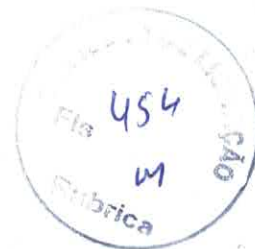




INSTITUTO ROSA BRANCA
Saúde é assim que se faz!



MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU-CE/CE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CHAMADA PÚBLICA Nº SS-CH003/2023

INSTITUTO ROSA BRANCA

CNPJ: 10.962.062/0001-38

ENVELOPE 2 - PROPOSTA TÉCNICA



INSTITUTO ROSA BRANCA
CNPJ: 10.962.062/0001-38 Telefone 21 37284264
Praça Marechal Floriano Peixoto, 259/2º andar - Centro - Itaboraí/RJ
Contato: institutorosabranca28@gmail.com; www.institutorosabranca.org

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE CHAMAMENTO PÚBLICO SS CH003/2023**



**PROPOSTA TÉCNICA PARA GERENCIAMENTO,
OPERACIONALIZAÇÃO, E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS
DE SAÚDE EM REGIME DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E
INTERNAÇÃO 24 HORAS NA UNIDADE HOSPITALAR -
MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**

INSTITUTO ROSA BRANCA

CNPJ: 10.962.062/0001-38 / Inscrição Municipal 1031701

**Praça Marechal Floriano Peixoto – 259 – 2º andar - Centro – Itaboraí –
RJ.**

CEP: 248.001-65 - TEL: 021 2533-1498

www.institutorosabranca.org

Contato: Anderson Farias Pinto – Diretor Presidente

Fone: (021) 9.9794 - 7540

institutorosabranca28@gmail.com





OBJETO

Contratação de entidade de direito, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social, na área de atuação de serviços de atenção à saúde, no âmbito do município de Senador Pompeu-CE, objetivando o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de urgência, emergência e internação 24 horas na unidade hospitalar - **MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL**, conforme as condições do termo de referência e seus anexos, e demais condições do edital de chamada pública nº.SS-CH003/2023.

Senador Pompeu, 30 de novembro de 2023.

Validade desta Proposta: 60 dias



SUMÁRIO

Fis 452
M
Subscrição

1. TÍTULO	8
A. INFORMAÇÕES DA PREPONENTE.....	9
1. Modelo de Gestão do Instituto Rosa Branca.....	9
2. Das Atividades Desenvolvidas Pelos Profissionais do Instituto Rosa Branca.	9
3. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde Gratuita.	11
4. Responsabilidade do Instituto Rosa Branca e Acompanhamento ao longo prazo do Contrato de Gestão:.....	13
5. Critérios Gerais para o Acompanhamento do Contrato de Gestão	16
6. Atribuições Assistenciais a Serem Implantados ou Modernizados Pela ROSA BRANCA:	22
B. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	25
1. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ASSISTENCIAL (C1)	34
1.1. ORGANOGRAMA	35
1.2. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS PARA ATENDER AO TERMO DE REFERÊNCIA E SEUS SUBITENS	37
1.2.1. Concepção das Redes de Atenção à Saúde	39
1.2.2. Articulação com as Redes de Saúde	41
1.2.3. Rede de Atenção às Urgências	45
1.2.4. Rede Cegonha e Boas práticas de atenção ao parto	46
1.2.5. Procedimentos, Rotinas e Fluxogramas propostos para a equipe de Enfermagem.	52
1.2.6. Protocolos assistenciais e para atendimento de urgência e emergência	122
1.3. ACOLHIMENTO E PARAMETROS VITAIS	159
1.3.1. Implantação do Serviço de Acolhimento com Classificação de Risco	159



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 3



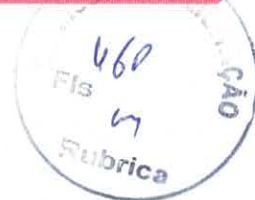
1.3.2.	ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE NA ORGANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM IDENTIFICAÇÃO DE RISCO	161
1.3.3.	Programa de Acolhimento Implantação do Processo Classificação de Risco	163
1.3.4.	MODELO DE PANFLETO ORIENTATIVO PARA OS PACIENTES E ACOMPANHANTES:	168
1.3.5.	OBJETIVOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	169
1.3.6.	PARAMETROS DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DO USUÁRIO	182
1.3.7.	AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DOR	184
1.3.8.	AVALIAÇÃO DA HEMORRAGIA	186
1.3.9.	AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	187
1.3.10.	AVALIAÇÃO DO AGRAVAMENTO CLÍNICO	188
1.3.11.	AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS	189
1.3.12.	CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS DE ACORDO COM A PROFUNDIDADE	190
1.3.13.	ALGORITMO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO ADULTO – PRIORIDADE ZERO ..	192
1.3.14.	PROPOSTA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA GESTANTE ..	193
1.4.	PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA	241
1.4.1.	Assistência Farmacêutica Hospitalar.....	242
1.4.2.	Instalação das Farmácias	245
1.4.3.	Certidão de Regularidade Técnica	245
1.4.4.	Licença de Autoridade Sanitária Local – Alvará Sanitário.....	246
1.4.5.	Manual de Boas Práticas Farmacêuticas	246
1.4.6.	Procedimentos Operacionais Padrão (POP)	246
1.4.7.	Proposta de Estruturação para Qualificação das Farmácias no SUS	247
1.4.8.	Distribuição de medicamentos	255
1.4.9.	ALMOXARIFADO	264
1.4.10.	PROTOCOLOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	275
1.5.	PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DOS SERVIÇOS LABORATORIAIS	315
1.6.	ATIVIDADES DE APOIO	331
1.6.1.	Higiene e Limpeza	331
1.6.2.	Serviço de Diagnóstico por Imagem	334



1.6.3.	Nutrição e Dietética.....	349
1.6.4.	Manutenção Predial	351
1.6.5.	Manutenção de Equipamentos	356
1.6.6.	Manutenção de Equipamentos Médico-Hospitalares	366
1.6.7.	Rouparia e lavanderia	381
1.7.	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS	388
1.7.1.	Das Políticas Organizacionais	389
1.7.2.	Aspectos a Serem Considerados	389
1.7.3.	Procedimentos Básicos para um Serviço Organizado	390
1.7.4.	Estrutura Administrativa	391
1.7.5.	Dos Controles Administrativos para a Melhoria, Manutenção das Estruturas Físicas e Fluxos Operacionais	392
1.7.6.	ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS PARA APOIO DA UNIDADE: ..	393
1.7.7.	FATURAMENTO	399
1.7.8.	MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO DE PATRIMÔNIO E ALMOXARIFADO:	437
1.7.9.	MANUAL DE GESTÃO DE SUPRIMENTOS	456
1.8.	APRESENTAÇÃO DE REGULAMENTO PRÓPRIO CONTENDO OS PROCEDIMENTOS QUE ADOTARÁ PARA AQUISIÇÃO DE BENS DE CONSUMO, MATERIAIS PERMANENTES E EQUIPAMENTOS, CONTRATAÇÃO E SERVIÇOS GERAIS, OBRAS, LOCAÇÕES E ALIENAÇÕES	467
1.8.1.	REGULAMENTO INTERNO CONTENDO OS PROCEDIMENTOS PARA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS, OBRAS E AQUISIÇÕES	467
1.9.	APRESENTAÇÃO DO REGULAMENTO DE PESSOAL E PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS, INCLUSIVE COM OS CRITÉRIOS QUE SERÃO UTILIZADOS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL	477
1.9.1.	Regimento Interno de Recursos Humanos	477
1.9.2.	Política de Gestão de Recursos Humanos.	483
1.9.3.	AValiação DE DESEMPENHO	496



