ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

CORE BARRA

(Com retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva)

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PENDÊNCIA

PROJETO BÁSICO VISANDO O **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO 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 da Coordenação Operacional **Regional** de Emergência **BARRA - CORE Barra com retaguarda de unidade fechada de Terapia intensiva**, DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, localizada na AP 4.0, no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro.

Proponente: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC).

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

1. CONTEXTO

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, contribui decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência. Aliado a isto o atendimento a essa demanda deve ser franqueado em todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando sua resolução integral ou transferindo-a responsavelmente regulada, para um serviço de maior complexidade, dentro da lógica de organização da Rede de assistência em saúde e da Rede de Atenção às Urgências, trabalhando dentro de um conceito amplo de saúde que atue desde a promoção e prevenção até a recuperação da saúde.
Desta forma direcionando a intervenção e a resposta ás necessidades de saúde, e organizando a rede de assistência, integra-se a esta rede a CORE Barra.

2. JUSTIFICATIVA

A SMSDC, entende que deve estar presente e atenta aos cuidados de urgência e emergência e a estruturação de rede de assistência e de atenção as urgências a toda sua população e particularmente a fará crescer neste projeto, na AP 4.0, construindo, estruturando e aumentando a capacidade de sua rede de serviços de urgência e emergência, ampliando através de estudo técnico assistencial os leitos de observação vermelhos para pacientes graves, que funcionam como retaguarda de observação às demanda de terapia intensiva da rede, possibilitando a manutenção do paciente sob cuidados intensivos, até seu direcionamento definitivo para leito de internação em unidade de terapia intensiva, além da ampliação de leitos de terapia intensiva, notadamente no que diz respeito a linha de cuidado prioritária do Ministério da Saúde, cérebro vascular da rede

de urgência, trazendo um atendimento diferenciado e uma retaguarda de observação mais resolutiva, suprindo uma lacuna na AP 4.0 que é a intervenção de urgência no trauma craniano dentro da linha prioritária de cuidado cerebrovascular.

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.

Tendo como base as portarias do Ministério da Saúde - MS 1.600 de 07 de julho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, 2.648 de 07 de novembro de 2011 que redefine as diretrizes para a implantação do componente unidade de pronto atendimento – UPA, 2.395 de 11 de outubro de 2011 que organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às urgências e 4.279 de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde com o conceito de Redes de Atenção à Saúde – RAS, onde:

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS, são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Salientando que a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.
RAS - Síntese:
1) Objetivo: promover a integração sistêmica, de ações e serviços de
saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.
2) Característica: formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e conômicos.
3) Fundamentos:
a)Economia de Escala (ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados), Qualidade (A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança; efetividade; centralidade na pessoa; pontualidade; eficiência, e equidade) , Suficiência (significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população), Acesso (ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado) e Disponibilidade de Recursos (Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados).
b)Integração Vertical e Horizontal, conceitos que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas. Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo). Integração Horizontal - consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e

serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).
c)Processos de Substituição, são definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo
certo.
d)Região de Saúde ou Abrangência, a organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.
e)Níveis de Atenção, fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

A Coordenação Operacional Regional de Emergência - CORE Barra com sua expansão de leitos de observação vermelha com suporte para pacientes graves, de leitos de terapia intensiva dentro da linha de cuidado prioritária cerebrovascular e sua transversalidade de CORE, vai integrar, interagir-se com os demais serviços, dando suporte ao atendimento dos pacientes com quadros agudos atendidos em todas as portas de entrada do serviço de saúde, compondo a rede regional de assistência e atenção a saúde e as urgências, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, cada um deles sendo um elo da corrente de manutenção da vida.

A concretização e tangibilização da transversabilidade do CORE dar-se-á pelo trânsito e intercâmbio físico, no ambiente de urgência e emergência, de materiais, insumos, equipamentos, procedimentos e recursos humanos entre as unidades da rede, contemplando em pontualmente algumas diretrizes preconizadas na portaria MS 1.600 de 07 de julho de 2011, que textualmente "VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde."

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. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas.
A CORE Barra vai ser capaz de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves – Portaria 2.048 de 5 de novembro de 2002. Ampliando o acesso e

acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; garantindo a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes); regionalizando o atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; humanizando a atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; implantando modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clinicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado; articulando e integrando os diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção; atuando no território, definindo e organizando as regiões de saúde e as redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; atuando de forma profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde; monitorando e avaliando a qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção; articulando de forma interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada; estimulando a participação e controle social dos usuários sobre os serviços; fomentando coordenando e executando projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos; estabelecendo a regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e qualificando a assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização – Portaria 1.600, de 07 de novembro de 2011.

A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, na busca da modernização do setor de saúde do Município, traçou como objetivo principal iniciar uma nova fase na oferta de serviços de saúde à população, através da reestruturação de sua rede de saúde, de acordo com as necessidades e fragilidades de cada área da cidade, tendo como importante coadjuvante a Coordenação Operacional Regional de Emergência, componente de um conceito moderno de transversalidade/horizontalidade e estruturação das ações de suporte de urgência e emergência.

A CORE Barra é unidade pública, do SUS, com um sistema complexo assistencial, que tem como atividade-fim o atendimento ao usuário do SUS e exclusivamente do SUS, que necessite de cuidados de saúde de urgência, necessitando para o seu adequado funcionamento, de apoio administrativo e técnico para execução de suas finalidades gerenciais e assistenciais, tais como logística e abastecimento, gerenciamento de pessoas, faturamento, informação, etc..

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência elaborou o presente 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 e a execução de atividades de serviços de saúde por intermédio de contrato de gestão com indicadores e metas no CORE Barra, nova unidades de saúde da rede municipal, construindo em conjunto com as demais unidades de saúde a rede de assistência à saúde e às urgências.

