Por dia de atraso).	
8	Deixar de manter, durante a execução do contrato, as condições de habilitação exigidas no edital e seus anexos. (Por verificação mensal, quando da medição dos serviços).	

**14.3.** O registro das OCORRÊNCIAS identificadas deverá ser documentada em planilha de controle com a quantificação e qualificação das ocorrências de cada mês, deixando explícito o atendimento ou não no Instrumento de Medição de Resultados, justificando as possíveis glosas ocorridas no mês analisado.

**14.4.** O número de ocorrências no mês refletirá o percentual de atingimento da meta (%) ou, a glosa, pelo não atingimento.



**Faixas de ajuste no pagamento por quantitativo de itens não atendido.**

FAIXA IMR	Nº DE OCORRÊNCIAS	META	PERCENTUAL DE GLOSA
Faixa 1	0 a 2 ocorrências	100%	Não há
Faixa 2	3 a 4 ocorrências	95%	1%
Faixa 3	5 a 6 ocorrências	90%	1,2%
Faixa 4	7 a 8 ocorrências	85%	1,4%
Faixa 5	9 ou mais ocorrências	80%	1,6%

**Controle de ajustes de pagamento**

VALOR MENSAL DO CONTRATO	
PERÍODO MEDIDO	

Nº DE OCORRÊNCIAS	FAIXA IMR	PERCENTUAL DE ATINGIMENTO DA META	VALOR MEDIDO

**14.5.** A CTAA poderá sugerir a rescisão unilateral do contrato de gestão caso identifique a existência de 5 (cinco) ou mais ocorrências em um único mês ou a existência de 3 a 4 ocorrências mensais por três vezes no período do contrato, caso as justificativas apresentadas não sejam aceitas.

**14.6.** A CONTRATADA será responsável, objetivamente, por imperícia, falha técnica e prejuízo causado pelos seus diretores, responsáveis técnicos, empregados e /ou pelos terceiros por ela contratados, no que se refere à execução das atividades assistenciais no Pronto Socorro Municipal. Será responsável, também pela falta da higidez financeira, necessária para garantir o bom desenvolvimento do contrato.

**14.7.** Os profissionais contratados para a prestação dos serviços assistenciais no Pronto Socorro Municipal devem ter comprovada formação e capacidade técnica para o desempenho de todas as atividades assistenciais e estarem em dia com suas obrigações junto aos respectivos conselhos de classe.

**14.8.** Os médicos devem ser oriundos de cursos de Medicina reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e devem, ainda, estar registrados no Conselho Regional de Medicina (CREMERJ).

**14.9.** Os técnicos de enfermagem devem ser oriundos de cursos Técnicos reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e devem, ainda, estar registrado no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

**14.10.** Os enfermeiros devem ser oriundos de cursos de Enfermagem reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e devem, ainda estar registrados no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).



**14.11.** É vedada a contratação de Auxiliares de Enfermagem.

**14.12.** Os demais profissionais envolvidos diretamente na prestação dos serviços assistenciais devem ser oriundos de cursos reconhecidos pelo Ministério da Educação (MEC) e estar registrados nos respectivos Conselhos de Classes e atenderem às normas e requisitos próprios, conforme regulamentação do Ministério da Saúde (MS).

**14.13.** Os contratos entre a CONTRATADA e terceiros reger-se-ão pelas normas do Direito Privado, não estabelecendo relação de qualquer natureza entre os terceiros e o Poder Público Municipal.

**14.14.** Na hipótese da contratação de serviços de terceiros, os contratos entre a CONTRATADA e os terceiros devem prever cláusula de possibilidade de sub-rogação a CONTRATANTE, visando a continuidade da prestação adequada dos serviços.

**14.15.** A CONTRATANTE poderá solicitar, a qualquer tempo, informações sobre a contratação de terceiros para execução dos serviços do contrato, inclusive para fins de comprovação das condições de capacitação técnica e higidez financeira das empresas.

**14.16.** O conhecimento da CONTRATANTE acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a CONTRATADA do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes do contrato de gestão.

**14.17.** A CONTRATADA é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato, não podendo ser imputada qualquer responsabilidade à CONTRATANTE.

**14.18.** Todos os empregados e terceirizados sob a responsabilidade da CONTRATADA devem portar identificação (crachás) e estarem devidamente uniformizados, exibindo a logomarca estabelecida pela Secretaria Municipal de Saúde, quando estiverem no exercício de suas funções nas dependências do Pronto Socorro Municipal.

**14.19.** A Tabela de lotação de profissionais do Pronto Socorro Municipal deve ser elaborada conforme parâmetros declarados nas Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações e regulamentações afeitas, inclusive a que diz respeito à Classificação Brasileira de Ocupação (CBO).

**14.20.** A CONTRATADA deve dispor de mecanismos para a pronta substituição de seus profissionais, em caso de faltas ou outras intercorrências relacionadas ao absenteísmo, de forma a não interromper ou prejudicar os serviços prestados aos usuários.

## **15. DOS PROVISIONAMENTOS E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Todo valor destinado aos PROVISIONAMENTOS, referente aos encargos trabalhistas, não serão repassados à Organização Social em seu custo mensal, como forma de resguardar não somente o Município, mas a própria Organização, acerca das futuras rescisões e/ou reclamações trabalhistas.

### **15.1. Da prestação de Contas.**

A prestação de contas se dará na forma da Instrução Normativa Conjunta SESAUCOGER nº 01/2022, devendo o acompanhamento orçamentário/financeiro ser efetivado por meio da entrega MENSAL do Relatório de Execução contendo os anexos:

- a) Relação dos valores financeiros repassados, com indicação da Fonte de Recursos;
- b) Demonstrativo de Despesas;
- c) Demonstrativo de Folha de Pagamento;
- d) Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;
- e) Balancete Financeiro;
- f) Extrato Bancário de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos;
- g) Relatório Consolidado da Produção Contratada X Produção Realizada;
- h) Relatório Consolidado do alcance das metas de qualidade (Indicadores).

**15.1.1.** Apresentar à SESAUCOGER, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar, conforme Lei Municipal competente.

**15.1.2.** Apresentar relatório com informações detalhadas, além dos relatórios MENSALIS previstos, de acordo com regulamentação da SESAUCOGER e na periodicidade por ela estabelecida, especialmente sobre:

- a) Relação com identificação dos atendimentos realizados, devidamente segmentados pela SUA NATUREZA;
- b) Estatísticas de óbitos;
- c) Interação com a rede pública de atenção à saúde e com os complexos reguladores, estadual e municipal, especialmente quanto aos problemas envolvendo remoção e transferência de usuários;
- d) Ações de educação permanente em saúde, de acordo com formulário próprio indicado pela SESAUCOGER;
- e) Quaisquer outras informações que a SESAUCOGER julgar relevantes sobre as prestações do serviço e sobre as condições financeiras da Unidade.

**15.1.3.** Apresentar à SESAUCOGER, mensalmente, toda a documentação exigida, nos termos indicados e segundo a metodologia adotada pelo Sistema de Informação Ambulatorial – SIA-SUS.

**15.1.4.** Apresentar à SESAUCOGER, MENSALMENTE, os relatórios das comissões especificadas nos itens 15.1.2 e 15.1.3. Caso estes Relatórios não sejam entregues nos prazos determinados, após

a notificação, a Organização Social de Saúde poderá ser multada no limite de 5% (cinco por cento) do valor contratual, sem que isto impacte na produção hospitalar pré-determinada.

**15.1.5.** Apresentar à SESAU, MENSALMENTE, folha de pagamento de salários, em que constem os pagamentos aos profissionais estabelecidos neste Anexo, apólices de seguro contra acidentes, acidentes de trabalho e comprovantes de quitação de suas obrigações trabalhistas e previdenciárias relativas aos empregados que prestam ou prestaram serviços no âmbito do Contrato de Gestão.

**15.1.6.** Confeccionar e apresentar relatório MENSAL da produção da ouvidoria, contendo as demandas acolhidas no período e as medidas de melhorias diante das solicitações, reclamações, denúncias e sugestões. O relatório seguirá o modelo apresentado pela Ouvidoria da SESAU.

**15.1.7.** Fornecer os relatórios, documentos e informações previstos, de forma a permitir sua integração em bancos de dados, em base eletrônica, conforme padrão determinado pela SESAU.

**15.1.8.** Arquivar vias originais dos relatórios previstos, após analisadas e aprovadas pela SESAU, na sede da Unidade, que deverá mantê-la em arquivo até o fim do prazo do Contrato de Gestão.

**15.1.9.** Apresentar à SESAU, anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei.

**15.1.10** Informar à SESAU durante todo o Prazo do Contrato de Gestão, os seguintes itens:

**15.1.10.1** Estatísticas mensais dos atendimentos;

**15.1.10.2** Relação dos serviços oferecidos;

**15.1.10.3** Informações de contato (telefone, endereço de correio eletrônico, formulário eletrônico, endereço de correspondência) para recebimento de reclamações, sugestões e esclarecimento de dúvidas dos usuários.

**15.1.11** Implantar sistema de apuração e análise de custos com os seguintes objetivos:

**15.1.11.1** Constituição dos modelos de relatórios gerenciais:

- i. Relatórios de custos por níveis de responsabilidade (centrais de custos)
- ii. Relatórios analíticos dos custos dos serviços por centros de custo.
- iii. Informações serão preferencialmente disponibilizados via WEB e acessadas por cada um dos níveis de interesse por senhas específicas.

**15.1.11.2** Orientações especializadas à equipe de Tecnologia da Informação, referentes a integração com o aplicativo de gestão e análise das informações gerenciais de custos e preferencialmente utilizar todas as informações disponíveis nos aplicativos de gestão existentes na Unidade evitando a necessidade de retrabalho de informações.

**15.1.11.3** Aperfeiçoamento do escopo dos indicadores operacionais e de custos visando:

- i. Ampliar as possibilidades de utilização das informações gerenciais para a gestão interna da Unidade.
- ii. Atender as necessidades de informações definidas pela SESAU.

**15.1.11.4** Orientações acerca da consolidação dos indicadores operacionais e de custos utilizados para avaliar o desempenho da Unidade em relação às demonstrações de “melhores práticas e benchmarking” disponíveis a partir da estruturação do banco de indicadores da SESAU, os quais contemplam também, análises especializadas pertinentes ao nível de complexidade assistencial das Unidade.

**15.1.11.5** Apoio na preparação das apresentações e discussões dos fóruns que venham a ser programados pela SESAU envolvendo a Unidade.

**15.1.11.6** Aplicações Gerenciais:

- i. Gerar informações da Unidade, ao nível dos centros de custos, produtos e serviços, permitindo a análise comparativa das mesmas e o acompanhamento contínuo das operações.
- ii. Preparação de informações consolidadas e comparativas, permitindo a avaliação, acompanhamento e controle da Unidade, como também o estabelecimento de indicadores de desempenho.
- iii. Estabelecer e consolidar um conjunto de indicadores de desempenho das ações de assistência à saúde.
- iv. Servir de instrumento de gestão e correspondente melhoria da eficácia na alocação dos recursos humanos e materiais.
- v. Permitir a geração de relatórios gerenciais de custos das atividades e, em decorrência, disseminar a participação de todos os gestores internos na avaliação e análise dos custos sob as suas responsabilidades.

**15.1.11.7** Subsidiar com elementos que permitam a avaliação do custeio das atividades da Unidade em relação a indicadores de custos disponíveis, os quais permitirão a efetiva gestão da produtividade da Unidade.

**15.1.12** Confeccionar e apresentar relatórios semestrais de Satisfação dos usuários contendo a avaliação dos indicadores da Pesquisa de Satisfação e Planos de Ação.

## **15.2. Do custo operacional (Rateio)**

**15.2.1.** Em relação ao CUSTO OPERACIONAL (RATEIO), deve se observar que as despesas classificadas como rateio da sede das Organizações Sociais de Saúde ficam limitadas a 5% do valor mensal do contrato de gestão, e deverão atender aos critérios de rastreabilidade, clareza, desdobramento analítico de sua composição e proporcionalidade, em nome da economicidade da gestão, sendo identificáveis como exemplos de gastos não cabíveis, aqueles envolvendo passagens aéreas, deslocamentos, diárias, despesas com sede ou filiais fora do município, entre outros.



**15.2.2.** Cabe orientar que o critério que mais se aproxima da acurácia na distribuição de rateio é o número de colaboradores para cada unidade administrada pela Organização Social. As despesas que comporão o que chamamos de “base” de rateio deverão ser objeto de informação analítica, apresentando nominalmente o colaborador ou a empresa, conforme o caso. A SESAU se reserva ao direito de não reconhecer a despesa se esta não for discriminada e pertinente ao objeto do contrato.

## **16. DA RESPONSABILIDADE SOBRE OS BENS MÓVEIS E IMÓVEIS DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL – PATRIMÔNIO**

**16.1** Administrar, manter e reparar os bens imóveis e móveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos do Contrato, até sua restituição à SESAU.

**16.2** Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumentais cedidos pela SESAU e, caso necessário, substituí-los por outros do mesmo padrão técnico (Manutenção Preventiva e Corretiva).

**16.3** Manter uma ficha histórica com as intervenções realizadas nos equipamentos da SESAU ao longo do tempo, especificando o serviço executado e as peças substituídas.

**16.4** Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito aos órgãos de controle do Poder Público.

**16.5** 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.

**16.6** Providenciar seguro contra incêndio, responsabilidade civil e patrimonial dos bens móveis e imóveis cedidos pela SESAU, imediatamente após a assinatura do Contrato.

**16.7** Dar conhecimento imediato à SESAU de vícios ocultos, problemas nas estruturas ou funcionamento dos bens móveis e imóveis do PS, sob pena de responsabilização pelo dano e obrigatoriedade de reparação à SESAU.

**16.8** Incluir no patrimônio da SESAU os bens adquiridos na vigência do Contrato de Gestão, que serão permitidos mediante cláusula expressa no contrato de gestão.

## **17. DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE GESTÃO**

**17.1.** O contrato de gestão decorrente da parceria que se pretende firmar nos autos deste processo administrativo vigorará inicialmente pelo prazo de 05 (cinco) anos, sendo possível a sua prorrogação por uma vez, limitado ao prazo de 08 (oito) anos, na forma da legislação Municipal pertinente.