1.9.4.	REGISTROS E CONTROLES DE PESSOAL	500
1.9.5.	MODELO – MANUAL DE NORMAS E ROTINAS / MANUAL DO COLABORADOR	508
2.	PROPOSTA DE ATIVIDADES VOLTADAS À QUALIDADE (C2)	511
2.1.	PROPOSTA DE FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES TÉCNICAS QUE IMPLANTARÁ NA UNIDADE HOSPITALAR, SOLICITADAS NO TERMO DE REFERÊNCIA, ESPECIFICANDO: PERFIL DOS MEMBROS COMPONENTES, OBJETIVOS, METAS E FREQUÊNCIA DE REUNIÕES	512
2.1.1.	COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	512
2.1.2.	COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	519
2.1.3.	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	530
2.1.4.	COMISSÃO DE INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA	550
2.1.5.	COMISSÃO DE ANÁLISE DE ÓBITOS	560
2.1.6.	COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS	561
2.2.	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS DO USUÁRIO	567
2.2.1.	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)	569
2.2.2.	REGIMENTO INTERNO DA UNIDADE DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME)	572
2.3.	MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR DE PRODUTIVIDADE E DE QUALIDADE, DENTRE OUTROS	576
2.3.2.	Proposta de Implantação de Sistema de Avaliação e Certificação da Qualidade de Serviços de Saúde / ONA.	578
2.3.3.	GESTÃO DOS INDICADORES DE DESEMPENHO E METAS.	584
	SISTEMÁTICA DE AÇÕES CORRETIVAS DE DESEMPENHO:	584
	Finalidade:	584
2.3.4.	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	591
2.3.5.	CONTROLE DE QUALIDADE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS DA GARANTIA DE QUALIDADE E DA MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE.....	592
2.3.6.	PROCESSO PARA AVALIAR A QUALIDADE DOS DADOS E INDICADORES DE SAÚDE	





2.3.7.	INDICADORES HOSPITALARES	596
2.3.7.	Proposta de Gestão por Resultados Esperados com a Utilização de Ferramentas da Tecnologia da Informação e Telemedicina	603
2.3.8.	GESTÃO DA QUALIDADE DO REGISTRO DAS INFORMAÇÕES	620
2.3.9.	PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DE INVESTIGAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS	625
2.3.10.	SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO	626
2.4.	PROPOSTA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO E PESQUISA DE SATISFAÇÃO	633
2.4.1.	Organograma SAU	635
2.4.2.	Atribuições do SAU:	635
2.4.3.	Composição do SAU	636
2.4.4.	Objetivos	636
2.4.5.	Instrumentos de Avaliação	641
2.4.6.	PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO, O "POSSO AJUDAR?" COMO DISPOSITIVO DE FORTALECIMENTO DO ACOLHIMENTO	641
2.4.7.	MODELO I - FORMULÁRIO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO	645
2.4.8.	PROPOSTA DE PESQUISA PERIÓDICA/CONTÍNUA DE SATISFAÇÃO DO COLABORADOR, INSTRUMENTO DE PESQUISA, FREQUÊNCIA, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES	648
2.5.	PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE	656
2.6.	SISTEMÁTICA DE MONITORAMENTO E GARANTIA DA QUALIDADE DA INFORMAÇÃO	672
3.	METAS QUANTITATIVAS (C3)	679
	≤4%	681
4.	METAS QUALITATIVAS (C3)	681

As ações de monitoramento e avaliação possuem caráter preventivo e saneador, objetivando a adequada e regular gestão compartilhada da Unidade, e serão realizadas continuamente, com visitas in loco, solicitação de informações e documentos, expedição de instruções, entre outros..... 682

O monitoramento e avaliação efetuados pela Secretaria Municipal de Saúde não se confunde com as ações de auditoria realizadas pelos órgãos de controle interno e externo da administração pública e



CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

462
Fls
M
Rubrica
ÇÃO

a expedição de relatórios à municipalidade não o exime de apresentação de documentos pertinentes aos demais órgãos de controle, em especial o Tribunal de Contas. 682

Para a gestão e monitoramento das atividades desenvolvidas pela entidade, serão acompanhados indicadores de desempenho, após decorrido 90 dias do início do contrato de gestão, conforme segue: 682

Quadro 1. Equivalente a 100% (100 pontos) do valor do repasse mensal 682

≤4% 682

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA (C3) 684

5.1. CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES, MEDIANTE COMPROVAÇÃO ATRAVÉS DE DECLARAÇÕES LEGALMENTE RECONHECIDAS 685

5.2. CERTIFICAR EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COMPATÍVEIS COM O OBJETO DO CONTRATO E GESTÃO . 703

5.3. APRESENTAR COMPROVANTES DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS 762

5.4. COMPROVANTE DO REGISTRO DE ENTIDADE NO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA 861

PROPOSTA FINANCEIRA. 862

..... 863

CONSIDERAÇÕES FINAIS. 866



INSTITUTO ROSA BRANCA
8
Folhas

1. TÍTULO

Plano de trabalho para Organização, Administração e Gerenciamento da MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL

A. INFORMAÇÕES DA PREPONENTE

1. Modelo de Gestão do Instituto Rosa Branca

A **ROSA BRANCA** baseia-se nas necessidades do município, e da SMS, em contar com uma rede assistencial melhor estruturada, trabalhamos em compartilhamento elaborando planos e ações a serem desenvolvidas nas unidades, em sintonia e com a participação ativa da população local, criando condições e baseando-se em estudos técnicos consistentes nos bairros e comunidades, de forma a propiciar maior eficiência e eficácia no atendimento à população, que vem numa curva constante de elevação do percentual com adesão a saúde suplementar e em equilíbrio com a garantia de atendimento a esta demanda em expansão.

2. Das Atividades Desenvolvidas Pelos Profissionais do Instituto Rosa Branca.

- ✓ Implantação de fluxos e rotinas pertinentes ao funcionamento de Unidades Básicas de Saúde, ESFs, Pronto Atendimento, Centro de Especialidades e Hospitais de média e alta complexidade;
- ✓ Gerenciamento Administrativo, Prestação de Contas, Contabilidade e Financeiro;
- ✓ Compra de Materiais Médico – Hospitalares e Medicamentos;
- ✓ Reformas e melhorias das Unidades de Saúde, respeitando as regras regulamentadas;

CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- ✓ Implantação de Pesquisas de Satisfação dos usuários;
- ✓ Prestação de contas nos moldes do Tribunal de Contas e diretrizes do governo;
- ✓ Promoção à boa prática clínica;
- ✓ Promoção à atenção ao usuário;
- ✓ Promoção da efetiva articulação entre os níveis assistenciais de referência e contra referência;
- ✓ Produzir, analisar e divulgar a gestão pública informações sobre a situação de saúde da população;
- ✓ Realizar a gestão de unidades de saúde, prestação de serviços na área da saúde, disponibilizar recursos humanos qualificados para a prestação de serviços médicos, bem como para as atividades meio e atividades fim das unidades de saúde envolvidas na gestão;
- ✓ Desenvolver programas de atenção básica a saúde e/ou serviços de prevenção e atendimento à saúde, visando atenção primária, secundária e terciária, urgências e emergências, diagnóstico, terapêutica, órteses e próteses, pesquisas na área da saúde, produção e distribuição de medicamentos, materiais e equipamentos indispensáveis à saúde pública, em espaços cedidos pelos parceiros, espaços próprios, cedidos ou alugados;
- ✓ Promoção da assistência social as famílias, as pessoas idosas e as pessoas com deficiência;
- ✓ Promover ações de proteção à família, a infância, a maternidade e a velhice;
- ✓ Implementar a gestão de sistemas educacionais em parceria com o gestor público, gerenciar, organizar, manter e desenvolver programas de educação continuada de trabalhadores em programas de aperfeiçoamento, capacitação, atualização, qualificação, requalificação e treinamento, em suas atividades profissionais;
- ✓ Promoção e implementação das atividades de monitoramento e avaliação de resultados, impactos de políticas públicas, suporte técnico e logístico a gestão pública;



CHAMADA PÚBLICA: SS – CH003/2023
CHAMAMENTO

- ✓ Avaliar e analisar os dados de saúde, a fim de propiciar e definir prioridades e sugerir intervenções, e;
- ✓ Manter um rigoroso monitoramento dos indicadores de qualidade dos serviços propostos.

Resultados Alcançados pelo Instituto Rosa Branca nas Parcerias Públicas.