3. OBJETO

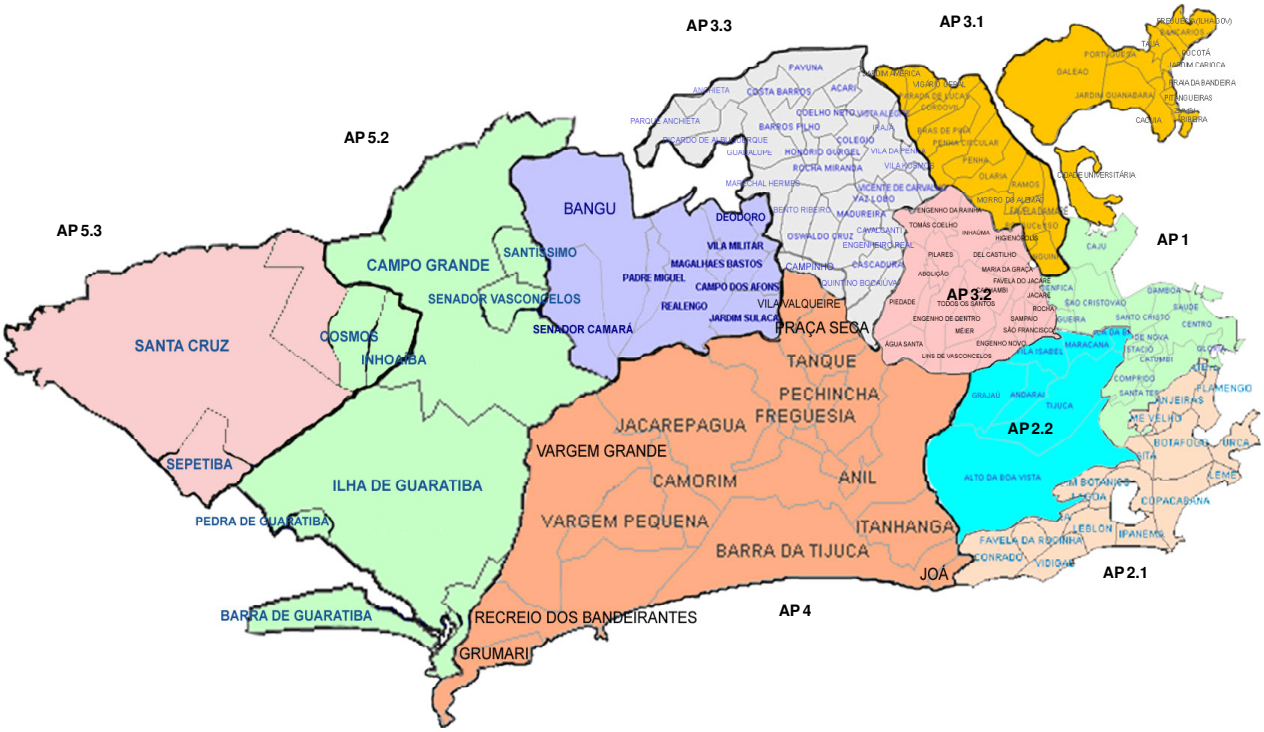
O presente Projeto Básico visa contemplar as necessidades essenciais para o efetivo acolhimento, atendimento e assistência aos pacientes da região da 4.0 e demais AP, dentro da lógica de construção da rede de assistência, interagindo e articulando-se através de pactuações e da regulação com a atenção primária, coma a atenção ambulatorial especializada e com a rede hospitalar.

O desenvolvimento de todas as ações assistenciais e de urgência e emergência, exclusivamente aos usuários do SUS, será executado através da contratação por contrato de gestão, de Organização Social, para o gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde para a CORE Barra com sua retaguarda de leitos de observação vermelha com suporte para pacientes graves, de leitos de terapia intensiva dentro da linha de cuidado prioritária de urgência cerebrovascular e sua transversalidade de CORE. Garantindo assim, assistência adequada, contínua, integral e humanizada aos pacientes com conseqüente e organizada referência para os diversos níveis de atenção.

Para a oferta dos relevantes serviços de saúde a serem prestados por essa nova unidade se faz necessário a realização de contrato de gestão, a ser prestado quando da abertura da unidade após o término das obras de construção. Não havendo como acrescer esta nova unidade com demanda de material, equipamentos, pessoal e mobiliário a já sobrecarregada estrutura assistencial de saúde da SMSDC, nas demais AP da Cidade.

As bases para o planejamento estão relacionadas às necessidades da população da Cidade, adequando-as as necessidades de recursos humanos, materiais e de serviços, para sustentar todos os níveis de complexidade das diversas atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CORE Barra.**

4. ABRANGÊNCIA



CORE Barra Av. Ayrton Senna, 2.000 – Barra da Tijuca na AP 4.0.

O perfil epidemiológico da Cidade não difere muito do perfil epidemiológico do restante do país, com óbitos ocorrendo ainda por doenças crônicas agudizadas e pelo crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito.