## **18. DA SUBCONTRATAÇÃO**

**18.1.** A Organização Social pode contratar serviços de terceiros para atividades acessórias, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes;

**18.2.** O conhecimento da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) acerca de eventuais contratos firmados com terceiros não exime a Organização Social do cumprimento, total ou parcial, de suas obrigações decorrentes do CONTRATO DE GESTÃO;

**18.3.** Deverão ser enviadas à Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) cópias de todos os contratos de prestação de serviços firmados pela Organização Social, devidamente assinados, à época de cada prestação de contas do CONTRATO DE GESTÃO;

**18.4.** Encaminhar à SESAU para publicação no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados da assinatura deste CONTRATO DE GESTÃO, regulamento próprio contendo os procedimentos que adotará para a contratação de serviços, obras e aquisições necessários à execução do CONTRATO DE GESTÃO, bem como para compras com emprego de recursos provenientes do Poder Público, de forma atender aos princípios constitucionais do caput do Art. 37 da CRFB, especialmente aos da publicidade, impessoalidade, moralidade e eficiência;

**18.5.** Em relação à contratação de serviços deve-se atentar para o seguinte:

I - Necessária a apresentação de Plano de Trabalho com a descrição detalhada do serviço a ser contratado, bem como as obrigações e responsabilidades de ambas as partes;

II - Deve haver pesquisa de mercado com, no mínimo, 03 (três) cotações de preços;

III - Em se tratando de serviço técnico especializado, deve haver comprovação de experiência e idoneidade do contratado e deverá haver aprovação e ratificação pela Direção da Organização Social.

**18.6.** Em qualquer hipótese, será vedada a contratação de empresas ou instituições das quais façam parte seus dirigentes, sócios e parentes até o terceiro grau, bem como de pessoas ligadas a servidores públicos municipais.

**18.7.** Todos os bens permanentes adquiridos pela Organização Social deverão ser patrimoniados junto ao Município, passando a integrar imediatamente a relação de bens próprios da SESAU, não havendo que se falar em levantamento de bens quando do término do contrato de gestão.

**18.7.1.** Da mesma forma, em ocasião do término do contrato de gestão, todos os insumos, medicamentos e demais bens de consumo adquiridos no íterim do contrato de gestão deverão permanecer devidamente armazenados no equipamento de saúde outrora gerido, para futura utilização da SESAU por gestão própria ou pela Organização Social vencedora de eventual novo certame.

## **19. DA QUALIFICAÇÃO DAS ENTIDADES PARTICIPANTES**

**19.1.** Para habilitar-se no Chamamento Público decorrente do presente Termo de Referência as entidades interessadas deverão comprovar, além da qualificação como Organização Social de Saúde em São Pedro da Aldeia, no mínimo, a seguinte documentação:

- a) Comprovação, através da documentação legal, de que a Organização Social possui no seu quadro diretivo funcional, Responsável Técnico da área da saúde, detentor de atestado(s) emitido(s) por pessoa(s) jurídica(s) de direito público ou privado registrado(s) no Conselho Profissional competente, que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento, por no mínimo 06 (seis) meses em Unidade de Saúde Pública ou Privada.
- b) Comprovação, através de documentação legal, de que a organização social e/ou corpo dirigente, possui atestado de Capacidade Técnica emitido por Pessoa Jurídica de direito público/privado.
- c) Comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação comprobatória, de que a Organização Social possui em seu quadro diretivo funcional e/ou de consultores contratados, profissionais de experiência comprovada, mínima de 02 (dois) anos em Gestão de Saúde no âmbito municipal, estadual e/ou federal que comprove(m) ter realizado ou participado da administração e gerenciamento de Unidade de Saúde equivalentes ou semelhantes ao objeto da presente seleção.
- d) Comprovação, através de Curriculum Vitae e documentação comprobatória, possuir, em seu quadro diretivo funcional e/ou consultores contratados, pelo menos 02 (dois) profissionais de nível superior da área da saúde com especialização em qualquer área da Gestão em Saúde (Serviços de Saúde Pública, Atenção Básica ou Urgência e Emergência), cuja certificação esteja devidamente registrada no Ministério competente.

**19.2.** A documentação supramencionada faz-se necessária para avaliar as reais condições de prestação dos serviços pela entidade interessada, avaliando tanto a capacidade técnica da organização social, quanto dos responsáveis técnicos por esta indicados. Salienta-se que a opção por, pelo menos, dois profissionais de nível superior da área da saúde com especialização em qualquer área de Gestão em Saúde é imperiosa para uma boa prestação de serviços à população, haja vista o Pronto Socorro Municipal tratar-se de unidade de saúde apta a atender todo o Município de São Pedro da Aldeia, fator que ocasiona grande demanda de pacientes, carecendo, portanto, de fortalecimento nas ações de gestão da unidade, através da prestação de serviços pelo máximo de profissionais especializados na referida área.

**19.3.** Não será admitido, no presente Chamamento Público, a pré-qualificação utilizando-se do instituto da reciprocidade.

## **20. DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

**20.1.** Pela execução da parceria em desacordo com as normas constantes neste Termo de Referência, no Contrato de Gestão, bem como com o previsto na legislação federal e municipal pertinente, o PODER PÚBLICO poderá, garantida a prévia defesa, sem prejuízo da glosa de que tratam os itens 11 e 14 deste TR, aplicar à organização social as seguintes sanções:

I - Advertência;

II - Suspensão temporária da participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da administração pública Municipal, por prazo de até dois anos;

III - Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização social ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso II.

IV - Multa Administrativa, gradual conforme a gravidade da infração, não excedendo, em seu total, o equivalente a 20% (vinte por cento) do valor do contrato, cumulável com as devidas sanções;

**20.2.** As sanções estabelecidas nos incisos ii e iii e iv são de competência exclusiva do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, facultada a defesa do interessado no respectivo processo, no prazo de dez dias da abertura de vista, podendo a reabilitação ser requerida após dois anos de aplicação da penalidade.

## **21. DA INEXECUÇÃO E RESCISÃO**

**21.1.** A inexecução do objeto deste Termo de Referência, total ou parcialmente, ou sua execução precária, poderá ensejar a rescisão do Termo de Colaboração com as consequências previstas em lei e neste instrumento;

**21.2.** Entende-se por execução precária, a reincidência da unidade avaliada na conceituação C, conforme o quadro “Conceito Qualitativo” deste TR, por 03 meses consecutivos ou 4 vezes alternadas nos últimos 6 meses.

**21.3.** A rescisão unilateral do CONTRATO DE GESTÃO poderá ser determinada pela Administração Pública sem prejuízo das demais sanções impostas pela lei e por esse Termo de Referência;

**21.4.** Os casos omissos de rescisão serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa;

**21.5.** A rescisão administrativa ou amigável será precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente;



**21.6.** É facultada à Administração Pública a rescisão do contrato a qualquer momento, desde que este seja denunciado com prazo mínimo de 90 (noventa) dias, havendo direito à Organização Social apenas quanto a eventuais créditos inadimplidos pela Administração Pública no curso contratual.

## **22. DOS ANEXOS**

Seguem acostados ao presente TR os seguintes anexos:

**ANEXO A** - NORMAS E PROCEDIMENTOS AO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**ANEXO B** – ESTUDO DE VANTAJOSIDADE

**ANEXO C** – EXAMES, MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARES

**ANEXO D** – DESPESAS DE CUSTEIO E INVESTIMENTO DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

**ANEXO E** – LISTAGEM DE BENS MÓVEIS

**ANEXO F** – REGISTRO FOTOGRÁFICO DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL

**ANEXO G** – INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA SESAU-COGER Nº 01/2022

São Pedro da Aldeia, 07 de maio de 2024.

**Geraldo Lopes Vieira – Mat. 37.879:**

**Secretário Adjunto de Saúde**

**Felipe Valentim de Oliveira – Mat. 43.069**

**Assessor I**

**Marcelo Almeida Fonseca – Mat. 38.271:**

**Secretário Executivo de Média e Alta Complexidade**

**Aprovado por:**

**Maria Márcia Sampaio Fontes**

**Secretária Municipal de Saúde**

**Mat. 37.877**



## **TERMO DE REFERÊNCIA - ANEXO A**

### **NORMAS PARA O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL QUE DEVERÃO SER OBSERVADAS PELA CONTRATADA**

#### **1. FINALIDADE E SUBORDINAÇÃO**

A Missão do Pronto Socorro Municipal é efetuar o Atendimento Pré-Hospitalar (APH) fixo de usuários acometidos por quadros agudos ou agudizados, durante as 24 horas do dia, bem como aos usuários acometidos pelo COVID-19. Deve funcionar como observatório do Sistema Municipal de Saúde, sob a coordenação estratégica da SESAU (Secretaria Municipal de Saúde), subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de Indicadores de Saúde e de Serviço, que contribuam para avaliação e planejamento da Atenção Integral à Urgências, bem como do Sistema Municipal como um todo.

#### **2. OBJETIVOS ASSISTENCIAIS DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

- a) Ampliar o acesso da população ao atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos.
- b) Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por usuários com casos de urgência de baixa e média complexidade.
- c) Prover atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência de qualidade e resolutivo à população.
- d) Garantir o primeiro atendimento rápido, estabilização e observação de usuários por períodos de até 12 (doze) horas (Sala Vermelha), antes de sua transferência para as Salas de Observação (Salas Amarelas), quando necessário, ou remoção para o tratamento definitivo em outros pontos da Rede de Atenção às Urgências ou da sua liberação para o acompanhamento ambulatorial, funcionando como retaguarda da Atenção Básica.
- e) Permitir o direcionamento para outros pontos da Rede de Atenção às Urgências, exclusivamente, pela Central de Regulação Municipal, dos casos com necessidade de internação.
- f) Identificar os enfermos que realmente necessitam de cuidados hospitalares.
- g) Apoiar o sistema de atendimento pré-hospitalar móvel, servindo como referência de casos de menor complexidade que necessitem de observação ou de procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência ambulatoriais de baixa e média complexidade.
- h) Implantar, por meio de supervisão da Coordenação de Enfermagem da Unidade o processo de acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação de usuário que precise de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, garantindo atendimento ordenado e de acordo com grau de sofrimento ou gravidade do caso.

- i) Articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, Pré-hospitalar Móvel (SAMU 192), outras unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema loco-regional, construindo fluxos coerentes de referências e contrarreferências e ordenando as referências através da Central de Regulação Médica de Urgências e Complexos Reguladores Instalados.
- j) Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos usuários acometidos por quadros agudos e agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou traumática, estabilizando os usuários e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade, ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
- k) Prestar apoio diagnóstico (realização de Raios X, exames laboratoriais básicos e eletrocardiograma) e terapêutico nas 24h do dia.

### **3. CONCEITUAÇÕES**

Para os efeitos desta normatização, serão adotados os seguintes conceitos:

- I. Emergência Médica: agravo à saúde de natureza clínica, cirúrgica ou traumática que pode ocasionar a morte ou sequelas de natureza grave, demandando tratamento médico imediato. Urgência Médica: situação de menor gravidade que pode evoluir para a morte ou incapacitação de um indivíduo, no espaço de horas.
- II. Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel: socorro que procura chegar precocemente à vítima, depois de ter ocorrido uma emergência médica, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- III. Atendimento Pré-Hospitalar Fixo: assistência prestada num primeiro nível de atenção aos usuários portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Regional de Urgência e Emergência (Portaria MS 2048/2002 e Portaria GM/MS 1.601/2011).
- IV. Central de Regulação Médica: estrutura destinada a sujeitar às regras, o fornecimento de vagas para internação, com despacho de ambulâncias ou outros recursos para o atendimento de solicitações de atendimento pré-hospitalar.
- V. Transporte Inter-Hospitalar (TIH): transferência do usuário de um hospital onde já tenha recebido atendimento, para outro de maior complexidade, objetivando a continuidade do tratamento.
- VI. Transporte Pré-Hospitalar (TPH): remoção de um usuário a partir de um serviço de saúde (exceto hospital), incluída a UPA, no qual já tenha recebido o primeiro atendimento, para um serviço de maior complexidade, objetivando a continuidade do tratamento.
- VII. Classificação de Risco: categorização do usuário, de acordo com o risco relativo por ele apresentado de morte ou incapacitação, decorrente de seu quadro clínico (ato privativo do Enfermeiro).
- VIII. Hospital de Referência: unidade hospitalar prestadora de serviços de urgência / emergência mais próxima, que dispõe de recursos necessários à continuação do atendimento do usuário.

IX. Ambulância: veículo terrestre que se destina, exclusivamente, ao transporte de enfermos (Portaria 2048 GM de novembro de 2002).

X. Ambulância de Suporte Avançado ou TIPO D: veículo terrestre destinado ao atendimento e transporte de usuários de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deverá contar com os equipamentos médicos necessários para esta função (Portaria 2048 GM de novembro de 2002). Será guarnecida, no mínimo, por: condutor, médico e um profissional de enfermagem.

XI. Ambulância de Suporte Básico ou TIPO B: veículo terrestre destinado ao transporte inter-hospitalar de usuários com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de usuários com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante até o serviço de destino (Portaria 2048 GM de novembro de 2002).

XII. Atendimento Médico de Urgência/Emergência: atividade desenvolvida pelo médico utilizando técnicas, equipamentos e medicamentos de suporte avançado e básico de vida.

XIII. Emergência Tipo I: quadro decorrente de situação médica que só poderá ser resolvida em ambiente hospitalar, cuja permanência no Pronto Socorro Municipal, só será justificada durante o curto período de tempo necessário à realização das manobras de estabilização. São elas:

- a) Politraumatismo com possibilidade de hemorragia interna;
- b) Choque hipovolêmico;
- c) Traumatismo cranioencefálico com Glasgow inferior a 15;
- d) Grandes queimados;
- e) Fratura exposta;
- f) Lesão vascular;
- g) Ferimentos penetrantes (PAF, arma branca e outros) de: tórax, abdome, crânio, pescoço e coxa;
- h) Emergências com resolução cirúrgica: apendicite, úlcera perforada, obstrução intestinal, empiema pleural, dentre outras;
- i) Hemorragia digestiva ou hemoptise maciça;
- j) Acidente vascular encefálico hemorrágico;
- k) Acidente vascular encefálico isquêmico com indicação de trombólise;
- l) Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com choque cardiogênico ou EAP;
- m) IAM com contraindicação da trombólise;
- n) Dissecção aórtica;
- o) Aneurisma de aorta em expansão ou roto;
- p) IAM ou angina instável que não responde a medicamentos;
- q) Patologia infecciosa que necessita de isolamento de contato e/ou respiratório: tuberculosa pulmonar, varicela, meningite meningocócica dentre outras;
- r) Trabalho de parto em período expulsivo;
- s) Descolamento prematuro de placenta;
- t) Insuficiência Renal Aguda com indicação de diálise.

#### **4. CARACTERÍSTICAS DO FUNCIONAMENTO DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

a) Atendimento médico de urgência e emergência pelo período de 24 (vinte e quatro) horas, sete dias por semana.