- ✓ Agilidade e transparência no Atendimento;
- ✓ Humanização e acolhimento no Atendimento;
- ✓ Ampliação do acesso ao usuário;
- ✓ Disponibilidade de Materiais Médicos – Hospitalares e Medicamentos no tempo certo, no ponto certo com o custo ideal;
- ✓ Profissionais de saúde sintonizados com os princípios da qualidade;
- ✓ Priorização da comunicação entre as equipes;
- ✓ Coordenadores estimulando, em todo processo, mudanças de comportamento, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;
- ✓ Otimização e alocação de recursos adequados, vinculando às prioridades estratégicas e às definições de metas através de indicadores de desempenho;
- ✓ Inserção da qualidade nos serviços prestados a estabelecimentos de saúde;
- ✓ Gestão focada na avaliação e monitoramento de processos e fluxos;
- ✓ Gestão do risco e segurança do paciente;
- ✓ Comunicação das equipes assistenciais com os usuários.
- ✓ Excelente nível de qualidade na prestação de atendimento à população de forma geral.



3. Experiência em Gestão de Serviços de Saúde Gratuita.

A **ROSA BRANCA** ao longo dos últimos 7 anos vem se aprimorando cada vez mais na gestão das atividades e serviços em saúde, tanto públicos quanto privados, e desde 2009, além dos serviços já prestados que atualmente estão em plena atividade, vem contribuindo com o fortalecimento das estratégias de saúde públicas junto à comunidade com programas e ações de capacitação em saúde totalmente gratuitos em parceria com a Prefeitura Municipal em prol de sua comunidade.

Destacamos a seguir os principais contratos:



INSTITUTO ROSA BRANCA
12
Folhas

467
Fls
14
FABRICA
ÇÃO



Experiência na Gestão da Rede de Saúde
Município: Aparecida/SP



- Gestão das Unidades de Atenção Básica e Média Complexidade;
- Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal;
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- Assistência Farmacêutica;
- Especialidades médicas com equipe multidisciplinar;
- Apoio as UBS e Saúde da Mulher, Fisioterapia, Centro de Especialidades Odontológicas, Central de Vagas e Regulação.



Experiência na Gestão Hospitalar
Município: Suzano/SP



- Gestão do Hospital e Maternidade São Sebastião;
- Atividades de atendimento hospitalar em Pronto Socorro e Unidade Hospitalar para atendimento de urgências;
- Hospital composto por 60 leitos adultos, pronto-socorro com 06 leitos, sendo 02 masculino, 02 feminino e 02 pediátrico. 10 leitos nas Unidade de Terapia Intensiva UTI, 3 Salas Cirúrgicas, 01 Obstétrica e 35 leitos de maternidade.



Experiência na Gestão Hospitalar
Município: Silvia Jardim/RJ



- Gerenciamento do Hospital Geral Dr. Agnaldo Moraes;
- Ênfase no serviço de urgência, emergência e pronto atendimento hospitalar e ambulatorial.

4. Responsabilidade do Instituto Rosa Branca e Acompanhamento ao longo prazo do Contrato de Gestão:

[Handwritten signatures]

INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 13



A **ROSA BRANCA** manterá todo seu corpo organizacional e estrutural em prol a administrar e operacionalizar as atividades assistenciais e administrativas em pleno atendimento à todas as diretrizes definidas pela **SMS**, com atendimento exclusivo aos usuários do SUS, de forma gratuita, no estabelecimento de saúde cujo uso será permitido.

A **ROSA BRANCA** se responsabilizará integralmente por todas as atividades de gestão, tais como: as de Recursos Humanos, Logística, Equipamentos, Mobiliários, Materiais e Medicamentos, Estoque, SAU, Atualizações no CNES e Prontuários dos Pacientes, Faturamento, Administração Geral, Prestadores de Serviços Terceirizados, Implantação dos Protocolos, Manutenções Prediais e de Equipamentos, SADT, Conservação e Limpeza, Serviços de Nutrição e Alimentação, Compromisso com a Qualidade e Equidade, Software de Gestão Hospitalar, Gerenciamento das Metas e Indicadores Assistenciais e Orçamentários, Prestações de Contas Mensais, entre outras atividades dentro da Administração Hospitalar, bem como responsabilidade geral pela qualidade nos fluxos e processos internos:

- ✓ Assistência Hospitalar Humanizada;
- ✓ Atendimento Considerado Ambulatorial Acessório;
- ✓ Rotinas de Funcionamentos e Fluxos Assistenciais e Administrativos;



CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- ✓ Registros dos Pacientes e Gestão das Informações dos Prontuários;
- ✓ Sistemas de Informação Automatizado com Monitoramento em Tempo Real;
- ✓ Sistema de Acompanhamento e Avaliação das Metas Quantitativas e Qualitativas;
- ✓ Forma de Apresentação da Produção e Tempo de Espera dos Pacientes;

Monitoramos diariamente todos os indicadores de desempenho, onde as ações são aplicadas imediatamente ao fato ocorrido, gerando maior segurança e satisfação aos pacientes.

Tabela: Exemplo de Dados de Produtividade.

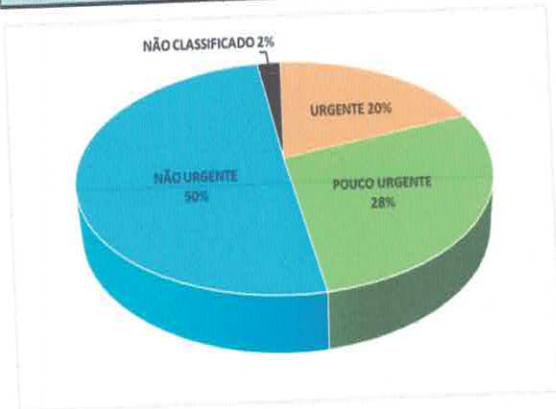
INDICADORES	TOTAL	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	Med.
Atendimento Sistema Fastmedic	2498	208	184	257	233	216	179	203	158	150	207	196	156	151																		192
Atendimento de Contingência	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		0,1
Total de atendimentos	2499	208	185	257	233	216	179	203	158	150	207	196	156	151																		192
Pacientes Atendidos	2371	192	175	248	218	210	170	197	150	138	201	182	147	143																		182
Tempo médio para Triagem	0	0:11	0:07	0:36	0:10	0:23	0:08	0:09	0:08	0:06	0:10	0:08	0:08	0:10																		0:1
Tempo médio para atend. Médico	0	0:28	0:21	0:49	0:21	0:59	0:26	0:28	0:21	0:17	0:23	0:19	0:24	0:27																		0:2
Controle de Emergência	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		0
Óbitos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0																		0
Pacientes na Observação	67	6	3	9	8	6	2	15	4	3	3	1	6	1																		5
Pacientes Transferidos	29	5	1	1	3	5	1	0	4	2	2	3	2	0																		5

[Handwritten signatures and initials]

CHAMADA PÚBLICA: SS-CH003/2023
CHAMAMENTO

410
Fls
M
Rubrica

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
COR	RISCO	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
	EMERGÊNCIA	0	0	0
	URGENTE	11	17	28
	POUCO URGENTE	15	25	40
	NÃO URGENTE	34	38	72
	NÃO CLASSIFICADO	2	1	3
	TOTAL	62	81	143



PRINCIPAIS OCORRÊNCIAS CID		
J00	NASOFARINGITE AGUDA (RESFRIADO COMUM)	391
Z000	EXAME MEDICO GERAL	261
R05	TOSSE	212
J069	INFECCAO AGUDA DAS VIAS AEREAS SUPERIORES NAO ESPECIFICADA	157
J039	AMIGDALITE AGUDA NAO ESPECIFICADA	140
J030	AMIGDALITE ESTREPTOCOCCICA	91
A09	DIARREIA E GASTROENTERITE DE ORIGEM INFECCIOSA PRESUMIVEL	53
R11	NAUSEA E VOMITOS	50
R500	FEBRE C/CALAFRIOS	44
R508	FEBRE NAO ESPECIFICADA	43