Perfil da Cidade do Rio de Janeiro

Mortalidade Geral
O Sistema de Informações de Mortalidade – SIM, anteriormente de responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil - SESDEC-RJ, passou a ser gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) em 1995.
As informações aqui apresentadas, referentes aos anos de 2000 a 2006, tratam de período em que o gerenciamento do SIM já se encontrava na esfera municipal. Seguindo a proposta de descentralização da SMS-RJ, o SIM foi descentralizado para as 10 Áreas de Planejamento da cidade a partir de 2005.
Em todos os anos abordados, foram trabalhadas as informações referentes a Óbitos de Residentes no Município do Rio de Janeiro, visando traçar um perfil dos óbitos para cada uma das AP e para a cidade, ao longo destes anos.
As taxas de mortalidade foram calculadas por 100.000 habitantes, e foram expressas em gráficos por conjuntos de AP, incluindo sempre a média do município do Rio de Janeiro. O

agrupamento de AP foi feito considerando a localização geográfica e as características semelhantes.
Não foram feitas padronizações de taxas, portanto será preciso considerar, na análise, a composição diferente da população das diversas AP. As Áreas de Planejamento 2.1, 2.2, 3.2 e 1.0 apresentam maior percentual de população idosa, por isso apresentam também as maiores taxas de mortalidade.
As sete principais causas de morte na cidade do Rio de Janeiro, ao longo destes anos analisados, foram:

- Doenças Cardiovasculares
- Neoplasias
- Causas Externas
- Doenças do Aparelho Respiratório
- Causas Mal Definidas
- Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
- Doenças Infecciosas e Parasitárias

Dentre estas serão detalhadas aquelas ligadas as condições crônicas agudizadas e as causa externas, mais impactantes as portas de entrada dos serviços de emergência e importantes para a organização da Rede de atenção a saúde e as urgências.
Doenças Cardiovasculares
Nas AP com a estrutura etária mais jovem (4.0, 5.1, 5.2 e 5.3 principalmente), as taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares são menores pela ocorrência preferencial destas nas faixas etárias mais elevadas.
No grupo das Doenças Cardiovasculares destacam-se as Doenças Isquêmicas do Coração e as Doenças Cerebrovasculares, e em ambas foram considerados os óbitos acima de 40 anos, que é a faixa etária predominante de ocorrência destes casos. Observa-se que as Doenças Isquêmicas são a principal causa dentro do capítulo das Doenças Cardiovasculares.
Observando-se que, no conjunto das AP 3, as Doenças Isquêmicas se destacam na AP 3.2, onde a estrutura etária é mais elevada.
A AP 5.3 tem a taxa de mortalidade mais elevada por Doenças Cerebrovasculares dentre as AP da Zona Oeste. Cabe questionar problemas de acesso à assistência, ou ainda pontuar as alterações de curvas entre a AP 5.3 e a AP 5.2 que pode apontar para problemas de identificação de endereço.
Causas Externas
As Causas Externas encontram-se entre as três primeiras causas de morte na cidade ao longo destes anos.
A AP 1.0 foi a área que apresentou as taxas mais elevadas de óbitos por Causas Violentas.
Dentre as violências destacam-se os homicídios e os acidentes. Nos homicídios foram selecionados os óbitos ocorridos entre 15 e 39 anos, faixa etária mais suscetível a este agravo.
Os homicídios predominaram nas áreas 1.0 e 3.3. Nas AP 2.1, 2.2 e também na 4.0 apresentaram-se abaixo da média do município, o que pode representar, tanto questões da faixa etária – população mais idosa (homicídios foram calculados para faixa etária de 15 a 39 anos), quanto uma menor incidência de violências nestas áreas.
A análise dos óbitos por Homicídios deve considerar áreas de maior vulnerabilidade, como as áreas de ocupação subnormal, que tem uma população residente mais exposta ao risco e de faixa etária mais jovem.
Os óbitos por Acidentes de transporte foram calculados considerando a população em geral, sem especificação de faixa etária ou sexo.
A área que apresentou a maior taxa de mortalidade por acidentes de transporte foi a AP 1.0. As menores taxas apareceram nas AP 2.1 e 2.2. Porém, de uma maneira geral,
os óbitos por acidentes de transporte tiveram uma apresentação bastante heterogênea nas AP ao longo do período analisado. Isto pode demonstrar a dificuldade de captação da

informação destes eventos, com momentos de maior ou menor possibilidade de esclarecimento da intencionalidade junto a outras bases de dados.
A AP 3.1 tem estrutura populacional relativamente mais jovem entre as AP 3 o que pode explicar as taxas mais baixas para as Doenças Cardiovasculares e Neoplasias, com padrão semelhante às áreas da zona oeste. Em relação às Causas Externas, a AP 3.1 apresentou menores taxas em relação as demais áreas da área 3 como um todo. Isto pode ter ocorrido em virtude de problemas de registro de endereço de residência.

5. PRODUTO

A prestação de serviços abrange a contratação de recursos humanos, de serviços, a aquisição de material permanente, insumos e medicamentos e a programação visual da unidade CORE Barra, ou seja, todos os recursos necessários para assegurar a assistência humanizada e resolutiva no âmbito da porta de entrada de urgência e emergência, dos leitos de observação vermelha com suporte para pacientes graves, dos leitos de observação amarela, dos leitos de terapia intensiva para suporte a e da transversalidade/horizontalidade de CORE, exclusivamente aos usuários do SUS que serão acolhidos e assistidos em suas diversas demandas de saúde pela CORE Leblon, nas 24h do dia, todos os dias da semana, incluindo sábados domingos e feriados.

Em decorrência da execução do objeto espera-se garantir à população da Cidade e da região da AP 4.0, um acolhimento e uma assistência eficiente e segura, agilizando o atendimento dos casos graves e redirecionando de forma ordenada e responsável os casos sem gravidade, não sobrecarregando a rede assistencial da área de forma desordenada. Para tal, a CORE Barra se integra e passa a fazer parte da rede assistencial da Cidade e da região da AP 4.0.

A Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergência – área técnica da SMSDC, responsável pelo acompanhamento e execução técnica assistencial do presente Projeto Básico fará a coordenação de todas as ações gerenciais e assistenciais da CORE quando do atendimento à população. A Subsecretaria de Gestão fará o acompanhamento da prestação de contas e da execução financeira do contrato de gestão.

A unidade compreendida no presente Termo de Referência é a Coordenação Operacional Regional de Emergência - CORE Barra com sua porta de entrada de emergência, seus leitos de observação vermelha com suporte para pacientes graves, seus leitos de observação amarela, seus leitos de terapia intensiva e sua transversalidade de CORE.