- b) Capacidade de atendimento entre 187 e 312 usuários/dia.
- c) Laboratório com funcionamento pelo período de 24 (vinte e quatro) horas, sete dias por semana, provendo, no mínimo, os seguintes exames: hemograma completo, glicose, creatinina, ureia, sódio, potássio, cloro, cálcio, coagulação sanguínea (TAP e PTT), marcadores de lesão miocárdica, EAS e teste rápido para HIV.
- d) Suporte de Ambulância Avançada (Tipo D).
- e) Setor de Radiologia com funcionamento pelo período de 24 (vinte e quatro) horas com capacidade mínima para realização de radiografias convencionais de tórax, esqueleto, seios da face e rotinas de abdome agudo.
- f) Eletrocardiografia pelo período de 24 (vinte e quatro) horas, sete dias por semana.
- g) Leitos de observação para adultos (Sala Amarela) durante períodos que, idealmente, não ultrapassem 24 (vinte e quatro) horas.
- h) Unidade de usuários graves (Sala Vermelha) para permitir observação monitorizada pelo menos durante 12 (doze) horas de usuários com dor torácica e o primeiro atendimento de casos clínicos graves ou potencialmente graves como urgências e emergências hipertensivas, afogamentos, AVE, dentre outras.
- i) Unidade Intermediária para permitir internação de usuário em estado grave, cujo tempo de permanência na Sala Vermelha ultrapasse o período de 12 (doze) horas.
- j) Capacidade Técnica para efetuar procedimentos cirúrgicos de urgência/emergência como: suturas, drenagem torácica, drenagem de abscessos, dissecções venosas e parto normal em período expulso.
- k) Área destinada a morgue para a guarda de cadáveres.

**4.1. No Pronto Socorro Municipal o atendimento de usuários deambulando será efetuado utilizando-se o seguinte fluxo:**

- a) Entrada pela porta principal e acesso à recepção/acolhimento.
- b) Nesta área será estruturado o acolhimento dos usuários, sob a responsabilidade da enfermagem.
- c) Será vedado que vigilantes ou profissionais de segurança realizem o acolhimento ou encaminhamento de usuários.
- d) O usuário com um quadro agudo ou agudizado será encaminhado para a classificação de risco, realizada por Enfermeiro capacitado, valendo-se da utilização de protocolos pré-estabelecidos, com objetivo de avaliar o grau de urgência dos usuários, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento.
- e) Os usuários com traumatismos não serão avaliados pela classificação de risco: serão encaminhados diretamente para a sala de sutura (ou sala vermelha – casos graves).
- f) A classificação de risco será realizada em quatro níveis:
  - i. Vermelho: risco de morte ou incapacitação: atendimento em até, no máximo, 05(cinco) minutos.
  - ii. Amarelo: baixo risco de morte ou de incapacitação: atendimento em até, no máximo, 30 (trinta) minutos.
  - iii. Verde: quadro clínico estável desprovido de risco de morte ou de incapacitação. Necessidade de realização de exames e/ou de prescrição e/ou administração de medicamentos por via

inalatória, oral ou parenteral e/ou de pequenas suturas ou curativos. Atendimento em até, no máximo, 120 (cento e vinte) minutos.

iv. Azul: encaminhamento prioritário, com orientação, para a Rede Básica de Saúde. Atendimento em até, no máximo, 3 (três) horas.

g) Após a classificação de risco os usuários serão encaminhados para espera ou, em casos mais graves, diretamente, à área de observação amarela ou vermelha.

h) O usuário, depois do atendimento, terá sua referência garantida, mediante encaminhamento realizado pela Central de Regulação Municipal ou será liberado para a Rede Básica ou residência com orientação médica.

## **5. DESCRIÇÃO ESQUEMÁTICA – POR ÁREA DE INTERESSE – DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

a) O bloco inicial do Pronto Socorro Municipal será composto pelas áreas de acolhimento e classificação de risco, onde as atividades serão executadas por Equipe de Enfermagem que proverá a avaliação da situação e classificará o risco, conforme protocolos estabelecidos.

b) O bloco da urgência possuirá entrada independente, com acesso para ambulância, com porta ampla para permitir a entrada de usuários em macas e fluxo ágil até a Sala Vermelha que será equipada para o atendimento às emergências.

c) A Sala Vermelha comportará o atendimento de, no mínimo, dois casos graves simultaneamente, possuindo: desfibrilador, monitor Multiparametros, ventilador, medicações de urgência no carro de parada e material de ventilação e avesso invasivo às vias aéreas.

d) As macas da Sala Vermelha possuirão rodas e grades e estarão distribuídas de forma a garantir a livre circulação da Equipe aos seus arredores. Esta sala estará equipada com materiais, medicamentos e equipamentos necessários para atendimento da urgência clínica e/ou cirúrgica. O acesso da sala de urgência (Vermelha) aos leitos da UI ou leitos das Salas Amarelas será fácil e estas áreas serão contíguas.

e) A Sala Amarela (observação) será destinada ao cuidado de usuários estáveis, sem risco iminente de morte ou incapacitação, que necessitarão de tratamento médico/observação por período de algumas horas ou que estejam aguardando vaga para admissão na Enfermaria do Pronto Socorro Municipal ou em outra unidade hospitalar.

f) A sala de administração de medicamentos destinar-se-á à aplicação de medicação por via inalatória, oral ou parenteral.

g) O laboratório e a radiologia estarão em situação intermediária entre os blocos de pronto atendimento e de atendimento de urgência, com acesso fácil e ao mesmo tempo independente para cada um deles.

h) Os blocos de apoio logístico e administração estarão situados de forma a não obstruir o fluxo entre os demais blocos de atendimento ao usuário.

i) O Pronto Socorro Municipal contará com, no mínimo, uma ambulância do tipo D. O despacho da viatura para TPH será realizado pelo médico assistente que estará acompanhando o usuário. O caso será sempre levado ao conhecimento dos líderes de equipe (médico e enfermeiro).

j) A(s) equipe(s) da(s) unidade(s) de APH móvel (ambulância) estará(ão) subordinadas, administrativamente e operacionalmente, aos líderes de Equipe.

k) As atividades de APH, TPH e TIH do Pronto Socorro Municipal serão desenvolvidas durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, sete dias por semana.



l) As seguintes atividades de suporte do Pronto Socorro Municipal serão desenvolvidas durante 24 (vinte e quatro) horas do dia, sete dias por semana:

- (i) Laboratório de urgência e emergência;
- (ii) Radiologia;
- (iii) Limpeza e manutenção predial;
- (iv) Segurança patrimonial; e
- (v) Farmácia.

m) As atividades administrativas do Pronto Socorro Municipal serão desenvolvidas, rotineiramente, no período entre 08h00 e 17h00, diariamente de 2ª a 6ª feira (excluídos feriados), podendo este horário ser estendido, conforme a necessidade dos serviços.

n) Nos horários das refeições e descanso os profissionais deverão revezarem-se, de modo a não prejudicar o atendimento ou a execução das tarefas.

## **6. SUBORDINAÇÃO OPERACIONAL**

As equipes do Pronto Socorro Municipal estarão, durante o serviço, operacionalmente subordinadas aos líderes de Equipe (Médico e Enfermeiro).

## **7. REGULAÇÃO MÉDICA**

A transferência de usuários do Pronto Socorro Municipal para outros serviços de saúde será regulada pela Central de Regulação Estadual. O profissional responsável pelo contato com o médico de Central de Regulação, para a obtenção de vaga em hospital, será o médico que está assistindo ao usuário.

## **8. SUPERVISÃO OPERACIONAL**

A Supervisão Operacional Médica e de Enfermagem será viabilizada por diversos dispositivos que a CONTRATADA deverá apresentar na Proposta Técnica. Tais dispositivos poderão incluir, por exemplo, a Coordenação Central, a possível Superintendência de Urgência e Emergência, dentre outros, com o objetivo de observar o desempenho da missão e a qualidade dos serviços prestados no Pronto Socorro Municipal, orientado e intervindo quando necessário.

## **9. ATIVIDADES DO APH (ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR) FIXO**

### **9.1. Atendimento médico de urgência / emergência**

Atividade que será desenvolvida por médico, empregando equipamento e material que possibilitará: suporte avançado e básico de vida, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais de urgência (acesso venoso profundo, drenagem de tórax, suturas, drenagem e abscessos), diagnóstico por meio do exame clínico e exames complementares e transporte de usuários em ambulância avançada.

## **9.2. Atendimento de enfermagem**

Atividade que será desenvolvida por profissionais de enfermagem que compreenderão: acolhimento, classificação de risco, cuidados de enfermagem ao usuário, transporte em ambulâncias avançadas.

## **9.3. Serviço Social**

Atividade que será desenvolvida por Assistente Social que compreenderão: atendimento a casos de abuso e negligência de menores e idosos, abuso sexual, óbito de usuários no Pronto Socorro Municipal, resolução de casos sociais, agressão a mulheres, contato com o Conselho Tutelar, orientação a usuários e encaminhamento destes para outros serviços e programas sociais (auxílio doença, seguros, programas de distribuição de medicamentos), além de outras demandas sociais que surjam e todas aquelas demandadas durante o serviço pelos líderes de equipe.

## **10. ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR FIXO**

### **10.1. Competências Gerais do Pronto Socorro Municipal**

Será competência do Pronto Socorro Municipal o atendimento nas seguintes situações:

- a) Urgência e emergência traumáticas e não traumáticas.
- b) Realização de exames laboratoriais, eletrocardiográficos e radiológicos para diagnosticar situações de urgência e emergência.
- c) Dispensação de medicamentos para que o usuário realize o tratamento domiciliar dos quadros agudos e agudizados, motivo do atendimento no Pronto Socorro Municipal.
- d) Apoio ao atendimento de unidades móveis do APH, como referência para usuários em situação de emergência.
- e) Realização do TPH dos usuários atendidos e que necessitem de internação hospitalar.
- f) Estabilização de usuários com emergências do tipo I (já descritos), removendo-os, imediatamente, para outras unidades hospitalares.

### **10.2. Não será da competência do Pronto Socorro Municipal prestar os seguintes atendimentos:**

- a) Realização de consultas médicas de seguimento ou ambulatoriais.
- b) Oferecimento de abrigo para indigentes, alcoólatras, menores abandonados, salvo quando estes apresentarem alguma urgência médica.
- c) Realização de exames pré-natais.
- d) Troca de curativos.
- e) Revisão de suturas e retirada de pontos.
- f) Realização de procedimentos cirúrgicos eletivos.
- g) Distribuição de medicamentos de uso crônico.

h) Realização de procedimentos eletivos médicos ou odontológicos.

## **11. FASES DO APH FIXO NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

O APH Fixo compreenderá as seguintes fases:

- a) Acolhimento.
- b) Classificação de Risco.
- c) Consulta com o profissional de saúde (Médico Clínico, Ortopedista ou Assistente Social).
- d) Cuidados médicos e de enfermagem.
- e) Observação.
- f) Transporte ao hospital ou serviço de saúde de referência ou alta para residência, com encaminhamento para Atenção Básica.
- g) Dispensação de medicamentos para tratamento do quadro agudo ou agudizado que motivou o atendimento no Pronto Socorro Municipal.

### **11.1. Outra especificidade do Pronto Socorro Municipal (extras APH Fixo)**

- a) Internação em Unidade Intermediária (UI).

## **12. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

O acesso dos usuários no Pronto Socorro Municipal ocorrerá, provavelmente, por:

- a) Meios próprios.
- b) Trazidos por populares, policiais, guardas municipais, Corpo de Bombeiros, dentre outras possibilidades.
- c) Transportado por ambulância do APH móvel.

Os usuários que chegarem deambulando ao Pronto Socorro Municipal serão acolhidos por profissional de enfermagem, que os encaminhará para a classificação de risco.

Será vedada aos profissionais da segurança ou administrativos a realização do acolhimento dos usuários no Pronto Socorro Municipal.

Estarão excluídos da classificação de risco, devendo ser encaminhados diretamente para consulta, os casos de emergências vermelhas como: politraumatismo, insuficiência respiratória, inconsciência, hemorragias, dor no peito, trabalho de parto.

A vítima trazida por ambulância será recebida na Sala de Reanimação (Vermelha) ou nas Salas Amarelas, dependendo de sua gravidade, local onde será iniciado o tratamento médico e os cuidados de enfermagem. A recuperação ocorrerá em leitos de observação e tratamento (24 horas). A vítima, quando estabilizada, poderá, a critério médico, ser internada na UI do Pronto Socorro Municipal, ou ser removida para outras unidades hospitalares.

Todos os atendimentos realizados no Pronto Socorro Municipal serão registrados no Prontuário Eletrônico do usuário.

**OBSERVAÇÃO:** Serão removidos, obrigatoriamente em ambulância, todos os usuários com quadros que necessitarão de observação em ambiente hospitalar. Será vedado o encaminhamento por meios próprios.

### **13. SITUAÇÕES ESPECIAIS**

#### **13.1. Recolhimento de valores**

Todo usuário considerado incapaz de cuidar da guarda de seus pertences terá seus valores recolhidos pelo profissional administrativo, sob a supervisão de profissional de enfermagem. O funcionário administrativo preencherá o formulário de recolhimento de pertences/valores e o entregará, através de recibo padronizado, para guarda na administração. Os valores recolhidos serão devidamente guardados até serem devolvidos ao usuário ou entregues a responsável legal, mediante recibo.

#### **13.2. Óbito ao dar entrada no Pronto Socorro Municipal**

O médico, ao constatar o óbito de vítima de causa externa, deverá:

- a) Encaminhar a vítima ao morgue.
- b) Limitar ao máximo a manipulação da vítima: realizar apenas o necessário para a verificação do óbito, identificação e recolhimento de valores, a fim de evitar posteriores dificuldades à realização da perícia policial.
- c) Solicitar a presença de policiamento e guia de remoção para o Instituto Médico Legal (IML).
- d) Registrar no prontuário as condições em que a vítima foi encontrada, como e por quem foi trazida.

**NOTA:** No caso de óbito por mal súbito, caso não haja sinais ou indícios de causas externas, o médico de plantão deverá providenciar o fornecimento da declaração de óbito.

#### **13.3. Presença de profissionais de saúde estranhos ao Pronto Socorro Municipal**

Na situação em que um médico estranho aos quadros do Pronto Socorro interfira no atendimento, o médico líder de equipe solicitará ao mesmo que apresente sua identidade profissional. Poderá, a seguir, receber a orientação e a ajuda que julgar conveniente deste profissional, anotando no registro de atendimento o seu nome completo e o número do seu registro profissional (CRM). Quando o médico julgar que o profissional estranho aos quadros do pronto Socorro poderá trazer prejuízos à vítima, deverá solicitar ao mesmo que se afaste, podendo, para tanto, solicitar apoio de autoridade policial.

#### **13.4. Recusa de atendimento e/ou transporte**

Todo usuário lúcido, orientado e maior de idade terá o direito de recusar atendimento ou transporte pré-hospitalar (TPH), desde que não apresente risco de morte iminente. Quando ocorrer a recusa, o médico responsável pelo atendimento tentará convencer o usuário a aceitar o

socorro. Se não for possível, deverá anotar no prontuário do usuário a intercorrência, valendo-se da aposição de assinaturas de testemunhas.

No caso de menores de idade ou pessoas mentalmente incapazes, acompanhados por um responsável, este deverá dar o consentimento para o atendimento. Caso recuse, tentar convencê-lo a aceitar o socorro. Se não for possível, anotar no prontuário do usuário a intercorrência, valendo-se da aposição de assinaturas de testemunhas.