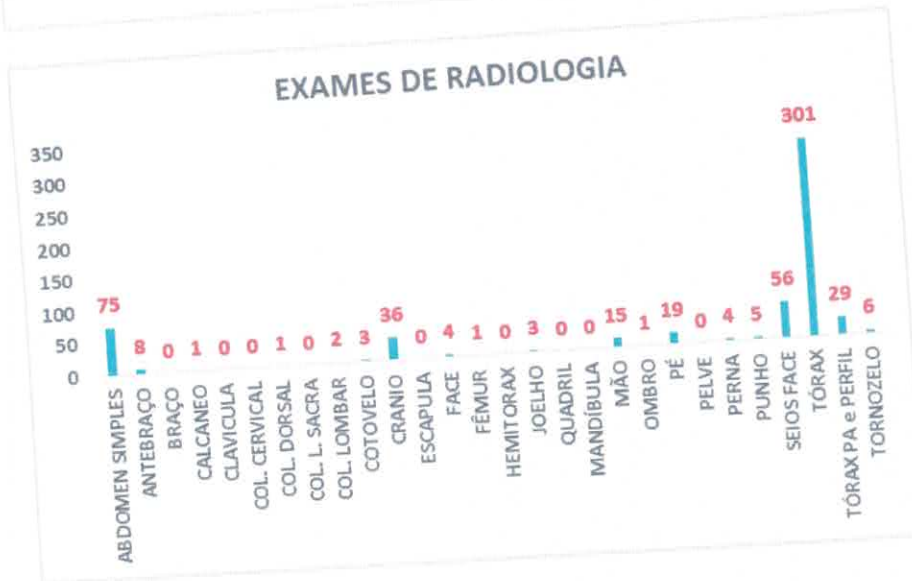
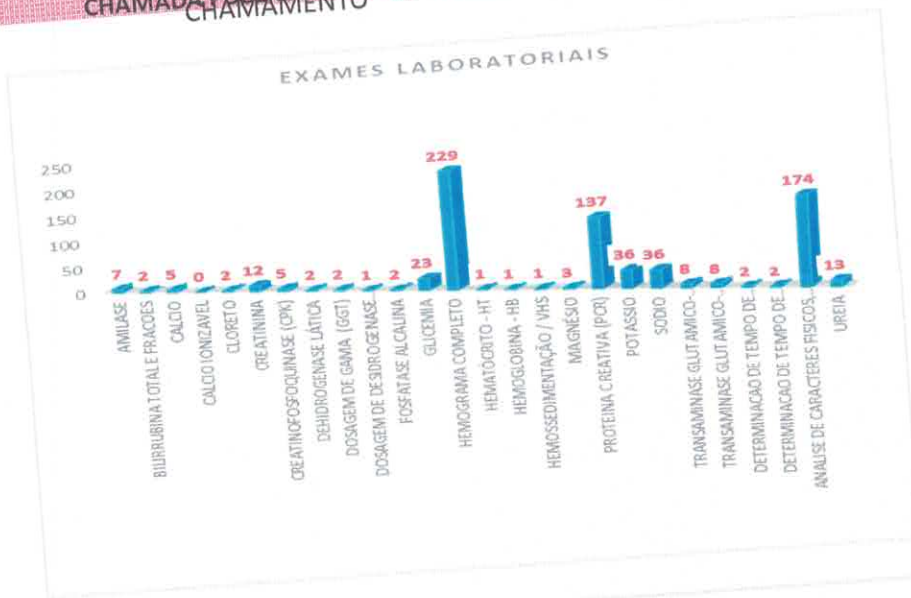
PRINCIPAIS PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
ADMINISTRACAO DE MEDICAMENTOS NA ATENCAO ESPECIALIZADA.	843
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	232
INALACAO / NEBULIZACAO	166
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	58
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	53
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	49
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	33
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	17
RADIOGRAFIA DE MAO	13
RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	10

ATENDIMENTOS REALIZADOS - ACUMULADO	
ACOLHIMENTOS / TRIAGENS	2.375
ATIVIDADES COLETIVAS	0
CONSULTAS REALIZADAS C/AGENDA E S/AGENDA EXCETO ODONTOLOGIA	2.500
PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	0
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	1.533
VACINAS APLICADAS	0

16 Folhas

INSTITUTO ROSA BRANCA

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO



5. Critérios Gerais para o Acompanhamento do Contrato de Gestão

A ROSA BRANCA em compartilhamento com a SMS, entende que tem como responsabilidade básica no apoio a gestão com objetivo de criar uma melhora do desempenho das atividades da unidade, por meio da criação de instrumentos de monitorização e gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações locais.

[Handwritten signature]



Em contra partida, a **SMS** deve por meio dos incentivos do Contrato de Gestão, avaliar por meio da Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA os resultados mensais quantitativos e qualitativos, assistenciais e financeiros dos serviços de saúde contratados, gerando aportes financeiros como recompensa pelos bons trabalhos que serão realizados pela **ROSA BRANCA**.

Âmbitos de Acompanhamento e Avaliação pela **SMS**:

- ✓ Aspectos básicos organizacionais;
- ✓ Boa prática clínica;
- ✓ Atenção ao Usuário;
- ✓ Articulação com outros níveis assistenciais – Referência e contra referência;
- ✓ Implementação de atividades de fortalecimento a regulação;

Outras Diretrizes:

Gerenciamento de Risco:

Gerenciar os riscos compreende a identificação, análise e prevenção dos riscos clínicos e não clínicos. Inclui maximização dos resultados dos eventos positivos e minimização das consequências dos eventos adversos.

Ambiência:

Refere-se à implementação do tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, concomitantemente à busca de um ambiente confortável e



acolhedor. O item está diretamente relacionado aos órgãos do sentido, incluindo, portanto, a iluminação e uso de cores, na parte visual: formas, texturas, ventilação e controle da temperatura, na parte tátil, isolamento e absorção acústica, na parte auditiva, incluindo eliminação de cheiros desagradáveis. O conforto das instalações favorece o relacionamento e o tratamento, torna-se mais suave.

Equipe Horizontal de Atendimento à Saúde:

O sistema de atendimento horizontal promove uma mudança significativa no modelo de assistência aos pacientes internados na rede de assistência do SUS, sendo este baseado na implementação de uma equipe horizontal, formada por multiprofissionais de saúde, onde o modelo de EQUIPE HORIZONTAL permite que o cuidado ao paciente seja de forma mais intensiva, partindo do princípio que a equipe mantém um conhecimento mais intenso à assistência ao paciente.

Acolhimento:

Análise do grau de necessidade do usuário e **Ordenação** do atendimento de acordo com o nível de necessidade, com base em técnica (protocolos) e não somente com base na subjetividade e sensibilidade de quem está na porta.

O acolhimento é um modo de fazer pelo profissional de enfermagem, sendo recepcionar, atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, suas queixas, suas preocupações, angústias, analisando as demandas e assumindo no serviço uma postura capaz de escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social.

Podemos tratar ainda sobre a **Portaria 2.048 do Ministério da Saúde** propõe a implantação nas unidades de atendimento às



CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

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

Regulamenta e estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área

Política Nacional de Informações:

Diretrizes da Política Nacional de Informações:

- Estabelecer Registro Eletrônico de Saúde que permita recuperar, por meios eletrônicos, as informações de saúde do indivíduo em seus diversos contatos com o sistema de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade dos processos de trabalho em saúde, incluindo a disponibilidade local de informações para a atenção à saúde.
- Estabelecer sistema de identificação unívoca de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde



que seja progressivamente adotado, aprimorando o processo de integração dos sistemas de informação de saúde e viabilizando o registro eletrônico de saúde.

- Estabelecer, por um processo aberto e participativo, padrões de representação da informação em saúde, abrangendo vocabulários, conteúdos e formatos de mensagens, de maneira a permitir o intercâmbio de dados entre as instituições, a interoperabilidade entre os sistemas e a correta interpretação das informações.
- Investir na criação de infraestrutura de telecomunicação que permita a interoperabilidade entre as aplicações nos diversos serviços de saúde.
- Estabelecer mecanismos de compartilhamento de dados de interesse para a saúde e ampliar a produção e disseminação de informações de saúde de forma a atender tanto às necessidades de usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços e controle social, quanto ao intercâmbio com instituições de ensino e pesquisa, outros setores governamentais e da sociedade e instituições internacionais.
- Apoiar a prática profissional, através de uso de telecomunicações na assistência à saúde, ensino à distância, sistemas de apoio à decisão, protocolos



clínicos e programáticos e acesso eletrônico à literatura especializada.