5.1 Coordenação Operacional Regional de Emergência - CORE Barra

5.1.1 CORE Barra

Estrutura horizontal com 1 pavimento, que abrigará o CORE Barra no seu componente porta de entrada de emergência com seus leitos expandidos de sala vermelha para suporte a pacientes graves e a retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva, para alinha de cuidados prioritários cerebrovascular, de acordo com o anexo

6. ATIVIDADES

As atividades assistenciais da CORE Barra com seus leitos de observação vermelha com suporte para pacientes graves, seus leitos de observação amarela, seus leitos de terapia intensiva e sua transversalidade de CORE, serão executadas, nas 24h do dia, todos os dias da semana, inclusive sábados, domingos e feriados.

6.1 Coordenação Operacional Regional de Emergência Barra com retaguarda de Leitos de Unidade Fechada de Terapia Intensiva

A CORE Barra é porta de entrada de emergência, ordenando junto com as UPA e 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, UPA, pré-hospitalar móvel ou Programa de Atenção Domiciliar), que ficarão em observação nas salas amarelas ou vermelhas ou serão internados pela regulação em vaga zero ou não, para resolução ou seguimento de seus quadros agudos. E na transversalidade/horizontalidade das ações assistenciais de urgência e emergência para a rede, a CORE poderá a critério técnico assistencial, conjunto da SUBHUE com a regulação, disponibilizar recursos materiais e humanos pertinentes para atuarem em outras unidades da rede que se fizerem necessários, sempre no sentido de levar, ao paciente com quadro agudo, acolhimento e intervenção adequados e necessários ao agravo apresentado, proporcionando o melhor atendimento possível, dentro do menor tempo possível e da maneira mais otimizada possível, pela rede de urgência e emergência da Cidade e da região.

A CORE estará diretamente ligada à Central de Regulação. Sua porta de entrada de urgência, seus leitos de estabilização e observação de pacientes graves adulto e pediátrico (sala vermelha), de observação adulto e pediátrico (salas amarelas) e sua retaguarda de unidade fechada de UTI, serão capazes com seu potencial técnico e assistencial de acolher, estabilizar, manter estáveis e dar continuidade à assistência (retaguarda da rede de urgências), dentro da lógica prioritária de inovações tecnológicas, os pacientes com quadros agudos graves ou não, que tenham apresentado instabilidade orgânica clínica ou traumática. 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. Seus leitos de terapia intensiva estarão regulados para a rede de atenção à saúde de urgência ou não, segundo o que preconizam as Portarias do Ministério da Saúde 4.279 de 2010 e 1.600 de 2011. Toda a demanda de saída da CORE 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.

6.1.1 Para a organização das ações assistenciais da emergência e da retaguarda de unidade fechada de Terapia Intensiva, foram definidas as seguintes estratégias assistenciais básicas:

A) Acolhimento com classificação de risco na porta de entrada, integrante da humanização da atenção, garantindo um modelo de atenção efetivamente baseado no usuário e em suas necessidades de saúde;
B) Atendimento de emergência;

C) Acompanhamento e avaliação dos pacientes em observação nas salas amarelas e vermelha, tanto adulto quanto pediátrica da CORE Leblon e dos leitos de unidade fechada de terapia intensiva;
D) Solicitações de internação, transferência;
E) Realização de exames e procedimentos de alta, média e baixa complexidade;
F) Emissão de AIH;
G) Atividades atinentes a regulação dos pacientes atendidos, tais como preenchimento de documentos, contato com Central Municipal de Regulação;
H) Referência garantida de retaguarda e acolhimento aos casos agudos demandados dos serviços de saúde em todos os pontos de atenção que necessitem de seguimento de urgência e emergência de maior complexidade;
I) Referência regulada de retaguarda a Rede de Atenção às Urgências, como os leitos de terapia intensiva, dando continuidade ao cuidado;
J) Protocolos clínico assistenciais e de procedimentos administrativos;
K) Organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos e condições, além da análise de situação de saúde como subsídio á identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ação;
L) Gestão baseada em resultado, gestão clínica, com aplicação de tecnologias de gestão para assegurar padrões clínicos ótimos; aumentar a eficiência; diminuir os riscos para os usuários e profissionais; prestar serviços efetivos e melhorar a qualidade da atenção à saúde e gestão de caso. Aliando-se a lógica assistencial de atenção às urgências e atenção à saúde, usar o mecanismo de gestão clínica visando a qualificação do cuidado, a eficiência de leito, a organização dos fluxos e processos de trabalho e integrar-se e complementar a equipe de referência de responsabilização e acompanhamento dos casos do vizinho e coadjuvante Hospital Municipal Lourenço Jorge;
M) Auditoria clínica;
N) Participação social;
O) Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes e componentes da assistência;
P) Utilização de sistemas logísticos e de tecnologia da informação, possibilitando a articulação e integração aos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde que efetivamente atendam as necessidades dos usuários, tendo e mantendo conectividade entre os diferentes pontos de atenção, gerando relatórios assistenciais demandados pela SMSDC e que possibilitem e orientem a tomada de decisão;
Q) Atuação junto a SBHUE na definição e organização territorial das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde, riscos e vulnerabilidades das populações;
R) Participar e fomentar junto a SUBHUE a execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades de urgência coletiva decorrentes de eventos de massa e eventos com múltiplas vítimas;
S) Transporte inter-hospitalar dos pacientes da CORE Barra, que necessitem de continuidade dos cuidados e que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção as urgências, sendo o transporte devidamente regulado;
T) Transversalidade em outras unidades da rede, ou seja, o CORE poderá a critério técnico assistencial conjunto da SUBHUE com a regulação, disponibilizar recursos materiais e humanos pertinentes para atuarem em outras unidades da rede que se fizerem necessários;
U) Internação em leito de terapia intensiva e de perfil de cuidado coronariano.