Ao ser indicado o leito de observação/enfermaria, independentemente da complexidade, o usuário assinará o termo de consentimento informado e na impossibilidade deste, o responsável legal.

No caso de vítimas adultas inconscientes, menores de idade ou mentalmente incapazes desacompanhados, o consentimento estará implícito. Solicitar ajuda policial para garantir o atendimento, se necessário.

Quando ocorrer situação de risco de morte e recusa da vítima ou do seu responsável para o atendimento e/ou transporte, e não for possível convencê-lo do contrário, o coordenador médico solicitará apoio policial para remover a vítima para o hospital de referência.

#### **14. SITUAÇÕES DE RISCO PARA O ATENDIMENTO**

Perante situações de risco à integridade física de qualquer componente da equipe do Pronto Socorro Municipal, ou ao seu patrimônio, a Coordenação tomará, imediatamente, as medidas necessárias, incluindo o possível acionamento do apoio policial.

#### **15. EVENTOS COM MÚLTIPLAS VÍTIMAS**

As situações que, eventualmente, extrapolem quantitativa ou qualitativamente os recursos disponíveis de atendimento do Pronto Socorro Municipal deverão ser comunicadas à Central de Regulação Municipal que, por sua vez, acionará os recursos previstos, objetivando o apoio para a Unidade ou a remoção dos usuários para outros serviços, conforme protocolo específico.

#### **16. ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO**

A utilização dos equipamentos de proteção individual será obrigatória em todas as situações de atendimento. Em situações de risco de exposição a material biológico, as normas de segurança preconizadas nos protocolos do Pronto Socorro Municipal deverão ser obedecidas.

Na eventualidade de acidente com exposição biológica de qualquer profissional, os procedimentos preconizados no protocolo do Pronto Socorro Municipal deverão ser, imediatamente, seguidos e o evento deve ser comunicado à Medicina do Trabalho (preenchimento do CAT).

#### **17. PRESENÇA DE ACOMPANHANTES NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**

É direito previsto em Lei a presença de um acompanhante no caso de enfermo menor de 18 anos ou com idade igual ou superior a 60 anos. Nestes casos, ou naqueles em que os líderes de equipe e serviço social julgarem conveniente, a presença de um acompanhante poderá ser autorizada, desde que não comprometa o atendimento na Unidade e a segurança da equipe de saúde.



Caso o acompanhante interfira, prejudicando o atendimento ao usuário, os líderes de equipe determinarão sua saída, solicitando a força policial, se necessário. Se não for autorizada a presença do acompanhante, ou o mesmo for retirado do Pronto Socorro, o profissional de saúde justificará os motivos no prontuário. O profissional do serviço social orientará o acompanhante com relação às rotinas do Pronto Socorro, bem como manterá interlocução constante com os mesmos.

## **18. DESCONTAMINAÇÃO DE AMBULÂNCIAS**

Todas as instalações do Pronto Socorro Municipal e sua(s) ambulância(s) de apoio serão limpas, de acordo com o protocolo estabelecido pelo Controle e Prevenção de Infecção Pré-Hospitalar (CPIPH).

## **19. TRANSPORTE PRÉ-HOSPITALAR**

### **19.1. Características do TPH**

O TPH poderá ser efetuado utilizando suporte avançado ou básico de vida. Na primeira modalidade, denominada TPH Avançado, será utilizada ambulância configurada com médico. O registro do transporte será efetuado no formulário de transporte.

Os profissionais empregados para guarnecer a ambulância serão disponibilizados pela empresa terceirizada contratada, de tal forma que os serviços assistenciais no Pronto Socorro Municipal não sofram solução de continuidade. A ambulância contratada deverá permanecer baseada no Pronto Socorro Municipal.

Antecedendo o despacho da ambulância para outra Unidade Hospitalar, o médico deverá observar os seguintes cuidados:

- a) Fazer contato com o médico da Central de Regulação de Vagas.
- b) Enviar relatório clínico do quadro do usuário.
- c) Obter da Central de Regulação o nome do médico que autorizou o recebimento do enfermo no hospital de referência.

As seguintes etapas deverão ser seguidas para o acionamento do TPH pelo médico:

- I – Confirmar a autorização de transporte junto à unidade recebedora.
- II – Elaborar lista de espera, caso existam outros usuários no Pronto Socorro aguardando remoção, ordenada em função de critérios médicos, caso não exista disponibilidade momentânea de viaturas.
- III – Selecionar o recurso mais adequado a cada TPH.

O Profissional de enfermagem encarregado de TPH Básico deverá verificar as condições do usuário e, em caso de dúvidas, procurará o líder Enfermeiro (exceções autorizadas conjuntamente entre as Coordenações de Enfermagem e Médica).

Os usuários com risco de morte não poderão ser removidos sem prévia realização de avaliação médica e das medidas urgentes de estabilização que forem necessárias.

Para o TPH será necessário obter o consentimento por escrito, assinado pelo usuário ou seu responsável legal. Em situações de risco de morte, ou no caso de usuário estabilizado e ainda na sala vermelha e na impossibilidade de localização do(s) responsável(is), o médico solicitante ou o médico líder de equipe poderá autorizar o transporte, sendo tal fato devidamente documentado no prontuário médico: tais procedimentos estarão em conformidade como o consentimento informado.

Todo usuário removido deverá ser acompanhado pelo formulário de transporte pré-hospitalar completo, legível e assinado (com número do CRM) e dos exames complementares realizados no Pronto Socorro Municipal. Quando o recebimento, o formulário de transporte pré-hospitalar deverá ser também assinado pelo médico receptor. O usuário deverá ser deixado no hospital recebedor, juntamente com uma cópia do formulário de transporte pré-hospitalar preenchido.

Deverão ser observados e executados os procedimentos prescritos pela equipe do Pronto Socorro Municipal, salvo em transportes avançados, quando o médico que tripulará a ambulância poderá modificar a prescrição, se necessário.

A responsabilidade médica do TPH básico será do médico do Pronto Socorro Municipal que o solicitou e o indicou, assim, manterá frequente contato com a ambulância durante o TPH (exceções autorizadas conjuntamente entre as Coordenações de Enfermagem e Médica). Após deixar o usuário no hospital de destino, o Técnico de Enfermagem responsável pelo transporte deverá informar o Pronto Socorro, via contato telefônico, sobre as condições do acolhimento na Unidade receptora.

O condutor da ambulância seguirá o itinerário que demandar o menor tempo de percurso, do Pronto Socorro ao hospital de referência, respeitando-se o que preceitua o Código de Trânsito Brasileiro (Lei 9.503/97). Os equipamentos de comunicação da ambulância deverão permanecer ligados durante todo o transporte, até o regresso ao Pronto Socorro Municipal.

## **19.2. Abrangência do TPH**

O transporte de enfermos para hospitais ou outros serviços de saúde de referência ocorrerá nas seguintes situações:

- a) Transferência de usuários para Unidade Hospitalar.
- b) Para outra unidade com o intuito da realização de exames complementares ou procedimentos especializados, com o retorno do usuário ao Pronto Socorro Municipal.

## **19.3. Não competirá ao Pronto Socorro realizar os seguintes transportes:**

- a) De enfermo de volta ao seu domicílio.

- b) De cadáver.
- c) De amostras para exames, ou outros.

Em condições excepcionais, o TPH poderá ser realizado nas situações classificadas como não sendo da competência do Pronto Socorro Municipal, desde que sejam plenamente justificadas, não comprometam a operacionalidade do serviço e estejam devidamente autorizadas pela Coordenação ou autoridade superior.

## **20. ATRIBUIÇÕES DOS COMPONENTES DAS EQUIPES**

### **20.1. Coordenador administrativo do Pronto Socorro Municipal.**

O Pronto Socorro Municipal deve dispor do profissional Coordenador Administrativo com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho da unidade, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais assistenciais, por meio de função técnico-gerencial.

Entende-se por Coordenador Administrativo um profissional qualificado, com nível SUPERIOR, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Dentre suas atribuições estão:

- I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre o PS, conforme definido no Contrato de Gestão e demais documentações da SESAU, de modo a orientar a organização do processo de trabalho na unidade;
- II - Participar e orientar o processo diagnóstico situacional, planejamento e programação da equipe de saúde, apoiado pela Organização Social e pela SESAU, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam no PS sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;
- IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;
- V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação nacionais do DATASUS vigente, conforme orientação da SESAU, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;
- VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;
- VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes no Pronto Socorro Municipal, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;
- VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência do Pronto Socorro), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada no Pronto Socorro;

X - Conhecer a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam no Pronto Socorro e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes no próprio Pronto Socorro ou com parceiros;

XII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIII - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade;

XIV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal, de acordo com suas competências.

a) Coordenar, supervisionar e controlar o pessoal e materiais necessários ao funcionamento das atividades administrativas do Pronto Socorro Municipal, de forma a permitir sua adequada atuação.

b) Coordenar e dirigir os setores do Pronto Socorro Municipal sob sua subordinação: Registro, Serviço Social, Raio-X, Laboratório, Farmácia, Almoxarifado, Administração, Copa e Terceirizados (exceto ambulância).

c) Identificar problemas relativos aos processos administrativos do Pronto Socorro Municipal, aperfeiçoando as rotinas, conjuntamente com as demais coordenações, quando necessário.

d) Identificar deficiências de capacitação profissional do pessoal administrativo e determinar seu aprimoramento.

e) Identificar problemas nos equipamentos e propor adaptações ou novas aquisições para o bom funcionamento da estrutura administrativa.

f) Passar para as demais coordenações os problemas disciplinares ocorridos em sua equipe.

g) Controlar os bens patrimoniais do Pronto Socorro Municipal.

h) Identificar problemas na atividade de controle de bens.

i) Propor aperfeiçoamento dos processos de controle de bens patrimoniais

j) Informar às demais coordenações quaisquer alterações encontradas.

k) Responsabilizar-se pela confecção do arrolamento dos bens patrimoniais, bem como informar aos órgãos competentes da CONTRATADA sobre a necessidade de descarga, de acordo com a legislação vigente.

l) Controlar todos os processos administrativos do Pronto Socorro Municipal.

m) Controlar a frequência do pessoal do Pronto Socorro Municipal.

n) Propor melhorias nos processos administrativos e de gerenciamento do Pronto Socorro Municipal.

## **20.2. Coordenador de Enfermagem/assistencial**

- a) Orientar, coordenar, controlar e dirigir as atividades de Enfermagem do Pronto Socorro;
- b) Responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço de Enfermagem;
- c) Manter seus superiores imediatos informados (Coordenação Central) e as demais coordenações sobre as atividades do Pronto Socorro;
- d) Planejar e executar a supervisão dos profissionais de Enfermagem;
- e) Orientar e supervisionar o trabalho dos maqueiros do Pronto Socorro (setor de transporte de usuários);
- f) Confeccionar e controlar a escala de serviço dos profissionais de Enfermagem;
- g) Identificar as demandas de capacitação do Pessoal, sob a sua coordenação;
- h) Conceder férias e licenças do pessoal que lhe é diretamente subordinado;
- i) Movimentar, internamente, o pessoal de Enfermagem do Pronto Socorro;
- j) Conceder recompensas e aplicar sanções administrativas, de acordo com a Legislação em vigor;
- k) Realizar, juntamente com outros órgãos, a educação continuada em serviço dos Profissionais de Enfermagem;
- l) Responder como diretor técnico do Pronto Socorro Municipal junto ao COREN-RJ, fazendo cumprir as normatizações dos Conselhos de Enfermagem e outros órgãos de normatização e fiscalização, fazendo a interface entre eles e o serviço;
- m) Acompanhar o maior número possível de atendimentos prestados por profissionais de Enfermagem, durante seu horário de trabalho, intervindo sempre que julgar necessário, e fazer parte do acolhimento e classificação de risco;
- n) Registrar as deficiências verificadas no desempenho dos profissionais de Enfermagem para posterior programação de capacitação específica;
- o) Atuar, de acordo com as diretrizes emanadas da Coordenação de Enfermagem;
- p) Controlar e supervisionar a execução de rotinas de limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos, durante seu horário de trabalho;
- q) Planejar as rotinas de Enfermagem do Pronto Socorro;
- r) Controlar e supervisionar o armazenamento e manutenção de materiais e equipamentos, além de prever e prover os setores de materiais de consumo, durante seu horário de trabalho;
- s) Estabelecer, controlar e supervisionar o registro de informações em livro de ordens e ocorrências, durante os plantões;
- t) Manter em dia suas obrigações junto ao COREN-RJ;
- u) Realizar, juntamente com outros órgãos, a educação continuada em serviço dos Profissionais de Enfermagem;
- v) Seguir os protocolos assistenciais da unidade;
- w) Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- x) Zelar pelo material de consumo e permanente da unidade;
- y) Responsabilizar-se pelos problemas disciplinares ocorridos em sua equipe.

### **20.3. Coordenador Técnico**

A função do Coordenador técnico do Pronto Socorro Municipal deverá ser exercida por médico inscrito regulamente no CREMERJ. Compete ao Coordenador Técnico:

- a) Orientar, coordenar, controlar e dirigir as atividades médicas do Pronto Socorro Municipal;



- b) Responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço médico;
- c) Manter seus superiores imediatos informados (coordenação central) e as demais coordenações sobre as atividades do Pronto Socorro;
- d) Confeccionar e controlar a escala de serviço dos profissionais médicos;
- e) Conceder férias e licenças do pessoal que lhe é diretamente subordinado;
- f) Movimentar, internamente, o pessoal médico do Pronto Socorro;
- g) Conceder recompensas e aplicar sanções administrativas, de acordo com a Legislação em vigor;
- h) Realizar, juntamente com outros órgãos, a educação continuada em serviço dos profissionais médicos;
- i) Responsabilizar-se pela guarda do material e equipamentos do Pronto Socorro Municipal;
- j) Representar o Pronto Socorro, desde que devidamente autorizado pela Superintendência de Urgência e Emergência (e comunicando previamente à Coordenação Central da CONTRATADA), nas comissões, comitês, ou outros fóruns de debates e decisões sobre problemas que envolvam o atendimento às emergências;
- k) Zelar pelo cumprimento das disposições regulamentares em vigor;
- l) Responder como diretor técnico do Pronto Socorro Municipal junto ao CREMERJ, fazendo cumprir as normatizações dos Conselhos de Medicina e outros órgãos de normatização e fiscalização, fazendo a interface entre eles e o serviço;
- m) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática do socorro de urgência e emergência, visando melhor desempenho dos profissionais, em benefício da população;
- n) Acompanhar o maior número possível de atendimentos prestados pelos médicos durante seu horário de trabalho, intervindo, sempre que julgar necessário, participando do atendimento em consultórios e salas de observação;
- o) Registrar as deficiências verificadas no desempenho dos profissionais médicos, para posterior programação de capacitação específica;
- p) Atuar, de acordo com as diretrizes emanadas pela Superintendência de Urgência e Emergência da CONTRATADA;
- q) Coordenar, supervisionar e controlar os recursos assistenciais do Pronto Socorro, mantendo informada a Coordenação Central da CONTRATADA;
- r) Coordenar, diariamente, as visitas médicas dos usuários nas salas de observação;
- s) Orientar os colegas médicos em suas condutas e execução dos protocolos de atendimento;
- t) Identificar problemas do material operacional e propor, para a Coordenação de Enfermagem, adaptações ou novas aquisições para o bom desempenho das atividades assistenciais do Pronto Socorro;
- u) Avaliar o nível do desempenho médico da Unidade, valendo-se da utilização de referenciais comparativos pertinentes;
- v) Manter em dia suas obrigações junto ao CREMERJ;
- w) Seguir os protocolos assistenciais do Pronto Socorro Municipal;
- x) Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- y) Zelar pelo material de consumo e permanente do Pronto Socorro;
- z) Responsabilizar-se pelos problemas disciplinares ocorridos em sua equipe.

#### **20.4. Médico Líder de Equipe**

- a) Supervisionar e controlar, administrativamente, o pessoal da equipe de seu plantão;
- b) Representar o Coordenador Técnico do Pronto Socorro Municipal, na ausência deste nas questões assistenciais;
- c) Coordenar o atendimento médico na unidade, durante seu plantão;
- d) Identificar e sanar dentro de sua esfera de atuação os problemas no atendimento médico;
- e) Identificar deficiências de conhecimento técnico ou de capacitação do pessoal médico de serviço e levar ao conhecimento das coordenações da unidade, sanando as que forem possíveis dentro de sua esfera de atuação;
- f) Identificar problemas do equipamento médico e propor adaptações ou novas aquisições para o bom desempenho e funcionamento do Pronto Socorro;
- g) Receber dos plantonistas da unidade solicitações de reparo ou substituição de materiais de consumo e equipamentos, encaminhando-as ao coordenador médico do Pronto Socorro;
- h) Passar para o coordenador médico os problemas disciplinares ocorridos em sua equipe;
- i) Solicitar reposição de pessoal, quando necessário, à coordenação médica;
- j) Propor melhorias dos processos de trabalho assistenciais;
- k) Vistoriar, periodicamente, o livro de ocorrências.

## **20.5. Médicos plantonistas**

- a) Executar as atividades de APH dentro do Pronto Socorro Municipal;
- b) Manter-se em dia com o CREMERJ;
- c) Participar, quando solicitado e em situações excepcionais, de remoções de usuários;
- d) Seguir os protocolos assistenciais do Pronto Socorro;
- e) Zelar pelo material de consumo e permanente do Pronto Socorro;
- f) Desenvolver atividades de capacitação e aprimoramento profissional, de acordo com o determinado pela Coordenação Médica e pelo médico líder de equipe.

## **20.6. Assistentes Sociais**

- a) Executar as atividades de Assistência Social dentro do Pronto Socorro Municipal;
- b) Manter-se em dia com seu Conselho Profissional;
- c) Seguir os protocolos assistenciais estabelecidos;
- d) Zelar pelo material de consumo e permanente;
- e) Desenvolver atividades de capacitação e aprimoramento profissional;
- f) Notificar os órgãos competentes, sempre que houver suspeita ou confirmação de negligência e/ou maus tratos contra crianças, mulheres, adolescentes e idosos;
- g) Fazer contato com os órgãos competentes para providenciar remoções de usuários que necessitem de encaminhamento para centrais de triagem e recepção ou abrigos;
- h) Registrar os atendimentos, arquivando-os em local apropriado resguardando o sigilo profissional;

## **20.7. Enfermeiro CCIH (Comissão de Controle da Infecção Pré-hospitalar)**

- a) Orientar e coordenar o funcionamento da Comissão;

- b) Supervisionar e controlar o pessoal de serviço;
- c) Identificar problemas na atividade da Comissão, propondo aperfeiçoamentos;
- d) Avaliar, periodicamente, o programa de controle de infecção pré-hospitalar do Pronto Socorro Municipal;
- e) Elaborar relatórios periódicos para a Coordenação da CONTRATADA, sobre a situação de controle das infecções pré-hospitalares;
- f) Controlar as rotinas de emprego de antimicrobianos;
- g) Supervisionar a aplicação de normas e rotinas, visando à prevenção de doenças consequentes dos acidentes com material biológico.

#### **20.8. Membros da CRPCO (Comissão de Revisão de Prontuários Clínicos e Óbitos)**

- a) Executar, normalmente, suas funções de médicos plantonistas do Pronto Socorro Municipal;
- b) Elaborar relatórios periódicos sobre o preenchimento dos registros de atendimento médico e dos óbitos ocorridos em atendimento, encaminhando-os ao Coordenador Médico da Unidade;
- c) Convocar os profissionais responsáveis pelo mau preenchimento dos prontuários para a revisão de seus registros;
- d) Encaminhar ao Coordenador Médico do Pronto Socorro, a listagem dos servidores responsáveis por mau preenchimento de registros;
- e) Responsabilizar-se pela segurança das informações contidas nos registros sob seus cuidados, durante o processo de revisão;
- f) Garantir sigilo médico dos registros;
- g) Coordenar a revisão de todos os casos de óbito ocorridos durante o atendimento pré-hospitalar no Pronto Socorro;
- h) A presente Comissão deverá ser, obrigatoriamente, composta pelo responsável técnico da CONTRATADA, pelo coordenador médico, pelo coordenador de enfermagem e por um médico e um enfermeiro designado.

#### **20.9. Enfermeiro plantonista**

- a) Observar a atividade dos profissionais de Enfermagem, durante o plantão, orientando-os quanto à adequação e realização dos procedimentos;
- b) Acompanhar o maior número possível de atendimentos prestados por Técnicos de Enfermagem, intervindo sempre que julgar necessário;
- c) Registrar as deficiências verificadas no desempenho das atividades técnicas de Enfermagem, para posterior programação de capacitação específica;
- d) Controlar e supervisionar a execução de rotinas de limpeza e desinfecção de materiais e equipamentos, durante o plantão;
- e) Conhecer as rotinas de Enfermagem estabelecidas no Pronto Socorro Municipal;
- f) Controlar e supervisionar o armazenamento e manutenção de materiais e equipamentos durante o plantão;
- g) Estabelecer, controlar e supervisionar o registro de informações em livro de ordens e ocorrências durante o plantão;
- h) Orientar e supervisionar o trabalho dos maqueiros do Pronto Socorro.

#### **20.10. Técnicos de enfermagem plantonistas**

- a) Conhecer o estado de conservação e operação dos equipamentos médicos do local de trabalho que lhe foi designado ao assumir o serviço, bem como o estoque de material de consumo;
- b) Solicitar reposição/reparo de equipamentos danificados;
- c) Consolidar todas as alterações observadas, procurando saná-las ou solicitar apoio, se necessário;
- d) Informar ao Enfermeiro aquelas alterações que impedirem ou dificultarem a atividade assistencial normal;
- e) Preencher os registros, cuidadosamente;
- f) Anotar, ao final do serviço, o resumo das ocorrências e intercorrências em livro próprio, quando pertinente;
- g) Atuar profissionalmente dentro de suas competências, seguindo as normas preconizadas por seu Conselho de Classe;
- h) Recolher e relacionar, quando indicado, os bens materiais, documentos e valores encontrados com a(s) vítima(s) incapazes de zelar por eles, entregando-os ao Serviço Social responsável pela sua guarda.

#### **20.11. Técnico de Radiologia**

- a) Apresentar-se aos Líderes de Equipe ao assumir o serviço;
- b) Conferir o estoque de material de consumo do setor, procedendo à reposição, sempre que necessário;
- c) Encaminhar solicitação de material ao setor administrativo, quando algum item da relação-carga chegar ao nível crítico;
- d) Verificar condições de limpeza do setor e solicitar limpeza, quando necessário;
- e) Comunicar aos Líderes de equipe as alterações encontradas;
- f) Providenciar, depois de cada atendimento a reposição do material consumido.

#### **20.12. Auxiliar de administração do almoxarifado**

- a) Orientar e coordenar o funcionamento da logística;
- b) Elaborar relatórios ao Coordenador Administrativo, sobre a atividade da logística;
- c) Encaminhar ao Coordenador Administrativo do Pronto Socorro, os processos de aquisição de bens de consumo e permanentes;
- d) Supervisionar a atividade de seu pessoal durante o serviço;
- e) Identificar problemas na atividade da seção;
- f) Verificar se os protocolos e processos para armazenamento de bens são adequados;
- g) Solicitar ao chefe da divisão de logística aquisição de bens de consumo ou permanente que atinjam limite de reposição do estoque, em tempo hábil;
- h) Notificar sua chefia sobre os desvios de padrão de consumo ou de manutenção de equipamentos;
- i) Responsabilizar-se pela segurança patrimonial dos bens de consumo e permanentes sob seu controle.

### **20.13. Farmacêutico**

- a) Controlar as atividades da farmácia;
- b) Supervisionar a atividade de seu pessoal durante o serviço;
- c) Identificar problemas na atividade da farmácia;
- d) Verificar se os protocolos para armazenamento de medicamentos são adequados;
- e) Solicitar, em tempo hábil, ao setor de logística a aquisição de medicamentos ou de material permanente que atinjam limite de reposição do estoque;
- f) Responsabilizar-se pela segurança patrimonial dos bens de consumo e permanentes sob seu controle;
- g) Notificar os desvios de padrão de consumo de medicamentos a sua chefia imediata;
- h) Responsabilizar-se pelas atividades da farmácia perante os órgãos competentes de fiscalização.

### **20.14. Auxiliar de Farmácia**

- a) Ao assumir o serviço apresentar-se ao farmacêutico, quando este estiver presente, ou ao médico líder de equipe na ausência do farmacêutico;
- b) Conferir as condições da farmácia quanto ao abastecimento de insumos, condições de limpeza e estocagem, sanando os problemas encontrados ou solicitando apoio do farmacêutico responsável;
- c) Informar ao farmacêutico as alterações encontradas;
- d) Controlar o estoque e distribuição de medicamentos;
- e) Preencher a documentação necessária;
- f) Identificar problemas na atividade da farmácia;
- g) Executar o armazenamento de medicamentos;
- h) Solicitar, em tempo hábil, ao farmacêutico a reposição do estoque;
- i) Responsabilizar-se pela segurança patrimonial dos bens de consumo e permanentes sob seu controle, durante seu plantão;
- j) Notificar os desvios de padrão de consumo de medicamentos a sua chefia imediata.

### **20.15. Outros Servidores do Pronto Socorro Municipal e Prestadores de Serviço de uma forma geral**

- a) Respeitarem os regulamentos e normas da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Serem pontuais e assíduos em seus horários de trabalho;
- c) Comparecerem às reuniões de serviço agendadas por suas chefias imediatas;
- d) Executarem as tarefas das quais foram incumbidos por suas chefias imediatas, de forma cuidadosa e respeitando os prazos determinados;
- e) Zelarem pelos bens patrimoniais da Secretaria Municipal de Saúde, colocados à sua disposição;
- f) Estarem prontos para serem mobilizados em situações de emergência ou de necessidade de serviço ou para missões operacionais em escalas extraordinárias;
- g) Contribuírem com ações e sugestões para promover melhorias nos processos operacionais e administrativos do Pronto Socorro Municipal;



h) Participar das atividades de ensino e instrução, determinadas pela Coordenação do Pronto Socorro.

#### **20.16. Atribuições da CTAA**

- a) Monitorar o sistema gerencial de informação com acesso pela internet;
- b) Avaliar os registros utilizados nos procedimentos administrativos, quando da realização dos exames de imagem e laboratoriais;
- c) Elaborar instrumentos específicos para o monitoramento, avaliação e acompanhamento do Relatório mensal de Gestão sob a responsabilidade da Organização Social;
- d) Avaliar a execução dos indicadores, a implantação de normas, rotinas e a disponibilização de recursos humanos, insumos, materiais e medicamentos sob a responsabilidade da Organização social;
- e) A Comissão Técnica de Avaliação e Acompanhamento – CTAA, em suas avaliações deve acompanhar e avaliar os indicadores do Contrato de Gestão em suas Metas Qualitativas e quantitativas.
- f) Fiscalizar todos os demais aspectos do contrato.

#### **20.17. Observações finais**

- a) Qualquer publicação oficial ou trabalho científico que envolva responsabilidade do Pronto Socorro Municipal deverá ser submetido ao Comitê de Ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.
- b) Todos os atos e solenidades realizadas nas instalações do Pronto Socorro, obrigatoriamente, devem ser previamente aprovados pela CONTRATADA em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde.
- c) Todos os servidores pertencentes à área de saúde do Pronto Socorro deverão manter suas obrigações, em dia, com os respectivos Conselhos Profissionais.
- d) Todos os servidores do Pronto Socorro deverão manter atualizados seus endereços e telefones, na agenda da unidade.
- e) Um mesmo servidor pode responder pela chefia de uma ou mais seções ou subseções administrativas no Pronto Socorro Municipal.
- f) É vedado a todo e qualquer servidor do Pronto Socorro exercer atividades alheias às suas funções, bem como estimular a vinda e permanência de pessoas estranhas durante o horário e local de trabalho, sem a devida autorização das Coordenações das 2 Unidades.
- g) É vedado fumar nas dependências do Pronto Socorro a todo e qualquer servidor pertencente ao efetivo e aos visitantes.
- h) É obrigatório aos servidores do Pronto Socorro a manutenção do sigilo de fatos relativos ao atendimento de usuários, a quem deles não deva ter conhecimento e não tenha atribuições para nele intervir.
- i) As sugestões presentes nesta norma poderão ser modificadas, sob a responsabilidade da CONTRATADA, sempre que assim exigir o aperfeiçoamento dos processos gerenciais do Pronto Socorro Municipal.

## **TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO B**

### **ESTUDO DE VANTAJOSIDADE**

#### **VANTAJOSIDADE E ECONOMICIDADE**

A contratação se faz necessária para manutenção do desempenho operacional da unidade de saúde do Pronto Socorro Municipal, trazendo uma melhor assistência a população tendo uma maior qualidade e excelência nos atendimentos. Com isto temos um melhor acolhimento e humanização, indo além do compromisso contratual de aumentar o volume de atendimentos.

As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização Social são garantidas por meio de um Contrato de Gestão, instrumento no qual são detalhadas a produção estimada e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação. No que se refere à gestão organizacional em geral, a vantagem também é evidente quanto ao estabelecimento de mecanismos de controles finalísticos, em vez de meramente processualísticos. A evolução geral dos indicadores de qualidade e gestão ao pronto socorro com foco em resultados deve ser enfatizado, por indução de um maior comprometimento do pessoal, ao ser gerido por uma entidade privada, buscando retornos concretos e responsabilização dos gestores.

Os principais benefícios da gestão de Unidades Hospitalares e/ou Ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização Social são: autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde; agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.; contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde; agilidade na tomada de decisões; redução dos prazos para a formalização dos contratos e compras de insumo, considerando seu poder de compra, trazendo assim um melhor preço sem causar prejuízo na qualidade de atendimentos. Ou seja, a garantia de flexibilidade no gerenciamento dos recursos humanos e para a realização de compras, o fato de não precisar se submeter a determinadas normas que disciplinam o serviço público, tal como na gestão direta, as contratações, aquisições e até mesmo demissões ocorrem de forma mais célere, atentando-se às necessidades de mudanças nas rotinas dos serviços. Atentando-se a não omissão de responsabilidade do município perante a saúde pública, não se eximindo de fiscalizar cada ato através da fiscalização da comissão técnica de avaliação e acompanhamento.

As experiências inovadoras na administração pública com o objetivo de assegurar maior flexibilidade gerencial no que diz respeito à compra de insumos e medicamentos, à contratação e substituição e/ou dispensa dos recursos humanos, à gestão financeira de tais recursos, além de priorizar aspectos relativos ao resultado da atenção, à satisfação do usuário e à qualidade dos serviços ofertados e praticados. O contrato de gestão permite a definição de compromissos para a

instituição, o apoio à modernização da gestão com a redefinição da missão da instituição, identificação precisa dos clientes a serem atendidos, assim como dos produtos a serem entregues, além dos objetivos e metas, com a delimitação da estrutura organizacional e tecnológica, além de possibilitar o desenvolvimento de metodologias de planejamento, avaliação de desempenho, recursos humanos, custos e regulamentação específica para o investimento. Assim, o contrato traria a previsão de multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, dentre outros aspectos que corroboram com a eficiência da gestão.

Vale ressaltar que o Município de São Pedro da Aldeia, implantou este modelo de Gestão em 2015 e desde então podemos observar o aumento de atendimentos referente a pacientes de municípios vizinhos, haja vista as grandes filas e ausências de médicos e até mesmo o abandono em geral ao sistema de saúde por municípios que administram os próprios centros de saúde.

Foram consideradas para efeito de cálculos a atividade ininterrupta de 24 horas durante todo o mês. O cálculo das metas e do orçamento previsto para o contrato levou em consideração a realidade do próprio Pronto Socorro, considerando a implantação do sistema de OS desde 2015.

O modelo de gestão nos provou com a experiência nesses 08 (oito anos) a inovação na administração pública com o objetivo de assegurar maior flexibilidade gerencial no que diz respeito à compra de insumos e medicamentos, à contratação e substituição e/ou dispensa dos recursos humanos, à gestão financeira de tais recursos, além de priorizar aspectos relativos ao resultado da atenção, à satisfação do usuário e à qualidade dos serviços ofertados e praticados. O contrato de gestão permite a definição de compromissos para a instituição, o apoio à modernização da gestão com a redefinição da missão da instituição, identificação precisa dos clientes a serem atendidos, assim como dos produtos a serem entregues, além dos objetivos e metas, com a delimitação da estrutura organizacional e tecnológica, além de possibilitar o desenvolvimento de metodologias de planejamento, avaliação de desempenho, recursos humanos, custos e regulamentação específica para o investimento. Assim, o contrato traria a previsão de multas, resultados, prestação de contas, processos de fiscalização, dentre outros aspectos que corroboram com a eficiência da gestão.

Uma vez que a comparação com outras unidades hospitalares não seria capaz de nos trazer a verdadeira realidade, dada a necessidade de análise em relação à localização geográfica, as características demográficas da população a ser atendida, a equidade no acesso ao serviço de saúde, o tipo de unidade e o fluxo de clientela (demanda espontânea ou referenciada), devido a isso as metas de produção são singulares variando de unidade para unidade. Um plano operativo não pode ser restrito, exclusivamente, ao município onde ele está situado porque, certamente, ele atende à população de outros municípios, abrangendo a especificação de estrutura do serviço, a relação de profissionais necessários, a capacidade instalada, a série histórica referente a toda produção ambulatorial, bem as demandas relacionadas à Unidade e, por fim, a pactuação dos indicadores de desempenho a serem monitorados.

Para que possamos viabilizar um estudo de custos o município está aderindo ao sistema do governo Federal APURASUS, sistema de informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde para auxiliar no processo de apuração e gestão de custos em distintas Unidades de Saúde do SUS, de forma padronizada e estruturada. O qual está na fase de levantamento de dados para inserção em planilhas administrativas, para a parametrização e posterior balanço de valores. Contudo, torna-se um processo moroso considerando a necessidade de levantamento e inserção de todos os custos ao banco de dados.

Tendo um histórico de valores a partir do 2º semestre de 2015, ano da instituição do contrato de gestão pelo município, podemos demonstrar que houve uma redução contratual a partir do terceiro ano de contrato, inerente a avaliação e acompanhamento da comissão e o reajuste contratual anual as prorrogações referente ao índice equivalente, além de um incremento maior ao período pandêmico na qual afetou a saúde mundial, para a criação de Hospitais de campanha, centro de triagens, contratações centro de isolamentos, dentre outros, e apesar da redução dos atendimentos posterior a pandemia, considerando as inúmeras campanhas de isolamentos sociais, houve uma demanda maior quanto aos sintomas pós covid-19 em um grande número de pacientes positivados.

01/07/2015	01/07/2017	
R\$ 38.987.219,76		
R\$ 1.499.467,49	24 parcelas	
R\$ 3.000.000,00	Investimento	
01/07/2017	30/06/2018	
R\$ 16.092.574,64		
R\$ 1.229.381,22	12 parcelas	
R\$ 1.340.000,00	Investimento	
01/07/2018	30/06/2019	
R\$ 16.092.574,64		
R\$ 1.229.381,22	12 parcelas	
R\$ 1.340.000,00	Investimento	
01/07/2019	30/06/2020	
R\$ 18.492.583,08		
R\$ 1.429.381,92	12 parcelas	
R\$ 1.340.000,00	Investimento	
01/07/2020	30/06/2021	
R\$ 18.492.583,08		
R\$ 1.429.381,92	12 parcelas	
R\$ 1.340.000,00	Investimento	
Aditivo		
R\$ 362.322,50	6 parcelas	R\$ 1.789.704,42
R\$ 536.250,75	4 parcelas de custo adicional Covid-19	R\$ 2.325.955,17
R\$ 316.207,76	Acrescido ao investimento	R\$ 1.656.207,76
R\$ 23.115.728,80		

Aditivo		
R\$ 249.165,00	75 dias	R\$ 1.889.370,42
R\$ 124.848,09	acrescentado ao Custo adicional ref a abril (15 dias)	
R\$ 785.946,94	02 parcelas custo reajustes médicos	
R\$ 25.061.635,77		
01/07/2021	31/12/2021	
R\$ 15.627.794,02		
R\$ 1.537.881,64	Investimento	

A estrutura inicial do Pronto Socorro Municipal em 2015, enquanto gerido pelo Município contava com 03 salas de Consultórios Médicos, 03 leitos na sala vermelha, 09 leitos na sala amarela, 01 leito de observação individual, 01 sala para assistência social, 01 sala de RX, 02 salas de expurgo e esterilização, 01 laboratório, 13 leitos de enfermaria, 01 sala de medicação, copa, refeitório, almoxarifado. Após 04 anos sob a gestão compartilhada em observância aos valores destinados ao investimento, contamos com um avanço estrutural para 01 Espaço de Acolhimento/Registro/Recepção, 04 salas de Consultórios Médicos, 01 sala de Classificação de risco, 03 leitos na sala vermelha, 09 leitos na sala amarela, 01 leito de observação individual, 01 sala de reunião, 01 sala de sutura, 01 sala para assistência social, 01 sala de RX, 01 sala de medicação, 02 salas de expurgo e esterilização, 01 sala de gases medicinais, 01 laboratório, 13 leitos de enfermaria, copa, refeitório, almoxarifado.

Com o período da pandemia a Organização Social necessitou de uma reorganização estrutural para melhor recepcionar e acolher os pacientes incrementando em mais uma sala de classificação de risco, 01 leito na sala amarela, 01 leito na sala vermelha, reduzindo a 10 os leitos de enfermaria, mais uma sala de espera, medicação, recepção, 02 consultórios, 10 leitos de UI.

Hoje a estrutura do Pronto Socorro Municipal com Gestão Compartilhada, além de todo incremento estrutural já realizado, temos 04 (quatro) leitos na Sala Vermelha; 20 (vinte) leitos na Sala Amarela, destes sendo 10 (dez) leitos destinados à Enfermaria Masculina e 10 (dez) leitos à Enfermaria Feminina; 01 (um) leito na Sala de Observação Individual; além de 02 (dois) leitos na Unidade Intermediária, reservados para casos de COVID-19, ou outras enfermidades que necessitem de isolamento. Demonstrando uma boa gestão organizacional com os investimentos direcionados ao contrato de gestão.

Outro ponto positivo no qual podemos evidenciar, no mesmo período, a administração pública destinou seus esforços ao avanço estrutural nas demais unidades, direcionando a atenção a ampliação as políticas públicas implementadas a rede municipal a 15 Unidades de Estratégias de Saúde da Família (ESF); 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais; 01 Policlínica Municipal Especializada com Ambulatório de Saúde Mental; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); 01 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI); 01 Ambulatório de Saúde mental, incluindo o NAV – Núcleo de Atendimento à Violência; 01 Centro de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMCA); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); 01 Laboratório de Prótese Dentária; 01 Unidade de Saúde de Doenças Infecto Parasitária; 01 Serviço Específico de Vigilância em Saúde, incluindo a vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e



saúde do trabalhador; 01 Clínica Vascular Municipal; 01 SRT Tipo 2 (Serviço de Residência Terapêutica); 01 Hospital Maternidade Filantrópico sob gestão de contrato; 01 Farmácia Municipal; 01 Centro de Reabilitação em Fisioterapia; 01 Centro de Imunização; 01 Apoio Domiciliar, incluindo o Programa Melhor em Casa e PADC – Programa de Atendimento Domiciliar aos Cronificados; 01 NASF e outros diversos Serviços em Saúde compreendendo: (tomografia, ressonância, exames de imagem para fins de diagnóstico, laboratório de análises clínicas).

Ademais, cabe ressaltar que o Município de São Pedro da Aldeia, não dispõe em seu quadro de pessoal o quantitativo de profissionais disponíveis para a o funcionamento do Pronto Socorro, haja vista o gerenciamento do Hospital estar em posse de uma Organização Social desde o ano de 2014, que todos os profissionais a época foram redirecionados a outras unidades de Saúde. Estando o município obrigado a imediatamente providenciar um concurso público considerando a estrutura atual do pronto Atendimento Municipal dispor de aproximadamente 70 técnicos de enfermagem, técnico de imobilização ortopédica, 06 motoristas, 04 farmacêuticos, 30 enfermeiros, 04 assistentes sociais, entre plantonistas, diaristas, coordenadores e líderes, além de iniciar os processos de contratações em áreas como lavanderia, medicamentos, compra ou locações de ambulâncias e veículos, Gases Medicinais, Equipamentos Hospitalares, Segurança, equipamentos de laboratório e RX.

Desta forma, não se demonstra viável, neste momento, retornar ao status quo, voltando a gerir por conta própria o referido equipamento de saúde, haja vista o demasiado custo que tal ato geraria aos cofres públicos, seja com contratação de pessoal, através de concurso público, seja através da contratação dos serviços para operacionalização do Pronto Socorro, sendo certo, ainda, que se trata de serviço essencial à população, que não pode ficar paralisado, sob pena de graves danos aos munícipes.

Logo, voltamos ao ponto inicial, no qual evidenciamos que a escolha de um contrato de gestão, sob a fiscalização Municipal, com a maior mobilidade em contratações de pessoal especializado e qualificado torna-se a solução mais eficaz.

Sendo assim, após análise dos dados aqui expostos, verifica-se que o modelo de gestão compartilhada com Organização Social vem se demonstrando mais vantajoso à Administração Municipal, visto que proporcionou melhora no atendimento dos munícipes usuários, sem aumento significativo nas despesas municipais, caracterizando o melhor custo-benefício à Administração Pública.

## **TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO C**

### **EXAMES, MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARES**

#### **1. EXAMES COMPLEMENTARES, GRADE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS HOSPITALARES**

##### **1.1. DESCRIÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS**

Ácido úrico
Albumina
Amilase
Bilirrubinas diretas
Bilirrubinas totais
CKMB
CPK
Creatinina
EAS
Fosfatase Alcalina
Gama-GT
Gasometria Arterial
Glicose
Grupo Sanguíneo + Fator RH
Hemograma Completo
Lípase
LDH
Potássio
Proteínas Totais
PCR
PTT
Radiografia
Sódio
TAP
TGO
TGP
Troponina
Ureia
BETA-HCG
Teste Rápido de Dengue IgG e IgM
VDRL

## 1.2. GRADE MÍNIMA DE MEDICAMENTOS PARA ADMINISTRAÇÃO AOS USUÁRIOS DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL.

PRODUTO	
GRUPO	DESCRIÇÃO
FRASCO	ACETILCISTEINA 40MG/ML - 100 ML
ENVELOPE	ACETILCISTEÍNA 600 MG- ENVELOPE
COMPRIMIDO	ACICLOVIR 200MG
FRASCO/AMPOLA	ACICLOVIR 250MG PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	ACIDO ACETILSALICÍLICO 100MG
COMPRIMIDO	ACIDO FOLICO 5 MG
GALÃO	ACIDO PERACETICO 0,20 % - 5 LITROS
FRASCO	ACIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML 5 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO	ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS+ VITAMINA A+VIT.E+LECITINA 200ML
FRASCO	ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS+VIT A+ VIT E +LECITINA DE SOJA - 100 ML
FRASCO	ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS+VIT A+ VIT E +LECITINA DE SOJA - 200 ML
AMPOLA	ADENOSINA 3MG/ML - 2ML
GARRAFA	ÁGUA DEIONIZADA 1000 ML – 1L
GARRAFA	ÁGUA OXIGENADA 1L
GALÃO	ÁGUA PARA ESTERELIZAÇÃO 5L
FLACONETE	ÁGUA PARA INJEÇÃO (10 ML)
FRASCO	ÁGUA PARA INJEÇÃO 500ML
FRASCO	ALBUMINA HUMANA 20% 50 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
LITRO	ALCOOL ANTISSEPTICO 70° USO TÓPICO - 1L
ALMOTOLIA	ALCOOL ANTISSEPTICO 70° USO TÓPICO - 100 ML
FRASCO/AMPOLA	ALFAEPOETINA 400 UI/ML
AMPOLA	ALFENTANILA 0,5 MG/ML - 10 ML
AMPOLA	ALFENTANILA 0,5 MG/ML - 5 ML
COMPRIMIDO	ALOPURINOL 300 MG
FRASCO/AMPOLA	ALTEPLASE 50MG PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO	AMBROXOL, CLORIDRATO 30 MG/5ML - 120 ML
AMPOLA	AMICACINA, SULFATO 250MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	AMINOFILINA 200MG
AMPOLA	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	AMIODARONA, CLORIDRATO 200MG
AMPOLA	AMIODARONA, CLORIDRATO 50MG/ML 3ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	AMITRIPTILINA, CLORIDATO 25MG
FRASCO/AMPOLA	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTÁSSIO 1G + 200MG

COMPRIMIDO	AMOXICILINA 500MG
FRASCO/AMPOLA	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM 1G+0,5G
FRASCO/AMPOLA	AMPICILINA SODICA 1G PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	ANLODIPINO 10MG
COMPRIMIDO	ANLODIPINO, BESILATO 5MG
COMPRIMIDO	ATAZANAVIR, SULFATO 300MG
COMPRIMIDO	ATENOLOL 25MG
COMPRIMIDO	ATENOLOL 50MG
AMPOLA	ATRACURIO, BESILATO 10MG/ML 2,5ML
FLACONETE	ATROPINA, SULFATO 0,25MG/ML 1ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	AZITROMICINA 500MG
FLACONETE	BECLOMETASONA, DIPROPIONATO 400 MCG/ML SUSPENSÃO INALATÓRIA
FRASCO/AMPOLA	BENZILPENICILINA 1.200.000 UI
FRASCO/AMPOLA	BENZILPENICILINA 600.000 UI
FRASCO/AMPOLA	BENZILPENICILINA POTÁSSICA 5.000.000 UI
FRASCO/AMPOLA	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + POTÁSSICA 300.000UI 100.00UI
FRASCO	BENZOATO DE BENZILA 250MG/ML -100 ML
FLACONETE	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 250ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO	BIPERIDENO 2MG
COMPRIMIDO	BISACODIL 5 MG
COMPRIMIDO	BROMOPRIDA 10MG
AMPOLA	BROMOPRIDA 10MG/2ML - 2 ML
FRASCO	BROMOPRIDA 4MG/ML - 20 ML (GOTAS);
AMPOLA	BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	C LORETO DE SÓDIO 0,9%10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	CAPTOPRIL 25MG
COMPRIMIDO	CAPTOPRIL 50MG
COMPRIMIDO	CARBAMAZEPINA 200 MG
COMPRIMIDO	CARBONATO DE LITIO 300MG
COMPRIMIDO	CARVAO VEGETAL ATIVADO 200MG
COMPRIMIDO	CARVEDILOL 12,5MG
COMPRIMIDO	CARVEDILOL 3,125MG
COMPRIMIDO	CARVEDILOL 6,25MG
COMPRIMIDO	CEFALEXINA 500MG
FRASCO/AMPOLA	CEFALOTINA SÓDICA 1G IV/IM
FRASCO/AMPOLA	CEFEPIME, CLORIDRATO 1G SOLUÇÃO INJETÁVEL

FRASCO/AMPOLA	CEFTAZIDINA PENTAI DRATADA 1G IV/IM
FRASCO/AMPOLA	CEFTRIAXONA DISSÓDICA 1G IV SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	CETAMINA, CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML
FRASCO/AMPOLA	CETOPROFENO 100MG SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO/AMPOLA	CETOPROFENO 50MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	CILOSTAZOL 100MG
FRASCO/AMPOLA	CIPROFLOXACINO 2MG/ML 100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	CIPROFLOXACINO 500MG
FRASCO/AMPOLA	CISATRACURIO, BELISATO 2MG/ML 5ML
AMPOLA	CLINDAMICINA, FOSFATO 150MG/ML 4 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	CLONAZEPAM 0,5 MG
COMPRIMIDO	CLONAZEPAM 2MG
COMPRIMIDO	CLONIDINA, CLORIDRATO 0,1 MG
COMPRIMIDO	CLONIDINA, CLORIDRATO 0,2MG
COMPRIMIDO	CLOPIDOGREL, BISSULFATO 75MG
FLACONETE	CLORETO DE POTÁSSIO 10% 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FLACONETE	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FLACONETE	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 250ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FLACONETE	CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FLACONETE	CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
ALMOTOLIA	CLOREXIDINA 2% DEGERMANTE - 100 ml
LITRO	CLOREXIDINA 0,5% ALCOOLICA 1 L
LITRO	CLOREXIDINA 2% DERGERMANTE 1L
UNIDADE	CLOREXIDINA, DIGLUCONATO 0,12% BUCAL 250ML
COMPRIMIDO	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 100MG
COMPRIMIDO	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25MG
FRASCO/AMPOLA	CLORPROMAZINA CLORIDRATO 25MG/5ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
TUBO	COLAGENASE 0,6U/G + CLORANFENICOL 10MG/G 30G POMADA
TUBO	COLAGENASE 0,6U/G 30G POMADA
FRASCO/AMPOLA	DECANOATO HALOPERIDOL 50 MG/ML (70,52 MG/ML) - 1ML
AMPOLA	DESLANOSIDEO 0,2MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
GALAO	DETERGENTE ENZIMÁTICO – 5L
TUBO	DEXAMETASONA, ACETATO 1MG/G 10G CREME
AMPOLA	DEXAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO 4MG/ML 2,5ML
FRASCO	DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML- 120 ML
COMPRIMIDO	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2MG
FRASCO	DEXCLORFENIRAMINA, MALEATO 2MG/5ML 120ML SOLUÇÃO ORAL



FRASCO/AMPOLA	DEXMEDETOMIDINA, CLORIDRATO 100MCG/ML 2ML
COMPRIMIDO	DIAZEPAM 10 MG
COMPRIMIDO	DIAZEPAM 5 MG
AMPOLA	DIAZEPAM 5MG/ML - 2ML
AMPOLA	DICLOFENACO SÓDICO 25MG/ML 3ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	DIGOXINA 0,25MG
COMPRIMIDO	DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG
COMPRIMIDO	DIPIRONA SÓDICA 500MG
FRASCO	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 20ML SOLUÇÃO ORAL GOTAS
AMPOLA	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	DOBUTAMINA, CLORIDRATO 12,5MG/ML 20ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	DOPAMINA, CLORIDRATO 5MG/ML 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	ENALAPRIL MALEATO 5MG
COMPRIMIDO	ENALAPRIL, MALEATO 10MG
SERINGA	ENOXAPARINA SODICA SUBCUTÂNEA 20 MG/ 0,2ML-0,2ML
SERINGA	ENOXAPARINA SODICA SUBCUTÂNEA 40 MG/0,4ML- 0,4 ML
AMPOLA	EPINEFRINA, HEMITARTARATO 1MG/ML 1ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 4 MG/ML+500MG/ML - 5 ML
AMPOLA	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA 6,67MG/ML+333,4MG/ML - 15 ML
AMPOLA	ESCOPOLAMINA, N-BUTILBROMETO (HIOSCINA) 20MG/ML 1ML
UNIDADE	ESCOVA DEGERMANTE 2% COM CLOREXIDINA
COMPRIMIDO	ESPIRONOLACTONA 25MG
LITRO	ÉTER 35%
AMPOLA	ETILEFRINA, CLORIDRATO 10MG/ML 1ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	FENITOINA 100MG
AMPOLA	FENITOINA SÓDICA 50MG/ML - 5 ML
AMPOLA	FENITOINA SÓDICA 5ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	FENOBARBITAL 100MG
AMPOLA	FENOBARBITAL SÓDICO 100MG/ML - 2 ML
FRASCO	FENOTEROL BROMIDRATO 5MG/ML 20ML SOLUÇÃO ORAL GOTAS
AMPOLA	FENTANIL, CITRATO 50MCG/ML (78,5MCG/ML 10ML
AMPOLA	FENTANIL, CITRATO 50MCG/ML (78,5MCG/ML) 5ML
COMPRIMIDO	FLUCONAZOL 150MG
BOLSA	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	FLUMAZENIL 0,1 MG/ML - 5 ML
COMPRIMIDO	FLUOXETINA, CLORIDRATO 20MG
AMPOLA	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL

COMPRIMIDO	FUROSEMIDA 40MG
FRASCO	GEL PARA ULTRASSOM - 100 ML
LITRO	GEL PARA ULTRASSOM - 5 L
AMPOLA	GENTAMICINA, SULFATO 40MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	GLIBENCLAMIDA 5MG
FRASCO	GLICERINA 12% 500ML
FLACONETE	GLICOSE 25% 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO	GLICOSE 5% 250ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO	GLICOSE 5% 500ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FLACONETE	GLICOSE 50% 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FLACONETE	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	HALOPERIDOL 5 MG/ML - 1 ML
COMPRIMIDO	HALOPERIDOL 5MG
AMPOLA	HALOPERIDOL 5MG/ML 1ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	HALOPERIDOL DECANOATO 50MG/ML (70,52MG/ML) 1ML
AMPOLA	HEPARINA SÓDICA 5.000UI 0,25 ML SC
AMPOLA/FRASCO	HEPARINA SODICA 5.000UI/ML 5ML IV/SC
AMPOLA	HIDRALAZINA, CLORIDRATO 20MG/ML 1ML
COMPRIMIDO	HIDRALAZINA, CLORIDRATO 25MG
COMPRIMIDO	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG
FRASCO/AMPOLA	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO 100MG
FRASCO/AMPOLA	HIDROCORTISONA, SUCCINATO SÓDICO 500MG
COMPRIMIDO	HIDROXICLOROQUINA, SULFATO 400MG
FRASCO	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 150ML
FRASCO	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 6 % SUSPENSÃO 240ML
AMPOLA	HIDRÓXIDO FÉRRICO 20MG/ML - 5ML - IV
AMPOLA	HIDRÓXIDO FERRICO, SACARATO 100MG/5ML 5ML
FRASCO	HIDROXIETILAMIDO 60MG/ML (VOLUVEN 6%) 500ML
FRASCO/AMPOLA	IMIPENEM 500MG + CILASTATINA SODICA 500MG
FRASCO	INSULINA HUMANA NPH 100UI/ML 10ML
FRASCO	INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML 10ML
GARRAFA	IODO POLIVIDONA 10% USO TÓPICO – 1L
GARRAFA	IODO POLIVIDONA DEGERMANTE-1L
FRASCO	IPRATROPIO, BROMETO 0,25MG/ML 20ML SOLUÇÃO INALAÇÃO
COMPRIMIDO	ISOSSORBIDA, DINITRATO 5MG SUBLINGUAL
COMPRIMIDO	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 20MG
COMPRIMIDO	ISOSSORBIDA, MONONITRATO 40 MG

COMPRIMIDO	IVERMECTINA 6MG
FRASCO	LEVOFLOXACINO 5MG/ML (0,5%) - 100 ML BOLSA
FRASCO	LIDOCAINA, CLORIDRATO 10% 50ML SPRAY
AMPOLA	LIDOCAINA, CLORIDRATO 2% 20ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	LIDOCAINA, CLORIDRATO 2% AMPOLA C/ 5ML
TUBO	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO 20MG/G GEL
COMPRIMIDO	LOPERAMIDA 2 MG
COMPRIMIDO	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG
FRASCO	MANITOL 20% 250ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	MELOXICAM 15MG/1,5ML IM (NAO PADRAO) SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO/AMPOLA	MEROPENEM 1G PÓ PARA DILUIÇÃO INJETÁVEL
FRASCO/AMPOLA	MEROPENEM 500MG PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	METFORMINA 500MG
COMPRIMIDO	METFORMINA 850MG
COMPRIMIDO	METILDOPA 250MG
FRASCO/AMPOLA	METILPREDNISOLONA, SUCCINATO 125MG SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO/AMPOLA	METILPREDNISOLONA, SUCCINATO 500MG SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	METOCLOPRAMIDA 10MG
AMPOLA	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML - 2ML
FRASCO	METOCLOPRAMIDA 4MG/ML - 10ML
AMPOLA	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO 5MG/ML - 2ML
AMPOLA	METOPROLOL, TARTARATO 1MG/ML 5ML IV
AMPOLA	METRONIDAZOL 5MG/ML 100ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
TUBO	METRONIZADOL 100 MG/G - 50 G
AMPOLA	MIDAZOLAM 5 MG/ML - 10ML
AMPOLA	MORFINA, SULFATO 10MG/ML 1ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	NALOXONA, CLORIDRATO 0,4MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 1ML
TUBO	NEOMICINA, SULFATO 5MG/G + BACITRACINA ZINCICA 250UI/G 15G
COMPRIMIDO	NIFEDIPINA 20MG
COMPRIMIDO	NIMODIPINO 30MG
TUBO	NISTATINA 25.000UI/G 60G CREME GINECOLÓGICO
AMPOLA	NITROGLICERINA 5MG/ML - 5ML
AMPOLA	NITROGLICERINA 5MG/ML 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	NITROPRUSSETO DE SÓDIO 25MG/ ML - 2 ML
AMPOLA	NITROPRUSSETO DE SÓDIO 50MG PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2MG/ML 4ML
FRASCO	OLEO MINERAL 100ML

COMPRIMIDO	OMEPRAZOL 20MG Blister
FRASCO/AMPOLA	OMEPRAZOL 40MG EV
FRASCO/AMPOLA	OMEPRAZOL SODICO 40MG PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	ONDANSETRONA, CLORIDRATO 2MG/ML- 2 ML
FRASCO/AMPOLA	OXACILINA SODICA 500MG PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	PANCURÔNIO, BROMETO 2 MG/ML -2 ML
FRASCO/AMPOLA	PANTOPRAZOL 40MG PO PARA SOLUÇÃO ORAL
FRASCO	PARACETAMOL 200MG/ML 15ML SOLUÇÃO ORAL GOTAS
COMPRIMIDO	PARACETAMOL 500MG
COMPRIMIDO	PARACETAMOL 750MG
AMPOLA	PETIDINA, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	PIPERACILINA SÓDICA 4G + TAZOBACTAM SÓDICA 0,5G
AMPOLA	POLIVITAMINICO (VT A, B, C, D & E) - AMPOLA
COMPRIMIDO	PREDNISONA 20 MG
COMPRIMIDO	PREDNISONA 5MG
AMPOLA	PROMETAZINA, CLORIDRATO 25MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO/AMPOLA	PROPOFOL 1% 20ML EMULSÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40MG
AMPOLA	PROTAMINA, SULFATO 1000UI/ML 5ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	RANITIDINA 25MG/ML - 2 ML
COMPRIMIDO	RIFAMPICINA 150MG + ISONIAZIDA 75MG + PIRAZINAMIDA 400MG
FRASCO	RINGER COM LACTATO 500ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	RISPERIDONA 1MG
AMPOLA	RITONAVIR 100MG
AMPOLA	ROCURONIO, BROMETO 10MG/ML 5ML
COMPRIMIDO	SACCHAROMYCES BOULARDI 100MG
SACHE	Sais REHIDRATANTE EM PÓ
AMPOLA	SALBUTAMOL, SULFATO 0,5MG/ML 1ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO	SALBUTAMOL, SULFATO 100MCG/DOSE AEROSSOL
COMPRIMIDO	SIMETICONA 40MG
FRASCO	SIMETICONA 75MG/ML 10ML EMULSÃO ORAL GOTAS
COMPRIMIDO	SINVASTATINA 20MG
POTE	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 400G CREME
TUBO	SULFADIAZINA DE PRATA 1% 50G CREME
AMPOLA	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 80MG/ML + 16MG/ML - 5 ML
COMPRIMIDO	SULFAMETOXAZOL +TRIMETOPRIMA 400 MG+ 80 MG
COMPRIMIDO	SULFAMETOXAZOL 400MG+TRIMETOPRIMA 80MG

FLACONETE	SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
COMPRIMIDO	SULFATO FERROSO 109MG (EQ. A 40MG DE FERRO)
COMPRIMIDO	SULFATO FERROSO 40 MG
FRASCO/AMPOLA	SUXAMETONIO (SUCCINILCOLINA) 100MG PO LIÓFILO INJETÁVEL
AMPOLA	TENOFOVIR(FUMARATO)DESOPROXILA 300MG + LAMIVUDINA 300MG
FRASCO/AMPOLA	TENOXICAM 20MG PO PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 1ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
FRASCO/AMPOLA	VANCOMICINA, CLORIDRATO 500MG
COMPRIMIDO	VARFARINA SÓDICA 5MG
GARRAFA	VASELINA LIQUIDA – 1L
AMPOLA	VERAPAMIL 2,5MG/ML - 2 ML
COMPRIMIDO	VERAPAMIL 80MG
COMPRIMIDO	VERAPAMIL, CLORIDRATO 80MG
AMPOLA	VITAMINA B1 (TIAMINA, CLORIDRATO) 300MG
AMPOLA	VITAMINA C (ACIDO ASCORBICO) 100MG/ML 5ML SOL. INJETÁVEL
AMPOLA	VITAMINA DO COMPLEXO B 2ML SOLUÇÃO INJETÁVEL
AMPOLA	VITAMINA K (FITOMENADIONA) 10MG/ML 1ML SOL. INJETÁVEL
AMPOLA	VITAMINAS DO COMPLEXO B - 2 ML

### 1.3. GRADE DE INSUMOS HOSPITALARES MÍNIMOS

DESCRIÇÃO
ABAIXADOR DE LÍNGUA
AGULHA 13x0,45 26G
AGULHA 25x7 22G
AGULHA 25X8 21G
AGULHA 40x12 18G
ALGODÃO HIDRÓFILO 500G
ALMOTOLIA 125 ML (BRANCA)
ALMOTOLIA 250ML (BRANCA)
APARELHO DE BARBEAR
ATADURA DE ALGODÃO 10CM
ATADURA DE ALGODÃO 15CM
ATADURA DE ALGODÃO 20CM
ATADURA DE CREPOM 10CM
ATADURA DE CREPOM 15CM



ATADURA DE CREPOM 20CM
ATADURA GESSADA 10CM
ATADURA GESSADA 12CM
ATADURA GESSADA 15CM
ATADURA GESSADA 20CM
AVENTAL DESCARTÁVEL C/ MANGA
AVENTAL IMPERMEÁVEL OU 50 GR - BRANCO
AVENTAL DESCARTÁVEL ESTÉRIL
BOBINA PARA ECG 215x30
BOBINA PARA ECG 80x30
BOLSA DRENÁVEL P/ COLOSTOMIA 70MM
BOLSA DE COLOSTOMIA (SACO PLÁSTICO)
CAMPO CIRÚRGICO (FENESTRADO 0,80 x 0,80)
CÂNULA DE GUEDEL Nº 0
CÂNULA DE GUEDEL Nº 1
CÂNULA DE GUEDEL Nº 2
CÂNULA DE GUEDEL Nº 3
CÂNULA DE GUEDEL Nº 4
CÂNULA DE GUEDEL Nº 5
CÂNULA PARA TRAQUEOSTOMIA
CATÉTER DUPLO LÚMEN 7 FR X 20
CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 14G
CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 16G
CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 18G
CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 20G
CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 22G
CATÉTER INTRAVENOSO PERIFÉRICO Nº 24G
CATÉTER TIPO ÓCULOS
COBRE CORPO ADULTO
COBRE CORPO INFANTIL
COLETOR DE SECREÇÕES DE VIAS AÉREAS - 1000 ML
COLETOR DE SECREÇÕES DE VIAS AÉREAS - 120 ML
COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO - 1200 ML
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO - <b>COM PONTO COLETOR DE AMOSTRA</b>
COLETOR PÉRFURO-CORTANTE 13 LITROS
COMPRESSAS DE GAZE ESTÉRIL PCT C/10
COMPRESSAS DE GAZE NÃO ESTÉRIL C/500

DISPOSITIVO DE DRENAGEM MEDIASTINAL - 2000 ml
DRENO TORÁCICO Nº 20
DRENO TORÁCICO Nº 22
DRENO TORÁCICO Nº 24
DRENO TORÁCICO Nº 28
DRENO TORÁCICO Nº 36
ELETRODOS
EQUIPO DE BOMBA FOTOPROTETOR
EQUIPO DE BOMBA PARENTERAL CRISTAL
EQUIPO C/ BURETA
EQUIPO MACROGOTAS
EQUIPO MICROGOTAS
EQUIPO P/ INFUSÃO MULTIVIAS ESTÉRIL (POLIFIX)
EQUIPO P/ TRANSFUSÃO DE SANGUE
ESCALPE Nº 19
ESCALPE Nº 21
ESCALPE Nº 23
ESCALPE Nº 25
ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL 10CM X 4,5M
FILTRO BACTERIANO (HME)
FILTRO BACTERIANO (HEPA)
FILTRO BACTERIANO (HMEF)
FIO CATEGUT 2.0
FIO CATEGUT 3.0
FIO NYLON 2.0 COM AGULHA DE 20 MM
FIO NYLON 2.0 COM AGULHA DE 30 MM
FIO NYLON 3.0 COM AGULHA DE 30 MM
FIO NYLON 3.0 COM AGULHA DE 20 MM
FIO NYLON 4.0 COM AGULHA DE 20 MM
FIO NYLON 5.0
FIO NYLON 6.0
FIO POLIGLACTINA VIOLETA 3-0 45 CM AG 1,9CM 3/8
FITA AUTOCLAVE
FITA HOSPITALAR ADESIVA (CREPE)
FITA MICROPORE 5CM X10M
FITA PARA HGT
FIXADOR DE TUBO TRAQUEAL

FRALDA DESCARTÁVEL EG
GAZE QUEIJO 13 FIOS
DISPOSITIVO PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA
INDICADOR BIOLÓGICO
INTEGRADOR QUÍMICO
KIT DE DRENAGEM TORÁXICA Nº 26
KIT DE DRENAGEM TORÁXICA Nº 28
KIT DE DRENAGEM TORÁXICA Nº 30
KIT DE DRENAGEM TORÁXICA Nº 32
KIT DE DRENAGEM TORÁXICA Nº 34
LÂMINA DE BISTURI 15
LÂMINA DE BISTURI 21
LANCETA DESCARTÁVEL (RETRÁTIL)
LENÇOL DESCARTÁVEL C/ ELÁSTICO
LUVA DE PROCEDIMENTO G
LUVA DE PROCEDIMENTO M
LUVA DE PROCEDIMENTO P
LUVA ESTÉRIL 7.0 CIRURGICA
LUVA ESTÉRIL 7.5 CIRURGICA
LUVA ESTÉRIL 8.0 CIRURGICA
LUVA ESTÉRIL 8.5 CIRURGICA
MALHA TUBULAR 8CM X 15M
MALHA TUBULAR 10CM X 15M
MALHA TUBULAR 15CM X 15M
MALHA TUBULAR 20 CM X15M
MÁSCARA DE PROTEÇÃO TIPO N95
MÁSCARA DESCARTÁVEL TRIPLA (COM ELÁSTICO TUBULAR SOLDADO)
ÓCULOS DE PROTEÇÃO
PAPEL GRAU CIRURGICO 10CMx100M
PAPEL GRAU CIRURGICO 20CMx100M
PAPEL GRAU CIRURGICO 30CMx100M
PAPEL GRAU CIRÚRGICO 40CMX100M
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PAPEL AZUL
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PAPEL AMARELA
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PAPEL VERDE
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PAPEL VERMELHA
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO BRANCA (ADULTO)

SAPATILHA DESCARTÁVEL
SERINGA 10ML DESCARTÁVEL - LUER SLIP (BICO LISO)
SERINGA 1ML COM AGULHA - DESCARTÁVEL
SERINGA 20ML DESCARTÁVEL - LUER SLIP (BICO LISO)
SERINGA 3ML DESCARTÁVEL - LUER SLIP (BICO LISO)
SERINGA 5ML DESCARTÁVEL - LUER SLIP (BICO LISO)
SERINGA 60ML DESCARTÁVEL (BICO CATETER)
SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL PARA TUBO COM MDI - Nº 14
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 04
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 12
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 14
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 16
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 18
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 20
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 22
SONDA FOLEY Nº 10 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 12 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 14 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 16 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 18 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 20 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 22 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 24 - 2 VIAS
SONDA FOLEY Nº 16 - 3 VIAS
SONDA FOLEY Nº 18 - 3 VIAS
SONDA FOLEY Nº 20 - 3 VIAS
SONDA FOLEY Nº 22 - 3 VIAS
SONDA FOLEY Nº 24 - 3 VIAS
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 06
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 08
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 10
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 12
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 14
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 16

SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 18
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 20
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 22
SONDA P/ NUTRIÇÃO Nº 12
SONDA URETRAL Nº 04
SONDA URETRAL Nº 06
SONDA URETRAL Nº 08
SONDA URETRAL Nº 10
SONDA URETRAL Nº 14
SONDA URETRAL Nº 16
SONDA URETRAL Nº 18
TAMPA OCLUSORA MACHO/FEMEA (UNIDADE)
TALA METÁLICA
TOUCA DESCARTÁVEL
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 2.0 S/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 2.5 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 2.5 S/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 3.0 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 3.0 S/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 3.5 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 3.5 S/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4.0 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4.0 S/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4.5 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 5.0 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 5.0 S/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 6.0 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 6.5 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7.0 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7.5 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8.0 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8.5 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8.5 S/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 9.0 C/BALÃO
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 9.5 C/BALÃO



**TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO D**

**DESPESAS DE CUSTEIO E INVESTIMENTO**  
**DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DA ALDEIA**

Quadro 1 – Despesas de custeio e Investimentos

DESPESAS DE CUSTEIO E INVESTIMENTOS				
PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR JOSE SEVE NETO - SÃO PEDRO DA ALDEIA				
Descrição		Mensal	1 ano	5 anos
<b>1. Pessoal</b>				
1.1	Salários (CLT)			
1.2	Encargos mensais (CLT)			
1.3	Provisionamentos (CLT)			
1.4	Benefícios (CLT)			
1.5	Outras formas de contratação (a especificar).			
1.6	Outros (a especificar)			
<b>Total parcial (1)</b>				
<b>2. Insumos</b>				
2.1	Materiais médico hospitalar			
2.2	Medicamentos			
2.3	Gases medicinais e industriais			
2.4	Material de limpeza			
2.5	Material de escritório e consumo			
2.6	Outros (a especificar)			
<b>Total parcial (2)</b>				
<b>3. Seguros</b>				
3.1	Seguro Predial			
3.2	Outros (a especificar)			
<b>Total parcial (3)</b>				
<b>4. Serviços de apoio (Terceirizações)</b>				
4.1	Despesas com concessionária de energia.			
4.2	Despesas com concessionária de água.			
4.3	Alimentação para pacientes, funcionários e acompanhantes.			
4.4	Nutrição Enteral e Parenteral.			
4.5	Enxoval (reposições).			
4.6	Serviços de laboratório de análises clínicas.			
4.7	Serviços de exames por imagem.			

4.8	Locação de gerador de energia.			
4.9	Serviços de internet banda larga.			
4.10	Serviços de lavanderia hospitalar.			
4.11	Locação de equipamentos de tecnologia.			
4.12	Locação de equipamentos médicos e de enfermagem.			
4.13	Prontuário eletrônico.			
4.14	Manutenção de equipamentos médicos e de enfermagem.			
4.15	Serviços de manutenção predial.			
4.16	Locação de ambulância (Tipo D).			
4.17	Locação de veículo administrativo.			
4.18	Combustíveis.			
4.19	Material gráfico.			
4.20	Serviços de telefonia fixa e móvel.			
4.21	Uniformes (reposição).			
4.22	Manutenção preventiva e corretiva de sistemas de refrigeração.			
4.23	Serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos de segurança e tecnologia.			
4.24	Serviços de medicina do trabalho.			
4.25	Educação continuada.			
4.26	Serviços de hemodiálise (a ser implantado)			
4.27	Outras despesas (especificar)			
<b>Total parcial (4)</b>				
<b>5. Custo operacional</b>				
5.1	Custo operacional (OS)			
<b>Total parcial (5)</b>				
<b>6. Investimentos</b>				
6.1	Mobiliário e equipamentos.			
6.2	Reformas, ampliação e manutenção visual.			
6.3	Outros (a especificar)			
<b>Total parcial (6)</b>				
<b>Total das despesas (1+2+3+4+5+6)</b>				
<b>Total geral em 5 anos</b>				



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

**PMSPA/SESAU**  
Proc. nº 5432/2024  
Folha nº \_\_\_\_\_  
Rub. \_\_\_\_\_

Quadro 2 – Pessoal

Serviço de .. - PSMJSN							
Categoria	Carga Horária	Escala	Nº	Salário (Base)	Insalub.	Adic. Noturno	Salário Total
Total Funcionários							
Total Salários							R\$ -
Encargos mensais							
DESCREVER OS ENCARGOS							
Total I	0,00%						R\$ -
Provisionamentos							
DESCREVER O PROVISIONAMENTO							
Total II	0,00%						R\$ -
Total dos encargos + Provisionamentos	0,00%						R\$ -
Sub total (Salários + encargos + provisionamentos)							R\$ -

Função e Categoria	Vale Refeição	Vale Transporte	Quant	Custo Mensal
Sub total ( Benefícios)				
Total (Salários+Encargos+Provisionamento+Benefícios)				



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

**PMSPA/SESAU**

Proc. nº 5432/2024

Folha nº \_\_\_\_\_

Rub. \_\_\_\_\_

## **TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO E**

### **LISTAGEM DE BENS MÓVEIS**



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

**PMSPA/SESAU**

Proc. nº 5432/2024

Folha nº \_\_\_\_\_

Rub. \_\_\_\_\_

## **TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO F**

### **REGISTRO FOTOGRÁFICO DO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL**





SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

**PMSPA/SESAU**

Proc. nº 5432/2024

Folha nº \_\_\_\_\_

Rub. \_\_\_\_\_

## **TERMO DE REFERÊNCIA – ANEXO G**

## **INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA SESAU-COGER Nº 01/2022**