



**TERMO ADITIVO Nº 001/2023**

**1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 021/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM, COM VISTAS AO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA COORDENAÇÃO EMERGENCIAL REGIONAL – CER CENTRO E HOSPITAL MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA, NA FORMA ABAIXO:**

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, com sede na Rua Afonso Cavalcanti, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, Cidade Nova, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo DETRAN, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado a Organização Social **ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA - SPDM**, estabelecida na Rua Napoleão de Barros, 715 Vila Clementino São Paulo SP, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 61.699.567/0001-92, doravante denominada **CONTRATADA**, representada por seu presidente Professor **Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA**, brasileiro, médico, casado, portador da cédula de identidade nº 7791138, CRM: 44265, CPF nº 042.038.438-39, doravante denominada **CONTRATADA**, selecionada através do processo administrativo nº 09/001.921/2019, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de dois de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 003/2019, referente ao gerenciamento e execução das ações e serviços de saúde no âmbito da coordenação emergencial regional – CER CENTRO E HOSPITAL MATERNIDADE MARIA AMELIA BUARQUE DE HOLLANDA, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O presente TERMO ADITIVO tem por objeto:

- I – estabelecer o Anexo Técnico A – Informações sobre o Território;
- II – estabelecer o Anexo Técnico B – Gestão das Unidades; e,
- III – estabelecer o Anexo Técnico C – Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO**

Ficam ratificadas as demais cláusulas e anexos do Contrato de Gestão nº 021/2021 e Termos Aditivos, naquilo que não contrariar o disposto na Cláusula Primeira deste Termo.





### CLÁUSULA TERCEIRA – DA PUBLICAÇÃO

A publicação do inteiro teor deste instrumento no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro será providenciada pelo CONTRATANTE no prazo máximo de vinte dias da assinatura.

**Parágrafo Único** – O inteiro teor deste instrumento será disponibilizado no Portal da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro na internet.

### CLÁUSULA QUARTA – CONTROLE INTERNO E EXTERNO

O Município providenciará a remessa de cópias do presente instrumento ao órgão de controle interno do Município no prazo de 10 (dez) dias contados da sua assinatura e ao Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, na forma do art. 1º, da Resolução TCMRJ n.º 044, de 23/02/2022.

### CLÁUSULA QUINTA - DO FORO

Fica eleito o Foro Central da **Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro**, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste CONTRATO DE GESTÃO que não puderem ser resolvidas administrativamente entre as partes”.

E, por estarem justas as CONTRATANTES, assinam o presente Termo Aditivo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 09 de janeiro de 2023.

**Rodrigo de Sousa Prado**  
Substituto Eventual do Secretário  
Municipal de Saúde  
Matr.: 111229.220-9



**DANIEL SORANZ**

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



**Professor Dr. RONALDO RAMOS LARANJEIRA**  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL ASSOCIAÇÃO PAULISTA  
PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Testemunhas:

1) 

NOME: **Manoel Luis Ferruzza**

CPF: **047.728.467-19**

2) 

NOME: **Luis Lopes M M Ramal**

CPF: **070.315.347-12**





# **PROJETO BÁSICO**



## **PROJETO BÁSICO e ANEXOS TÉCNICOS**

---

### **Centro de Emergência Regional (CER) Centro e Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda (HMMABH)**

---

PROJETO BÁSICO VISANDO o GERENCIAMENTO, e EXECUÇÃO DAS AÇÕES e SERVIÇOS DE SAÚDE, por meio de CONTRATO DE GESTÃO com ORGANIZAÇÃO SOCIAL, que assegure assistência universal e gratuita à população, unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito do Centro de Emergência Regional (CER) Centro e do Hospital Maternidade (HM) Maria Amélia Buarque de Hollanda, da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE do Município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde.

Área responsável pela elaboração do Projeto Básico: Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE).

PROJETO BÁSICO

ANEXO TÉCNICO A – Informações sobre o Território

ANEXO TÉCNICO B – Gestão das Unidades

ANEXO TÉCNICO C – Acompanhamento do Contrato de Gestão, Avaliação e Metas



## PROJETO BÁSICO

---

### CER Centro e HM Maria Amélia Buarque de Hollanda

#### 1. CONTEXTO

A existência de uma rede preparada para o atendimento às situações de livre demanda é extremamente necessária para a população. O atendimento a urgências e emergências deve ser ofertado ininterruptamente nas 24 horas em seus variados graus de complexidade clínica. O Centro de Emergência Regional, inserida no contexto da Rede de Atenção às Urgências (RAU), exerce o papel de principal porta de entrada para urgências e emergências clínicas para o Complexo Hospitalar da AP 1. O CER está projetado para o atendimento resolutivo da maioria dos agravos urgentes, estando também preparado para situações de maior complexidade, através da transferência responsabilmente regulada para um serviço de maior porte, dentro da lógica de organização da RAU.

Tendo como base as portarias do Ministério da Saúde – MS 2.048 de 05 de novembro de 2002, 1.600 de 07 de julho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, organiza-se a Rede de Urgência e Emergência onde está inserido o **Centro de Emergência Regional Centro**.

O **Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda**, está incluído num conjunto de ações da Secretaria Municipal de Saúde com objetivo de reorganizar e qualificar a atenção materno-infantil e ginecológica no Município do Rio de Janeiro. Para tanto, além da expansão dos leitos obstétricos e neonatais com ênfase na redução das desigualdades regionais no acesso à atenção ao parto e nascimento, foi desenvolvido extenso trabalho de articulação e integração no âmbito do SUS, garantindo a integralidade na linha de cuidado, assim como a ampliação e qualificação do acesso humanizado e integral das gestantes ao cuidado hospitalar, tendo como base para o processo e para os fluxos assistenciais, o acolhimento com classificação do risco, a efetiva incorporação de diretrizes clínicas baseadas em evidências e a qualidade e a resolutividade na atenção.

#### 2. JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde entende que deve estar presente e atenta aos cuidados de urgência e emergência bem como a estruturação da rede de urgência e emergência para a sua população. Particularmente assegura o acesso, o acolhimento e a assistência resoluta em todos os níveis. Em suas unidades de pronto atendimento será possível, quando necessária, a manutenção do paciente sob observação amarela ou vermelha. A última possibilita a estabilização do paciente grave, bem como cuidados de alta complexidade.





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.

O **CER Centro** vem integrar e interagir com os demais serviços de saúde, dando suporte ao atendimento dos pacientes com quadros agudos, crônicos agudizados e traumáticos, compondo a rede regional de assistência e atenção à saúde e as urgências, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, cada um deles sendo um elo da corrente de manutenção da vida.