V) A qualidade da resolutividade da atenção constituem a base do processo assistencial de toda a rede de Atenção as urgências e devem ser requisitos da CORE Leblon com retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva;

6.1.2 Com base nesta organização, a contratada deverá prever todas as necessidades de contratação e aquisição de serviços para prestação da assistência prevista nesta convocação pública, no que tange as ações assistenciais de urgência e emergência da coordenação operacional Regional de emergência – Barra e da retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva, com a garantia de que a estrutura disponibilizada atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, objeto do presente contrato.

Serviços a serem contratados:

a) Contratação de Recursos Humanos administrativos e assistenciais (profissionais de saúde e de apoio às atividades de urgência e emergência e de apoio as atividades da unidade fechada de terapia intensiva);
b) Aquisição de Material Permanente (mobiliário hospitalar e equipamentos);
c) Aquisição de Insumos (material médico-cirúrgico, rouparia, outros)
d) Aquisição de Medicamentos e materiais de consumo;
e) Serviços de apoio à diagnose e terapêutica – SADT;
f) Contratação de serviços de apoio (vigilância, alimentação, limpeza, recolhimento de lixo especial, lavanderia, rouparia).
g) Contratação de serviço de transporte inter-hospitalar, ambulância tipo D, de acordo com o preconizado na Portaria MS/GM 2.048 de 2002. Sendo que o serviço de ambulância a ser contratado pode ser somente ambulância tipo D com motorista e a tripulação da viatura pode ser feita pelos profissionais da CORE

6.1.3 A formatação do serviço deverá prover os recursos humanos e materiais para garantir uma demanda mínima de 600 atendimentos/dia entre acolhimento, consultas e procedimentos médicos e de enfermagem ou 450 atendimentos médicos em 24 horas, fora o acolhimento, consultas de enfermagem, procedimentos médicos e de enfermagem, para atender as emergências traumáticas, clínicas e psiquiatrias; além da operacionalização assistencial de:

a) 04 leitos de observação pediátrica – sala amarela pediátrica.
b) 19 leitos de observação adulto – sala amarela adulto.
c) 14 leitos de estabilização – sala vermelha.
d) 2 Leitos de observação individual.
e) 10 leitos de terapia intensiva adulto.

6.1.3.1 Os leitos de unidade fechada de terapia intensiva da CORE Barra, e todos seus leitos de retaguarda receberão suporte de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em sua demanda de alta complexidade, naqueles que o CORE não dispor de estrutura ou equipamentos como Centro Cirúrgico, Tomografia e outros, do Hospital Municipal Lourenço Jorge, vizinho ao CORE Barra e que por força da continuidade do cuidado bem como das linhas de cuidado a este será fisicamente interligado.
6.1.3.2 Os leitos de unidade fechada de terapia intensiva do CORE comporão prioritariamente a atenção de retaguarda a urgência traumática cerebral, bem como a linha de cuidado prioritária cerebrovascular do Ministério da Saúde, no que diz respeito ao AVC.

6.1.3.3 O desenho operacional assistencial deverá se fundamentar na legislação em vigor do Ministério da Saúde.

6.2 Mobiliário e Equipamentos para a CORE Leblon e retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva

Caberá a contratada a responsabilidade de aquisição de todos os itens necessários ao funcionamento assistencial da CORE Barra com retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva de retaguarda ao trauma cerebral e a linha de cuidado cerebrovascular, bem como a contratação de todos os serviços que permitam a operacionalização da assistência. Os equipamentos e mobiliários adquiridos pela contratada passarão a integrar o patrimônio das Unidades de Saúde, sendo de propriedade do município do Rio de Janeiro.

6.3 Exames de SADT para a CORE Barra com retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva

6.3.1 Exames SADT para a CORE Barra, componente porta de entrada de emergência e observação vermelha e amarela:

SADT compatível com o perfil de atendimento e com o objeto do serviço a ser prestado.

6.3.2 SADT para a Unidade Fechada UTI da CORE Barra

6.3.2.1 Os exames para os pacientes internados nas unidades fechadas – UTI, estão considerados dentro das internações e deverão ser realizados todos os exames previstos na tabela SUS.

6.3.2.2 O suporte de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em sua demanda de alta complexidade, naqueles que o CORE não dispor de estrutura ou equipamentos como Centro Cirúrgico, Tomografia e outros, será disponibilizado pelo Hospital Municipal Lourenço Jorge.

6.4 Produção da Unidade fechada de terapia intensiva da CORE Leblon

A produção da Unidade fechada de terapia intensiva deve estar de acordo com a tabela abaixo:

Especialidade	Leitos[a]	Taxa Ocup[b]	TX Perm[c]	Saídas/ Ano[d]	Saídas/ mensal[e]
Unidades Fechadas					
CTI Adulto	**10**	**95%**	**10**	**347**	**29**
Total					

Memória de cálculo: **Saídas/ano(d) = (a X b) X (365/c)**

Saídas/mensal (e) = d/12

7 FORMA DE APRESENTAÇÃO DA PRODUÇÃO

7.1 Visando o acompanhamento e avaliação do TERMO DE REFERÊNCIA e o cumprimento das atividades estabelecidas para A CONTRATADA na ATIVIDADE ASSISTENCIAL, a contratada deverá encaminhar mensalmente, até o 5º dia útil, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela unidade CORE Barra com a retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva, as mesmas devem ser encaminhadas por meio eletrônico (disco gravado/ "CD" e correio eletrônico para endereço da SMSDC a ser informado após a assinatura do contrato) e por meio impresso, com o devido ofício referenciando e mencionando as demais modalidades de envio. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através de formulários padronizados da SMSDC-RJ e através dos registros nas AIH - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais.