Política Nacional de Alimentação e Nutrição:

Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Alimentação e Nutrição, são definidas como diretrizes:

- estímulo às ações inter setoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
- garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto;
- monitoramento da situação alimentar e nutricional;
- promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis;
- prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
- promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e
- desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde:

Considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, resolve:



CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Regular o acesso da Assistência, que tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

São pertinentes da regulação do acesso:

- I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- VI - construir e viabilizar as grades de referência e contra referência;
- VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e X - subsidiar a programação pactuada e integrada.
- XI - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
- XII - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- XIII - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; XIV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e XV - executar a regulação médica do processo assistencial.

6. Atribuições Assistenciais a Serem Implantados ou Modernizados Pela ROSA BRANCA:

- ✓ Acolher os pacientes e seus familiares sempre que busquem socorro na Unidade de Pronto Atendimento;
- ✓ Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- ✓ Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- ✓ Realizar o primeiro atendimento e estabilização dos pacientes graves para que possam ser transferidos a serviços de maior porte;
- ✓ Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- ✓ Prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;
- ✓ Manter em observação, por período de até 24 horas, os pacientes que necessitem desse tempo para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- ✓ Encaminhar para internação os pacientes que tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionadas;

- ✓ Solicitar retaguarda técnica ao SAMU-192 (quando implantado), sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da unidade;
- ✓ Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da unidade;
- ✓ Funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;
- ✓ Estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;
- ✓ Possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;
- ✓ Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;

- ✓ Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- ✓ Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade, incluindo transtornos mentais (atendimento psiquiátrico);

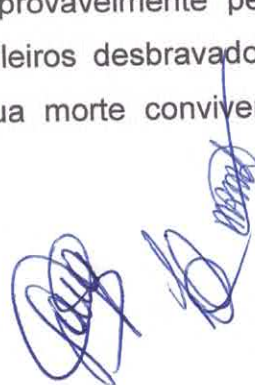
- ✓ Prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;
- ✓ Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo.

B. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Origem

Senador Pompeu, oficialmente teve sua emancipação política em 03 de setembro de 1896, e seu nome homenageia o Senador da República, Tomás Pompeu de Sousa Brasil, como fora feito país à fora durante o império e toda a República Velha com diversas outras vilas que viraram cidades. A antiga Humaitá tem o nome indígena substituído pelo nome do político importante.

Humaitá, nome que origina-se de um dos diversos troncos linguísticos indígenas e que etimologicamente aproxima-se de “O que fala muito”. Contamos poucos registros que se tem da Vila que, quando da doação das terras que compreendem as margens do riacho Codiá – cedidas pelo imperador do Brasil para promover a colonização do interior do país e assim garantir a posse das terras conquistadas – a tribo indígena que habitava o local deslocou-se em busca de sobrevivência, sendo que um índio teria ficado no local, este índio seria Maitacá, posteriormente traduzido, provavelmente pelos portugueses colonizadores ou mesmo por brasileiros desbravadores para Humaitá. Teria ele ficado no local até sua morte convivendo



pacificamente com os novos habitantes recebendo a homenagem de ter seu nome dado à Vila.

Histórico

As terras hoje compreendidas no município de Senador Pompeu principiaram a ser povoadas quando da concessão de datas e sesmarias aos desbravadores, pioneiros do Ceará-Grande que levantaram casas de fazenda e dominaram os nativos.

Nos séculos dezessete e dezoito inúmeras foram as concessões de terras das margens dos rios Banabuiú e Codiá, feitas pelos capitães-mores. Uma das mais importantes foi, sem dúvida, a outorgada aos 27 de março de 1723, pelo então capitão-mor Manuel Francês, aos desbravadores Thomé Callado Gavão e Nicolau de Souza.

Nas terras doadas aos dois pioneiros, três léguas para cada um, nas margens do Codiá, erguem-se atual cidade de Senador Pompeu.

A lei nº 332, de 3 de setembro de 1896, que criou o município, cujo território foi desmembrado do de Benjamim Constant, posteriormente Mombaça, criou também o termo judiciário, com a denominação de Senador Pompeu; a povoação humaitá foi elevada à categoria de vila com aquele topônimo.

No governo do Dr. Pedro Augusto Borges, Presidente do Estado, a vila é elevada à categoria de cidade (lei nº 659, datada de 22 de agosto de 1901).

Em 1919, por provisão datada de 2 de junho, Dom Manuel da Silva Gomes criou a freguesia sob a invocação de Nossa Senhora das Dores.

Senador Pompeu, comarca da segunda entrância desde 1948 (lei nº 213, de 9 de junho) passou a ter mais os distritos de Engenheiro José Lopes e São Joaquim do Salgado (ex-povoado de São Joaquim), criados pela lei nº 1.153, de 22 de novembro de 1951, sancionada pelo Governador Raul Barbosa, que estabeleceu a divisão administrativa do Estado para vigorar até 31 de dezembro de 1953.

Gentílico: pompeuense

Formação Administrativa

Distrito criado com a denominação de Senador Pompeu, por ato, de 18-07-1876 e por ato de 18-07-1876 e por lei provincial nº 1786, de 23-12-1878, subordinado ao município de Benjamim Constant.

Elevado à categoria de vila com a denominação de Senador Pompeu, pela lei estadual nº 332, de 03-09-1896, desmembrado de Benjamim Constant. Sede na antiga povoação de Humaitá. Constituído do distrito sede. Instalado em 0811-1896.

Elevado a condição de cidade com a denominação de Senador Pompeu pela lei estadual nº 659, de 22-08-1901.

Pelos decretos estaduais nºs de 01-09-1897 e de 23-09-1907, criado o distrito de Miguel Calmon e anexado ao município de Senador Pompeu. Em divisão administrativa referente ao ano de 1911, o município é constituído de 2 distritos: Senador Pompeu e Miguel Calmon.



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folha 28

CHAMADA PÚBLICA: SS-CH003/2023
CHAMAMENTO

Por ato estadual de 04-02-1913, é criado o distrito de Tróia e anexado ao município de Senador Pompeu.

Pelo decreto estadual nº 193, de 20-05-1931, o município Senador Pompeu adquiriu o extinto município de Pedra Branca, pois o mesmo foi criado e não instalado, como simples distrito.

Segundo o decreto estadual nº 1.156, de 04-12-1933, refere-se a criação do distrito de Girau.

Em divisão administrativa referente ano de 1933, o município aparece constituído de 5 distritos: Senador Pompeu, Girau, Miguel Calmon, Pedra Branca e Tróia.

Pelo decreto nº 1540, de 03-05-1935, desmembra do município de Senador Pompeu os distritos de Pedra Branca e Tróia, para formar o novo município de Pedra Branca.

Em divisões territoriais datadas de 31-12-1936 e 31-12-1937, o município é constituído de 3 distritos: Senador Pompeu, Girau e Miguel Calmon.

Pelo decreto estadual nº 448, de 20-12-1938, o distrito de Girau passou a denominar-se Piquet Carneiro.

No quadro fixado para vigorar no período de 1939-1943, o município é constituído de 3 distritos: Senador Pompeu, Miguel Calmon e Piquet Carneiro exGirau.

Pelo decreto-lei estadual nº 1.114, de 30-12-1943, o distrito de Miguel Calmon, passou a denominar-se Ibicuã.

Em divisão territorial datada de 01-07-1950, o município é constituído de 3 distritos: Senador Pompeu, Ibicuã e Piquet Carneiro.



CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Pela lei estadual nº 1.153, de 22-11-1951, são criados os distritos de Engenheiro José Lopes ex-povoado e São Joaquim do Salgado ex-povoado anexado ao município de Senador Pompeu.

Em divisão territorial datada de 01-07-1955, o município é constituído de 5 distritos: Senador Pompeu, Engenheiro José Lopes, Ibicuã, Piquet Carneiro e São Joaquim do Salgado.