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

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

O **Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda**, a partir de sua inauguração em maio de 2012, passou a desempenhar papel estratégico na atenção perinatal em articulação com os demais serviços de saúde, especialmente com a rede de atenção primária de sua área de abrangência (AP 1) e em áreas circunvizinhas com destaque para a AP 3.1, com ênfase nas seguintes ações:

- recebimento das gestantes para visita e práticas educativas a partir do agendamento das unidades básicas;
- atendimento ambulatorial especializado nas situações de risco gestacional;
- atendimento das emergências obstétricas;
- atenção ao parto e nascimento de risco habitual;
- atenção ao parto e nascimento de risco,
- atenção integral ao recém-nascido de risco habitual;
- atenção integral ao recém-nascido de risco através do Cuidado Intensivo Neonatal, Cuidado Intermediário Convencional e Cuidado Intermediário Canguru;
- acompanhamento interdisciplinar dos recém-nascidos de risco egressos da Unidade Neonatal.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE elaborou o presente Termo de Referência/Projeto Básico, com vistas à contratação de prestação de serviços unicamente para o Sistema Único de Saúde – SUS, que contemplem todas as necessidades que viabilizem o gerenciamento, operacionalização e a execução de atividades





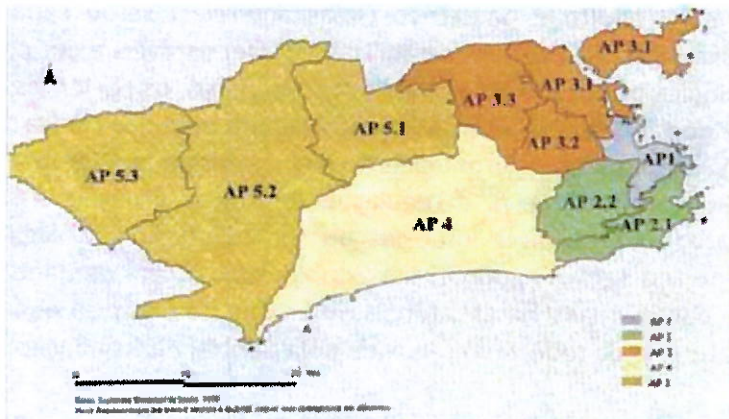
de serviços de saúde por intermédio de contrato de gestão com indicadores e metas no **CER Centro** e no **HM Maria Amélia Buarque de Hollanda**.

### 3. OBJETO

O presente Projeto Básico visa contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes da região, no âmbito do **CER Centro** e do **HM Maria Amélia Buarque de Hollanda**. O desenvolvimento de todas as ações assistenciais materno-infantis e de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS, para a região será executado através de contrato de gestão com Organização Social.

O objeto deste edital envolve todas as Operações Assistenciais, conforme estabelecido pelo **Decreto nº 45.651 de 05 de fevereiro de 2019, que regulamenta a Lei nº 6.260 de 11 de outubro de 2017**. Portanto, não compete à CONTRATADA a gestão da atividade meio, ou seja, serviços de hotelaria, serviços relativos ao fornecimento e manutenção de infraestrutura necessários à execução das atividades assistenciais, a aquisição dos medicamentos e insumos ou a contratação de serviços.

### 4. ABRANGÊNCIA



O **CER Centro** está localizado na Rua Frei Caneca s/n e o **HM Maria Amélia Buarque de Hollanda**, na Rua Moncorvo Filho nº67, ambos no Centro, na AP 1.

### 5. PRODUTO

A prestação de serviços abrange a contratação de recursos humanos e toda a atividade assistencial que compete a ao CER Centro e à Maternidade.

. A contratação de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e medicamentos, a programação visual das unidades, e demais recursos necessários para assegurar a assistência serão de competência da **Secretaria Municipal de Saúde**.

Em decorrência da execução do objeto espera-se garantir à população um acolhimento e uma assistência eficiente e segura.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – área técnica da SMS, responsável pelo acompanhamento e execução do presente Projeto Básico fará a



coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais à população a ser atendida pelas unidades envolvidas.

## 6. ATIVIDADES

As atividades assistenciais no **CER Centro** e no **HM Maria Amélia Buarque de Hollanda**, serão executadas nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

O **CER Centro** é porta de entrada de emergência, ordenando junto com as demais unidades da rede, a Rede de Atenção à Saúde e as Urgências da Cidade e da região, funcionando como local de primeiro atendimento (acolhimento e atendimento médico), estabilização e observação de pacientes graves (sala vermelha) ou não (sala amarela), oriundos da demanda espontânea, regulados ou referenciados de qualquer serviço de saúde, de qualquer ponto de atenção (atenção básica, pré-hospitalar móvel ou Programa de Atenção Domiciliar), que ficarão em observação nas salas amarelas ou vermelhas ou serão internados pela regulação para resolução ou seguimento de seus quadros agudos.

A unidade estará diretamente vinculada a Central de Regulação. Suas portas de entrada de urgência, seus leitos de estabilização e observação de pacientes graves (sala vermelha), de observação, adulto e pediátrico (salas amarelas) serão capazes com seu potencial técnico e assistencial, de acolher, estabilizar, manter estáveis e dar continuidade à assistência, dentro da lógica prioritária de inovações tecnológicas, os pacientes com quadros agudos graves ou não, que tenham apresentado instabilidade orgânica clínica. Nos leitos de observação vermelhos ou amarelos permanecerão pelo período de tempo necessário à resolução de seu quadro agudo inicial, à regulação de sua internação eletiva em leito hospitalar de enfermaria ou de terapia intensiva ou sua regulação em vaga zero para o tratamento definitivo de seu agravo agudo inicial estabilizado. Toda a demanda de saída do CER que necessitar de continuidade na assistência, quer seja de urgência quer seja eletiva, em qualquer nível de atenção da rede, será regulada pela Central de Regulação.

O **Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda** deve funcionar nas 24 horas do dia, sábados, domingos e feriados, com quadro de profissionais de saúde e de apoio capaz de manter e contemplar durante todo o período de funcionamento toda a demanda assistencial e administrativa da unidade, de acordo com a sua especificidade assistencial de suporte a urgência e emergência, atenção obstétrica e de cuidado intensivo e intermediário neonatal, incluindo a integralidade dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos condizente com a sua complexidade, além de todos os recursos necessários para a realização de **cirurgia neonatal**. Para tanto a organização do trabalho deverá se operar por via de equipes multiprofissionais, não só de forma horizontal, como também em plantão cobrindo as 24 h do dia, incluindo sábados, domingos e feriados, utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe.

### 6.1. Organização das Ações Assistenciais

#### 6.1.1. CER Centro

CENTRO DE EMERGÊNCIA REGIONAL CENTRO	QUANTIDADE
CAPACIDADE ASSISTENCIAL (média / DIA)	450
LEITOS DE OBSERVAÇÃO ADULTO (SALA AMARELA)	18
LEITOS DE OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA (SALA AMARELA PEDIÁTRICA)	6







LEITOS DE ESTABILIZAÇÃO (SALA VERMELHA)	4
LEITOS DE OBSERVAÇÃO PSQUIÁTRICOS	2
LEITOS DE OBSERVAÇÃO INDIVIDUAL	2

Por tratar-se de unidade de urgência e emergência, muito afeta à demanda espontânea, há de se entender a média de atendimentos como simples estimativa e nunca como meta física.

Para a organização das ações assistenciais da emergência foram definidas as seguintes estratégias e atividades básicas:

- a) Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada;
- b) Atendimento de emergência, incluindo a psiquiátrica;
- c) Atendimento, acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas e vermelha, tanto adulto como pediátrica e psiquiátrica;
- d) Solicitações de internação, transferência, exames e procedimentos de alta, média e baixa complexidade;
- e) Emissão de AIH;
- f) Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central Municipal de Regulação
- g) Referência garantida para unidade da região para os atendimentos da atenção básica;
- h) Todas as demais atividades essenciais de atenção e assistência as demandas emergentes e urgentes, dos pacientes que procuram a unidade.

O **CER Centro** deverá contar, obrigatoriamente, no mínimo, com os seguintes profissionais: coordenador médico, gerente administrativo, gerente de enfermagem, médico generalista/emergencista, médico pediatra, médico psiquiatra, assistente social, psicólogo, enfermeiro e técnico de enfermagem. As equipes deverão ser compostas de forma a atender ao perfil assistencial da unidade e as Portarias normativas dos serviços de saúde.

Todos os profissionais da equipe técnica que atuam na emergência devem ter formação em suporte básico e avançado de vida no trauma e no suporte clínico e cardiológico, com um perfil de emergencista e suporte a pacientes críticos, dado o perfil de atendimento da unidade.

As atividades assistenciais da Emergência Psiquiátrica serão executadas, nas 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive feriados, constando de consulta com equipe multidisciplinar (médico, psicólogo, enfermeiro e assistente social), observação em leito de emergência, redirecionamento aos CAPS quando possível a estabilização em menos de 24h do paciente na unidade, transferência imediata após 24h de observação em casos de difícil controle, medicalização em leitos de observação, utilização de métodos seguros de contenção química ou física.





### 6.1.2. HM Maria Amélia Buarque de Hollanda

<b>HM Maria Amélia Buarque de Hollanda</b>		
<b>INTERNAÇÃO</b>	<b>LEITOS</b>	<b>Estimativa de internações ou procedimentos</b>
OBSTETRÍCIA	74	629
UTI NEONATAL	13	39
UCI NEONATAL Convencional	22	69
UCIN CANGURU	08	34
<b>TOTAL</b>	<b>117</b>	<b>771</b>
<b>AMBULATÓRIO MÉDICO – (turnos diários)</b>		
PEDIATRIA/FOLLOW UP	1	160
OBSTETRÍCIA	4	640
CLÍNICA MÉDICA/PSIQUIATRIA	1	160
MULTIPROFISSIONAL	1	160
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>1120</b>
<b>PROCEDIMENTOS – (turnos diários)</b>		
CTG	2	320
ULTRASSONOGRRAFIA	2	320
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>640</b>

O Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda deverá contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador médico, coordenador administrativo, coordenador de enfermagem, médico generalista ou emergencista, médico pediatra, cirurgião pediátrico, médico específico e dedicado à regulação regional, enfermeiros, técnicos de enfermagem, técnicos de radiologia (se o serviço de raio x não for terceirizado), auxiliares de serviços gerais, maqueiros, auxiliares administrativos. Outros profissionais deverão compor a equipe visando garantir o atendimento integral das gestantes e recém-nascidos que estão sendo atendidos na unidade.

### 6.2. Acolhimento e Classificação de Risco

O Acolhimento ocorre em todos os locais e momentos do serviço de saúde, com capacitação e envolvimento de todos os profissionais da Unidade. A Classificação de Risco na unidade de urgência e emergência é um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes, gerando um atendimento resolutivo e humanizado àqueles em situações de sofrimento agudo ou crônico agudizado de qualquer natureza.

#### A. PROCESSO DE ACOLHIMENTO

Todos os pacientes que procuram os serviços de saúde serão acolhidos por profissionais com uma postura capaz de escutar e dar respostas mais adequadas. Acolher significa prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, em relação a outros serviços de saúde da rede





para continuidade da assistência estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

## B. PROCESSO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco, no CER será realizada por equipe de enfermagem capacitada, agilizando o atendimento e aprimorando as definições de prioridade. O critério para estabelecimento do nível de classificação é baseado no Manual de Acolhimento e Classificação de Risco da Secretaria Municipal de Saúde usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão.

A classificação é feita de acordo com os seguintes níveis de severidade:

PRIORIDADE	COR	CLASSIFICAÇÃO	INTERVENÇÃO MÉDICA	REAVLIAÇÃO DE ENFERMAGEM
I	VERMELHO	Ressuscitação	Intervenção médica Imediata - sinal sonoro	Cuidados contínuos
II	LARANJA	Emergência	Aval. médica <15 minutos - sem sinal sonoro	A cada 15 minutos
III	AMARELO	Urgência	Aval. médica <30 minutos Será atendido no consultório médico ou no leito da sala de observação	A cada 60 minutos
IV	VERDE	Menor urgência	Aval. médica +/- 60 minutos Será atendidos somente após todos os classificados como amarelo	A cada 120 minutos.
V	AZUL	Não urgente	Aval. médica no mesmo dia ou no dia seguinte (sem sofrimento agudo ou caso social deverá ser preferencialmente atendido na UBS; se desejar, pode ser atendido após todos os classificados como verde, amarelo, laranja e vermelho)	A cada 240 minutos.

### 6.3. Atendimento de Emergência

O atendimento de emergência caracteriza-se pelo serviço assistencial clínico, pediátrico, odontológico e psiquiátrico, dispendo de consultórios, sala de medicação e leitos de observação. Além dos serviços de radiologia, eletrocardiograma e exames laboratoriais compatíveis com os protocolos usuais da SMS para atendimentos de período de até 24h.

O CER contará com SADT funcionando nas 24h do dia.



#### **6.4. Solicitação de internação, transferências, exames e procedimentos.**

O CER tem como objetivo o primeiro atendimento, estabilização do paciente e sua liberação ou transferência para leito hospitalar no período de até 24h. Quando a necessidade de internação hospitalar for identificada, a equipe fará prontamente a inserção deste paciente no SISREG, possibilitando a transferência, através da Central de Regulação do Município, para continuidade do seu tratamento em ambiente hospitalar adequado ao seu quadro clínico. Diariamente, será feito contato dos profissionais da Unidade com a Central de Regulação para reforço da necessidade de transferência dos pacientes em observação. Por sua íntima relação com a unidade hospitalar, o CER poderá ser referência para situações clínicas de maior complexidade.

#### **6.5. Referência garantida e responsável para unidades da atenção primária.**

Todos os pacientes serão acolhidos e através da escuta de sua queixa, aqueles identificados com perfil de atenção básica, serão encaminhados com o formulário Padrão da Secretaria Municipal de Saúde de Encaminhamento da Atenção Secundária para a Atenção Primária, preenchido com o nome do paciente, motivo do encaminhamento e orientação dada. A unidade básica responsável pelo usuário deverá ser identificada no site "Onde ser Atendido" (<https://smsrio.org/subpav/ondeseratendido/>).

#### **6.6. Transporte inter-hospitalar**

A Maternidade e o CER contarão com serviço de transporte ambulância tipo UTI Avançada, tipo D, somente com Motorista-Socorrista por um período de 24h, 7 (sete) dias da semana, de acordo com o preconizado na Portaria MS/GM 2.048 de 2002. Por ocasião das remoções, a ambulância será tripulada pela equipe técnica das unidades. A contratação do serviço de ambulância ficará sob responsabilidade da **Secretaria Municipal de Saúde**.

#### **6.7. Gestão Clínica**

Objetivos da Gestão Clínica:

- Padronização dos processos assistenciais e operacionais;
- Implantação e treinamento dos protocolos assistenciais;
- Aprimoramento do prontuário eletrônico visando a segurança do paciente;
- Envolvimento dos profissionais na melhoria da qualidade assistencial;
- Discussão dos indicadores de desempenho com os coordenadores das unidades;

#### **6.8. Auditoria Clínica**

Auditoria clínica será baseada principalmente na atuação das Comissões de óbitos e de Revisão de Prontuários.





### **A) Comissão de Óbitos**

As Coordenações Médicas das unidades constituirão formalmente as Comissões de Óbitos, proporcionando toda a infraestrutura necessária à sua operacionalização. A Comissão, órgão de assessoria da Coordenação da unidade é a responsável pela avaliação da assistência prestada aos cidadãos a partir da análise dos prontuários de óbitos da Unidade, e ainda possibilitar a detecção da ocorrência de eventos que indiquem necessidade de revisão do processo assistencial. Será composta por profissionais da área de saúde de nível superior.

Para a coleta de dados será utilizado instrumento específico, tendo como fontes de informação, o Boletim de Atendimento de Emergência, o sumário de alta, a declaração de óbito e as anotações médicas e de enfermagem. Caberá a Comissão, a avaliação de todos os óbitos ocorridos nas unidades.

A Comissão se reunirá ordinariamente, a cada 30 dias, para avaliação e emissão de relatório e, extraordinariamente, para intervir em demanda inerente às suas atividades. As reuniões da Comissão serão registradas em Ata contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, pauta e avaliações/decisões tomadas.

### **B) Comissão de Revisão de Prontuários**

A Coordenação Médica da unidade constituirá formalmente a Comissão de Revisão de Prontuário, proporcionando toda a infraestrutura necessária à sua operacionalização. A Comissão, órgão de assessoria da Coordenação da unidade é a responsável pela análise dos itens que deverão constar obrigatoriamente no registro do atendimento/acompanhamento: dados de identificação do paciente, anamnese, exame físico, exames complementares e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.

A Comissão se reunirá ordinariamente, a cada 30 dias, para avaliação e emissão de relatório e, extraordinariamente, para intervir em demanda inerente às atividades da Comissão. As reuniões da Comissão serão registradas em Ata contendo data e hora, nome e assinatura dos membros presentes, pauta e avaliações/decisões tomadas.

## **6.9. Procedimentos Padrão**

As atividades realizadas nas unidades deverão ser baseadas em Procedimentos Assistenciais Padrão (PAP), Procedimentos de Enfermagem Padrão (PEP) e Procedimentos Operacionais Padrão (POP), respeitando as políticas da Secretaria Municipal de Saúde. Os Procedimentos Padrão garantem a padronização de tarefas e asseguram aos usuários um serviço seguro e de qualidade.

## **6.10. Desenvolvimento de atividades de Educação Permanente**

A contratada deverá oferecer treinamentos operacionais, técnicos, comportamentais de liderança e gestão para todos os colaboradores das unidades.

## **6.11. Tecnologia da Informação**

As unidades deverão dispor dos seguintes sistemas principais:





**Prontuário eletrônico** que suporta fluxos de atendimento contemplando: registro de pacientes com identificação através de pulseira com código de barras, classificação de risco, registro de atendimento médico, pedidos de exames, medicação, procedimentos médicos e internação de urgência com gestão de leitos.

**Chamada nominal de cada paciente** através de sistema com componente de multicanal para diversos televisores.

**Sistema de controle** e acompanhamento de fluxo de suprimentos.

**Totem de Pesquisa de Satisfação** com monitor *touch-screen* com interação em português e inglês, com identificação de paciente através de código de barras.

Todos os sistemas, assim como a infraestrutura de rede, deverão ser fornecidas pela **Secretaria Municipal de Saúde**.





## ANEXO TÉCNICO A

---

### Informações sobre o Território

#### CER Centro e HM Maria Amélia Buarque de Hollanda

##### Área de Planejamento 1

Formada por 15 bairros e 6 Regiões Administrativas, com 4,6% da população carioca - 268.280 habitantes, segundo o Censo 2000 - e 2,8% do território (34,39 km<sup>2</sup>). Sua densidade líquida é de 7.801 habitantes por km<sup>2</sup>.

É o centro histórico da cidade, mas também a área que mais sofreu transformações do cenário urbano.

Nos últimos 30 anos perde população - quase 27% entre 1970 e 2000. Por outro lado, atrai diariamente quase um milhão de pessoas que trabalham nesta região, principalmente no setor de serviços. No período 1991/2000 a população decresceu à taxa de 12,6%, maior entre todas as regiões do município. O Centro (-20,3%) e São Cristóvão (-15,1%) sofreram os maiores decréscimos populacionais, seguidos de Rio Comprido (-10,5%), Zona Portuária (-9,3%) e Santa Teresa (-7,6%). A única RA a apresentar crescimento demográfico foi a de Paquetá (+5,0%).

Em 2000, das seis regiões administrativas que compõem a AP 1.0, cinco estavam entre as consideradas de alto desenvolvimento: (respectivos IDH e posição no ranking municipal): Centro (0,894 - 7ª), Santa Teresa (0,868 - 8ª), Rio Comprido (0,836 - 13ª), Paquetá (0,822 - 17ª) e São Cristóvão (0,814 - 18ª). A RA Portuária, por sua vez, apresentou IDH considerado médio (0,775 - 24ª).

Em 2000, a longevidade na área (71 anos) ficou próxima aos níveis médios da Cidade (70,26 anos), destacando-se, duas RA: Portuária - menor taxa (69,59 anos) - e Centro - com a maior (76,12 anos), valor que se aproxima de algumas RA da Zona Sul. O aumento da longevidade no período de 1991 a 2000 foi maior no Centro (+8%), avançando de 70,47 para 76,12 anos. A menor variação no período pertenceu à RA do Rio Comprido (+5,9%), ao sair de 67,37 para 71,36 anos.

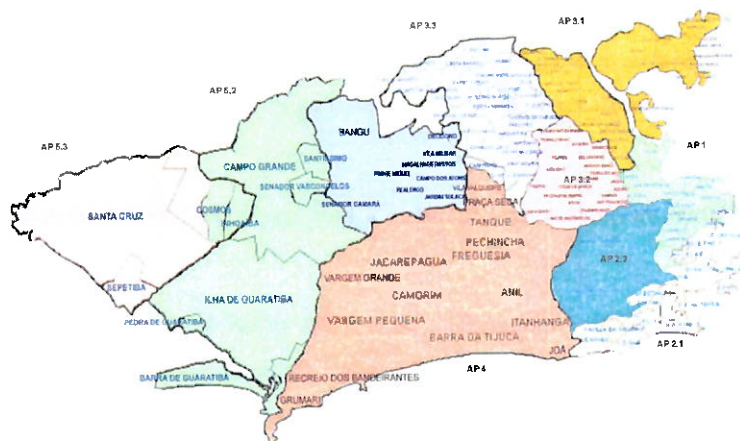
Estima-se que em 2000, aproximadamente 76.787 pessoas viviam em favelas - 28,6% do total da população da área. Houve um decréscimo demográfico dessa população de 9,9%, no período 1991/2000, mas a perda populacional nas favelas foi menor que a da região como um todo: -12,6%. A renda média da região (três salários mínimos) é inferior à média da Cidade (quatro salários mínimos). Somente o Centro (R\$ 633,36) apresenta renda acima da média municipal (Censo IBGE/2000). O bairro da Gamboa possui a renda média mais baixa: R\$ 283,60.





A taxa de alfabetização dos moradores é de 91%, abaixo da média do município (93%), alcançando níveis ainda menores no Caju (79%) e na Mangueira (83%). A população, que possui escolaridade superior é de apenas 11%, inferior a média do Município (18%). Os percentuais mais altos estão no Rio Comprido (23%), Santa Teresa (20%) e Centro (18%). Em compensação, bairros como Gamboa e Santo Cristo apresentam menos de 8%, enquanto Caju e Mangueira apenas 3%. A média de anos de estudo é superior à municipal (6,8 anos) apenas no Centro (7,8 anos) e em Santa Teresa (7,0 anos). Ficam abaixo desta média: Rio Comprido (6,4 anos), Paquetá (6,2 anos), São Cristóvão (6,0 anos) e Portuária (5,2 anos).

### Distribuição dos bairros que compõem as áreas de planejamento do MRJ











## ANEXO TÉCNICO B

### GESTÃO DAS UNIDADES

#### CER Centro e HM Maria Amélia Buarque de Hollanda

A execução do Projeto Básico proposto atende ao previsto pela Lei 6.260 de 11 de outubro de 2017, regulamentada pelo Decreto nº 45.651 de 05 de fevereiro de 2019, que restringe a atuação das Organizações Sociais à atividade fim da Gestão de Unidades de Pronto Atendimento. A execução da atividade meio, será de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, ficando as responsabilidades assim estabelecidas:

#### 1. RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE:

- A - Definir as diretrizes e políticas de saúde a serem implantadas na Unidade;
- B - Criar uma **Comissão Técnica de Avaliação (CTA)**, da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, específica para efetuar o acompanhamento da Administração e Operacionalização da unidade, por técnicos da S/SMS;
- C - Fornecer à instituição executora do contrato de gestão, e a seu pessoal o apoio necessário à plena consecução dos objetivos do Contrato e Projeto Básico;
- D - Acompanhar, supervisionar e fiscalizar, a execução das atividades desenvolvidas;
- E - Repassar pontualmente os recursos financeiros previstos, de acordo com o cronograma e condições estabelecidas;
- F - Controlar a qualidade dos serviços contratados, identificando possíveis distorções e sugerindo constantes ajustes;
- G - Possibilitar o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a viabilização dos correspondentes termos de cessão de uso;
- H - Inventariar e avaliar os bens referidos no item acima, anteriormente à formalização dos termos de cessão de uso.
- I - Disponibilizar técnicos pertencentes a SMS-RJ, para interagir com a unidade, ajustando o plano estratégico de gestão, caso necessário.
- J - Monitorar e realizar estudos comparativos dos indicadores de resultados e custos das Unidades de Negócios, tendo em vista a Implantação de modelos inovadores.





K – Realizar permanente vistoria quanto à precariedade dos equipamentos ou aquisição de novos, fornecendo pareceres técnicos quando da solicitação pela CONTRATADA.

L- Efetivação dos processos de planejamento, compra e distribuição de materiais e insumos e contratação e fiscalização de serviços necessários à operação da Unidade;

M- Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral e predial, incluindo nas mesmas a reposição de peças;

N- Juntamente com a Organização Social contratada, manter e aprimorar o padrão de qualidade de atendimento dentro das exigências contratuais, que serão baseadas nas diretrizes constantes deste contrato e as características de atividade assistenciais;

O- Controlar e inventariar os bens móveis;

P- Assegurar a padronização e promover a revisão sistemática da grade de insumos.

Q- Disponibilizar todos os recursos complementares à atividade assistencial: eletrocardiografia, radiologia, análises clínicas e quaisquer outros compatíveis com o perfil assistencial.

## **2. RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA**

A - Operar o **CER Centro** e o **HM Maria Amélia Buarque de Hollanda**, dentro das diretrizes definidas pela Secretaria Municipal de Saúde SMS/RJ, com atendimento exclusivo aos usuários do SUS, de forma gratuita, no estabelecimento de saúde cujo uso lhe foi permitido, vedado prestação de serviço à entidade de saúde suplementar.

B - Responsabilizar-se, integralmente, pelos encargos de natureza trabalhista e previdenciária, referente aos recursos humanos utilizados na execução do objeto deste Projeto Básico, decorrendo do ajuizamento de eventuais demandas judiciais, bem como por todos os ônus tributários e extraordinários que incidam sobre o presente instrumento, ressalvados aqueles de natureza compulsória, lançados automaticamente pela rede bancária arrecadadora;

C - Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, ao órgão do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de cessão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.





D - Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe for cedido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão de uso, até sua restituição ao Poder Público.

E – Gestão de insumos consumíveis e retornáveis, material permanente e estrutura física da unidade, sendo responsável pela reposição ou manutenção no caso de dano por mau uso, perda ou extravio;

F - Ao final do contrato de gestão, a contratada deverá restituir a Secretaria Municipal de Saúde todos os bens móveis e imóveis que lhe foram destinados ou adquiridos pela Secretaria Municipal de Saúde - SMS em virtude do presente contrato em boas condições de uso, ressalvados os casos de obsolescência e desgaste natural.

G - Garantir em exercício na Unidade quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis ao porte da Unidade e Serviços previstos, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, tendo definida como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas dia, por plantões, a presença de pelo menos um profissional da medicina que responderá legalmente pela atenção oferecida a clientela (o ato médico);

H – Implantar e melhorar continuamente os protocolos clínicos e administrativos em todos os departamentos visando a otimização da gestão.

I - Utilizar a logomarca da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde e do SUS, em todos os documentos emitidos pelo Executor contratado.

J - Não utilizar e nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto se aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde;

K - Manter sempre atualizado prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelos prazos previstos em lei;

L- Manter o padrão de qualidade de atendimento dentro das exigências contratuais, que serão baseadas nas diretrizes constantes deste contrato e as características de atividade assistenciais, do presente Projeto Básico;

M- Disponibilizar relatórios gerenciais com as informações solicitadas na periodicidade constante no anexo do presente Projeto Básico aos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde –RJ;

N- Se responsabilizar pela implantação e funcionamento de sistema de controle biométrico de frequência;

O- Submeter à SMS, quaisquer projetos que envolvam alterações no layout da unidade;





- P- Obedecer a grade de medicamentos e insumos da Secretaria Municipal de Saúde;
- Q – Utilizar uniforme e crachá padronizados pela SMS para todos os funcionários.

### **3. FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO**

3.1. Visando o acompanhamento e avaliação do Projeto Básico e o cumprimento das atividades estabelecidas para o contrato a contratada deverá alimentar as informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras no sistema de monitoramento dos contratos de gestão – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais (<http://osinfo.rio.rj.gov.br>), instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais, bem como deverá apresentar a produção na forma definida pela Comissão Técnica de Avaliação – CTA.

A contratada deverá manter em dias todas as informações referentes aos registros do SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES além de outros registros oficiais que a Secretaria Municipal de Saúde assim determinar.

3.2. A Secretaria Municipal de Saúde procederá à análise mensal dos dados enviados pela Direção da Unidade para que sejam atestados os serviços vinculados aos repasses de recursos.

3.3. No primeiro relatório de atividade deverão vir especificados os bens permanentes adquiridos e aqueles recebidos em doação ou outras formas, com as respectivas notas fiscais e o local de uso dos mesmos dentro da unidade.

3.4. A unidade deverá ser dotada de controle de ponto eletrônico, cujo relatório deve ser apresentado a Secretaria Municipal Saúde/RJ sempre que solicitado e deve ser o espelho fiel do que se informa no relatório da CTA e no Painel de Gestão.

3.5. A unidade deve funcionar com prontuário eletrônico, com integração com os módulos laboratoriais, integração com os módulos de imagem, registros de todos os dados clínicos, receituário eletrônico, controle de estoque de materiais e farmácia, numeração do prontuário pelo número do CPF do paciente ou DNV, emissão de relatórios gerenciais





mensais para envio a cada funcionário sua produção, registro obrigatório em cada consulta de ao menos um CID (campo obrigatório).

#### **4. SUPERVISÃO**

4.1. A Coordenação e supervisão da prestação de serviço são de competência da S/SUBHUE.

4.2. A Fiscalização da execução dos serviços caberá à SMS-RJ, visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios encontrados, bem como articulará e efetivará o processo de acompanhamento e avaliação com base no cumprimento de metas, dos prazos e da análise de indicadores de produção, de cobertura da população e de qualidade e eficiência dos serviços contratados.

4.3. A CONTRATADA se submeterá a todas as medidas, processos e procedimentos da fiscalização. Os atos de fiscalização, inclusive inspeções pela SMS, não eximem a CONTRATADA de suas obrigações no que se refere ao cumprimento das normas e especificações, nem de qualquer de suas responsabilidades legais e contratuais.

#### **5. INDICADORES E METAS**

Será realizada trimestralmente por parte da CTA da Secretaria Municipal Saúde/RJ a avaliação e pontuação dos indicadores e metas conforme definido no ANEXO C do Projeto Básico.



## ANEXO TÉCNICO C

---

# Acompanhamento do Contrato de Gestão, Avaliação e Metas

## CER Centro e HM Maria Amélia Buarque de Hollanda

### 1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

O presente contrato de gestão tem como principal objetivo garantir a excelência do desempenho e a qualidade nas unidades assistenciais através da execução e respectivo monitoramento de instrumentos de gestão. Estes permitirão uma gestão rigorosa e ao mesmo tempo equilibrada que, consciente das necessidades da população, vise à mudança de perspectiva assistencial, com uma abordagem totalizante, gerando autonomia para os indivíduos e melhorando assim, o acesso da população aos cuidados de saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de avaliação do contrato a identificação e a avaliação de problemas, a discussão e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas.

A Comissão Técnica de Avaliação - CTA, realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes técnicos assistenciais da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência – SUBHUE.

#### 1.1 RESPONSABILIDADES NO ACOMPANHAMENTO

A Secretaria Municipal de Saúde/SMS/RJ, como entidade Contratante é responsável por levar a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando à qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios e para tanto será criada uma Comissão Técnica de Avaliação – CTA que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

#### 1.2 COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO

A Comissão Técnica de Avaliação – CTA - realizará o acompanhamento e a avaliação do funcionamento e da qualidade assistencial dos serviços de saúde contratados, de acordo







com os critérios, parâmetros e calendário previamente definidos por esta secretaria para a gestão da Organização Social.

A coordenação das reuniões da Comissão Técnica de Avaliação – CTA, caberá à Superintendência de Administração dos Contratos de Gestão (SCGOS). Sempre que necessários outros técnicos poderão ser convidados a participar das reuniões de acompanhamento, bem como poderão ser chamados a emitir pareceres técnicos complementares e coadjuvantes às ações de avaliação da CTA.

### 1.2.1 COMPOSIÇÃO

A Comissão Técnica de Avaliação - CTA será constituída por membros titulares e suplentes, definidos e nomeados pelo Secretário Municipal de Saúde e publicados em Diário Oficial Municipal.

### 1.2.2 FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

- Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;
- Realizar reuniões extraordinárias, sempre que solicitado pela SMS/RJ ou pela contratada,
- Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTA e participantes presentes;
- Avaliar os indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e as informações sobre o funcionamento dos serviços;
- Analisar as intercorrências no funcionamento dos serviços, os possíveis desvios e suas causas, mormente em relação às metas assistenciais;
- Indicar as medidas corretivas aos desvios observados, encaminhando-as ao gestor da OS para as correções necessárias;
- Analisar preliminarmente propostas de implantação, extinção, ampliação e otimização dos serviços executados;
- Avaliar a pontuação no quadro de indicadores de acompanhamento, avaliação e metas;
- Elaborar relatórios à Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ sobre os dados analisados.





## 2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

### 2.1 ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social descrever e executar:

- Mecanismos de informação e comunicação à população sobre:
  - Os serviços que oferta;
  - Indicadores de avaliação de desempenho destes serviços utilizando padrões estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
  - Os meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;
  - Disponibilizar de maneira visível o nome dos profissionais de plantão na unidade;
- Sistema gerencial de informação com acesso pela internet:
  - Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
  - Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
  - Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
  - Referência e contra referência responsável e regulada dos usuários a outros serviços ou a outros níveis assistenciais;
  - Ser dotado de mecanismos que possibilitam disponibilizar em tempo real as informações sobre os atendimentos, bem como as informações econômicas, todas aquelas que a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ julgar necessárias ao acompanhamento e avaliação do contrato de gestão;
  - Implantar o ponto eletrônico e disponibilizar a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ o controle diário da frequência dos profissionais que atuam na unidade (sistema e equipamento sob responsabilidade da **Secretaria Municipal de Saúde**).

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pelo Plano Municipal de Saúde/RJ, com os Planos e Protocolos Assistenciais de Atenção Hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como com as Políticas de Saúde e Portarias do Ministério da Saúde e demais legislações em vigor.

### 2.2 BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apontam a boa prática clínica são:

- As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;





- Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros serviços no âmbito territorial
- Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ.

As referências de boas práticas citadas acima não são excludentes, e sim complementares e sua operacionalidade dependerá do que a defina em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

- Qualificação dos profissionais;
- Utilização do prontuário clínico eletrônico;
- Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, gripe A, entre outros;
- Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ;
- Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes.
- Registro dos agravos de notificação compulsória - SINAN
- Perfil de prescrição farmacêutica;
- Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
- Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- Avaliação externa da prática assistencial;
- Avaliação externa da satisfação do usuário; e

### **2.3 ATENÇÃO AO USUÁRIO**

Esses critérios serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

- Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
- Boa comunicação entre os profissionais de saúde e os usuários;
- Incentivo a autonomia dos usuários;
- Tratamento individualizado e personalizado;





- Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde através de pesquisas de satisfação, sendo a informação obtida através de questionário de pesquisa de opinião realizado pela instituição parceira ou por órgão designado ou contratado para tal fim.

### **3. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA**

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade nas linhas de cuidado das unidades. Esta articulação se dará com o apoio da SUBHUE e se fará entre a Instituição Parceira, a Coordenação da Área de Planejamento, a rede de atenção básica, as Unidades de Urgência e Emergência, ao Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso- PADI, Superintendência dos Institutos nas questões relativas a assistência psiquiátrica e a Central de Regulação Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ, bem como poderá contar com outros atores e parceiros componentes da rede assistencial.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

- Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseadas na gestão de linhas de cuidado;
- Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre Acolhimento e Classificação de Risco e sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nas Unidades de Pronto Atendimento;
- Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede;
- Acordos entre profissionais sobre a informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;
- Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.
- Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contra referências estabelecidas;
- Observância por parte dos profissionais da disponibilização de informação clínica necessária para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico.





#### **4. INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS**

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS – Rio de Janeiro juntamente com a OS poderá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em casos excepcionais de surtos ou situações emergenciais em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para fins de acompanhamento.

**O Sistema de Prontuário Eletrônico implantado nas unidades deve ser capaz de fornecer os resultados para TODOS os indicadores utilizados no acompanhamento do contrato.**

A avaliação e pontuação dos indicadores e metas, separadamente para cada unidade.

**O alcance de metas não resultará em repasse financeiro, servindo unicamente para acompanhamento qualitativo da execução contratual.**

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pelos dados assistenciais da OS e os da Secretaria Municipal de Saúde – SMS/RJ ou pelo Ministério da Saúde.

O CER não é unidade hospitalar e, portanto não interna; possui apenas leitos de observação nos quais os pacientes devem permanecer até 24 horas. De tal forma que a permanência de um paciente por mais de 24 horas em observação na unidade deverá ser sempre justificada e o número do Sistema de Regulação – SISREG - deve ser sempre informado ou seja o paciente deve sempre ser colocado no SISREG. O tempo de permanência na unidade deverá ser calculado para cada uma das salas de observação, tanto adulta quanto pediátrica, e para a unidade como um todo.

**Deverá constar no texto o total de pacientes que embora tenha sido solicitada a vaga, esta não foi cedida pela central de regulação.**

Deverá ser implantada comissão de óbitos no primeiro mês de funcionamento da unidade, a qual realizará reuniões mensais, cuja ata deverá ser anexada ao relatório. Deverá ser encaminhada planilha onde deve contar: iniciais do paciente, diagnóstico, idade, horário de entrada e hora do óbito. Na reunião da comissão de óbitos deverá ser feita uma avaliação da assistência prestada a esses pacientes, com objetivo de avaliar e corrigir as possíveis fragilidades durante a permanência do paciente na unidade, considerando que os mesmos deveriam estar internados em leito hospitalar. O relatório relativo a essa avaliação deverá ser encaminhado junto com a ata mensal.

Para o cálculo das taxas de mortalidade, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na unidade e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos).

Para a análise do indicador “tempo de início de antibiótico na sepse”, deverá ser enviada planilha com iniciais de cada paciente, data e hora da admissão e hora do início do antibiótico. Da mesma forma, para o indicador relativo ao uso de agentes trombolíticos, deverá ser encaminhada planilha com iniciais do paciente, idade, tempo entre a chegada a





unidade com provável diagnóstico e realização do ECG, os que foram submetidos e aqueles que não foram submetidos a trombólise. Quando esta não for realizada, justificar.

Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a descrição da revisão realizada pela comissão de prontuários, implantada no primeiro mês de funcionamento da unidade, deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento. A análise pode ser feita por amostragem, desde sejam analisados no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

Com relação ao índice de absenteísmo, deverá ser enviada planilha com os nomes dos profissionais faltantes e suas respectivas substituições (assinadas), quando houver. As substituições serão permitidas num prazo máximo de 4 horas a partir do horário de início do plantão. As horas correspondentes a profissionais não contratados, férias e licenças com mais de 15 dias não cobertas serão consideradas horas líquidas faltantes.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades onde deve estar explícito as razões pelas quais algumas metas podem não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

Todos os indicadores e metas listados nas tabelas seguintes serão aplicados individualmente a cada unidade, mensalmente, e avaliado a cada trimestre pela CTA.

#### INDICADORES PARA o CER CENTRO

INDICADOR	FÓRMULA	Fonte	META	Peso do indicador	
1	Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.	$\frac{\text{Total de BAE dentro do padrão de conformidade}}{\text{Total de BAE analisados}} \times 100$	PEP	>90%	7,69%
2	Índice de absenteísmo.	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Horas líquidas disponível}} \times 100$	Ponto Biométrico	<3%	7,69%
3	Preenchimento adequado de fichas SINAN em todos os casos previstos	$\frac{\text{Número de fichas SINAN preenchidas}}{\text{Total de situações com SINAN obrigatório}} \times 100$	PEP	100%	7,69%
4	Porcentagem de pacientes atendidos por médico.	$\frac{\text{Nº de atendimentos médicos}}{\text{Nº total de pacientes acolhidos}} \times 100$	PEP	≥70%	7,69%
5	Tempo de permanência na emergência.	$\frac{\sum \text{do número de pacientes-dia na observação}}{\text{Número de saídas}}$	PEP	< 1 dia	7,69%
6	Tempo médio de espera para entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco.	Somatório dos tempos de todos os pacientes de determinada faixa / Quantidade de pacientes classificados na mesma faixa Observação: 1)A fórmula deverá ser aplicada separadamente para as faixas: VERMELHA, LARANJA, AMARELA e VERDE (AZUIS devem ser redirecionados) 2)O indicador somente será pontuado se as médias de todas as faixas estiverem dentro das metas.	PEP	Meta por faixa: Vermelho: ZERO Laranja: ≤ 15 minutos Amarelo: ≤ 30 minutos Verde: ≤ 1 hora Azul: até 24hs ou redirecionado à rede de atenção primária.	7,69%
7	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≤24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \leq 24 \text{ (sala amarela +vermelha)}}{100 \times \text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	PEP	< 4%	7,69%
8	Taxa de Mortalidade na unidade de Emergência (sala amarela e vermelha) ≥ 24h.	$\frac{\text{Nº de óbitos em pacientes em observação } \geq 24 \text{ (sala amarela +vermelha)}}{100 \times \text{Total de saídas de pacientes em observação (todas as salas)}}$	PEP	< 7%	7,69%



9	Percentual de pacientes com diagnóstico de sepses que iniciaram antibioticoterapia em até 2 horas.	$\frac{\text{Total de pacientes com antibióticos infundidos em um tempo } < 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de SEPSE que receberam antibioticoterapia.}} \times 100$	PEP	100%	7,69%
10	Porcentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	$\frac{\text{Total de pacientes com AVC que realizaram TC}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de AVC}} \times 100$	PEP	100%	7,69%
11	Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	$\frac{\text{Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolizados}}{\text{Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST}}$	PEP	100%	7,69%
12	Índice de questionários preenchidos pelos pacientes em observação.	$\frac{\text{Nº de Questionários preenchidos}}{\text{Total de pacientes em observação}} \times 100$	Relatório	≥ 30%	7,69%
13	Percentual de usuários Satisfeitos / Muito Satisfeitos.	$\frac{\text{Nº de Conceitos satisfeito e muito satisfeito}}{\text{Total de Respostas efetivas}} \times 100$	Relatório	>85%	7,69%
<b>INDICADORES</b>				<b>Total</b>	<b>100%</b>

<sup>(1)</sup> Para o cálculo do Tempo Médio de Espera entre a classificação de risco e o atendimento médico dentro do máximo tolerado para cada faixa de risco, a fórmula deverá ser aplicada separadamente para cada faixa: VERMELHA, LARANJA, AMARELA e VERDE (AZUIS devem ser redirecionados). O indicador somente será pontuado se as médias de todas as faixas estiverem dentro das metas.

<sup>(2)</sup> Nos casos de permanência superior a 01 dia, a pontuação do indicador Tempo de Permanência na Emergência será devida caso a contratada comprove que houve tentativa oportuna de transferência de pacientes, através de planilha contendo: Iniciais dos pacientes com permanência superior a 24h, data e hora de internação, data e hora de inserção no SISREG, data e hora da saída, motivo da saída, diagnóstico.

<sup>(3)</sup> Para o cálculo da Taxa de Mortalidade ≤24h, excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência na UPA. Taxas de Mortalidade superiores a 4% receberão a pontuação devida ao indicador caso se comprove que a taxa de mortalidade ajustada à gravidade (através do "score" APACHE II) da SALA VERMELHA esteja dentro da meta.

<sup>(4)</sup> Para o cálculo da Taxa de Mortalidade >24h, as taxas superiores a 7% receberão a pontuação devida ao indicador caso se comprove que a taxa de mortalidade ajustada à gravidade (através do "score" APACHE II) da SALA VERMELHA esteja dentro da meta.

<sup>(5)</sup> A satisfação dos usuários (pacientes e acompanhantes) das salas internas (amarela e vermelha) será avaliada através de questionário e a satisfação na área de atendimento será medida através de pesquisa por meio de terminal de autoatendimento (totem).

<sup>(6)</sup> Para a conformidade dos prontuários ou boletins de atendimento, a análise é feita por amostragem, sendo garantido no mínimo 10% do total de BAE abertos em decorrência de atendimento médico no período de 30 dias.

**INDICADORES PARA o HM MARIA AMÉLIA BUARQUE DE HOLLANDA**

INDICADOR	FÓRMULA	Fonte	META	Peso do indicador
1	$\frac{\text{Total de pacientes atendidos dentro do tempo previsto de espera entre a classificação de risco e atendimento médico} \times 100}{\text{total de pacientes classificados conforme risco}}$	PEP	90%	5,6%





2	Gestantes com acompanhantes no trabalho de parto e parto de baixo risco	$\frac{\text{Nº de gestantes com acompanhantes em TP e parto de baixo risco}}{\text{Nº de gestantes em TP e parto de baixo risco}} \times 100$	PEP	> 80%	5,6%
3	Taxa de Cesárea	$\frac{\text{Número partos cesáreos realizado}}{\text{total de partos realizados}} \times 100$	PEP	<30%	5,6%
4	Índice de absentismo profissional.	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Horas líquidas disponível}} \times 100$	PEP	< 3%	5,2%
5	Treinamento hora-homem.	$\frac{\text{Total de horas homem treinados no mês}}{\text{Número funcionários ativos no período}}$	Relatório	1,5h homem treinado/ mês	5,2%
6	% RN's elegíveis internados por, no mínimo, 05 dias na unidade Canguru	$\frac{\text{nº de Rns elegíveis internados na unidade superior a 5 dias}}{\text{de Rns elegíveis internados na unidade canguru total}} \times 100$	PEP	>80%	5,6%
7	Processo de avaliação externa para obtenção do Título IHAC	não se aplica	MS	Possuir	5,6%
8	Obter e manter o Título de Hospital Amigo da Criança	não se aplica	MS	Possuir	5,6%
9	Incidência de Retinopatia Prematuridade	$\frac{\text{Número de RN <1500g com ROP>3}}{\text{Número de RN admitidos <1500 g}} \times 100$	PEP	<2,5%	5,6%
10	Incidência de Displasia Broncopulmonar	$\frac{\text{RN <1500g de peso ao nascer dependente de O2 e IGC de 36 semanas}}{\text{Nº de RNs < 1500g de peso ao nascer e IGC de 36 semanas}} \times 100$	PEP	<20%	5,6%
11	Utilização da Corticoterapia Antenatal em gestantes em risco de parto prematuro 24-36 semanas IG	$\frac{\text{Gestantes atendidas em risco de parto pre maturo que utilizaram corticoterapia antenatal}}{\text{nº de gestantes com risco de parto prematuro internadas na instituição}} \times 100$	PEP	>90%	5,6%
12	Utilização do Sulfato de Magnésio na Pré-eclâmpsia grave	$\frac{\text{Gestantes que utilizaram Sulfato de Mg na pré-eclâmpsia Grave}}{\text{Total de gestantes com pré-eclâmpsia grave atendidas na instituição}} \times 100$	PEP	100%	5,6%
13	Utilização de Métodos não farmacológicos para alívio da dor	$\frac{\text{Nº de parturientes que receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor no pré parto}}{\text{nº de parturientes que passaram pelo pré parto}} \times 100$	PEP	>30%	5,6%
14	AMIU realizadas nas mulheres em processo de abortamento	$\frac{\text{Número de AMIUS realizadas nas mulheres em processo de abortamento}}{\text{Total de abortos}} \times 100$	PEP	100%	5,6%
15	Taxa de Asfixia Perinatal	$\frac{\text{Nº RNs com Apgar no quinto minuto < 7}}{\text{Nº total de nascimentos}} \times 100$	PEP	<2%	5,6%
16	Percentual de óbitos institucionais analisados pela Comissão de Óbitos	$\frac{\text{nº de óbitos analisados pela Comissão de Óbitos/ nº de óbitos (> 24h) ocorridos no mês}}{*100}$	PEP	100%	5,6%
17	Média de permanência na UTI Neonatal	$\frac{\sum \text{nº de pacientes- dia/ nº de saídas}}{\text{Total de saídas}}$	PEP	8 dias	5,6%
18	Média de permanência na Obstetrícia	$\frac{\sum \text{nº de pacientes- dia internados na Obstetrícia/ nº de saídas da Obstetrícia}}{\text{Total de saídas}}$	PEP	3 dias	5,6%
				<b>Total</b>	<b>100%</b>

## 5. PRESTAÇÃO DE CONTAS MENSAL

As informações relacionadas aos indicadores e prestação de contas financeiras deverão ser alimentadas no sistema de monitoramento dos contratos de gestão – Painel de Gestão de Parcerias com Organizações Sociais, instrumento institucional de acompanhamento, avaliação e controle dos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria







Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e as Organizações Sociais para o gerenciamento de unidades e programas de saúde, conforme Decreto Municipal nº 37.079/13.

## **6. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE**

### **6.1. Aspectos Gerais**

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde e as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência e das unidades.
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada grupo de indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades da SUBHUE/SMS;
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ;
- Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS-Rio de Janeiro.

### **6.2. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

#### **6.2.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos**

O Sistema de Prontuário Eletrônico será implantado pela Empresa Pública de Saúde.

Os PEPs devem permitir gerar minimamente os seguintes relatórios para qualquer profissional da equipe:

- resultado dos indicadores por desempenho de cada Setor
- número de atendimentos realizados por cada profissional;
- valor e insumos gastos com cada paciente em material de consumo;
- todos os indicadores previstos neste contrato.

Além disso, o prontuário deve possibilitar a impressão dos formulários padrão da SMS (encaminhamentos, atestados, receituários, requisição de exames, etc);

#### **6.2.2. SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O Cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1





a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.

Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

Todos os cadastros de profissionais de saúde e de estabelecimentos de saúde devem estar em consonância com as regulamentações da SAS/MS ou qualquer outra legislação ou orientação vigente, em âmbito do Ministério da Saúde ou Municipal, sendo a mais atual vigente a Portaria SAS/MS nº 134 de 04 de abril de 2011, que constitui responsabilidades dos gestores quanto a correta atualização do SCNES;

Constitui responsabilidade da Organização de Saúde o acompanhamento das atualizações das fichas cadastrais dos profissionais de saúde bem como dos dados de atualização dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão. Caberá a SUBHUE/SMS, determinar as demais atribuições em relação a este sistema de informação, podendo ficar sob responsabilidade da Organização Social a inclusão, bem como a atualização de todos os profissionais no SCNES.

#### **6.2.3. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial**

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).

Este sistema possui três componentes:

- Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde – FCES, através do aplicativo De Para executado no nível central pela SMS/RJ;
- Programação - Ficha de programação físico-orçamentária – FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à CGCCA/SUBGER/SMS, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;
- Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial – BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que o hospital possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

#### **6.2.4. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos





que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

- Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;
- Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município. Devem permitir ainda que cada equipe de saúde da família possa gerar relatórios gerenciais de acompanhamento dos indicadores desse sistema e demais indicadores definidos pela SMS.

#### **6.2.5. SISREG – Sistema de Nacional de Regulação**

O Prontuário Eletrônico (PEP) deve gerar informações através de arquivo com estrutura de dados (layout) compatível com o Sistema oficial do DATASUS, permitindo a importação e consolidação dos dados no Município.

Sistema on-line, ou seja, funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. Esse sistema é oficial do Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede de atenção primária à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Todo encaminhamento do Centro Municipal de Saúde ou Clínica da Família hoje já é deve ser feito no formulário de "Encaminhamento (Referência e Contra-Referência)", exclusivamente via prontuário eletrônico. O profissional solicitante sempre carimba e assina a solicitação, informando ao usuário o agendamento da consulta com, no mínimo, um dia de antecedência.

#### **6.2.6. Outros Sistemas de Informação em Saúde**

Outros Sistemas de Informação em Saúde que venham a ser criados pelo Ministério da Saúde ou Sistemas já existentes que venham a ser solicitados pela SMS deverão ser preenchidos pela OSS que fará apoio à gestão do hospital.