7.1.1 A SMSDC poderá, deverá ter acesso ao sistema informatizado utilizado pela Contratada para permitir um melhor acompanhamento da produção e efetiva fiscalização. Este acesso poderá ser através de senha para acesso direto ao sistema ou por meio de um software integrador.

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

7.1.3 Será realizada por parte Comissão Técnica de Avaliação das unidades CORE Leblon com a retaguarda de unidade fechada de terapia intensiva da SMSDC-RJ, a avaliação a cada período de três meses (trimestral) dos indicadores e metas do trimestre findo, para a avaliação e pontuação dos indicadores que condicionam o valor de pagamento da variável de 5% do valor do contrato, tal avaliação poderá gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subseqüentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelas CORE. O envio dos dados deverá ser mensal para facilitar o acompanhamento e consolidado e enviado a cada três meses.

7.1.4 Ao final dos 12 meses do contrato, a SMSDC procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela CONTRATADA verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas no presente Termo de Referência. Desta análise, poderá resultar uma repactuação das quantidades assistenciais estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao contrato de gestão, na forma e limites estabelecidos em lei. Esta análise não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao contrato de gestão vigente em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela CONTRATADA e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se a SMSDC-RJ, a seu critério, entender que condições e/ou ocorrências excepcionais incidem de forma muito intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

7.1.5 Todos os bens permanentes adquiridos deverão vir especificados nos relatórios mensais (Consideram-se materiais permanentes aqueles que, em razão de seu uso corrente, não perde a sua identidade física, e/ou tem durabilidade superior a dois anos), com as respectivas copias das notas ficais e o local de uso dos mesmos dentro da unidade. Devem ser enviados também, todos os contratos de serviços assinados por ambas as partes.

7.2 Indicadores da CORE Barra

7.2.1 Atendimento ao usuário

7.2.1.1 Percentagem de pacientes atendidos por médico

Objetivo: identificar necessidade e prioridade do paciente

Meta: ≥ 95%

Fórmula: Número de atendimentos médicos

Numero Total de pacientes Acolhidos

Numerador: número de atendimentos médicos

Denominador: Total de pacientes acolhidos

7.2.1.2. Índice de absenteísmo por categoria profissional.

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de satisfação dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

Meta: 3%

Fórmula: Horas líquidas faltantes X 100

Horas liquidas disponível

Numerador: Horas líquidas faltantes = total de horas faltantes, licenças de saúde acima de 15 dias (exceto férias e licença maternidade).
Denominador: Horas líquidas disponíveis = total de horas brutas mensal (jornada contratual), exceto o repouso remunerado.

7.2.1.3. Tempo Médio de espera entre a classificação de risco do enfermeiro e o atendimento médico.

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida

Meta: Pacientes classificado Vermelho: ≤ 15 minutos

Pacientes classificado Amarelo: ideal 30 minutos

Pacientes classificado Verde: 1 hora

Pacientes classificado Azul: até 24h ou redirecionado a rede de atenção primaria.

7.2.2. Desempenho Assistencial

7.2.2.1. Taxa de Mortalidade Avaliada na unidade de Emergência.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos no setor de emergência.

Meta: 5%

Formula: Número de óbitos X 100

Numero de altas

Numerador: Número de óbitos – total de pacientes que tiveram alta por óbito.
Denominador: Número total de pacientes que tiveram alta no período.

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 no Serviço de Urgências e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos), assim como durante as transferências internas.

7.2.2.2. Tempo de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes.

Meta: Nenhum paciente mais de 24h.

Formula: Σ Número de pacientes / dia

Número de altas

Numerador: Σ Nº de Pacientes/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.

Denominador: Número total de pacientes que tiveram alta no período analisado.

Todo paciente que necessitar permanecer mais de 24 horas deve ser inserido no Sistema de Regulação do Município em leito de internação, a UPA não é unidade hospitalar, portanto não interna. Caso algum paciente permaneça mais de 24h em observação, a justificativa deve ser apontada.

7.2.2.3. Tempo para realização de procedimento cirúrgico do paciente de urgência cirúrgica com comorbidades.

Objetivo: Medir o tempo de permanência do paciente cirúrgico Com morbidade no setor de emergência.

Meta: Máximo de 48 horas

Formula: ∑ Número de pacientes cirúrgico com morbidade / dia
Número de altas de pacientes cirúrgico com morbidade

Numerador: ☐ Nº de Pacientes cirúrgicos com morbidade/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.
Denominador: Número total de pacientes cirúrgicos com morbidade que tiveram alta no período analisado.

7.2.2.4. Tempo para Realização de procedimento cirúrgico do paciente de urgência cirúrgica sem comorbidade. .

Objetivo: Medir o tempo de permanência do paciente cirúrgico Sem morbidade no setor de emergência.

Meta: Máximo de 24 horas

Formula: ∑ Número de pacientes cirúrgico sem morbidade / dia
Número de saídas de pacientes cirúrgico sem morbidade

Numerador: ☐ Nº de Pacientes cirúrgicos sem morbidade/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.
Denominador: Número total de pacientes cirúrgicos sem morbidade que tiveram alta no período analisado.

7.2.2.5 Média de Permanência na UTI Adulto Retaguarda

Objetivo: Medir o tempo médio que um paciente permanece internado na UTI.

Meta = 5,5 dias

Formula = ∑ Número de pacientes / dia

Número de altas

NUMERADOR: ∑ Nº de Pacientes/dia (total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia do período analisado)

DENOMINADOR: Número total de pacientes que tiveram alta no período analisado

7.2.2.6 Mortalidade ajustada pela Gravidade em UTI adulto

Objetivo: Medir a mortalidade na UTI ajustada pela gravidade.