Pela lei estadual nº 3.685, de 12-07-1957, desmembra do município de Senador Pompeu os distritos de Ibicuã e Piquet Carneiro. Ambos formaram o município de Piquet Carneiro.

Em divisão territorial datada de 01-07-1960, o município é constituído de 3 distritos: Senador Pompeu, Engenheiro José Lopes e São Joaquim do Salgado.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 31-12-1963.

Pela lei estadual nº 11.335, de 19-06-1987, são criados os distritos de Bonfim e Codia e anexado ao de município Senador Pompeu.

Em divisão territorial datada de 18-08-1988, o município é constituído de 5 distritos: Senador Pompeu, Bonfim, Codia, Engenheiro José Lopes e São Joaquim do Salgado.

Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2005.

Senador Pompeu emancipou-se politicamente pela Lei Estadual nº 332 de 3 de setembro de 1896, com território



desmembrado de Maria Pereira, atual Mombaça, e recebeu status de município em 1901.

Devido a infraestrutura ferroviária e localização central, Senador Pompeu, foi uma das cidades cearenses na qual foi instalado um dos Campos de Concentração no Ceará (ou mais conhecidos como os currais do governo) durante a seca de 1932.

O Município de Senador Pompeu conta atualmente com 4 distritos:

Engenheiro José Lopes, São Joaquim do Salgado, Codiá e Bonfim Km 20.

Cultura

O município contava com o Campus Avançado do Sertão Central - CASC, que funcionava como extensão da Universidade Estadual do Ceará - UECE, oferecendo cursos de licenciatura plena em Letras, História e Ciências Exatas, mas que por descaso do poder público foi fechado e está abandonado e depredado. Cerca de 13% da população é analfabeta e menos de 0,5% concluiu nível superior (dados do ano 2000).

A cidade possui uma biblioteca, um teatro simples, pertencente à igreja, havia um museu, que foi destruído por vândalos.

A produção cultural é viva e intensa. Sendo uma das cidades que mais se destacam no sertão central e no Estado do Ceará. Há vários grupos de dança de quadrilha, artesões, artistas plásticos,



CHAMADA PÚBLICA: SS-CH003/2023
CHAMAMENTO

escritores, grupos teatrais, dramaturgos, produtores de trabalhos audiovisuais.

Uma das atrações turísticas é a ponte ferroviária, uma ponte trazida da Inglaterra, e a estação ferroviária.

Outra atração turística, de cunho religiosa, é a Caminhada da Seca. Um aromaria anual, que há 26 anos acontece em homenagem as vítimas do Campode Concentração. Esta inicia-se na Igreja de Nossa Senhora das Dores e encerra-se no cemitério da Barragem do Patu

Senador Pompeu é uma cidade de Estado do Ceará. Os habitantes se chamam pompeuenses.

O município se estende por 956,1 km² e contava com 25 496 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 26,7 habitantes por km² no território do município.

Vizinho dos municípios de Milhã, Pedra Branca e Piquet Carneiro, Senador Pompeu se situa a 33 km a Norte-Leste de Mombaça a maior cidade nos arredores. Situado a 183 metros de altitude, de Senador Pompeu tem as seguintes coordenadas geográficas: Latitude: 5° 35' 19" Sul, Longitude: 39° 22' 17" Oeste.

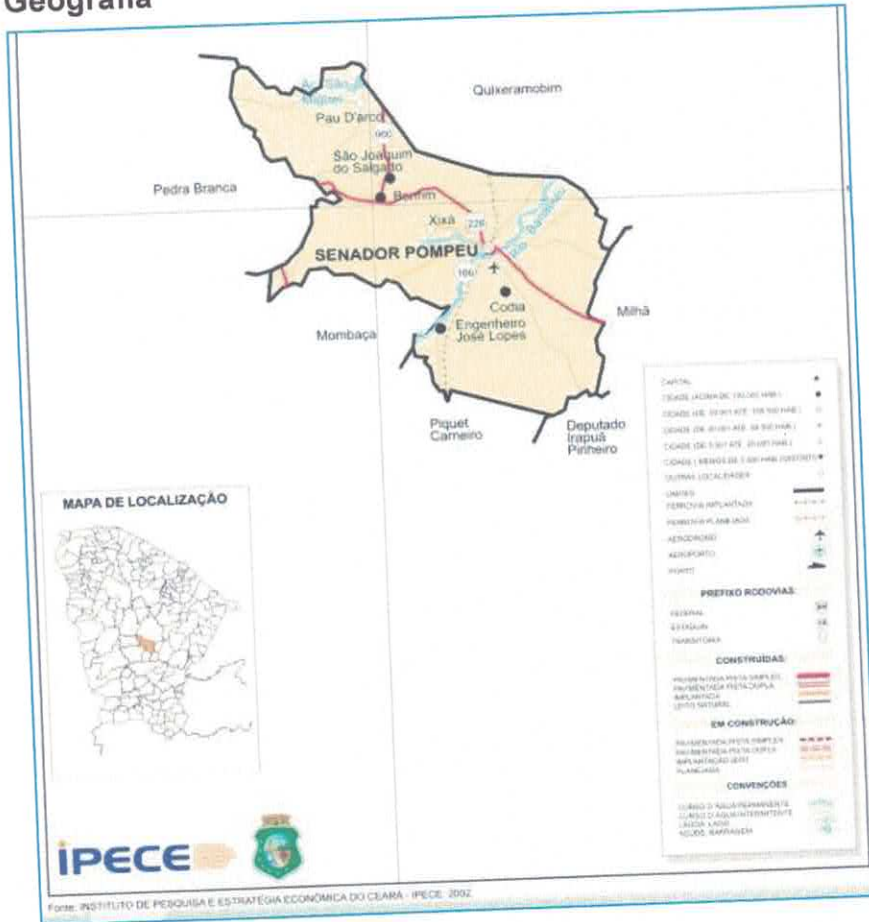





INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 32

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Geografia



Área: 1.002 km²

Latitude: 5° 35' 17"

Longitude: 39° 22' 18"

Altitude: 177,2 m

Clima: tropical quente semiárido, com chuvas de fevereiro a abril

Relevo: serras secas e sertões

Vegetação: caatinga arbustiva densa, caatinga arbustiva aberta e floresta caducifólia espinhosa (caatinga arbórea)

Precipitação pluviométrica (acumulado em 2018): 752,1 mm

[Handwritten signatures]

INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 33

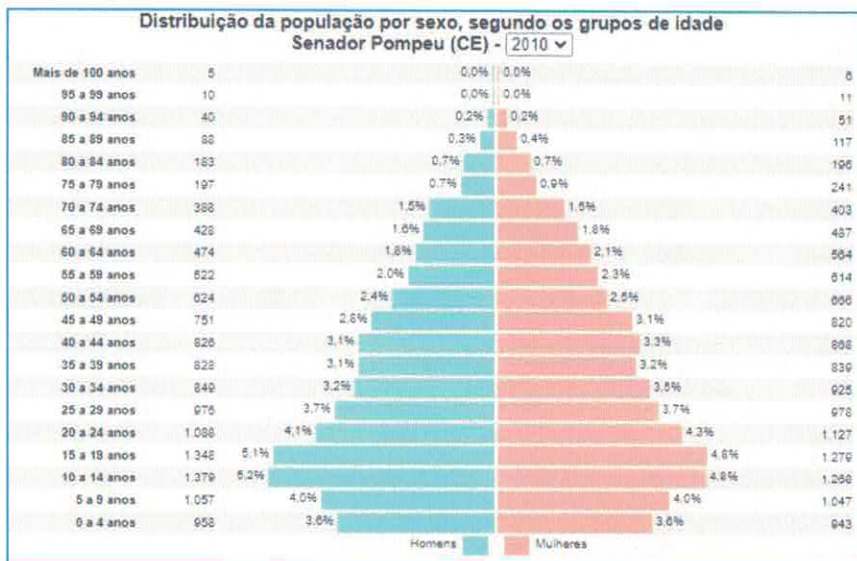
CHAMADA PÚBLICA - SS - CH003/2023

CHAMAMENTO

População

População estimada [2021] - 25.418 pessoas

População total- censo [2010] - 26.469 pessoas



Trabalho e Rendimento

Em 2019, o salário médio mensal era de 1.4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 15.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 150 de 184 e 18 de 184, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 5265 de 5570 e 2094 de 5570, respectivamente.

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 50.4% da população nessas condições, o que o colocava na posição 139 de 184 dentre as cidades do estado e na posição 1322 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

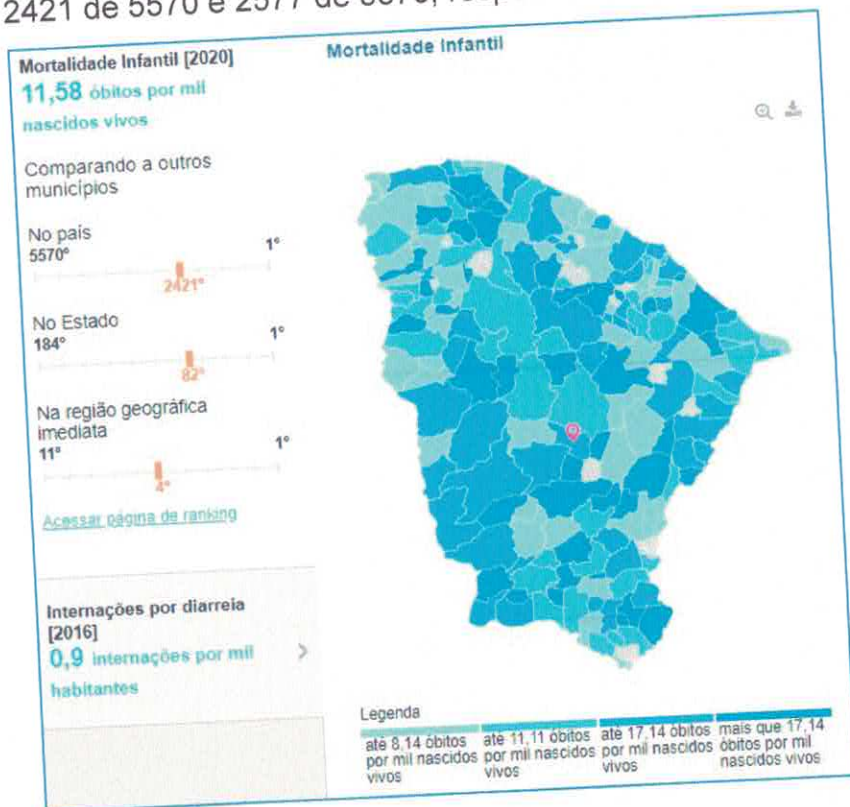


Handwritten signatures and official stamps, including a circular stamp from Instituto Rosa Branca.



Saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 11.58 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.9 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 82 de 184 e 99 de 184, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2421 de 5570 e 2577 de 5570, respectivamente.



Território e Ambiente

Apresenta 35.9% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 90.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 11.9% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado

Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp for INSTITUTO ROSA BRANCA and the number 35.

CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

fica na posição 29 de 184, 91 de 184 e 19 de 184, respectivamente.
Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2848
de 5570, 1422 de 5570 e 2591 de 5570, respectivamente.

1. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL/ASSISTENCIAL (C1)



INSTITUTO ROSA BRANCA
Folhas 26

1.1. ORGANOGRAMA

Missão

Promover o cuidado humanizado, com foco no acolhimento paciente, com qualidade e resolutividade

Visão

Ser reconhecida como entidade de referência e excelência no atendimento em saúde

Valores

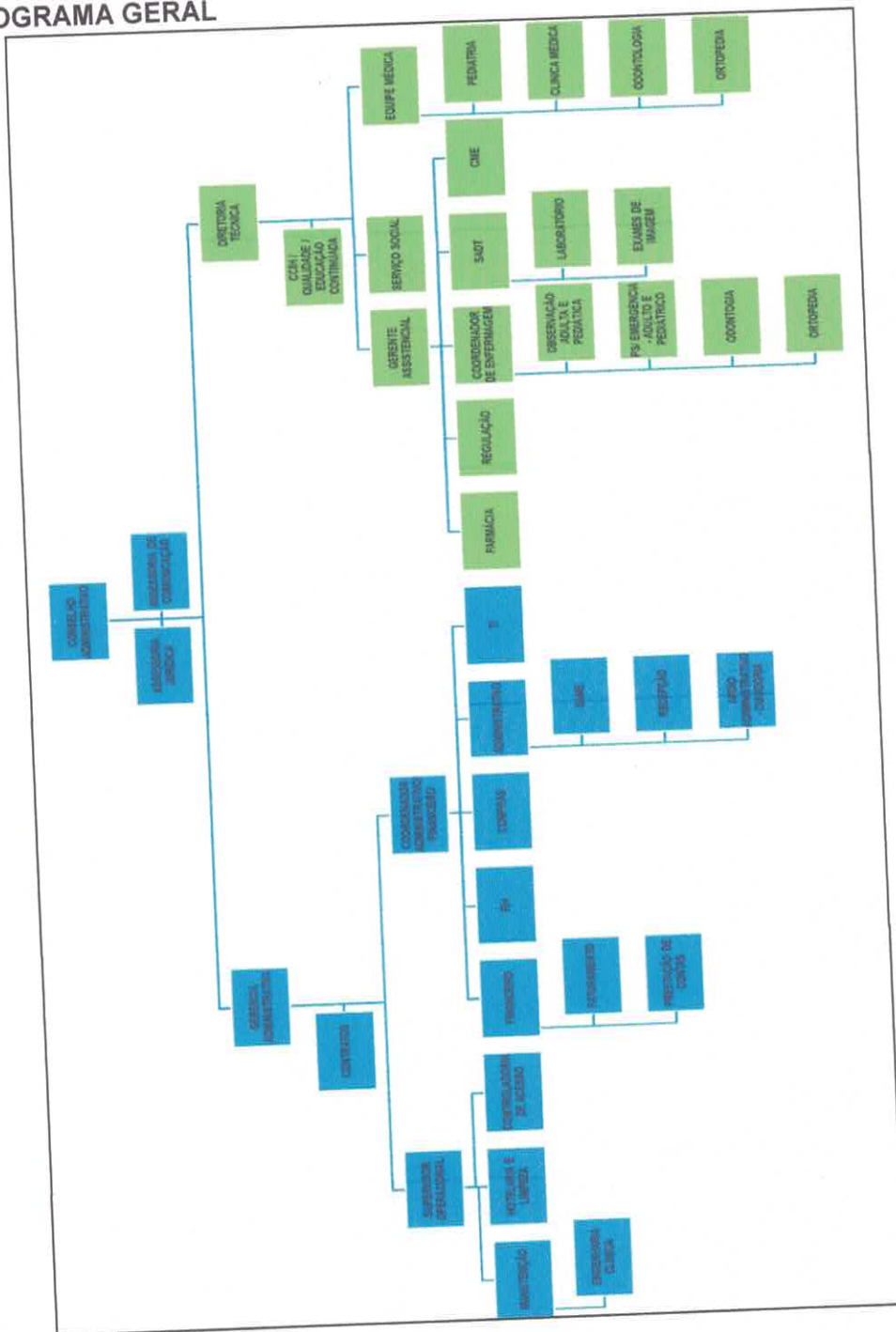
Nossos valores são fundamentais para a gestão dos serviços de saúde, sendo eles:

- Acolhimento
- Humanização
- Ética e Transparência
- Profissionalismo
- Responsabilidade



CHAMADA PÚBLICA: SS- CH003/2023
CHAMAMENTO

ORGANOGRAMA GERAL



1.2. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS PARA ATENDER AO TERMO DE REFERÊNCIA E SEUS SUBITENS

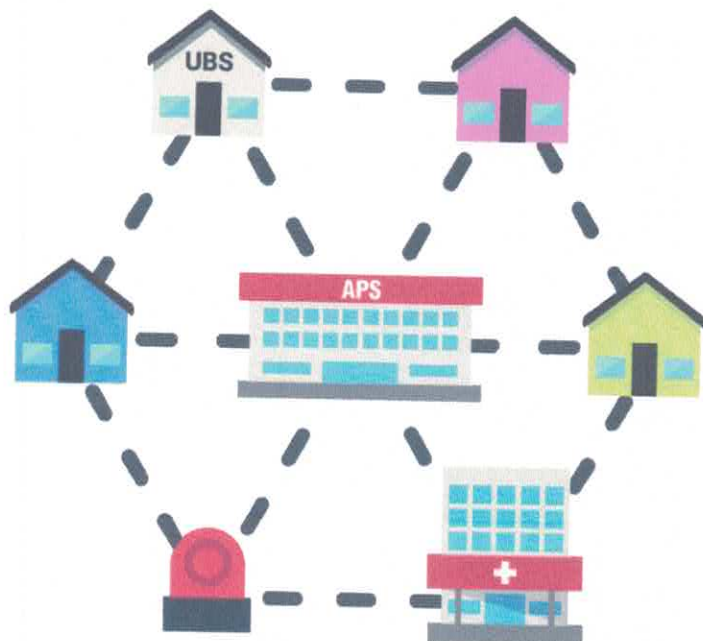
(Assinaturas manuscritas)

O Sistema Único de Saúde desenvolve ações e serviços de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal. O SUS é fruto das experiências e discussões travadas ao longo das últimas décadas, visando alterações no quadro de saúde da população brasileira, utilizando novos modelos de atenção à saúde, tendo como princípios constitucionais a universalidade do acesso, a integralidade das ações, a equidade e participação da comunidade.

As 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 (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e consequente qualificação a gestão do cuidado no contexto atual.

A implementação das RAS aponta para maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passa pela construção permanente nos territórios, de tal forma que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde.



A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS com conseqüente impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

A implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

Estes diferentes níveis de atenção devem relacionar-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste Sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se

responsabilizando pelo encaminhamento desta clientela quando a unidade não tiver os recursos necessários a tal atendimento.

1.2.1. Concepção das Redes de Atenção à Saúde

Na concepção das Redes de Atenção à Saúde e da ROSA BRANCA, para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Ainda em nível dos atendimentos do nível de especialidades devem ser programados e encaminhados das unidades da atenção básica e da própria rede, através do agendamento via internet, no Sistema de Regulação, com apresentação do cartão SUS.

Considerando a priorização a atenção aos grupos de maior risco, como as crianças, gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, além daqueles usuários cujo processo de adoecimento exige cuidados diferenciados dos usuários dispensados na Atenção Básica.

Cabe destacar que é possível pensar novas práticas a partir de um arcabouço teórico - metodológico que não seja curativista/biologicista, bastando reconhecer os usuários do sistema de saúde como sujeitos e humanizar as relações a partir das ações de:

Acolhimento: compreendendo a recepção do usuário desde a sua chegada, responsabilizando o profissional integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias. Garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência. A proposta é que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário-centrada, tendo em vista atender as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, afim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.

Humanização: através da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; a identificação das necessidades sociais de saúde; a mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; o compromisso com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento e a troca e a construção de saberes; o trabalho em rede com equipes multiprofissionais.

São princípios básicos da Política de Humanização: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça e orientação sexual; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos coletivos implicados na rede do SUS; o fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e o compromisso com



a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Responsabilização e Vínculo: com a construção de equipes que sejam responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes, elaborando plano terapêutico personalizado; a não fragmentando ações; o retorno do paciente para a mesma equipe; o olhar o cidadão doente como sujeito de seu processo de recuperação e cura, agilizando e qualificando a assistência, dando segurança aos usuários; e o envolvimento da família no processo de recuperação/cura.

1.2.2. Articulação com as Redes de Saúde

Proposta para Atendimento ao Acesso Regulado de Acordo com o Estabelecido na Política Nacional de Regulação do SUS

A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, foram definidas como diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação da comunidade.

Ao ser desenvolvido sob esses princípios, o processo de construção dos SUS visa reduzir o hiato ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população (BRASIL, 2000).

Esse processo de Construção do Sistema Único de Saúde – SUS “desencadeou tentativas de articulação de promoção, prevenção, recuperação, além de reabilitação - em dupla dimensão, individual e coletiva - através de ‘modelos alternativos’, ao incorporar métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais”.



CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

Ao longo dos anos observam-se direcionamento do Ministério da Saúde (MS), por meio de portarias, normas e estratégias, que visam o acesso às ações e serviços necessários à otimização e reorganização da assistência, de modo a atender às necessidades de saúde da população.

Entre estas propostas encontra-se a descentralização das funções de execução, controle, avaliação e regulação do sistema de saúde, o que implica em mudanças estruturais, além da postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos (BRASIL, 2002).

Uma estratégia utilizada pelo SUS para a garantia de tais diretrizes e, conseqüentemente uma atenção à saúde com qualidade, é a organização das centrais de regulação assistencial, com o objetivo de adequar o fluxo das ações de acordo com a necessidade da demanda e da oferta dos serviços de saúde.

Regular de acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa é: estabelecer regras, sujeitar a regras; regrar; dirigir em conformidade com as regras estabelecidas; esclarecer e facilitar por meio de disposições a execução da lei; regulamentar; estabelecer ordem, moderar; conter, reprimir; regularizar o movimento de; acertar, ajustar; fazer o confronto, a aferição de; conformar, comparar; funcionar devidamente servir de regra.

Nos últimos anos, o termo "regulação" vem ocupando progressivamente a agenda da gestão do SUS nas discussões e na sua normalização legal e operativa. Envolvendo: as relações entre os serviços públicos e privados, a contenção de custos, as fontes de financiamento, o controle dos mercados e dos prestadores profissionais, demandando-se do Estado à capacidade regulatória para proteger o interesse geral, sem menosprezar a participação dos atores coletivos na tomada de decisão.

As Políticas de regulação partem da ideia de que as políticas de saúde buscam um equilíbrio entre três objetivos: o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

(D'INTIGNANO e ULMAN (2001)).

Com esse processo foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas.

A Política Nacional de Regulação (PT GM/MS nº 1.559, 01/08/2008) é organizada em três dimensões:

Regulação de Sistemas de Saúde

Têm como objeto os sistemas municipais, estaduais e Nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

Regulação da Atenção à Saúde

Exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos.



Definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços.

Executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;

Regulação do Acesso à Assistência

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial.

Objetos: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos.

Estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

- ✓ Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- ✓ Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- ✓ Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- ✓ Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- ✓ Regulação da Saúde Suplementar;
- ✓ Auditoria Assistencial ou Clínica;
- ✓ Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.



A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

- ✓ Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- ✓ Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;
- ✓ Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste ministério;
- ✓ Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- ✓ Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- ✓ Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- ✓ Programação Pactuada e Integrada - PPI;
- ✓ Avaliação analítica da produção;
- ✓ Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;
- ✓ Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
- ✓ Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde;
- ✓ Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Contratualização de serviços de saúde

A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- ✓ regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar as urgências;



CHAMADA PÚBLICA: SS - CH003/2023
CHAMAMENTO

- ✓ controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- ✓ padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- ✓ o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Para a gestão, o processo regulatório favorecerá a resolução dos casos de forma eficiente, permitirá um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, o que favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada.

Um melhor controle sobre os gastos em saúde, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação de serviços de saúde.

1.2.3. Rede de Atenção às Urgências

A Rede de Atenção às Urgências tem como objetivo reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada entre os diferentes pontos de atenção que a compõe, de forma a melhor organizar a assistência, definindo fluxos e as referências adequadas.

É constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar.

Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde: agudas ou crônicas agudizadas; sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica entre outras.

Assim, para que a Rede ofereça assistência qualificada aos usuários, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Sendo indispensável a implementação da qualificação profissional, da informação, do processo de acolhimento e da regulação de acesso a todos os componentes que a constitui.

Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) após avaliação do perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, evidencia-se que os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência e emergência estão relacionados a alta morbimortalidade de doenças do aparelho circulatório, como o Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e o Acidente Vascular Cerebral – AVC, além do aumento relativo às violências e aos acidentes de trânsito.