Meta = SMR ≤ 1

Formula: APACHE II ou SAP3

7.2.3. Eficiência

7.2.3.1 Percentual de BAE dentro do padrão de conformidades.

Objetivo: medir o percentual de prontuários organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas

Meta: 90%

Formula: Total de BAE dentro do padrão de conformidades
Total de BAE analisados

Numerador: Total de BAE organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas no período.
Denominador: Total de BAE analisados no período.

Cabe a comissão de revisão de prontuários/BAE a análise, na qual deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento

7.2.3.2. Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnostico de AVC que foram submetidos a Tomografia Computadorizada (TC).

Meta: 100%

Formula: Total de pacientes com AVC que realizaram TC
Total de pacientes com diagnóstico de AVC

Numerador: Total de pacientes com diagnostico de AVC que realizaram TC no período.
Denominador: Total de pacientes com diagnostico de AVC no período.

7.2.3.3. Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.

Objetivo: medir a taxa de adesão dos pacientes com diagnostico de IAM com supra de ST que foram submetido a Trombólise via periférica.

Meta: 80%

Formula: Total de pacientes IAM com Supra de ST Trombolisados
Total de pacientes com diagnóstico de IAM com Supra de ST

Numerador: Total de pacientes com diagnostico de IAM com Supra de ST que receberam Trombolítico em veia periférica no período.
Denominador: Total de pacientes com diagnostico de IAM com Supra de ST no período.

7.2.3.4 Índice de Infecção da Corrente Sanguínea relacionada a Cateter venoso Profundo.

Objetivo: Medir o índice de infecções na corrente sangüínea em pacientes que utilizaram cateter venoso central (CVP)

Meta ≤ 10/1000

Formula = Total de Infecções na corrente sangüínea com inicio em período considerado em pacientes submetidos a CVP
---x 1000
Total dias de todos os pacientes que permaneceram com CVP no período considerado

7.2.3.5.Índice de Pneumonia Associada a ventilação Mecânica (VAP Precoce)

Objetivo: Medir o índice de pneumonia associada a ventilação mecânica em menos de 5 dias.

Meta ≤ 8/1000

Fórmula = Total de pneumonias em pacientes com VAP com início em período considerado
--- x 1000
Total de dias de todos ao pacientes em ventilação mecânica no mesmo período analisado

7.2.3.5 Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepse

Objetivo: medir a taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado, nos pacientes portadores de SEPSE

Meta: ≤ 2 horas

Formula: Total de antibióticos infundidos em um tempo ≤ 2 horas na SEPSE
Total de antibióticos prescritos nos pacientes com SEPSE

Numerador: Total de antibióticos administrados no período ≤ há 2 horas no paciente com diagnostico de SEPSE no período.
Denominador: Total de antibióticos prescrito no paciente com diagnostico de SEPSE no período.

7.2.4 A parcela variável será avaliada através dos 15 (quinze) indicadores e metas de produção, estabelecidos pela SMSDC na tabela abaixo. Com relação ao indicador atendimento ao usuário, cada um dos de seus componentes, num total de 3

componentes tem um valor a ser considerado para o repasse se alcançado, somados, corresponderão a 16% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada. Com relação ao indicador desempenho assistencial, cada um dos seus 5 componentes tem um valor a ser considerado para o repasse se alcançado, somados, corresponderão a 48% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada. Com relação ao indicador eficiência, cada um de seus componentes, num total de 6 componentes, tem um valor a ser considerado para o repasse, se alcançado, somados, corresponderão a 36% do total da variável de 5% do valor do contrato a ser repassada. Cada um dos componentes de meta que não for alcançado será descontado (vide valor individual na tabela abaixo) dos 5% do valor do contrato a serem repassados. Para receber os 100% dos 5% do valor do repasse, a contratada terá que alcançar as metas relativas aos 15 indicadores avaliados.

Período de Apuração	1º mês	2º ao 12º mês
Atendimento ao Usuário (indicador)		
Percentagem de pacientes atendidos por médico	5,5%	5,5%
Tempo Médio de espera entre a classificação de risco do enfermeiro e o atendimento médico	5,5%	5,5%
Índice de absenteísmo por categoria profissional	5,0%	5,0%
TOTAL	16%	16%
Período de Apuração	1º mês	2º ao 12º mês
Desempenho Assistencial		
Taxa de Mortalidade Avaliada na unidade de Emergência.	8,0%	8,0%
Tempo médio de permanência de observação da emergência.	8,0%	8,0%
Tempo para realização de procedimento cirúrgico do paciente de urgência cirúrgica com comorbidades.	8,0%	8,0%
Tempo para Realização de procedimento cirúrgico do paciente de urgência cirúrgica sem comorbidade.	8,0%	8,0%
Tempo médio de permanência na UTI	8,0%	8,0%
Mortalidade ajustada pela gravidade em UTI adulto	8,0%	8,0%
TOTAL	48%	48%
Período de Apuração	1º mês	2º ao 12º mês
Eficiência		
Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidade.	6,0%	6,0%
Percentagem de tomografias realizadas em pacientes com AVC.	6,0%	6,0%
Percentual de Trombólise realizadas no tratamento do IAM com supra de ST.	6,0%	6,0%
Indice de infecção na corrente sanguínea em pacientes que utilizaram cateter venoso central	6,0%	6,0%
Índice de pneumonia associada a ventilação mecânica	6,0%	6,0%
Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepse	6,0%	6,0%
TOTAL	36%	36%

TOTAL GERAL DOS INDICADORES	100%	100%

As fórmulas listadas acima devem ser utilizadas para os cálculos dos indicadores.

Todos os indicadores listados na tabela acima tem a periodicidade mensal. A SMSDC-RJ, poderá, a seu critério, estabelecer novas metas a serem seguidas pela contratada, a qualquer momento.

Após a assinatura do contrato a contratada deverá fazer um plano de aplicação da parcela variável e submete-lo a SMSDC para aprovação, revisão ou desaprovação parcial ou total.

8. PRAZO

8.1 Após dois meses de implantação, conforme cronograma financeiro, a OS contratada deverá dar pleno início de todas as atividades constantes do objeto do presente edital.

8.2 Todos os itens constantes da avaliação de indicadores e metas devem estar implantados logo na primeira semana de início das atividades, para não interferir na mensuração mensal e avaliação trimestral dos indicadores e metas.

8.3 A CORE Barra com leitos de unidades fechadas e a CORE/UPA Barra vão funcionar como já descrito neste termo de referência, 24h por dia, 7 dias por semana, incluindo sábados, domingos e feriados.

8.4 Os relatórios constantes do item 7, devem ser apresentados até o 5º dia útil do mês subseqüente a prestação do serviço.

9.ESTIMATIVA DE CUSTOS

Descrição do Custeio Mensal CORE	
Serviços	R$ 361.200,00
Recursos Humanos	R$ 989.600,00
Manutenção equipamentos, mobiliário e material permanente	R$ 6.000,00
TOTAL	**R$ 1.356.800,00**
Equipamentos	**R$ 3.888.800,00**
Total com equipamentos	**R$ 5.245.600,00**

10. QUALIFICAÇÃO

10.1 Comprovação de experiência anterior, pertinente e compatível com os serviços a serem executados, através de atestado(s) fornecido(s) por pessoas jurídicas de direito público (que não seja a proponente), indicando local natureza, volume, período de atuação (especificando a quantidade de dias, meses e anos ou a data de início e fim da prestação de

serviço) e qualidade que permitam avaliar o desempenho da entidade, devendo especificar o porte da unidade de saúde, onde os serviços foram prestados com os seguintes parâmetros:

a. Comprovação de gestão de Unidade Hospitalar que possua leitos de terapia intensiva para pacientes adultos, em Municípios com população residente no ano de publicação deste Edital igual ou superior a 500.000 habitantes

b. Comprovação de experiência em gestão de serviços de saúde públicos.

c. As comprovações descritas nas letras "a" e "b" limitar-se-ão à demonstração, pela entidade, de sua experiência técnica e gerencial na área relativa à atividade a ser executada, ou pela capacidade técnica do seu corpo dirigente e funcional, conforme previsto no §2º do Inciso III do art.14 do Decreto Municipal nº 30.780/09.

10.2 Possuir protocolos e procedimentos que já tenham sido desenvolvidos em Unidades Hospitalares com o perfil descrito acima devidamente comprovados pelos responsáveis técnicos e administrativos das respectivas áreas, dos tópicos a seguir:

10.2.1 Regimento Interno do Hospital.

10.2.2 Rotinas dos procedimentos por serviços.

10.2.3 Padronização de Medicamentos

10.2.4 Padronização de Material

10.2.5 Procedimentos operacionais padrão referentes aos seguintes processos: Internação; SADT, Suprimentos e Logística, incluindo o protocolo para compras e contratação de serviços e de pessoal.

10.2.6 Quanto aos protocolos, os mesmos não devem ser impressos. Serão anexados a proposta por meio de mídia eletrônica – CD. Devendo o arquivo eletrônico ter um índice que facilite a busca dos protocolos para serem analisados e tenha a fonte de origem informada, mesmo que seja da própria proponente.

10.3 Comprovação de possuir em seu quadro no mínimo 01 (um) profissional, através de contrato ou pela CLT, de nível superior com graduação ou especialização em gestão em saúde, com experiência comprovada através de atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado que comprovem ter realizado ou participado da Administração de Unidade Hospitalar ou Unidade de Saúde equivalente ou semelhante ao objeto do presente termo de referência. O referido profissional devem se manter atuantes e no quadro funcional profissional da contratada durante todo o período de vigência do contrato. Em caso de término de vínculo do profissional supracitado, o mesmo deve ser imediatamente substituído por profissional com igual perfil.

10.4 Todos os recursos humanos destinados as ações assistenciais e de apoio do presente termo de referência, devem estar de acordo com a legislação vigente e com as normas regentes de cada profissão ou atividade.

10.5 A primeira etapa para a contratação de Recursos Humanos inicia com o processo de recrutamento e seleção de pessoal, que deve ser norteado pelos eixos da formação técnica (profissionais devidamente registrados em seus respectivos Conselhos Profissionais) e todos sem exceção com experiência comprovada para exercer a atividade ou função a que se propõem.

10.6 A Organização Social deverá realizar o controle e a apuração da freqüência dos funcionários contratados por meio de Registro Biométrico de Ponto, conforme Decreto Municipal nº 33.536 de 25/03/2011.

11. SUPERVISÃO

11.1 A Coordenação e supervisão da prestação de serviço da CORE Leblon com retaguarda de leitos fechados e da CORE/UPA Barra são de competência da SUBHUE/SMSDC.

11.2 A Fiscalização da execução dos serviços da CORE Leblon com retaguarda de leitos fechados e da CORE/UPA Barra caberá à SMSDC-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.

11.3 A contratada se submeterá a todas as medidas, processos e procedimentos da Fiscalização. Os atos de fiscalização, inclusive inspeções pela SMSDC, 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.

12. ELEMENTOS DISPONÍVEIS

12.1 Portarias vigentes do Ministério da Saúde e legislação em vigor.

12.2 Material de Controle de Qualidade Hospital e SIPAGEH.

12.3 Planta baixa da CORE Barra com retaguarda de unidades fechadas de terapia intensiva.

Rio de Janeiro, 15 de março de 2012.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN
Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil