



Juiz de fora, 11 de fevereiro de 2024.

À
COMISSÃO INTERNA DE CHAMAMENTO PÚBLICO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
GOIÁS – SES/GO

Ref.: CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2024-SES/GO
PROCESSO: 202300010051875

O HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS, entidade filantrópica inscrita no CNPJ sob o n. 21.583.042/0001-72, com sede na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, em Juiz de Fora, MG (CEP: 36025-140), endereço eletrônico: juridicoelicitacao@hmtj.org.br, carlamachado@hmtj.org.br e marianabarbosa@hmtj.org.br, por seus representantes legais infra-assinados, Dra. **Carla Machado dos Santos**, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita na OAB/RJ sob o número 80.192 e CPF 023.420.807-43, Dr. **Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba**, brasileiro, divorciado, contador, portador da carteira de identidade MG- 6649396 SSP MG, inscrito no CPF sob o nº 261.429.297-49 e Dr. **Marco Antônio Guimaraes de Almeida**, brasileiro, casado, contador e Advogado, portador da Carteira de Identidade M3040499 expedida pelo SSP MG e CPF 485.399.966-34, todos com endereço profissional na Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus, em Juiz de Fora, MG (CEP: 36025-140), com base no item 9, do edital, vem, pela presente, interpor **RECURSO ADMINISTRATIVO** contra a decisão da Comissão Julgadora, pelos fatos e fundamentos seguintes:

DO EFEITO SUSPENSIVO

Requer a RECORRENTE, sejam recebidas as presentes razões e encaminhadas à autoridade competente para sua apreciação e julgamento, concedendo efeito suspensivo ao presente recurso até julgamento final da via administrativa.

DOS FATOS

Após uma análise da documentação apresentada pela **ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO EM SAÚDE**, é possível observar que **a vencedora não cumpriu regras estabelecidas no edital** assim como desatendeu critérios técnicos, conforme será apresentado abaixo e ainda, apresentou proposta financeira inexecutável.

O Princípio da vinculação ao instrumento convocatório impõe-se aos proponentes, e de igual forma impõe-se a Administração Pública a observância das normas contidas no Edital, de forma objetiva e a segurança jurídica e a legítima expectativa dos licitantes ao determinar previamente, quais regras regerão o certame e o comportamento da Administração Pública.

Segundo Lucas Rocha Furtado, Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União, o instrumento convocatório:

“É a lei do caso, aquela que irá regular a atuação tanto da administração pública quanto dos licitantes. Esse princípio é mencionado no art. 3º da Lei de Licitações, e enfatizado pelo art. 41 da mesma lei que dispõe que “a Administração não pode descumprir as normas e condições do edital, ao qual se acha estritamente vinculada”. (FURTADO, Lucas Rocha. Curso de Direito Administrativo, 2007, p.416). Grifos nossos

A respeito da previsão da aplicação da vinculação ao edital, o qual norteia todo o procedimento licitatório, entende o STJ:

DIREITO ADMINISTRATIVO. LICITAÇÃO. EDITAL COMO INSTRUMENTO VINCULATORIO DAS PARTES. ALTERAÇÃO COM DESCUMPRIMENTO DA LEI. SEGURANÇA CONCEDIDA. É entendimento correntio na doutrina, como na jurisprudência, que o "edital", no procedimento licitatório, constitui lei entre as partes e instrumento de validade dos atos praticados no curso da licitação. Ao descumprir normas editalícias, a administração frustra a própria razão de ser da licitação e viola os princípios que direcionam a atividade administrativa, tais como: o da legalidade, da moralidade e da isonomia. A Administração, segundo os ditames da lei, pode, no curso do procedimento, alterar as condições inseridas no instrumento convocatório, desde que, se houver reflexos nas propostas já formuladas, renove a publicação (do edital) com igual prazo daquele inicialmente estabelecido, desservindo, para tal fim, meros avisos internos informadores da modificação. Se o edital dispensou as empresas recém-criadas da apresentação do "balanço de abertura", defeso era à Administração valer-se de meras irregularidades desse documento para inabilitar a proponente (impetrante que, antes, preenchia os requisitos da Página - 10 - de 13 lei). Em face da lei brasileira, a elaboração e assinatura do balanço e atribuição de contador habilitado, dispensada a assinatura do diretor da empresa respectiva. Segurança concedida. Decisão unanime. (STJ - MS: 5597 DF 1998/0002044-6, Relator: Ministro DEMÓCRITO REINALDO, Data de Julgamento: 13/05/1998, S1 - PRIMEIRA SEÇÃO, Data de Publicação: DJ 01.06.1998 p. 25 LEXSTJ vol. 110 p. 60) [grifos nossos].

O ordenamento jurídico pátrio estabelece que a Administração Pública, em matéria de licitação, dentre outros princípios, encontra-se adstrita aos da seleção mais vantajosa para administração e da vinculação ao instrumento convocatório.

DA NECESSÁRIA REVISÃO DA PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA AO HMTJ EM SUA PROPOSTA TÉCNICA

A comissão atribuiu incorretamente uma nota parcial nos quesitos abaixo:

FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS INTERNAS

De acordo com a comissão de licitação:

“Foi apresentado os fluxos de áreas externas, internas e restritivas, sendo que esta última não detalhou como se dá a paramentação, a circulação do profissional e pacientes até sua entrada nos ambientes como ÚTI, Bloco Cirúrgico, CME, Isolamentos”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ apresentou na descrição dos fluxos das áreas restritivas a forma de paramentação, a circulação do profissional e pacientes até sua entrada nos ambientes como ÚTI, Bloco Cirúrgico, CME, Isolamentos, no item que trata do protocolo alusivo ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

FLUXO NAS ÁREAS INTERNAS DA UNIDADE

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção hospitalar dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma.

Nesse sentido, o HEJ sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

- **Áreas Críticas:** São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções. Essas áreas são absolutamente restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e pacientes sob tratamento.
- **Áreas Semicríticas:** São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção menor.
- **Áreas não críticas:** São todas as áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por pacientes, ou destinadas a exames clínicos.

Fluxo nas Áreas Restritas

São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: **Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico e CME.** Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade.

Em relação ao fluxo em áreas restritas, o acesso tem que ser requisitado pelo responsável do setor, serão orientados quanto ao processo de higienização, às normas e procedimentos e os funcionários serão supervisionados em relação ao cumprimento das medidas restritivas.

A paramentação dos profissionais de saúde, assim como estabelecimento dos fluxos, que é uma medida essencial para garantir a segurança tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do serviço de saúde, deve seguir as diretrizes estabelecidas pelos protocolos de controle de infecções hospitalares e pelas normativas vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O Processo não foi contemplado no item “**FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS INTERNAS**” uma vez que se trata de protocolo **alusivo ao** Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

Portanto as práticas citadas foram abordadas em outro documento que compõe o conteúdo da proposta técnica apresentada pela OSSHMTJ, onde são descritos: Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).

CAPÍTULO V: DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

I - Elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

II - **Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o Anexo III, da Portaria 2616/98 MS.**

III - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais do hospital, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS.

IV - Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

V - Avaliar, periodicamente e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do CCIRAS.

VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.

VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores do hospital, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate.

385

Desta forma, considerando que a proposta da OSS HMTJ atendeu ao critério no que se trata ao quesito circulação, que é o tema a ser descrito nesse item, sendo certo que o tema paramentação foi descrito adequadamente no item de SCIH, e, sendo necessária a revisão da pontuação atribuída ao HMTJ, com atribuição de nota máxima de 2 pontos, uma vez que inadequada a análise e pontuação atribuída ao critério.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS

De acordo com a decisão da comissão:

“Apresentou o fluxo de material sujo, contaminado até a CME, não foi relatado o fluxo de entrega do material esterilizado aos setores para possível identificação de presença ou não de fluxo cruzado com o material sujo. Foi apresentado o fluxo da remoção de roupa suja da unidade geradora em horário pré-determinado e como será realizado a coleta e transporte da roupa suja dentro do Hospital, não foi identificado a propositura de horários e por qual acesso será a coleta da roupa suja pela empresa terceirizada.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ apresentou e descreveu em sua proposta horários e acesso de coleta de terceirizados.

O Fluxo estabelece a forma de encaminhamento desses materiais e o acesso que será a coleta da roupa suja e os horários preestabelecidos:

RECOLHIMENTO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR

Responsável pelo setor: Enfermeiro

Atividades: Treinar, orientar e supervisionar o recebimento de artigos para esterilização.

Objetivos:

- Transportar artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado;
- Reprocessar artigos para realização de novo procedimento.

Normas:

- Todos os setores do Hospital utilizam materiais processados e reprocessados pela Central de Material Esterilizado (CME) para o desenvolvimento de diversos procedimentos que necessitem de artigos estéreis, contando com a estrutura, profissionais e recursos desta unidade para tal;
- A CME é responsável pelo recolhimento do material Centro Cirúrgico Central e Ambulatorial. Os demais setores são responsáveis pelo transporte de materiais contaminados para a CME;
- Transportar os artigos em carros fechados;
- Entrar pela porta de acesso ao expurgo;
- Deixar os artigos em bancada própria.

METODOLOGIA DE RETIRADA DO MATERIAL

- Levar o carro fechado até o CC e o CCA;
- Aguardar a funcionária responsável pelo expurgo do CC e CCA colocar os artigos contaminados em carro inox com identificação de material contaminado;
- Retornar com materiais contaminados para o expurgo da CME;
- Colocar luvas;
- Retirar os materiais contaminados do carro de transporte e colocar na bancada para o processo da limpeza;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos.

RECEBIMENTO DE ARTIGOS CONTAMINADOS

Para o recebimento e limpeza de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se :

- ✓ Luvas de látex (especial) ou borracha, óculos, avental;
- ✓ Calçar luvas;
- ✓ Receber os artigos contaminados no expurgo juntamente com o impresso próprio;
- ✓ Separar materiais de acordo com a limpeza a ser realizada: desinfecção, esterilização a vapor e/ou óxido de etileno;
- ✓ Os materiais que serão enviados para o óxido de etileno devem ser acondicionados em contêiner específico e listados em impresso próprio da firma prestadora de serviço;
- ✓ Retirar luvas;
- ✓ Lavar mãos.

TRANSPORTE AUTOMOTIVO DO MATERIAL CONTAMINADO

Objetivo: Transportar com segurança artigos contaminados para o expurgo da Central de Material Esterilizado (CME).

Para o transporte de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Paramentar utilizando capote, máscara, gorro e luva;
- ✓ Deslocar para os expurgos dos setores do hospital;
- ✓ Colocar os artigos contaminados em contêiner;
- ✓ Acondicionar o contêiner em carro inox identificado contaminado;
- ✓ Encaminhá-lo até o veículo de transporte;
- ✓ Retirar paramentação;
- ✓ Lavar mãos;
- ✓ Colocar luvas;
- ✓ Encaminhar os contêineres com artigos contaminados ao expurgo da CME;
- ✓ Retirar luvas;
- ✓ Lavar as mãos.

ORGANIZAÇÃO DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR POR OUTROS SETORES PARA ENTREGA NO CME

Objetivos: Reprocessar artigos que são autorizados pela ANVISA para realização de novo procedimento.

Para organização de materiais contaminados, o funcionário deve paramentar-se:

Os setores do Hospital entregam diretamente no Expurgo da CME os materiais para serem esterilizados em contêineres, obedecendo a listagem e identificando os materiais por setor específico.

RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA DE ARTIGOS MÉDICO-HOSPITALAR DE OUTROS SETORES NO CME

- ✓ Receber do funcionário as caixas;
- ✓ Separar e conferir com os impressos com os materiais recebidos;
- ✓ Separar de acordo com o setor de origem.

CARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES

Objetivos: Garantir o processo de Esterilização. Para o carregamento da Autoclave, o funcionário deve:

- ✓ Lavar as mãos;
- ✓ Abrir a autoclave;
- ✓ Colocar o rack na posição (puxar para fora da autoclave);
- ✓ Pegar pacotes que estão sobre a bancada;
- ✓ Carregar a autoclave;
- ✓ Dispor os artigos verticalmente nos racks e não os compactar;
- ✓ Respeitar a distância de 2,5cm a 5cm entre os pacotes;
- ✓ Colocar os artigos côncavos/convexos na posição vertical;

O fluxo de roupas sujas na Central de Material e Esterilização (CME) é um processo crítico para garantir a segurança dos pacientes e da equipe hospitalar, prevenindo a transmissão de infecções.

Esse fluxo deve ser bem estruturado, sendo alinhado com o controle de infecções hospitalares, portanto deve ser apresentado ao serviço para que os protocolos sejam implementados de acordo com as diretrizes Resolução RDC ANVISA nº 50/2002 que estabelece que as instituições de saúde devem adotar medidas para controle de infecção hospitalar, RDC ANVISA nº 63/2011 que dispõe Boas Práticas para o Funcionamento de Serviços de Lavanderia Hospitalar - e interface entre os serviços de saúde.

Não foi observada a necessidade de contemplar tal situação na proposta técnica devido a estrutura contemplar área física para determinado fluxo de direcionamento de roupas sujas.

O transporte de roupas sujas no ambiente hospitalar requer atenção e rigorosos protocolos para prevenir a contaminação cruzada e garantir a segurança dos pacientes e da equipe de saúde.

Ao seguir as etapas descritas e garantir que o processo seja conduzido com atenção e cuidado, é possível minimizar os riscos de transmissão de infecções e manter um ambiente hospitalar seguro e controlado.

Quanto ao estabelecimento de horários de coleta de roupa suja, estes também serão necessário a interface com outros serviços incluindo: Nutrição, Higiene e Limpeza, CME, SCIH para propor acordos entre as áreas e elaboração de um plano de rotas com intuito de evitar contaminação cruzada e prevenção de infecções relacionadas à saúde. Portanto, torna-se, inviável, nesse momento, a apresentação de horários.

Ademais o edital não previu a apresentação de horários para funcionamento do setor, ou seja, para coleta de roupa suja.

Destacamos também que é essencial que haja uma integração contínua entre as equipes assistenciais e de apoio com SCIH para garantir a segurança de pacientes e profissionais de saúde, adotando medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à saúde, sendo, portanto, estas práticas detalhadas em outro documento que compõe o conteúdo da proposta apresentada pela OSSHMTJ, onde são descritos: Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS).

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação, com grau máximo (2 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

De acordo com a análise de comissão:

“Embora não necessariamente a proposta esteja em forma de manual, o conteúdo apresentado especifica personalizadas, das págs 267 a 281 o solicitado na proposta. A lista com os nomes dos protocolos não foram inseridos no manual.”

A própria comissão reconhece que o HMTJ apresentou o que foi solicitado no termo de referência. O HMTJ apresentou seu manual para atuação em protocolos assistenciais. Estes programas são implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes se beneficiem do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

A Implementação de protocolos resulta em modificações do processo assistencial, incluindo a redefinição de rotinas laboratoriais relacionadas à coleta de exames, padronização de uso de medicações especiais e até mesmo, reformas de áreas físicas a fim de facilitar os fluxos definidos pelos protocolos.

O item descrito no termo de referência do edital não solicitava, nesse item, a listagem de todos os protocolos a serem implantados, e sim a forma como a instituição irá utilizar a informatização dos protocolos como uma ferramenta para estimular o uso dos mesmos, sendo facilitado o acesso do corpo clínico aos documentos, o que foi atendido pelo HMTJ e confirmado pela comissão *“o conteúdo apresentado especifica personalizadasmente, das págs 267 a 281 o solicitado na proposta”*

Cabe ressaltar que vasto número de protocolos foram apresentados pelo HMTJ em itens específicos previstos nesse edital, tais como protocolo assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para o serviço de maior complexidade na medicina, protocolos de enfermagem, UTI, CME e bloco cirúrgico, protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas para ambulatório, hospital dia e enfermarias, dentre outros.

Essa iniciativa visou utilizar a informatização dos protocolos como uma ferramenta para estimular o uso dos mesmos, sendo facilitado o acesso do corpo clínico aos documentos pdf (Adobe Acrobat), que contemplavam a estrutura e conteúdo dos PA.

As etapas para a construção e implementação de um Protocolo Assistencial Baseado em Evidência sumariamente compreendem:

- identificar e estruturar a dúvida sobre o cuidado;
- buscar respostas nas fontes de informação;
- identificar e sintetizar a melhor evidência disponível;
- construir Protocolo Assistencial;
- implementar a evidência e
- avaliar os resultados.

A interface entre corpo clínico e sistema deve ser amigável e fácil de utilização, permitindo assim uma visão consolidada dos itens do protocolo com as prescrições vigentes do paciente e exames, realização de um processo de auditoria de uso para gerar informações de apoio, comparando as condutas previstas nos protocolos assistenciais e as realmente utilizadas no cotidiano da assistência.

Assim, o HMTJ irá criar no Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, a cultura de que as evidências científicas devam ser usadas rotineiramente na tomada de decisão clínica é prioridade.

A estratégia a ser utilizada para a concretização da PBE na prática clínica dentro da unidade será a construção de Protocolos Assistenciais que devem ser construídos de acordo com os princípios da PBE, e favorecem a adoção das melhores práticas assistenciais.

Deverão prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, que a enfermagem desempenha de maneira independente ou compartilhadas com outros profissionais da equipe de saúde.

O uso destes Protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de saúde e estabelecer limites de ação e cooperação entre os diversos profissionais.

A Prática Baseada em Evidência e os Protocolos Assistenciais Baseados em Evidência visam, centralmente, à melhoria da qualidade da assistência.

Estas ferramentas nos permitirão medir sistematicamente onde estamos, definir onde queremos chegar, estabelecer estratégias e medir o efeito das ações que fizemos para alcançar a melhoria. Indicadores de resultado representam o quanto as metas foram alcançadas em função das ações implementadas.

270

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação, com grau máximo (2 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE E/OU SOCIAIS DENTRO DO CUSTEIO PREVISTO PARA A UNIDADE

De acordo com a análise da comissão:

“Apresentou 11 Projetos: 1. O QUE IMPORTA PARA VOCÊ; 2. DOAÇÃO DE ROUPAS, AGASALHOS E KITS DE HIGIENE; 3. PODE CONTAR COMIGO; 4. VISITA PET; 5. ORAÇÃO NOS SETORES; 6. QUALIDADE DE VIDA; 7. GINÁSTICA LABORAL; 8. DOUTORES DO AMOR; 9. MEU DIA DE BELEZA; 10. NÚCLEO DE TERAPIAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES e 11. PROJETO RECICLE AQUI. Todos os projetos apresentaram: objetivos, contextualização; público alvo, os custos foram informados como dentro do custeio previsto no edital. Não foi apresentado cronograma para a maioria dos projetos, não foi possível verificar um levantamento das necessidades/perfil epidemiológico da cidade/comunidade para todos os projetos apresentados considerando a carta de serviços e o perfil dos usuários da unidade pretendida”.

A OSSHMTJ, buscou a Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais voltados tanto para atendimento a necessidades levantadas por profissionais de saúde quanto para a implantação de ações em humanização.

Os projetos apresentados visam promover ações sociais e assistenciais além de fortalecer a humanização no Hospital Estadual de Jataí, com foco no bem-estar dos pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde. A humanização no ambiente hospitalar é essencial para melhoria da qualidade de vida e recuperação dos pacientes.

Destaca-se que o edital não previu a apresentação de cronograma dos projetos muito menos a análise do perfil epidemiológico, como é possível observar na pág. 27 do edital:

	Proposta de manual de protocolos assistenciais	02 pontos	
Implantação de Processos	Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	02 pontos	4 pontos
	Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade	05 pontos	5 pontos
Incrementos de Atividades			
TOTAL DE PONTOS:			20 pontos

Não foi realizado o detalhamento de público em todos os projetos, pois no desenvolver da gestão da unidade, a Proponente passará a conhecer o público envolvido/atendido, e os membros dos projetos conseguem obter informações e amadurecimento no processo de abordagem e priorização da implementação dos projetos.

Sendo, portanto, alguns projetos direcionados de acordo com a prevalência de atendimento e setores também envolvidos, sendo aplicados em alguns casos para faixas etárias diferentes, e ou gênero sendo usuários do serviço masculino e ou feminino.

Outro ponto mencionado e após avaliação dos requisitos do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2024-SES/GO, não foi observada a descrição de forma objetiva quando se refere a exigência de elaboração dos projetos que descreva com clareza a necessidade de inclusão em todos os projetos sociais sugeridos a apresentação de **cronograma** conforme mencionado no corpo da avaliação. Outro ponto a declarar se refere as sazonalidades de realização de ações que envolvem datas comemorativas baseadas no calendário.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação, com grau máximo de 5 pontos. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ apresentou no descritivo da comissão de ética médica a proposta de constituição da comissão, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Ética Médica para o Hospital Estadual de Jataí traz no 2º (segundo) parágrafo conforme resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 2.152/2016 as funções da comissão em questão que estão descritas como: funções investigatórias, educativas e fiscalizatórias do desempenho ético da medicina no âmbito das unidades geridas pelo HMTJ.

A fim de tornar mais explicitas as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz uma subdivisão intitulada de “Das Finalidades” onde descreve as competências da Comissão de Ética Médica:

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

- I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
- II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina da Paraíba quaisquer indícios de infração aos dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;

355

- III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
- IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
- V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
- VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

- I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
- II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
- III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
- IV. Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

- I. Eleger o presidente e o secretário;
- II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;

Por conseguinte, seguimos para a subdivisão intitulada “Da Composição” onde no 1º (primeiro) parágrafo, Art. 5º do regimento trás:

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6º A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

DO MANDATO

Art. 7º A escolha dos membros da Comissão de Ética Médica será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8º Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exerceram cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9º São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica do HMTJ, os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina da Paraíba deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer a reeleição de seus membros.

351

É descrito de forma explícita a transparência e seriedade de todo processo eleitoral junto ao Conselho Regional de Medicina de Goiás além de todas as informações pertinentes quanto ao mandato como: duração, reeleição, divulgação, recurso, homologação e resultado e ato de nomeação.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação no grau máximo de 0,5 pontos. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL

De acordo com análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, a finalidade, mas não trouxe os membros na proposta de constituição desta comissão, também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ apresentou no descritivo da **COMISSÃO DE ÉTICA MULTIPROFISSIONAL** a proposta de constituição da comissão, com membros e finalidade (página 364).

A proposta de Implantação da Comissão de Ética Multiprofissional (CEM) para o Hospital Estadual de Jataí, tem como objetivo principal garantir que todas as ações da equipe sejam realizadas em conformidade com os princípios éticos e legais, proporcionando um ambiente de trabalho seguro e um atendimento de excelência aos usuários.

A CEM, composta por representantes de todas as áreas, desempenhará um papel crucial na análise de situações, na orientação dos profissionais e na promoção de uma cultura ética sólida na instituição.

A fim de apresentar de forma clara e concisa os objetivos, a nomenclatura e a formação da comissão, a OSS HMTJ dedicou seções específicas para cada um desses aspectos em sua documentação oficial.

Finalidades

A Comissão de Ética Multiprofissional do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ tem como finalidade principal:

Promover a ética: Fortalecer os princípios éticos nas práticas profissionais de todos os membros da instituição.

Proteger os direitos: Garantir a proteção dos direitos dos usuários, colaboradores e da própria instituição.

Resolver conflitos: Analisar e resolver conflitos de natureza ética que possam surgir no âmbito das atividades institucionais.

Orientar profissionais: Oferecer orientação aos profissionais sobre questões éticas relacionadas à prática profissional.

Proibido Reproduzir

Página 2 de 11

362

A Comissão de Ética Multiprofissional tem como objetivo principal garantir a excelência da assistência à saúde, por meio das seguintes ações:

Melhoria contínua: Promover encontros regulares para aprimorar os processos e rotinas assistenciais na instituição.

Implementação de normas e protocolos: Assegurar a adesão às normas e protocolos institucionais nas unidades assistenciais.

Suporte técnico: Oferecer suporte técnico aos profissionais da área, visando otimizar a qualidade e a quantidade da assistência prestada.

Alinhamento estratégico: Definir as diretrizes da assistência em consonância com as políticas de gestão do cuidado.

Avaliação da assistência: Realizar diagnósticos situacionais para identificar oportunidades de melhoria.

Promoção do trabalho em equipe: Fortalecendo o relacionamento entre os profissionais da saúde.

Transparência e comunicação: Produzir relatórios e disponibilizar informações relevantes sobre as atividades da equipe.

Gestão de recursos humanos: Validar as escalas de trabalho em conjunto com os responsáveis técnicos de cada profissão.

Colaboração interdisciplinar: Estabelecer parcerias com os gestores das unidades onde a equipe atua.

Art. 1º A Comissão de Ética Multiprofissional, tem como objetivo promover, fomentar e zelar pela conduta ética dos profissionais de saúde do Hospital atuando de forma educativa, preventiva e fiscalizadora.

Art. 2º A Comissão de Ética Multiprofissional será composta por profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, enfermagem, serviço social, farmácia, terapia ocupacional e demais áreas da saúde, devidamente registrados em seus respectivos conselhos profissionais e atuantes no Hospital.

§ 1º Os membros da CEM serão indicados pelas chefias das respectivas áreas e terão mandato de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos por mais um mandato.

§ 2º A primeira composição da CEM será indicada pelas chefias das áreas e homologada pelo Diretor Técnico e ou Administrativo.

§ 3º A partir da segunda gestão, os membros da CEM serão eleitos pelos profissionais de cada área, por meio de votação, dentre os candidatos inscritos.

§ 4º O coordenador da CEM será eleito dentre os membros da Comissão, em votação, e terá mandato de 1 (um) ano.

Composição

A Comissão de Ética Multiprofissional do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ será composta por representantes de diferentes categorias profissionais da instituição, tais como:

- Presidente,
- Secretário,
- Um profissional da área da Enfermagem,
- Um profissional da área da Fisioterapia,
- Um profissional da área da Psicologia,
- Um profissional da área da Nutrição,
- Um profissional da Farmácia,
- Um profissional da área do Serviço Social.

A quantidade de membros será definida de acordo com a necessidade da instituição e a complexidade de suas atividades.

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas e uma nova avaliação realizada, com atribuição de nota máxima (0,5 pontos).

COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA COM CRONOGRAMA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota “.

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Biossegurança para o Hospital Estadual de Jataí traz no 1º (primeiro) parágrafo conforme o objetivo e finalidade principal da comissão em questão.

A fim de expor de forma explícita as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz a 2ª (segunda) subdivisão intitulada de “Das competências da comissão” onde vemos 1 (um) artigo com 3 (três) parágrafos discorrendo sobre a finalidade desta comissão.

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ apresentou no descritivo da **COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA** a proposta de constituição da comissão, com membros e finalidade:

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A composição mínima da Comissão de Biossegurança deverá ser composta por membros de diferentes setores e função na instituição, contendo no mínimo um membro da Segurança do Paciente e três enfermeiros, entretanto, conforme a necessidade da Instituição, este número poderá ser maior.

A depender da direção do hospital, poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos:

375

- I. Pronto atendimento;
- II. Serviço de terapia intensiva;
- III. Serviço de clínica médica;
- IV. Serviço de pediatria;
- V. Serviço de cirurgia geral;
- VI. Serviço de neurologia;
- VII. Serviço de oncologia;
- VIII. Serviço de obstetrícia;
- IX. Serviço de saúde mental;
- X. Serviço de laboratório;
- XI. Serviço de CME.

Art. 3º Para a realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser dispensados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela diretoria. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Técnica, de acordo com as necessidades e perfil da unidade.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando direção achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

§ 1º As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital, ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

§ 2º O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 5º As atribuições da Comissão de Biossegurança são:

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota. Menciona a Policlínica de Goiás em sua proposta.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CCIRAS)** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Saúde (CCIRAS) para o Hospital Estadual de Jataí é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica. A implantação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) em instituições de saúde, representa um passo fundamental para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos pacientes.

A fim de apresentar de forma clara e concisa as finalidades e a composição da comissão, a OSS HMTJ destinou os capítulos II e III da documentação oficial para descrever seus aspectos fundamentais.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I: DAS DENOMINAÇÕES

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, é um órgão criado, conforme portaria Nº 196 do Ministério da Saúde que institui a implantação das comissões de controle de infecção em todo país, independentemente de sua natureza jurídica.

CAPÍTULO II: DAS FINALIDADES

Art. 2º A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão normativo de caráter permanente e tem por finalidade a prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Art. 3º A CCIH executa o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) que é o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS.

Art. 4º A CCIRAS destina-se ao assessoramento da direção.

CAPÍTULO III: DA CONSTITUIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 4º A CCIRAS é composta por membros consultores e executores.

§ 1º Os membros consultores são representantes dos seguintes serviços:

I - Médico.

II - Enfermagem.

III - Farmácia.

IV - Laboratório.

V - Administração.

VI - Unidade de terapia intensiva.

VII - Serviço de higienização e gestão de resíduos.

§ 1º Os membros executores representam a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) e são encarregados da execução das ações programadas de Controle de Infecção Hospitalar.

É constituída pelos seguintes profissionais:

- I - Médicos Infectologistas.
- II - Enfermeiros.
- III - Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Art. 5º Os membros têm um mandato pelo período de 4 anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 6º O coordenador da CCIRAS será qualquer um dos membros consultores e executores, indicado pela superintendência do hospital.

CAPÍTULO IV: DAS DESIGNAÇÕES

Art. 7º Os membros da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) serão designados pelo Diretor da instituição através de portaria.

CAPÍTULO V: DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

Art. 8º São atribuições da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS):

- I - Elaborar, implementar, manter e avaliar o PCIH, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
- II - Implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS, de acordo com o Anexo III, da Portaria 2616/98 MS.
- III - Capacitação do quadro de funcionários e profissionais do hospital, no que diz respeito à prevenção e controle de IRAS.
- IV - Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.
- V - Avaliar, periodicamente e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das IRAS e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores do CCIRAS.
- VI - Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle, e notificar o Serviço de Vigilância Epidemiológica do organismo de gestão do SUS.
- VII - Elaborar e divulgar, regularmente relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores do hospital, a situação do controle de IRAS, promovendo seu amplo debate.

385

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas e uma nova avaliação realizada, com pontuação máxima (0,5 pontos).

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

De acordo com análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota “.

Diferentemente do afirmado pela comissão, a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS apresentada** na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

Este documento foi assinado eletronicamente por Carla Machado Dos Santos, Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6934-6799-7FA6-5715.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão Revisão de Prontuários (CRP) do Hospital será composto por profissionais do corpo clínico, da área assistencial e da área administrativa.

Art. 8º Os membros da comissão deverão ser disponibilizados de suas atividades para atendimento às demandas da CRP em comum acordo entre as chefias do Hospital e a Diretoria Técnica.

Art. 9º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada conforme definição da Direção.

Art. 10 A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 11 O presidente e o vice-presidente da comissão serão designados pela Direção.

Art. 12 A Comissão será assessorada pela Unidade de Apoio Corporativo/direção e usufruirá de sua infraestrutura administrativa.

Art. 13 A Comissão de Revisão de Prontuários deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica.

CAPÍTULO IV DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14 A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) compete:

I - Realizar o diagnóstico situacional da qualidade dos prontuários, com a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário, em qualquer suporte, eletrônico ou papel:

- a) identificação do paciente: nome completo, data de nascimento (dia, mês e ano com quatro dígitos), sexo, nome da mãe, naturalidade (indicando o município e o estado de nascimento), endereço completo (nome da via pública, número, complemento, bairro/distrito, município, estado e CEP);
- b) anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado;
- c) evolução diária do paciente, com data e hora, com prescrição médica, discriminação de todos os procedimentos aos quais o mesmo foi submetido e identificação dos profissionais

401

A proposta de Implantação da Comissão de Revisão de Prontuários para o Hospital Estadual de Jataí trás no 1º (primeiro) parágrafo conforme resolução do Conselho Federal de Medicina N° 1.638/2002 a obrigatoriedade da criação desta comissão nos estabelecimentos de saúde onde se presta assistência médica.

A fim de expor as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz a 1ª (primeira) subdivisão intitulada de “Capítulo 1 Da natureza e finalidade” onde descreve a vinculação da comissão à Direção do Hospital e sua finalidade.

Pelo exposto, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE ÓBITOS COM CRONOGRAMA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE ÓBITOS apresentada** na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos:

- I. Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.
- II. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.
- III. Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica (quando esta estiver implantada no hospital), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.
- IV. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional do hospital, e deverá ser nomeada em portaria da Superintendência publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no

409

máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

§ 5º A comissão será composta por um representante de cada unidade existente no servi

- ço:
- I. Representante da Unidade de Pronto Atendimento;
 - II. Representante da Unidade de Terapia Intensiva;
 - III. Representante da Unidades de Internação;
 - IV. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
 - V. Representante do Setor de Vigilância Epidemiológica;
 - VI. Representante da Unidade da Equipe Multiprofissional.

A proposta de Implantação da Comissão de Verificação de Óbitos para o Hospital Estadual de Jataí trás no 1º (primeiro) parágrafo conforme a Resolução Interministerial MEC/MS N° 2.400 de 2 de Outubro de 2007 a obrigatoriedade da criação desta comissão nos estabelecimentos de saúde, de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n° 2.171/2017.

A fim de expor as finalidades desta comissão, a OSS HMTJ traz a 1ª (primeira) subdivisão intitulada de “Capítulo 2 Das finalidades” onde essa subdivisão trás 4 parágrafos discorrendo sobre a finalidade desta comissão.

O Art. 3º menciona: **CAPÍTULO II DAS FINALIDADES** assim como o **CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO**

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Art. 3º São finalidades da Comissão de Revisão de Óbitos:

- I. Analisar os óbitos ocorridos na unidade, revisando todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade das informações dos atestados de óbitos.
- II. Analisar laudos de necropsia realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário.
- III. Encaminhar para análise do Diretor Técnico da Instituição os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e este se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica (quando esta estiver implantada no hospital), que deverá observar as disposições da Resolução CFM n 22.152 /2016 e, ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos conselhos profissionais dos profissionais envolvidos.
- IV. Ser um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão será composta por membros do quadro funcional do hospital, e deverá ser nomeada em portaria da Superintendência publicada no Boletim de Serviço da Instituição:

§ 1º A comissão deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 2º Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no

409

máximo 2 (dois) enfermeiros e 3 (três) médicos.

§ 3º Outros profissionais da saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 4º O presidente da Comissão de Revisão de Óbitos será obrigatoriamente médico.

§ 5º A comissão será composta por um representante de cada unidade existente no servi

- ço:
- I. Representante da Unidade de Pronto Atendimento;
 - II. Representante da Unidade de Terapia Intensiva;
 - III. Representante da Unidades de Internação;
 - IV. Representante da Unidade de Apoio Diagnóstico;
 - V. Representante do Setor de Vigilância Epidemiológica;
 - VI. Representante da Unidade da Equipe Multiprofissional.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES CIPA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota. ”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno da **COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES CIPA** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA** foi apresentada de forma clara e concisa, incluindo sua composição, atribuição /finalidades como pode ser verificado abaixo:

DA ORGANIZAÇÃO

5.6 A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos para setores econômicos específicos.

5.6.1 Os representantes dos empregadores, titulares e suplentes, serão por eles designados.

5.6.2 Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados.

431

5.6.3 O número de membros titulares e suplentes da CIPA, considerando a ordem decrescente de votos recebidos, observará o dimensionamento previsto no Quadro I desta NR, ressalvadas as alterações disciplinadas em atos normativos de setores econômicos específicos.

5.6.4 Quando o estabelecimento não se enquadrar no Quadro I, a empresa designará um responsável pelo cumprimento dos objetivos desta NR, podendo ser adotados mecanismos de participação dos empregados, através de negociação coletiva.

5.7 O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

5.8 É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

5.9 Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

5.10 O empregador deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

GRUPOS	Nº de Empregados no Estabelecimento Nº de Membros da CIPA	0 a 19	20 a 29	30 a 50	51 a 80	81 a 100	101 a 120	121 a 140	141 a 200	201 a 300	301 a 500	501 a 1000	1001 a 2500	2501 a 5000	5001 a 10.000	Acima de 10.000 para cada grupo de 2.500 acrescentar
C-1	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15		2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	3	4	7	9	12		2
C-1a	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	4	6	9	12	15		2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	5	8	9	12		2
C-2	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	7	10	11		2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	7	9		1
C-3	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	10	10		2
C-3a	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	6	8	8		2
	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6		1
C-4	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5		1
	Efetivos			1	1	1	1	2	2	2	3	5	6			1
C-5	Suplentes			1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4		1
	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	4	6	9	9	11		2
C-5a	Suplentes		1	1	2	3	3	5	4	4	5	7	7	9		2
	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	6	7		1
C-6a	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	5		1
	Efetivos		1	1	2	3	3	4	5	5	6	8	10	12		2
C-6	Suplentes		1	1	2	3	3	3	4	4	4	6	9	10		2
C-7	Efetivos				1	1	2	2	2	2	3	4	5	6		1
	Suplentes				1	1	2	2	2	2	3	3	4	4		1
C-7a	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	8	9	10		2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	8		2
C-8	Efetivos		1	1	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10		1
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	5	6	8		1
C-9	Efetivos				1	1	1	2	2	2	3	5	6	7		1
	Suplentes				1	1	1	2	2	2	3	4	4	5		1
C-10	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	8	9	10		2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	4	6	7	8		2
C-11	Efetivos		1	1	2	3	4	4	5	6	9	10	12			2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	7	8	10		2
C-12	Efetivos		1	1	2	3	3	4	4	5	7	8	9	10		2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	6	6	7	8		2
C-13	Efetivos		1	1	3	3	2	3	4	5	6	9	11	13		2
	Suplentes		1	1	4	5	3	4	4	4	5	7	8	10		2
C-14	Efetivos		1	1	2	2	3	4	4	5	6	9	11	11		2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	4	4	5	7	8	9		2
C-14a	Efetivos				1	1	2	2	2	3	3	4	5	6		1
	Suplentes				1	1	2	2	2	3	3	3	4	4		1
C-15	Efetivos		1	1	3	3	4	4	4	5	6	8	10	12		2
	Suplentes		1	1	3	3	3	3	3	4	4	6	8	10		2
C-16	Efetivos		1	1	2	3	3	3	4	5	6	8	10	12		2
	Suplentes		1	1	2	3	3	3	3	4	4	6	7	9		2
C-17	Efetivos		1	1	2	2	4	4	4	4	6	8	10	12		2
	Suplentes		1	1	2	2	3	3	3	4	5	7	8	10		2
C-18	Efetivos				2	2	4	4	4	4	6	8	10	12		2

440

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas e uma nova avaliação realizada, com atribuição de nota máxima (0,5 pontos).

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO -SESMT

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota. ”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno do **SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO – SESMT** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho –SESMT foi apresentada de forma clara e concisa as finalidades e a composição da comissão, incluindo inclusive o organograma desta comissão, competência e formação de cada um dos membros a suas atribuições.

Este documento foi assinado eletronicamente por Carla Machado Dos Santos, Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.
Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6934-6799-7FA6-5715.

: Regimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT

Responsável: Equipe Multidisciplinar

Código: RI SESMT 001

Revisão: 00

Data: 13/07/2024

Estrutura Organizacional



Formação especializada dos profissionais do SESMT:

- 1) **Enfermeiro do trabalho** - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;
- 2) **Engenheiro de segurança do trabalho** - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pósgraduação;
- 3) **médico do trabalho** - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;

Proibido Reproduzir

Página 2 de 07

445

gimento Interno do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT			
ável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI SESMT 001	Revisão: 00	Data: 13/07/2024

4) Técnico de enfermagem - portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de técnico de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação;

5) Técnico de segurança do trabalho - técnico portador de comprovação de registro profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

• Competências dos profissionais especializados do SESMT, conforme NR 04

- 1) elaborar ou participar da elaboração do inventário de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
- 2) acompanhar a implementação do plano de ação do Programa de Gerenciamento de Riscos - PGR;
- 3) implementar medidas de prevenção de acordo com a classificação de risco do PGR e na ordem de prioridade estabelecida na Norma Regulamentadora nº 01 (NR-01) - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais;
- 4) elaborar plano de trabalho e monitorar metas, indicadores e resultados de segurança e saúde no trabalho;
- 5) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela organização;
- 6) manter permanente interação com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- 7) promover a realização de atividades de orientação, informação e conscientização dos trabalhadores para a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- 8) propor, imediatamente, a interrupção das atividades e a adoção de medidas corretivas e/ou de controle quando constatar condições ou situações de trabalho que estejam associadas a grave e iminente risco para a segurança ou a saúde dos trabalhadores;
- 9) conduzir ou acompanhar as investigações dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, em conformidade com o previsto no PGR;
- 10) acompanhar e participar nas ações do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, nos termos da Norma Regulamentadora nº 07 (NR-07).

Proibido Reproduzir	Página 3 de 07
---------------------	----------------

446

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas e uma nova avaliação realizada, com atribuição de pontuação total (0,5 pontos).

COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota. “

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Documentação Médica e Estatística para o Hospital Estadual de Jataí traz no 1º (segundo) parágrafo intitulado de “Capítulo 1 – Da natureza e Finalidade” 4 (quatro) artigos que descrevem a finalidade da referida comissão. Vemos dessa forma na documentação oficial:

REGIMENTO DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA – CDME

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ é um órgão técnico criado para atender a Resolução CONARQ nº 22, de 30 de junho de 2005 e ao Decreto Nº 10.148, de 2 de dezembro de 2019, que dispõem sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde.

Art. 2º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) é vinculada à Diretoria da Unidade, instituída a partir de portaria emitida pela mesma.

Art. 3º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do Hospital tem por finalidade dispor de um conjunto de ações e procedimentos referente à avaliação documental nas unidades do Hospital.

Art. 4º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) tem os seguintes objetivos:

I. Orientar e realizar a análise, avaliação e seleção de documentos produzidos e acumulados nas unidades do Hospital mediante:

- a. Conhecimento da estrutura e o funcionamento da instituição detentora dos documentos;
- b. Conhecimento da organização dos conjuntos documentais a serem avaliados, incluídos os métodos de classificação adotados, bem como sua importância para fins de prova, de informação, e de estudos e pesquisas nas áreas das ciências da saúde, humanas e sociais;

471

Este capítulo descreve além da composição da comissão o método de designação dos membros.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO E ORGANIZAÇÃO

Art. 5º A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) será composta pelos seguintes profissionais:

I. Colaborador arquivista ou colaborador responsável pelos serviços arquivísticos, que a presidirá; e

II - Colaboradores multiprofissionais das unidades organizacionais às quais se referem os conjuntos de documentos a serem avaliados e destinados para guarda permanente ou eliminação.

§ 1º Os membros da CDME serão designados pela Direção do órgão ou da entidade dentre os seus servidores.

§ 2º O secretário da CDME será escolhido entre os Membros da Comissão.

§ 3º O Presidente da Comissão de Documentação Médica e Estatística poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades públicos ou privados e especialistas na matéria em discussão para participar das reuniões, sem direito a voto.

Art. 6º O mandato será por período indeterminado podendo ser alterada a qualquer momento em que houver alteração na sua composição.

Art. 7º A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada através de portaria expedida pela Direção da Unidade, em Boletim de Serviço, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

472

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA

De acordo com a análise de comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade) também exigidos para a composição de nota”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Ética em Pesquisa para o Hospital Estadual de Jataí traz no 2º (segundo) parágrafo intitulado de “capítulo 2 – Do objetivo” os objetivos e finalidades principais da comissão em questão. Vemos dessa forma na documentação oficial:

CAPITULO III - DAS FINALIDADES

Artigo 3º – O CEP tem por finalidade orientar, conduzir, avaliar, estimular e facilitar a realização de projetos de pesquisa em seres humanos na Unidade, dentro das Normas dos Regulamentos emitidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP- GO).

CAPITULO IV – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 4º – O CEP do hospital é composto por um colegiado com número superior a sete membros, tendo como representantes profissionais das áreas: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Psicologia, Assistente Social e um Representante dos Usuários.

I – os componentes serão referendados pelo Direção do hospital, a partir de indicação realizada pelos Membros que compõem o CEP, podendo haver também indicação pelos Setores e outras coordenações da unidade. A indicação de qualquer membro novo deverá ser submetida à aprovação em plenária, caso seja nomeado novo representante de usuário e/ou membro o CEP solicitará as devidas alterações dos dados via formulário específico encaminhado à CONEP;

II – os Membros não possuem Suplentes;

III – os Coordenadores (1º e 2º Coordenador) serão eleitos pelos Membros nomeados;

Parágrafo Único – O 1º Coordenador será substituído nos casos de impedimento ou vacância pelo 2º Coordenador;

IV- Nos casos de impedimento ou vacância dos Coordenadores exercerá a coordenação do Comitê o membro lotado na Unidade disponível;

V – o mandato será de 3 (três) anos, com direito de recondução conforme previsto na Resolução CNS nº 370/2007;

VI – A renovação da composição do CEP se dará a cada 3 (três) anos de acordo com a vigência do registro do CEP, junto à CONEP, mantendo-se pelo menos um terço desses membros;

Além da composição da comissão, fica evidente o método de definição dos membros que serão referenciados pela Direção do Hospital.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

De acordo com a análise de comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, a proposta de regimento interno da **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implementação da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional para o Hospital Estadual de Jataí traz na subseção intitulada **Capítulo III** a descrição da Composição dos membros que compõe a Equipe de Suporte Nutricional.

A mencionada proposta de Implementação da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional traz na sua subseção intitulada Capítulo I a natureza e as finalidades da equipe de terapia nutricional, sendo estas descritas nos seguintes artigos:

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL (EMTN) REGIMENTO INTERNO

CAPITULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Regimento Interno da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para a sistematização da Terapia Nutricional Enteral no Hospital.

Art. 2º A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do Hospital é uma equipe multidisciplinar que tem por finalidade a execução, supervisão e avaliação permanente de todas as etapas da terapia nutricional.

Art. 3º O Objetivo da EMTN é garantir assistência nutricional efetiva, de forma a prevenir e tratar a desnutrição intra-hospitalar, buscando promover o cuidado integral, seguro e efetivo para o paciente, além da eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos discentes.

Art. 4º O EMTN tem como finalidade, a realização de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da Nutrição Parenteral ou Enteral.

Art. 5º O EMTN deverá analisar e exigir as empresas Prestadoras de serviço, o cumprimento legal em termos de recursos humanos, infra-estrutura física, equipamentos e procedimentos operacionais conforme recomendações das Boas Práticas de Preparação da Nutrição Enteral - BPPNE e Boas Práticas de Administração da Nutrição Enteral - BPANE.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Os membros que compõe a Equipe de Suporte Nutricional do Hospital serão formados por:

1. Médico Coordenador Técnico Administrativo;
2. Médico Coordenador Clínico;
3. Nutricionista;
4. Enfermeira (o);
5. Farmacêutico;
6. Psicóloga.

499

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA COM CRONOGRAMA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA COM CRONOGRAMA apresentada** na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Radioproteção para o Hospital Estadual de Jataí traz no 1º (primeiro) parágrafo intitulado de “capítulo 1 – Da missão” o objetivo e finalidade principal da comissão em questão. Vemos dessa forma na documentação oficial:

COMISSÃO DE RADIOPROTEÇÃO
REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA MISSÃO

Art 1º - A Comissão de Radioproteção tem como objetivo propor e aplicar critérios de radioproteção para os funcionários que trabalham com radiação ionizante, à população usuária dos serviços que a utilizam e também a segurança e integridade das instalações.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art 2º - A Comissão de Radioproteção será constituída por um grupo multifuncional (profissionais de nível superior e técnico), tendo por finalidade:

- A) Revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;
- B) Recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art 3º - À Comissão de Radioproteção compete.

- a) Avaliar os registros de dosimetrias individuais e ambientais;
- b) Implementar cronograma de manutenções preventivas e preditivas;
- c) Acompanhar o gerenciamento da monitoração individual das pessoas ocupacionalmente expostas às radiações ionizantes;

CAPÍTULO V – DOS MEMBROS

Art 7º - Esta comissão é multidisciplinar e multiprofissional.

Art 8º - Os membros da Comissão de Radioproteção distribuem-se na seguinte representação.

- a) Técnico em Segurança do Trabalho;
- b) Coordenação de Enfermagem;
- c) Apoio Administrativo;
- d) Representante do serviço de Imagiologia Ltda;
- e) Representante técnico em Radiologia;
- f) Membro do SESMT.

Sua representatividade deverá ser:

- a) Presidente;
- b) Vice-Presidente;
- c) Secretário (a);
- d) Membros Efetivos.

CAPÍTULO VI - DAS FUNÇÕES

Art 8º - Ao Presidente compete:

- a) Presidir e coordenar as atividades da Comissão;
- b) Determinar datas, horários e locais, bem como coordenar as reuniões ordinárias da Comissão,
- c) Convocar reuniões extraordinárias quando necessário;
- d) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- e) Indicar entre os membros da Comissão um substituto para representá-lo nas eventualidades;
- f) Nomear ou exonerar os membros da Comissão, através de resoluções;
- g) Revogar e anular resoluções.

512

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COM CRONOGRAMA

De acordo com a análise de comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota. “

Diferentemente do afirmado pela comissão, a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde para o Hospital Estadual de Jataí trás no 1º (primeiro) parágrafo conforme a Resolução CONAMA nº 358/2005 e RDC nº 222/2018, que determina normas de gerenciamento dos resíduos em estabelecimentos de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES

Artigo 2º - Estabelecer e discutir diretrizes de funcionamento e de planejamento junto aos membros da comissão para com a entidade. Com finalidades em minimizar a geração de resíduos na fonte, reduzir o volume e toxicidade na geração dos resíduos no meio - ambiente, adequar a segregação na origem, contribuir para o controle dos riscos de acidentes de trabalho, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente, controlar e reduzir riscos para a saúde pública, contribuir para a qualidade da higiene em unidades de saúde, com enfoque no controle de infecção hospitalar, assegurar a manutenção e a operação dos resíduos, buscando a melhoria contínua do PGRSS e promover a educação ambiental.

CAPÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º - A comissão será gerenciada por um presidente e um secretário, indicados pela entidade e ou pelos componentes da comissão. Todos os componentes da gestão em vigor poderão continuar nas próximas gestões, caso demonstre qualificações e comprometimento, além de ser vontade própria do membro.

- I. Presidente;
- II. Secretário;
- III. Membros:
 - 01 Representante da administração;
 - 01 Representante do Setor de Higiene e Limpeza;

519

- 01 Representante da Farmácia;
- 01 Representante da CIPA;
- 01 Representante do Setor de Assistência social;
- 01 Representante do Setor de Enfermagem;
- 01 Representante do Setor de Manutenção;
- 01 Representante do Setor de Segurança do Trabalho;
- 01 Representante do Setor da Recepção;
- 01 Representante do Setor de Controle de Infecção Hospitalar;
- 01 Representante dos médicos; e
- 01 Responsável Técnico (RT) pela elaboração e manutenção do PGRSS.

Parágrafo único: A comissão poderá convidar outros profissionais para participar de suas reuniões, quando julgar necessário.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMITE TRANSFUSIONAL

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, a proposta de regimento interno do **COMITE TRANSFUSIONAL** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação do Comitê Transfusional para o Hospital Estadual de Jataí é um grupo multidisciplinar de profissionais de saúde, responsável por supervisionar e garantir a qualidade e a segurança das práticas transfusionais em um serviço de saúde. Essa equipe atua de forma estratégica para otimizar o uso do sangue e seus componentes, minimizar riscos e promover a educação continuada dos profissionais envolvidos no processo transfusional.

A fim de apresentar de forma clara e concisa as finalidades e a composição da comissão, a OSS HMTJ destinou os capítulos II e IV da documentação oficial para descrever seus aspectos fundamentais.

- Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida na instituição.
- Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial.
- Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição.
- Desenvolver mecanismos para avaliações das requisições transfusionais antes de sua liberação para uso.

IV - Constituição do Comitê Transfusional:

- A) O Comitê Transfusional do Hospital está constituído por 04 médicos, 01 enfermeiro, 01 técnico de patologia e 01 assistente administrativo.
- B) O Coordenador do comitê foi indicado pela direção clínica entre os membros do comitê.
- C) O mandato do comitê será de 02 anos podendo ser renovado pelo mesmo período.
- D) Os membros do Comitê deverão ser representantes das seguintes áreas assistenciais e administrativas da instituição:

V – Funcionamento:

- A) As reuniões ordinárias são realizadas mensais, já estabelecida em cronograma data, hora e duração.
- B) Coordenador do CT tem atribuição de convocar as reuniões
- C) As faltas deverão ser justificadas.
- D) Outros profissionais poderão participar das reuniões para sugestões e queixas, mas não participarão das tomadas de decisão.
- E) O Coordenador poderá convocar reuniões extraordinárias para discussão de casos graves ou outros assuntos afins.
- F) A técnica de Patologia será a referência para o recebimento dos resumos hemoterápicos e FITs.
- G) Deve ser realizada ata de cada reunião, onde os membros consignarão sua presença, ficando ajustado as pendências, conclusões, deliberações e resoluções. A ata deverá ser assinada.
- H) Uma cópia da ata deve ser encaminhada a Direção Técnica/Médica da instituição ao qual faz parte.

528

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas e uma nova avaliação realizada, com atribuição de nota máxima.

COMISSÃO – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, a proposta de regimento interno da **COMISSÃO – NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente para o Hospital Estadual de Jataí traz no 2º (segundo) parágrafo intitulado de “capítulo 1 – Do objetivo” o objetivo e finalidade principal da comissão em questão. Vemos dessa forma na documentação oficial:

CAPÍTULO VII - DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º - A composição do Núcleo de Segurança do Paciente será a seguinte :

- a) 01 representante do Corpo Clínico;
- b) 01 representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- c) 01 representante da Enfermagem;
- d) 01 representante da Farmácia Hospitalar;
- e) 01 representante da Fisioterapia;
- f) 01 representante da Psicologia;
- g) 01 representante da Assistência Social;
- h) 01 representante da Ouvidoria;
- i) 01 representante da Engenharia Clínica;
- j) 01 representante da Agência Transfusional;
- k) 01 representante da Gestão de Qualidade;
- l) 01 secretário Administrativo;
- m) 01 gestor do NSP.

Artigo 6º - Novos integrantes da comissão só serão nomeados em Ata de Nomeação após três reuniões consecutivas, ou em casos excepcionais será nomeado de imediato com aprovação de todos os membros integrantes da comissão, sendo registrado em ata.

Artigo 7º - Cada membro deverá seguir suas atribuições de acordo com as descrições feitas e discutir os casos em equipe para tomada de decisões.

CAPÍTULO VIII - DO FUNCIONAMENTO

Artigo 8º - O NSP realizará reuniões quinzenais, podendo ser convocada extraordinariamente quando necessário.

Artigo 9º - As reuniões, bem como seus conteúdos serão registradas em ata constando o nome dos membros participantes, além de assinatura de lista de presença.

Artigo 10º - Todas as ausências e modificações do cronograma devem ser justificada na Ata de reunião.

Artigo 11º - As atividades do hospital, também serão registradas em ata.

536

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO (MEMBROS, FINALIDADE), PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO E CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”.

Diferentemente do afirmado pela comissão, a proposta de regimento interno do **COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR** apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta “Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual” para o Hospital Estadual de Jataí traz na subseção intitulada **Capítulo III** a descrição da Composição dos membros que compõe a equipe e na subseção intitulada **Capítulo IV** as atribuições dos membros. Estas subdivisões trazem os seguintes membros descritos e atribuições:

Título: Regimento Comissão de Longa Permanência			
Responsável: Equipe Multidisciplinar	Código: RI LP 001	Revisão: 00	Data: 01/03/2024

implementadas;

VI - atualizar e executar mudanças oriundas de novos protocolos de saúde;

VII - propor capacitações e atualização do conhecimento para os colaboradores envolvidos nos processos de trabalho da UCM, sempre que necessário;

VIII - apresentar relatórios e resultados à governança HEJ, sempre que solicitado;

IX - colaborar com a adoção de práticas que institucionalizem a austeridade e gestão responsável dos recursos financeiros e/ou materiais do HEJ.

Capítulo III

Composição e mandato

Art. 5º Os membros do CLP serão designados por portaria da direção do HEJ, dentro do quadro efetivo de empregados/servidores, sem alterações de suas atribuições ou cargos durante sua participação no Comitê, o qual será composto por 1 (um) representante de cada área a seguir:

I - chefe da UCM, coordenador;

II - responsável técnico (RT) de enfermagem da UCM, vice-coordenador;

III - um enfermeiro;

IV - um farmacêutico;

V - um assistente social;

VI - um psicólogo;

VII - um fisioterapeuta;

VIII - um nutricionista;

IX - quatro médicos;

a) três médicos da UCM;

b) um médico do Núcleo Interno de Regulação (NIR);

X - um assistente administrativo;

XI - um fonoterapeuta.

542

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão (membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota.”

Diferentemente do afirmado pela comissão, o HMTJ a proposta de regimento interno da **COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA apresentada** na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A proposta de Implantação da Comissão de Farmácia e Terapêutica para o Hospital Estadual de Jataí, é um órgão colegiado com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e produtos para saúde.

A fim de apresentar de forma clara e concisa as finalidades e a composição da comissão, a OSS HMTJ destinou os capítulos I e III da documentação oficial para descrever seus aspectos fundamentais.

CAPÍTULO III: DA COMPOSIÇÃO

Art. - 4 - A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ será definida em ata da primeira reunião de implantação, com membros indicados pelo Conselho Diretor, e terá como componentes:

- I. Diretor Clínico,
- II. Diretor Administrativo,
- III. Médico Coordenador da UTI Adulto
- IV. Médico Coordenador da UICN
- V. Farmacêutico RT
- VI. Enfermeiro Coordenador de Setor.

559

CAPÍTULO II: DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 3 - São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica do Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ

- a) Assessorar a coordenação de Assistência Farmacêutica nos assuntos referentes aos medicamentos padronizados ou não;
- b) Revisar sistematicamente a relação de padronização atualizando-a de acordo com as necessidades expressas por seus prescritores;

558

- c) Avaliar e emitir pareceres sobre as solicitações de inclusão, exclusão e avaliação dos medicamentos padronizados;
- d) Propor e elaborar projetos de educação permanente na área de abrangência da assistência farmacêutica;
- e) Organizar e manter atualizada a listagem padrão de fármacos e congêneres a serem utilizados pelo Hospital, tendo em vista a eficiência terapêutica;
- f) Adotar medidas visando evitar a desnecessária duplicação de substâncias básicas ou associações similares com nomes comerciais diferentes;
- g) Acompanhar estudos e pesquisas de fármacos, medicamentos ou congêneres, sob o ponto de vista clínico, químico, farmacocinético e farmacodinâmico sobre sua eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;
- h) Manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre fármacos, medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, com programação especial, contendo:
 - I. Listagem-padrão;
 - II. Dados farmacológicos e clínicos;
 - III. Reações adversas;
 - IV. Ocorrências na ministração.
- i) Desempenhar papel consultivo e educativo divulgando, no âmbito da instituição, esclarecimentos sobre fármacos e congêneres e utilização de substâncias potencialmente tóxicas;
- j) Colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;
- k) Implementar ações referentes ao sistema de inspeção da qualidade dos fármacos e

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas e uma nova avaliação realizada, com pontuação máxima.

COMITE DE COMPLIANCE

De acordo com a análise da comissão:

“A proposta trouxe o regimento interno e cronograma de atividade anual, mas não trouxe a proposta de constituição desta comissão(membros e finalidade), também exigidos para a composição de nota”

Com toda vênia, diferentemente da conclusão da comissão, a proposta de regimento interno do comitê de compliance apresentada na proposta técnica do edital 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí contempla diretrizes essenciais para garantir a efetividade, inclusive a constituição, com membros e finalidade.

A fim de apresentar de forma clara e concisa as finalidades e a composição da comissão, a OSS HMTJ destinou da documentação oficial para descrever seus objetivos e sua composição, respectivamente.

Está alinhado à Estratégia Corporativa, refletindo a Missão, Visão e Valores compartilhados entre as pessoas que fazem o Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus.

2.1) Composição

O Comitê será formado por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos, eleitos em Ato de Nomeação pelo Diretor Presidente, sendo obrigatória a participação de 1 (um) dos Diretores da Instituição.

O Comitê de Compliance é composto dos seguintes membros:

- Diretor Financeiro;
- Gerente de Controladoria;
- Representante dos Colaboradores;
- Representante Jurídico.

2.1.1) Os membros do Comitê elegerão 1 (um) Presidente pela maioria absoluta de votos, na primeira reunião que ocorrer após a posse de tais membros, ou sempre que ocorrer vacância naquele cargo ("Presidente").

2.2) Conheça bem a sua organização

Conhecer, monitorar e estudar o cotidiano da organização é a maneira mais eficiente de identificar setores que precisam de aprimoramento e intervenção de um líder, de modo a se adequarem às normas e procedimentos preestabelecidos

2.3) Envolve todos os seus colaboradores e parceiros

É necessário fomentar o respeito às regras em nossos colaboradores. Para isso, é fundamental envolver a todos no processo. As pessoas são o maior bem de uma instituição, mas uma equipe desmotivada e mal gerenciada pode ser um risco à imagem da organização. Quando a gestão de pessoas não é realizada adequadamente, isso abre espaço para o desenvolvimento de condutas que não contribuem para o crescimento e podem afetar a reputação do negócio. Por isso, é essencial envolver seus colaboradores em seu projeto de compliance.

Porém, para conquistar a compreensão e o apoio da equipe, é necessário investir em transparência e clareza quanto aos objetivos do procedimento e as vantagens que isso vai trazer à instituição e a todos que nela trabalham.

2.4) Estimule uma cultura organizacional ética

A cultura organizacional pode ser definida pelos padrões de comportamento dentro do Hospital. Dessa maneira, estimular nossos colaboradores a adotarem

REGIMENTO INTERNO – COMITÊ COMPLIANCE

I. Objetivos

Programas de Compliance têm por finalidade disseminar diretrizes voltadas para o atingimento do estado de conformidade e sustentabilidade dos negócios, possibilitando o aumento da prevenção de atos ilícitos, redução de perdas financeiras e de danos à reputação da instituição. É estar em conformidade com leis e regulamentos.

II. Abrangência

Todos os setores

II. Diretrizes

1) Compliance

Um programa de compliance determina uma variedade de regras e procedimentos necessários para as práticas realizadas em uma instituição. Posturas de ética, transparência e qualidade na gestão pautam as principais exigências estabelecidas.

Na busca pela melhor relação com pacientes, colaboradores e fornecedores trazem maior confiança aos processos, seja por meio do atendimento, de medicamentos aplicados ou de materiais adquiridos, por exemplo. Dessa forma, condutas inapropriadas e atuações que fogem dos valores da instituição são combatidas.

A Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus está altamente empenhado em atingir o nível de excelência em Compliance. Por isso desenvolveu um Programa de Compliance fundamentado em três pilares: prevenir, detectar e responder, cujo foco principal, obviamente, está na prevenção, com ações fortes em comunicação, treinamento e definição de políticas, entre outras. Seja somente um conjunto de regras, mas sim a questão de atitude e, como parte do programa, um dos mais importantes é o princípio anticorrupção em todas as áreas de atuação da instituição.

2) Aplicação de Compliance

O Programa é voltado a todos os colaboradores e aos terceiros que prestam serviços de natureza permanente, temporária, excepcional ou eventual ao Hospital, e a todas as unidades geridas pela OSS HMTJ.

566

Considerando a completude das informações contidas na documentação, a análise e pontuação anteriormente atribuídas devem ser reconsideradas e uma nova avaliação realizada, com pontuação máxima (0,5 pontos).

OUTRAS COMISSÕES

De acordo com a análise da comissão:

Avaliando os requisitos do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 06/2024-SES/GO, não foi observada a descrição de forma objetiva quando se refere a exigência de elaboração do requisito “Outras Comissões” que descreva com clareza a necessidade de inclusão de mais alguma comissão além das que reputamos pertinentes, após análise do contexto da instituição Hospital Estadual de Jataí e análise da proposta de trabalho para implementação das comissões presentes neste mesmo chamamento, que contemplou comissões cruciais e de suma importância estando dentre elas:

Comissão de Ética Médica; Comissão de Ética Multiprofissional;
 Comissão de Biossegurança;
 Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS);
 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
 Comissão de Verificação de Óbitos;
 Comissão Intra- Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT);
 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho – SESMT;
 Comissão de Documentação Médica e Estatística; Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
 Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
 Comitê Transfusional;
 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
 Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 Comitê de Compliance e
 Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil.

	Proposta de	
	Constituição	
	(membros,	
Outras	finalidade),	
Comissões	Proposta	de
	Regimento	0,5 pontos
	Atividade	
	Anual.	

Ao analisarmos o contexto institucional, bem como as comissões apresentadas para este mesmo chamamento é evidenciado que não houve clareza na exigência de elaboração do requisito “Outras Comissões”.

A comissão criada “Comissão de Humanização em Saúde” que contemplou Proposta da Constituição (membros e finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual, forneceu e supriu o requisito “Outras Comissões”.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

PROPOSTA PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE

De acordo com a comissão:

“A Organização trouxe às págs 717 texto cuja formatação não é de projeto e se confunde com um regimento. Embora a formatação esteja confusa, a Organização apresenta a maioria dos itens solicitados de projeto, quanto ao teor, deixando de acrescentar itens dentre os exigidos num projeto, a saber
Título:Resumo,Apresentação,Contexto,Público,Justificativa,Objetivos,Plano de trabalho, Metodologia,Indicadores,Análise de riscos, Sustentabilidade do projeto, Cronograma, Orçamento/Custos,Anexos, Check list. “

No que se refere a proposta de Educação Permanente para o Hospital Estadual de Jataí cabe sinalizar que não há apenas uma estrutura de projeto. A estrutura de um projeto pode variar significativamente dependendo de diversos fatores, como: Tipo de projeto; Metodologia utilizada; Complexidade do projeto; Organização; e Setor. O projeto se estruturou de forma lógica trazendo informações pertinentes à implantação do Serviço de Educação Permanente.

Dentre as subdivisões presentes na documentação apresentada, sinalizamos a presença explícita de títulos como: Apresentação, Objetivos, Métodos, Cronograma. Além disso, de forma não intitulada encontramos Contexto, Público, Justificativa, Plano de trabalho, Orçamento e Custos.

Desta forma, a política de recursos humanos preconiza a educação permanente no trabalho, o desenvolvimento de lideranças, visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade e em cada nível de complexidade” tratando de forma explícita o contexto de implantação e discorre em seguida retomando o contexto a análise de cenário e a finalidade do programa: “Nesse contexto, a educação dentro das instituições de saúde, em todos os níveis de atenção, é considerada um esforço educativo e universal dos profissionais que se baseiam na dinamicidade e na integralidade de cada região.

Arelado a esse fator, esse processo permite o conhecimento das necessidades dos grupos sociais, ordenando um ensinamento lógico e contínuo em todas as redes de serviços de saúde para tentar minimizar os problemas encontrados”.

Como conseguinte, ainda na mesma análise encontramos de forma não intitulada o Plano de Trabalho que se subdivide entre atribuições:

“São atribuições do NES:

- Planejar, coordenar e monitorar a execução do Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Assessorar os gestores na discussão sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Estimular e apoiar a formação continuada e permanente dos trabalhadores de saúde;
- Promover a integração dos diferentes segmentos sociais por meio de projetos e pesquisas em Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Elaborar e apoiar o desenvolvimento de projetos através de planejamento participativo; Monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente e Continuada em Saúde Implantadas no referido serviço/projeto”.

Segue apresentando elementos que compõe o plano de trabalho como: composição, organização; implementação, identificação da necessidade de treinamento, aplicação das capacitações e avaliação e relatório.

que sempre sofre modificações de acordo com as mudanças de cada esfera inserida, com o propósito de alcançar os objetivos dos sistemas, buscando atrelar teoria e prática e obter um diálogo contínuo com os usuários.

A Educação Permanente e Continuada em Saúde refere-se à prática social fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo.

Nessa concepção, elaborou a Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, com definição clara das suas diretrizes, princípios e objetivos.

2.2 APRESENTAÇÃO

A Política Institucional do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus para a Educação Permanente e Continuada em Saúde opera de forma articulada e integrada aos órgãos públicos, instituições privadas, educativas e sociedade civil organizada, em sinergia com outras políticas educacionais e contribuindo para o fortalecimento da gestão da saúde e do SUS.

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde adotará o referencial do quadrilátero de formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle social) a fim de construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade, para operar mudanças, mobilizar caminhos, convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.

2.3 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

2.3.1 Valorizar o conhecimento como instrumento de qualificação da gestão, da assistência e da vigilância em saúde;

2.3.2 Enfoque humanista, democrático, participativo, crítico e inserido na realidade sanitária e dos serviços de saúde.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

1. Promover a integração de saberes, intra e interinstitucionalmente, e a detecção de necessidades em Educação Permanente e Continuada em Saúde;

2. Apoiar a formação, atualização, qualificação, participação, informação e intercâmbio de saberes dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS);

3. Melhorar o desempenho do pessoal em todos os níveis de atenção e funções do respectivo processo de produção;

CAPÍTULO III - DAS DIRETRIZES

1. Reconhecimento das especificidades locais para a elaboração e desenvolvimento da Educação Popular em Saúde;
2. Fortalecimento das redes de atenção à saúde integradas;
3. Adoção de estratégias inovadoras para a realização das ações de Educação Permanente e Continuada em Saúde;
4. Desenvolvimento de estudos e pesquisas que favoreçam o aprimoramento e a qualificação das práticas em saúde;
5. Desenvolvimento de parcerias que propiciem ações em Educação Permanente e Continuada em Saúde de forma abrangente;
6. Qualificação dos colaboradores da instituição, ampliando o conhecimentos e aumentando a eficácia dos serviços de saúde em benefício da população;
7. Desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento e avaliação das ações promovidas.

CAPÍTULO IV - DOS ESPAÇOS

A organização das atividades de Educação Permanente e Continuada em Saúde será realizada considerando a necessidade de cada projeto e coordenada pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde local (NEPS) e pactuado entre as diversas instâncias envolvidas.

São espaços definidos para Educação Permanente e Continuada em Saúde:

617

CAPÍTULO V – DA GESTÃO

A Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde permeará todos os âmbitos, norteadas por um Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde e coordenada pelo Núcleo de Educação em Serviço (NES). O Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde deverá ser elaborado interinstitucionalmente e pactuado entre as diversas esferas envolvidas, baseado no diagnóstico situacional das necessidades e resultando em um cronograma de ações integradas.

São atribuições do NES:

- Planejar, coordenar e monitorar a execução do Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Assessorar os gestores na discussão sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Estimular e apoiar a formação continuada e permanente dos trabalhadores de saúde;
- Promover a integração dos diferentes segmentos sociais por meio de projetos e pesquisas em Educação Permanente e Continuada em Saúde;
- Elaborar e apoiar o desenvolvimento de projetos através de planejamento participativo;
- Monitorar e avaliar as ações e estratégias de Educação Permanente e Continuada em Saúde Implantadas no referido serviço/projeto;

CAPÍTULO VI – DOS EIXOS

As estratégias de ação da Educação Permanente e Continuada em Saúde, integrando ensino, gestão, atenção e controle social, ocorrerão principalmente nos seguintes eixos:

- DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL:

Desenvolvimento Profissional é o eixo responsável por organizar, divulgar e monitorar o calendário anual de qualificação e formação profissional, criando e mantendo um banco de dados dos profissionais capacitados, ordenando a participação em eventos e formulando propostas e estratégias pedagógicas, conforme o Plano de Ação Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde.

- OBSERVATÓRIO EM SAÚDE:

Observatório em Saúde é o eixo responsável pela transparência e acesso às informações sobre Educação Permanente e Continuada em Saúde em desenvolvimento nos serviços próprios e gerenciados, possibilitando o monitoramento e avaliação. Agrega informações estratégicas, como projetos, pesquisas, estudos e ações, disponibilizando dados a toda sociedade civil.

CAPÍTULO VII - DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS

A OSS HMTJ, deverá prever e prover recursos para a execução da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde;

Para a implementação da Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, o HMTJ poderá firmar contratos, convênios e parcerias.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Caberá ao Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus:

Destinar os recursos humanos, financeiros e tecnológicos necessários para o funcionamento e consolidação de NES, incluindo a comunicação permanente entre os seus componentes, através de encontros presenciais e/ou meio eletrônico, e desenvolvimento do Observatório em Saúde.

Destinar estrutura física adequada para o trabalho do NES, podendo ser em espaço próprio, cedido ou compartilhado com outras instituições parceiras.

Apresentada nossa Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, **619**

Ademais, a proposta para a Implantação de um Núcleo de Educação Permanente não exigiu previamente a definição ou explanação dos indicadores sejam qualitativos ou quantitativos para acompanhamento das ações, onde ainda assim foi mencionado pela OSS HMTJ no capítulo onde discorre sobre as diretrizes o método de monitoramento das ações:

“Desenvolvimento de indicadores que possibilitem o monitoramento e avaliação das ações promovidas” e o uso de indicadores institucionais como método de avaliação de eficácia ou melhora dos marcadores após capacitação de temas mensurados desta forma.

Acerca do orçamento, como explícito na proposta, a educação permanente será realizada por profissionais de ensino superior onde o mesmo já foi contemplado no orçamento de recursos humanos encaminhados neste mesmo edital, sendo assim o custo já foi previsto para a execução destas atividades na instituição.

No que se refere a materiais e utensílios para a capacitação propriamente dita, a OSS HMTJ conta com orçamento previsto para a execução de tais ações, relembrando que o objetivo e finalidade é a capacitação e uniformidade técnica dos colaboradores a qual em sua maioria das vezes será realizada sem gastos extraordinários. Tornando-se assim, um projeto sustentável e indispensável para a Instituição.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (0,5 pontos). A documentação referida traz informações necessárias para definição de nota.

MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

De acordo com a análise da comissão:

“O manual tem o objetivo de fornecer diretrizes e procedimentos para a execução de atividades e garantir o cumprimento de normas e políticas internas, serve como um guia prático para assegurar a padronização de processos e a conformidade com as normas aplicáveis. Espera-se que a proposta seja adaptada às necessidades da Unidade Hospitalar e sua natureza de atendimento com orientações para as formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial com referência à Classificação de risco. Mas a proposta, no entanto, traz um manual com significativas informações de classificação de risco, não abarcando os itens solicitados neste item de forma integral.”

A proposta de “Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme classificação de risco” para o Hospital Estadual de Jataí está em conformidade com a própria referência utilizada para avaliação desta proposta sendo esta o “Manual Brasileiro de Acreditação”.

A proposta apresentou metodologia para avaliação de pacientes que possam procurar o serviço, que identifica as suas necessidades de saúde, bem como forma para classificar casos emergentes, urgentes e priorização do cliente.

Foi apresentado como deve ser realizada a avaliação completa do paciente tangendo metodologia para anamnese, exame físico, avaliação da dor, nível de consciência, além de triagem conforme classificação de risco, fluxo de atendimento do paciente dentro da unidade (considerando as peculiaridades da instituição que contém sala de emergência), fluxo de acolhimento, utilização da pulseira de identificação (método já utilizado na unidade e de suma importância), dentre outros.

Considerando a natureza do Hospital Estadual de Jataí e que a unidade conta com leitos de enfermaria obstétrica, a proposta foi ajustada e adaptada, oferecendo diretrizes claras para acolhimento e suporte integral às gestantes.

Foi apresentado o “Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia”, um guia prático e baseado em evidências que auxilia na tomada de decisões clínicas rápidas e precisas, permitindo a identificação e o manejo adequados de gestantes em situações de risco.

A classificação de risco em obstetrícia é um instrumento fundamental para garantir a qualidade e a eficiência do atendimento às gestantes em situações de urgência e emergência. Através dela, é possível identificar rapidamente as pacientes que necessitam de atenção imediata, priorizando o atendimento de acordo com a gravidade do quadro clínico e o risco para a mãe e o feto.

Ao considerarmos o contexto da unidade Hospital Estadual de Jataí e visando um plano de ação na proposta “Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme classificação de risco” que incluía diretrizes para recepção, orientação social e apoio psicossocial a proposta trouxe a subseção “Atendimento a pacientes vulneráveis” que trouxe metodologia para assegurar o atendimento a pacientes vulneráveis baseado na Lei Federal nº 10.048 de 8 de novembro de 2000.

O referido manual contemplou e descreveu orientação da equipe e organização do serviço para um atendimento e recepção humanizada e trouxe informações, em especial, pertinentes ao atendimento e recepção dos pacientes idosos, crianças e adolescentes, gestantes e puérperas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, população LGBTQIA+, pessoas privadas de liberdade, pacientes cegos ou com deficiência visual, pacientes com surdez ou deficiência auditiva.

Entendendo a importância da recepção correta do paciente bem como orientação social, quando se faz necessário, e o contexto do Hospital Estadual de Jataí o “Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme classificação de risco” tratou sobre o fluxo de acolhimento, atendimento na recepção e situações de acionamento do serviço social no Hospital Estadual de Jataí na subseção “Estratégia para estruturação da informação aos usuários (pacientes e familiares)” como segue descrito:

“Ao chegar nas dependências do hospital o paciente é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento. A recepção deverá atender de forma clara e objetiva, solicitando um documento de identificação e os dados sobre residência, números de contato, responsáveis, entre outros. Caso o usuário não porte nenhum documento, a recepção deverá acionar o Serviço Social para que busque referências e informações sobre o paciente. Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário”.

Ademais na subseção “Processo de comunicação e orientação aos usuários e familiares na emergência” foi descrito conforme contexto e perfil do Hospital Estadual de Jataí sobre o apoio psicossocial e orientação social em especial aos familiares de vítimas de emergências médicas, como segue descrito a seguir:

“Os acompanhantes e familiares terão atendimento da psicologia quando acionado pelo Serviço Social com vistas a dar suporte psicossocial para o prognóstico, tratamento e desfecho de casos”.

“Nos casos de violência, caberá a equipe do Serviço Social e da Psicologia, realizar o acompanhamento da vítima e dos seus acompanhantes, acionando as entidades relacionadas (Conselho tutelar, Polícia Militar, entre outros), bem como realizar a notificação de violência como determinado pelo Ministério da Saúde”.

“No caso de usuário desacompanhados e ‘desconhecidos”, a busca por uma referência familiar ou social será realizada imediatamente com vistas a acionar o suporte familiar do usuário”.

Vale ressaltar que a proposta trata sobre a notificação de violência, como descrito acima, que está consideravelmente presente em hospitais com porta aberta como é o caso do Hospital Estadual de Jataí.

O fluxo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e das notificações que contempla os agravos de interesse epidemiológico, bem como o fluxo de notificação de eventos adversos foi descrito nos documentos “Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual” e “Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) - Proposta de Constituição (membros, finalidade), Proposta de Regimento Interno e Cronograma de Atividade Anual”.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz informações necessárias para definição de nota.


EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO NO GERENCIAMENTO (DIREÇÃO) DE UNIDADE HOSPITALAR DA DIRETORIA OU GERÊNCIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE COM DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DO INTERESSE DO TITULAR (CADA DIRETOR OU GERENTE PODERÁ OBTER NO MÁXIMO 0,5 PONTO)

De acordo com a análise da comissão:

**“IGOR VITOI: apresentou ATESTADO de DIRETOR CLÍNICO HMTJ=0,50;
VICTOR VITOI: apresentou ATESTADO de DIRETOR TÉCNICO HMTJ = 0,50;
MARCO ANTÔNIO GUIMARÃES: apresentou ATESTADO de DIRETOR
PRESIDENTE HMTJ = 0,50; BENEDITO ZULMIRO: apresentou ATESTADO de
DIRETOR FINANCEIRO HMTJ = 0,50; RAIMUNDO NONATO DINIS:
apresentou ATESTADO de DIRETOR DE PRÁTICAS ASSISTENCIAIS
HOSPITAL DO CORAÇÃO ANIS RASSI =0,50 CLÁUDIO CÉSAR MONTEIROS:
apresentou ATESTADO DE DIRETOR PARA UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA
E NÃO PARA UNIDADE COM SERVIÇOS DE NATUREZA SEMELHANTE AO
OBJETO DO EDITAL, POR ISSO NÃO PONTUOU”**

Equivocadamente afirma a comissão que o HMTJ teria apresentado atestado do DR. CLÁUDIO CÉSAR MONTEIRO, o que não procede.

Denota-se nas páginas 1387/1389 que o HMTJ apresentou cópia da CLT digital do Dr. Agnaldo Rodrigues da Silva Junior, onde consta o cargo de Diretor de Serviços de Saúde, comprovando experiência **COM SERVIÇOS DE NATUREZA SEMELHANTE AO OBJETO DO EDITAL**.



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 11/09/2023

Nome Civil: AGNALDO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

CPF: 867.386.901-34

Data de Nascimento: 21/11/1980

Sexo: Masculino

Nacionalidade: Brasileiro

Nome da Mãe: MARIA DINAIR TAVARES RODRIGUES DA SILVA

Contratos de Trabalho

● 03/01/2022 - 25/08/2023

Data da projeção do aviso prévio indenizado: 27/09/2023

INSTITUTO GENNESIS GESTAO EM SAUDE, EDUCACAO E TECNOLOGIA

CNPJ RAIZ: 21.238.845

Endereço: RUA 9 481 QUADRA25 LOTE 53 SALA

Ocupação inicial: 131205 - DIRETOR DE SERVICOS DE SAUDE

Tipo de contrato: Prazo indeterminado

Tipo de admissão: Admissão

Salário contratual: R\$ 20.000,00

Remuneração inicial: R\$ 18.800,00

Última remuneração informada: R\$ 17.997,88 (08/2023)

Relação de trabalho: Empregado

Fonte da informação: ESOCIAL

Anotações:

25/08/2023 - Rescisão Contratual

24/04/2023 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 08/05/2023

01/06/2022 - Salário definido para R\$ 20.000,00

01/05/2022 - Salário definido para R\$ 18.000,00

01/05/2022 - Tipo de contrato definido para Prazo indeterminado

03/01/2022 - Admissão

Observações:

Documento assinado digitalmente pelo Detaprev em 03/09/2024.

Documento somente é válido acompanhado de um documento de identificação oficial.

Página 1

1387

Em momento algum foi apresentado atestado do Dr. Cláudio Cesar Monteiro na proposta referente ao chamamento público 06/2024 para gestão do Hospital Estadual de Jataí. Trata-se de análise equivocada da comissão.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo (3 pontos), com a atribuição da pontuação pela experiência do Dr. Agnaldo. A documentação referida traz informações necessárias para definição de nota.

PROPOSTA PARA INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÕES DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

De acordo com a análise da comissão:

“Este item tem o objetivo de estabelecer normas, rotinas, áreas de abrangência, horários e equipe mínima necessária para garantir o funcionamento eficiente e integrado da equipe multiprofissional. A proposta trouxe Protocolos Operacionais Padrão referentes às atividades de parte da equipe que é sugerida como profissionais mínimos integrantes da equipe multiprofissional, referência ao item editalício 30.3.1, faltando no entanto proposição para as especialidades: bucomaxilofacial, Terapia Ocupacional. Observa-se também a falta de número mínimo de profissionais em cada equipe. A proposta traz o Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e Serviço de imagem, não exigidos neste item.”

A proposta de Implantação para Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificações de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima para o Hospital Estadual de Jataí traz um conjunto de normas e procedimentos que regulamenta o funcionamento de um determinado serviço.

Ele estabelece os direitos e deveres dos profissionais, as relações de trabalho, as normas de conduta e outras questões relevantes para o funcionamento da instituição. A fim de garantir a atualização e adequação às novas demandas, o regimento interno do serviço multiprofissional está sujeito a revisões anuais, podendo ser alterado por iniciativa da equipe multiprofissional ou em cumprimento a normativas externas.

Dada a relevância da equipe de enfermagem para o funcionamento do hospital, é imprescindível a existência de um regimento específico para a categoria. A equipe de enfermagem desempenha um papel fundamental na assistência à saúde, sendo responsável por um grande volume de atividades e cuidados prestados aos pacientes.

Essa demanda por profissionais qualificados para realizar essas tarefas explica a sua predominância nas equipes de saúde.

A Comissão de Ética em Enfermagem desempenha um papel fundamental na criação, implementação e manutenção do regimento interno, contribuindo de várias maneiras para o bom funcionamento da categoria. De forma interligada com a Comissão de Ética em Enfermagem garante que o regimento interno seja uma ferramenta dinâmica, que reflete a realidade da equipe e assegura a continuidade do bom funcionamento da instituição. Portanto ao avaliar os requisitos editalício não há menção expressa ao item “Regimento Interno do Serviço de Enfermagem” e “Comissão de Ética de Enfermagem” no edital de chamamento público.

No documento 'Proposta para Regimento do Serviço Multiprofissional', além de definir a finalidade, composição, princípios, organização e funcionamento do hospital, incluindo atribuições por categoria profissional e quadro de equipe mínima, encontramos a especialidade Dentista (Bucomaxilo) como parte integrante da equipe multiprofissional.

A especialidade Farmácia é abordada no 'Regimento Interno da Comissão de Farmácia Terapêutica', que define a composição, as atribuições, o funcionamento e as diretrizes da comissão.

A Organização Social de Saúde HMTJ dedicou os capítulos IV e VIII de sua documentação oficial para detalhar o quadro de equipe mínima. Além disso, a proposta para o Chamamento Público nº 06/2024-SES/GO, adota o orçamento base zero, instituído por meio de legislação referente ao serviço de cada categoria institucional, boas práticas institucionais e valor orçamentário para custeio.

Essa metodologia exige a justificativa de todos os gastos com pessoal a cada período orçamentário, promovendo a otimização de recursos e a melhoria da eficiência na alocação de pessoal.

Desta forma, torna-se inadequada a análise e pontuação atribuída a esta documentação devendo ser revista e obter nova pontuação, com grau máximo. A documentação referida traz com completude todas as informações necessárias para definição de nota.

APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL

De acordo com a análise da comissão:

“Descreve REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS como critério para contratação de terceiros. Apresentou descrição de critérios específicos, em unidade de saúde para o serviço de vigilância. Não descreve critérios específicos mínimos para contratação de serviços de limpeza (como uso de produtos de limpeza específicos) e manutenção predial (apresentação de capacitação e plano de manutenção preventiva).

Ao analisar o apontamento, denota-se que a comissão pontuou parcialmente o critério sob a justificativa de que a Proponente OSS HMTJ não descreveu critérios específicos mínimos para contratação de serviços de limpeza (como uso de produtos de limpeza específicos) e manutenção predial (apresentação de capacitação e plano de manutenção preventiva).

Como se pode observar na proposta técnica apresentada, os serviços de limpeza e manutenção predial não serão terceirizados e sim primarizados. Portanto, a forma de contratação de pessoal seguirá os critérios do RH de Contratação.

O serviço de vigilância é importante para a proteção e ordem nesses ambientes, onde há uma grande ocupação e transição contínua de pacientes, visitantes e funcionários.

A vigilância patrimonial é indispensável para manter a ordem em um ambiente de saúde.

As providências mais comuns são a proteção de entrada permitida e não permitida, o controle de acesso, o controle de acesso de veículos e de materiais.

Além dessas existem outras práticas, como:

- Supervisão e rondas 24 horas;
- Prevenção de roubos e furtos;
- Avaliação de risco e insegurança dos pacientes e funcionários do ambiente protegido;
- Controle de acessos (mercadorias, pedestres).

A segurança patrimonial em unidades de saúde visa proteger, combater ou diminuir as infrações que possam acontecer. Como o movimento dentro de uma unidade acontece a partir de um número grande de pessoas, o controle de acesso é uma medida que deve ser brevemente implantada, para uma maior segurança e tranquilidade entre médicos, enfermeiros, pacientes, acompanhantes e outros funcionários.

O monitoramento por imagens também é uma importante ação, com ele é possível minimizar ações de violência, furtos e roubos no ambiente hospitalar. Através da captação e gravação de imagens, é viável um conforto maior para a equipe que trabalha no hospital e para os pacientes.

Outro fator relevante é que o volume de mercadorias como remédios, equipamentos e materiais cirúrgicos nos hospitais também é grande, e é preciso que eles sejam armazenados de forma segura. A partir do controle de estoque com o auxílio da segurança é possível proteger esses materiais evitando roubos.

OBS 1: Para os serviços de Limpeza e Manutenção Predial não iremos terceirizar. Contratação será Primarizada via CLT. Seguirá os critérios do RH de Contratação.

Rua Dr. Dirceu de Andrade, 33, São Mateus | Juiz de Fora / MG | CEP: 36025-140
Tel: 32-4009-2367

2859

Registra-se por oportuno que a forma de contratação está prevista no Regulamento de Compras e Contratações anexado na página 2860, o qual foi devidamente aprovado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, com a publicação no diário oficial de 20/09/2024:



REGULAMENTO INTERNO PARA A AQUISIÇÃO DE BENS, CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E PESSOAL FO HOSPITAL E MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras, serviços e pessoal, bem como, aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público, repassados no âmbito de contratos de gestão celebrados entre o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, doravante simplesmente "HMTJ" ou "OSS", e o Poder Público.

Parágrafo único. Este Regulamento é de observância obrigatória para a celebração de negócios jurídicos com a utilização de repasses, recursos e bens públicos, no âmbito do cumprimento de obrigações assumidas em Contratos de Gestão firmados entre o HMTJ e o Poder Público

Art. 2º O cumprimento das normas do presente Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa, técnica e financeiramente, para a OSS, no desempenho de suas atividades.

Art. 3º Todo o processo de compras, contratações de obras, serviços e pessoal, locações e demais despesas que se fizerem necessárias, deverá ser instruído e registrado na forma deste Regulamento, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

Art. 4º As contratações e o processo de seleção de fornecedores, prestadores de serviços e pessoal reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade administrativa, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade, plausibilidade e celeridade.

Art. 5º É garantido ao HMTJ, em qualquer fase do processo de seleção, desde que antes à celebração do contrato, o direito de revogar o procedimento de escolha, ou recusar-se a proceder à contratação do vencedor.

Parágrafo Único. O exercício do direito definido no *caput* não se condiciona a prévia motivação e não gera aos concorrentes qualquer espécie de direito de preferência ou à indenização.

Art. 6º Para os fins deste Regulamento, considera-se:

I - Serviço: o trabalho locado de qualquer natureza por pessoas físicas ou

2860

**REGULAMENTO INTERNO PARA A AQUISIÇÃO DE BENS,
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E PESSOAL FO HOSPITAL E
MATERNIDADE TEREZINHA DE JESUS**

CAPÍTULO I – DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º O presente regulamento tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras e contratação de obras, serviços e pessoal, bem como, aquisição de bens com emprego de recursos provenientes do Poder Público, repassados no âmbito de contratos de gestão celebrados entre o Hospital e Maternidade Terezinha de Jesus, doravante simplesmente "HMTJ" ou "OSS", e o Poder Público.

Parágrafo único. Este Regulamento é de observância obrigatória para a celebração de negócios jurídicos com a utilização de repasses, recursos e bens públicos, no âmbito do cumprimento de obrigações assumidas em Contratos de Gestão firmados entre o HMTJ e o Poder Público.

Art. 2º O cumprimento das normas do presente Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa, técnica e financeiramente, para a OSS, no desempenho de suas atividades.

Art. 3º Todo o processo de compras, contratações de obras, serviços e pessoal, locações e demais despesas que se fizerem necessárias, deverá ser instruído e registrado na forma deste Regulamento, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos Contratos de Gestão.

Art. 4º As contratações e o processo de seleção de fornecedores, prestadores de serviços e pessoal reger-se-ão pelos princípios da moralidade e boa-fé, probidade administrativa, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade, plausibilidade e celeridade.

Art. 5º É garantido ao HMTJ, em qualquer fase do processo de seleção, desde que antes à celebração do contrato, o direito de revogar o procedimento de escolha, ou recusar-se a proceder à contratação do vencedor.

Parágrafo Único. O exercício do direito definido no caput não se condiciona à prévia motivação e não gera aos concorrentes qualquer espécie de direito de preferência ou à indenização.

Art. 6º Para os fins deste Regulamento, considera-se:

- I - Serviço: o trabalho locado de qualquer natureza por pessoas físicas ou jurídicas, necessário ao funcionamento da OSS e ao cumprimento das obrigações assumidas nos Contratos de Gestão;
- II - Obra: os trabalhos de engenharia e de arquitetura destinados à construção, reparos e modificações de bens imóveis;
- III - Compra: toda aquisição remunerada de bens para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;
- IV - Contrato: instrumento que estabelece os deveres e as obrigações das partes contratantes;
- V - Elementos Técnicos: informações relativas a projetos, plantas, cálculos, memórias descritivas, especificações e normas técnicas, padrões de qualidade, durabilidade e desempenho, marcas ou modelos de componentes e equipamento;
- VI - Notória Especialização: título detido por profissional ou empresa cujo conceito, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, se destaca no respectivo campo de atuação;
- VII - Edital de Seleção: ato destinado a dar publicidade ao processo seletivo do HMTJ, ao seu objeto, condições e regras;
- VIII - Seguro-Garantia: seguro a ser firmado pelo concorrente com instituição financeira de primeira linha, dentro de 15 dias a contar da celebração do contrato, destinado a assegurar o integral cumprimento das obrigações assumidas pelo contratado;
- IX - Sistema de Registro de Preços: conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras;
- X - Ata de Registro de Preços: documento vinculativo, obrigacional, com características de compromisso para futura contratação, em que se registram os preços, fornecedores e condições a serem praticadas, conforme as disposições contidas no instrumento convocatório e propostas apresentadas;
- XI - Pregão Eletrônico: modalidade de escolha para aquisição de bens ou serviços cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos, por meio de especificações

- XIII - Projeto executivo: conjunto de elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT;
- XIV - Cronograma físico-financeiro: documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectivo desembolso financeiro.

CAPÍTULO II – DO PROCEDIMENTO

Seção I – Da Fase Interna

Art. 6º O procedimento interno para aquisição de bens e contratação de obras ou serviços será iniciado com a abertura de termo formalizado e numerado, pelo Departamento de Compras, contendo:

- I Solicitação com a indicação de seu objeto;
- II Autorização da despesa pelo responsável;
- III Relatório do Departamento de Compras; e
- IV Parecer do Departamento Financeiro.

Parágrafo único. Em todas as modalidades previstas neste Regulamento, a empresa vencedora deve comprovar sua regularidade jurídico-fiscal para prestação do objeto contratado.

Art. 7º Quando for necessário, a solicitação deverá conter elementos técnicos, projeto básico ou projeto executivo do objeto a ser contratado.

Art. 8º Considera-se autorizada a despesa com a manifestação positiva do Departamento Financeiro, contendo indicação do valor estimado para a futura operação.

Art. 9º O relatório que trata o Art. 6º, inciso III, deve ser aprovado pelo responsável do Departamento de Compras, indicando de maneira fundamentada:

- I o modelo de certame que melhor se coadune com o objeto, considerando os objetivos fundamentais e princípios norteadores deste Regulamento; ou
- II a Dispensa ou inexigibilidade de processo de seleção, nos termos do Art. 10, deste Regulamento.

Art. 10 O Processo de Seleção poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- I - Aquisição de bens ou contratação de serviços ou obras que envolvam valores estimados iguais ou inferiores a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), que deverão, necessariamente, ser adquiridos/contratados através de empresas mediante apresentação de Nota Fiscal;
- II - Nos casos de grave perturbação da ordem, calamidade pública, epidemias ou alertas emitidos pela Agência Nacional de Saúde;
- III - Quando a operação envolver concessionário de serviço público e o objeto do contrato for pertinente ao da concessão;
- IV - Para aquisição de hortifrutigranjeiros e gêneros perecíveis, com base no preço do dia;
- V - Para a compra de materiais, equipamentos ou gêneros padronizados, quando não for possível estabelecer critério objetivo para o julgamento das propostas;
- VI - Na aquisição de componentes ou peças necessárias à manutenção de equipamentos durante o período de vigência da garantia técnica, junto a fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição for indispensável para a vigência da garantia;
- VII - Para a locação de bem imóvel destinado à prestação de serviços do HMTJ, cujas características de instalação ou localização condicionem a sua escolha;
- VIII - Quando não acudirem interessados ao procedimento anterior, e esta não puder ser repetida sem prejuízo à OSS, mantidas, neste caso, as condições preestabelecidas; e
- IX - Nos casos de comprovada urgência/emergência, caracterizados pela necessidade imediata do bem a adquirir ou serviço a contratar, sob pena de descumprimento do contrato de gestão firmado com o Poder Público ou de prejuízo ao adequado atendimento dos pacientes.

Art. 11 É inexigível o Processo de Seleção quando houver inviabilidade de competição, em especial nos casos de:

- I-Aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;
- II-Contratação de serviços técnicos, de natureza singular, a serem prestados por profissionais ou empresas de notória especialização, tais como:

Ademais, convém destacar que o critério em exame é apresentação de critérios para a contratação de terceiros “APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL” e não apresentação detalhada de protocolos relativos ao funcionamento dos serviços.

O edital não reza a necessidade de descrição nesse tópico dos planos de capacitação e manutenção preventiva (manutenção predial) e uso de produto de limpeza (serviços de limpeza).

Logo totalmente improcedente a decisão da comissão e pontuação atribuída a esta documentação, devendo ser revista e obter nova pontuação em grau máximo. A documentação referida traz informações necessárias para definição de nota.

DA NECESSÁRIA REVISÃO DA PONTUAÇÃO ATRIBUÍDA A AGIR EM SUA PROPOSTA TÉCNICA

POSSUIR PARCERIA COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO, OU SUAS PRÓPRIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E/OU DE SAÚDE PÚBLICA EM CONCORDÂNCIA COM O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE VIGENTE

Parecer da comissão: A ORGANIZAÇÃO CITA PARCERIAS COM ENTIDADES COMO UNIFESP, NO ENTANTO DENTRO DO ITEM NÃO APRESENTOU EVIDÊNCIAS DE COMPROVAÇÃO DA REFERIDA PARCERIA

Denota-se que a comissão cometeu grave erro ao pontuar a OSS AGIR no presente critério, mesmo reconhecendo a ausência de comprovação dos requisitos exigidos no edital, na medida em que pontua que “A Organização cita parcerias com entidades como UNIFESP, no entanto dentro do item não apresentou evidências de comprovação da referida parceria” e mesmo assim lhe atribuiu 0,5 pontos no critério.

A decisão desconsidera a clara exigência de documentos comprobatórios para a pontuação, reconhecida pela própria comissão e gera violação dos princípios da legalidade e da isonomia, uma vez que favorece a AGIR atribuindo-lhe 0,5 pontos sem o devido cumprimento das condições estabelecidas.

Logo totalmente improcedete a decisão da comissão e pontuação atribuída, devendo ser revista com a supressão de 0,5 pontos da AGIR.

DA NÃO APRESENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA PELA AGIR

De acordo com o edital de chamamento, em sua página 80, é obrigatória a apresentação da declaração de validade jurídica da proposta, conforme modelo expresso na página 80 do edital, tanto no envelope 1 (proposta técnica) quanto no envelope 2 (documentos de habilitação), o que não foi observado pela AGIR:

**ANEXO II DO EDITAL
MODELOS DE DECLARAÇÕES**

MODELO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA
(deve ser juntada também ao Envelope II - PROPOSTA DE TRABALHO)

Ref.: Chamamento Público nº 06/2024

Pela presente DECLARAÇÃO, torno público para os devidos fins, que prestarei **Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ**, localizado na Rua Joaquim Caetano, 1876, Divino Espírito Santo, Jataí - GO, no Estado de Goiás, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 06/2024.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Em _____, _____ de _____ de _____.

Representante legal da entidade

DECLARAÇÃO DE QUE CUMPRE AS LEIS TRABALHISTAS

Ref.: Chamamento Público nº 06/2024

_____, (nome da instituição), inscrita no CNPJ/MF sob o número _____, por intermédio de seu representante legal o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____, DECLARA, para fins do disposto no inciso no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal e demais legislações vigentes, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, a não ser na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Em _____, _____ de _____ de _____.

Representante legal da entidade

Edital 63524573 SEI 202300010051875 / pg. 101

A falta de entrega de documentos exigidos no edital de licitação, no caso a Declaração de Validade Jurídica da Proposta, impede a continuidade de participação da Proponente Agir, haja vista que representa descumprimento das normas e condições do edital. Com base no Princípio da Vinculação do Edital, a Administração Pública deve respeitar as regras previamente estabelecidas no instrumento convocatório que rege o chamamento.

A exigência de documentos previstos expressamente no edital não configura formalismo excessivo, mas sim observância aos Princípios da Legalidade e da Vinculação ao Instrumento Convocatório.

A falta de apresentação da referida declaração pela **ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR** trata-se de **erro substancial**, não sendo sequer possível o saneamento por meio de diligências, **impedindo assim a aplicação do princípio do formalismo moderado**.

Este documento foi assinado eletronicamente por Carla Machado Dos Santos, Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6934-6799-7FA6-5715.

Este documento foi assinado eletronicamente por Carla Machado Dos Santos, Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6934-6799-7FA6-5715.

Ora, através da declaração de validade jurídica, as proponentes declaram: (1) a validade temporal da proposta de 120 dias, (2) declaram expressamente que conhece as leis e normas que respaldam a parceria (3) declaram que respeitará o caráter público da unidade.

A decisão da comissão em aceitar proposta orçamentária desacompanhada da declaração de validade jurídica da proposta constitui clara afronta às disposições do edital e, mais uma vez, prejudica a lisura e equidade do certame.

Ao deixar de apresentar dita declaração, conforme exigido na página 80 do edital, a **Proponente Agir se desobriga do cumprimento de preceitos fundamentais, que são lícitos que se exija.**

Convém ressaltar que a finalidade do certame é satisfazer o interesse público e buscar a proposta mais vantajosa, desde que cumpridas as exigências estabelecidas no instrumento convocatório, que faz lei entre as partes, como também respeitar os princípios constitucionais e administrativos.

Portanto considerando que a proposta técnica apresentada pela ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR não declara que conhecimento das leis e normas que respaldam a parceria e que respeitará o caráter público da unidade e considerando que a proposta técnica apresentada pela ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR não declara que o prazo de validade da proposta é de 120 dias, requer a Recorrente a desclassificação da proposta técnica apresentada pela ASSOCIAÇÃO DE GESTÃO, INOVAÇÃO E RESULTADOS EM SAÚDE- AGIR.

DA INEXEQUIBILIDADE DA PROPOSTA FINANCEIRA

Pelo que se depreende da proposta financeira apresentada pela AGIR, a mesma se manifesta inexecutável, e não guardou coerência com as exigências definidas no edital e com a realidade do Hospital Estadual de Jataí.

Como restará demonstrado, não há o que se falar em erro formal ou material na proposta financeira apresentada pela AGIR, trata-se de evidente erro substancial, insanável, que altera toda proposta financeira apresentada pela OSS para gestão do Hospital Estadual de Jataí, o que impactará o interesse público para a saúde dos usuários.

A prevalecer tal erro, restarão descumpridos princípios básicos do Direito Administrativo, tais como da isonomia, da vinculação ao instrumento convocatório, da legalidade, da segurança jurídica, dentre outros.

DO VALOR IRRISÓRIO ATRIBUÍDO PELA AGIR PARA PAGAMENTO DE ENCARGOS SOCIAIS E CONTRIBUIÇÕES

Em uma simples análise da proposta financeira apresentada pela AGIR anexada na página 1489 é possível observar que foi atribuído valor irrisório para pagamento de encargos sociais e contribuições, o que comprometerá a execução das atividades, pois não reflete adequadamente os custos reais associados às obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais.

A proposta financeira apresentou a despesa de R\$ 2.667.534,65 para despesas com remuneração de pessoal no valor de R\$ 608.197,90 para encargos sociais e contribuições, ou seja, 22,79%, o que não se coaduna com a realidade e em desconformidade com a legislação vigente em relação aos percentuais de encargos sociais, tributos.

agir

Chamamento Público nº 06/2024 - SES/GO. PROCESSO
HOSPITAL ESTADUAL DE JATAÍ DR. SERAFIM DE
ANEXO TÉCNICO IV - ESTIMATIVA DE CUSTEIO

ITENS DE DESPESAS	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6
1. Pessoal	6.171.210,16	6.171.210,16	6.171.210,16	6.171.210,16	6.171.210,16	6.171.210,16
1.1. Remuneração de Pessoal	2.667.534,65	2.667.534,65	2.667.534,65	2.667.534,65	2.667.534,65	2.667.534,65
1.2. Encargos Sociais e Contribuições	608.197,90	608.197,90	608.197,90	608.197,90	608.197,90	608.197,90
1.3. Benefícios	1.152,61	1.152,61	1.152,61	1.152,61	1.152,61	1.152,61
1.4. Outras Formas de Contratação	2.894.325,00	2.894.325,00	2.894.325,00	2.894.325,00	2.894.325,00	2.894.325,00
2. Materiais e Medicamentos de uso no Paciente	1.148.756,33	1.148.756,33	1.148.756,33	1.148.756,33	1.148.756,33	1.148.756,33
2.1. Medicamentos	546.776,37	546.776,37	546.776,37	546.776,37	546.776,37	546.776,37
2.2. Materiais Hospitalares	358.907,82	358.907,82	358.907,82	358.907,82	358.907,82	358.907,82
2.3. Materiais Dietas Enterais	49.149,12	49.149,12	49.149,12	49.149,12	49.149,12	49.149,12
2.4. Materiais O.P.M.E. (Órteses, Próteses e Mat. Especi	190.010,32	190.010,32	190.010,32	190.010,32	190.010,32	190.010,32
2.5. Medicamentos Gases Medicinais	3.912,70	3.912,70	3.912,70	3.912,70	3.912,70	3.912,70
3. Materiais de Consumo Geral	69.441,23	69.441,23	69.441,23	69.441,23	69.441,23	69.441,23
3.1. Combustíveis e Lubrificantes	2.430,88	2.430,88	2.430,88	2.430,88	2.430,88	2.430,88
3.2. Gases Industriais	2.684,93	2.684,93	2.684,93	2.684,93	2.684,93	2.684,93
3.3. Gêneros Alimentícios	144,96	144,96	144,96	144,96	144,96	144,96
3.4. Gêneros Alimentícios (Coletivo)	4.207,52	4.207,52	4.207,52	4.207,52	4.207,52	4.207,52
3.5. Materiais de E.P.I.	2.132,83	2.132,83	2.132,83	2.132,83	2.132,83	2.132,83
3.6. Materiais Descartáveis	1.524,80	1.524,80	1.524,80	1.524,80	1.524,80	1.524,80
3.7. Materiais de Escritório, Impressos e de Informática	6.322,97	6.322,97	6.322,97	6.322,97	6.322,97	6.322,97
3.8. Materiais de Higiene e Limpeza	21.510,18	21.510,18	21.510,18	21.510,18	21.510,18	21.510,18
3.9. Materiais Esportivos e Educativos	119,01	119,01	119,01	119,01	119,01	119,01
3.10. Materiais de Esterilização	1.077,88	1.077,88	1.077,88	1.077,88	1.077,88	1.077,88
3.11. Peças e Materiais de Manutenção - Equipamentos	3.856,40	3.856,40	3.856,40	3.856,40	3.856,40	3.856,40
3.12. Peças e Materiais de Manutenção - Predial	9.388,16	9.388,16	9.388,16	9.388,16	9.388,16	9.388,16
3.13. Uniformes e Enxovais	9.813,57	9.813,57	9.813,57	9.813,57	9.813,57	9.813,57
3.14. Outros Materiais de Consumo	4.227,14	4.227,14	4.227,14	4.227,14	4.227,14	4.227,14
4. Prestação de serviços	1.322.812,64	1.322.812,64	1.322.812,64	1.322.812,64	1.322.812,64	1.322.812,64

O percentual de encargos sociais e contribuições apresentado (22,79%) foi subestimado em relação aos custos reais envolvidos na gestão do hospital, especialmente considerando a natureza das obrigações trabalhistas e fiscais exigidas para o setor da saúde.

É importante destacar que os encargos sociais e as contribuições obrigatórias previstos em legislação são substancialmente mais elevados do que o percentual apresentado pela AGIR em sua proposta.

Encargos e contribuições obrigatórias previstas em legislação trabalhista:

Encargos Sociais e Provisões (13º Salário e Férias)	
Descrição	Alíquota Mensal
Fundo de Garantia por Tempo de Serviço	8,00%
13º Salário	8,33%
Encargos FGTS sobre 13º salário	0,67%
Férias	8,33%
Abono de férias	2,78%
Encargos FGTS sobre férias	0,89%
PIS s/remuneração paga ou creditada	1,00%
Aviso-Prévio	8,33%
Indenização Compensatória (50%) dos Depósitos do FGTS	4,00%
TOTAL GERAL	42,33%

A proposta apresentada não reflete de forma precisa o valor necessário para cumprir com as obrigações trabalhistas e fiscais de forma plena, conforme a legislação vigente, comprometendo a viabilidade econômica e financeira do projeto e a qualidade da gestão hospitalar do Hospital Estadual de Jataí.

Dessa forma requer a Recorrente a desclassificação da OSS AGIR.

DA NECESSÁRIA DESCLASSIFICAÇÃO DA AGIR POR MANIFESTA INEXEQUIBILIDADE DE SUA PROPOSTA

O item 8.7 prevê expressamente que serão desclassificadas as entidades cujas propostas de trabalho contiverem estimativa de despesas para custeio e para Metas de Produção das atividades do hospital com valores manifestamente inexequíveis:

8.6. A classificação, bem como a escolha da entidade será definida por meio da maior Nota Técnica - NT obtida.

8.6.1. Em caso de empate, será considerada a melhor proposta aquela que houver alcançado maior pontuação no fator capacidade operacional; persistindo o fato, será considerada a melhor proposta aquela que houver alcançado maior pontuação no fator experiência; persistindo, ainda, será considerada a melhor proposta aquela que houver alcançado maior pontuação no fator grau de adequação. Permanecendo o empate, será realizado sorteio.

8.7. Serão desclassificadas as entidades cujas propostas de trabalho:

a) Não atendam às especificações técnicas constantes no presente Edital e seus Anexos;

b) Não atingirem uma pontuação total mínima de 50 (cinquenta) pontos e/ou que não alcancem 50% (cinquenta por cento) do total possível de pontos em cada um dos critérios - F.1. Proposta de Modelo Gerencial Assistencial; F.2. Proposta de Ações voltadas a qualidade e F.3. Qualificação Técnica;

c) Contiverem estimativa de despesas para custeio e para Metas de Produção das atividades do hospital com valores manifestamente inexequíveis;

8.8. Será obrigatoriamente justificada a seleção de proposta que não for a mais adequada ao valor de referência constante do Chamamento Público.

Nesse sentido, Marçal Justen Filho alerta sobre os cuidados e possíveis implicações negativas da admissão de propostas com valores inviáveis (Justen Filho, 2010, p. 654):

“ADMITIR GENERALIZADAMENTE A VALIDADE DE PROPOSTAS DE VALOR INSUFICIENTE PODE SIGNIFICAR UM INCENTIVO A PRÁTICAS REPROVÁVEIS. O licitante vendedor procurará alternativas para obter resultado econômico satisfatório. ISSO ENVOLVERÁ A REDUÇÃO DA QUALIDADE DA PRESTAÇÃO, A AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DOS TRIBUTOS E ENCARGOS DEVIDOS, A FORMULAÇÃO DE PLEITOS PERANTE A ADMINISTRAÇÃO E ASSIM POR DIANTE.” (Grifou-se)

O Estado de Goiás ao estabelecer as regras declinadas no edital para gestão e operacionalização do Hospital Estadual de Jataí, atuou dentro dos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade e de acordo com o interesse e conveniência facultado à Administração Pública, conforme art. 37 da CF.

O edital estipulou todas as condições e obrigações da futura gestora, e, não obstante não constar do edital planilha de custos para elaboração da proposta financeira, era imperioso as proponentes a estrita observância aos termos e exigências do edital.

O edital de chamamento público, como sabido, é a normatização a ser estritamente observada tanto pela comissão como pelos proponentes, de modo a atender ao princípio da isonomia entre os demais proponentes.

Segundo Lucas Rocha Furtado, Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União, o instrumento convocatório “é a lei do caso, aquela que irá regular a atuação tanto da administração pública quanto dos licitantes. Esse princípio é mencionado no art. 3º da Lei de Licitações, e enfatizado pelo art. 41 da mesma lei que dispõe que “a Administração **não pode descumprir as normas e condições do edital**, ao qual se acha estritamente vinculada”. (Curso de Direito Administrativo, 2007, p.416)

Nesta linha, aceitar a proposta financeira da AGIR com previsão orçamentária manifestamente inexecutável **é privilegiar um proponente em detrimento de outros, o que fere o princípio da igualdade entre os licitantes.**

Desta forma, imperiosa a desclassificação da AGIR, haja vista o erro substancial apresentado em sua proposta financeira.

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS

Ao analisar a proposta técnica apresentada pela AGIR é possível evidenciar que na central de material esterilizado/ Rouparia, a Proponente AGIR não apresenta as competências e atribuições aos profissionais das áreas e protocolos operacionais padrões, que são de suma importância para a padronização dos processos assistenciais envolvidos nas atividades de processamento de artigos para saúde.

Procedimentos pautados nas normas e boas práticas que norteiam a RDC 15/2012 que estabelece as diretrizes fundamentais para garantir a segurança, a qualidade e a eficiência nos serviços de central de material esterilizado que adota as melhores práticas estabelecidas por essa norma, assegurando que todas as operações estejam em total conformidade com seus requisitos.

FLUXO ROUPARIA


De acordo com as diretrizes Resolução RDC ANVISA nº 50/2002 que estabelece que as instituições de saúde devem adotar medidas para controle de infecção hospitalar, RDC ANVISA nº 63/2011 que dispõe Boas Práticas para o Funcionamento de Serviços de Lavanderia Hospitalar, e interface entre os serviços de saúde, não descritos na proposta da AGIR.

A própria comissão reconhece que não foi identificada a propositura de horários e por qual acesso da unidade de saúde será coletada a roupa suja pela empresa terceirizada.

E mais, a AGIR não relata fato importante para segurança do serviço: utilização de carro FECHADO para o transporte, A roupa suja deve ser transportada de tal forma que o seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia, o que não foi observado pela AGIR em sua proposta:

Remoção da roupa suja da unidade geradora

- Na retirada da roupa suja da unidade geradora, haverá o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções-padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou. Neste sentido, será feita apenas a pesagem e nunca a contagem de roupas sujas.
- A roupa suja será imediatamente colocada em **saco hamper**, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento. O transporte será efetuado por **melo de carro de transporte** ou por tubo de queda.

agir 

CUIDAR DE VIDAS 9

- A roupa será transportada dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade para a de menor sujidade e, aquelas que estiverem molhadas ou mais sujas serão colocadas no centro do saco, evitando o vazamento de líquidos e a contaminação do ambiente, dos funcionários ou de outros pacientes. Desta forma, todas as roupas utilizadas no serviço de saúde serão consideradas como contaminadas.
- O local destinado para o armazenamento da roupa suja na unidade geradora será arejado e higienizado, conforme rotina pré-estabelecida, a fim de se evitar o aparecimento de insetos e roedores.

Coleta e transporte da roupa suja

- A coleta será realizada em horário pré-determinado, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma permanecerá o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento. O tempo em que a roupa suja permanecerá depositada antes de ser processada estará mais relacionado a questões práticas, como remoção de manchas e aspectos estéticos, do que ao controle de infecção.
- Para a coleta e o transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade de processamento seguirá as orientações de manuseio contidas no item anterior e estará adequadamente paramentado, conforme estabelecido nas normativas de Medidas de Prevenção e Controle de Infecção, preconizadas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- O **carro utilizado para o transporte de roupa suja** dentro do serviço de saúde será exclusivo para esse fim. Ele será leve, de fácil higienização e possuirá dreno para eliminação de líquido, sendo confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, estará nitidamente identificado, a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

A proposta da AGIR não atende a essa exigência e, como consequência, não deverá ser atribuída pontuação pela comissão no critério.

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO SAÚDE

O **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS** é um documento que aponta e descreve ações relativas ao manejo de resíduos sólidos, no âmbito dos hospitais, que dispõe de ações relativas à proteção à saúde pública e ao meio ambiente, contemplando, ainda, aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. É um **documento** essencial para a correta gestão dos resíduos gerados em estabelecimentos de saúde. O PGRSS tem como objetivo estabelecer diretrizes e procedimentos para o manejo adequado dos resíduos, desde a geração até a **destinação** final, garantindo a proteção à **saúde pública** e ao meio ambiente.

A Proponente Agir em sua proposta descreve de forma genérica o Plano de Gerenciamento Integrado de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRIRSS) e desprovida de itens obrigatórios e outros em clara infração a legislação ambiental.

Um ponto crítico observado no PGRSS apresentado pela Agir é a utilização de apenas três cores (branco, preto e laranja) para as lixeiras, o que não atende às normas técnicas que exigem uma codificação colorida mais detalhada para a segregação adequada dos resíduos de acordo com sua classe e periculosidade. No entanto, não são apenas as três cores mencionadas na proposta da AGIR que devem ser contempladas no PGRSS.

Matriz de classificação dos resíduos

Abaixo será descrito os tipos de rejeitos e seus grupos e subgrupos, porém, para o Hospital Estadual de Jataí Dr. Serafim de Carvalho - HEJ, será mapeado através da criticidade das áreas, dos tipos de procedimentos e das precauções especiais definidas o tipo de lixeira e o tipo de resíduos e rejeitos produzidos por área mapeada, sendo fator para dimensionamento de lixeiras, sacos de lixo com respectivas cores (branco, preto, laranja), tão quanto, cor das lixeiras, além de suportes para caixa de perfurocortantes.



96

CUIDAR DE VIDAS

1 - A AGIR omitiu a inclusão das cores amarelo e vermelha, essenciais para a correta segregação dos resíduos, conforme a normativa vigente. A classificação adequada dos resíduos deve incluir as seguintes cores:

Resíduos infectantes/ Risco biológico subgrupo A4 – Saco de cor Branca

Resíduos infectantes/ Risco biológico (subgrupo A 1,A3 e A5) Saco de cor vermelho

Resíduos químico/Toxico –(Grupo B) Saco ou descartpack de cor laranja

Resíduos perfuro-cortante/ Risco biológico (Grupo E) Dercarpak amarelo

Resíduos Comum – Grupo D – Saco de cor preta

2 Não foi contemplado no PGRSS da Proponente Agir o fluxo de acidente com resíduos biológicos, controle de vetores e imunização.

3 -A RDC nº 222/2018 da ANVISA estabelece as diretrizes para a classificação e manejo de resíduos de serviços de saúde, com foco na segurança de trabalhadores e no controle de riscos ambientais e à saúde pública. Entre os principais grupos de resíduos, o Grupo E refere-se a resíduos perfurocortantes ou escarificantes contaminados por agentes biológicos, ou seja, materiais que apresentam risco de infecção, como agulhas, lâminas de bisturi, ampolas de vidro quebradas, entre outros. Esses resíduos devem ser acondicionados em caixas amarelas com simbologia de infectante e tratados por autoclavação, processo que esteriliza os materiais, eliminando os riscos biológicos.

No entanto, no documento apresentado pela AGIR há uma afirmação em que resíduos perfurocortantes são classificados erroneamente como Grupo B (resíduos químicos perigosos) ou Classe I (resíduos perigosos, como pilhas e baterias), o que compromete o tratamento adequado.

Resíduos do Grupo B exigem incineração, não sendo adequada para o acondicionamento com resíduos biológicos, e resíduos Classe I que têm manejo específico. A classificação incorreta pode resultar em armazenamento inadequado e tratamento inadequado, aumentando o risco de contaminação biológica. Portanto, é crucial que resíduos perfurocortantes sejam corretamente classificados no Grupo E e tratados de acordo com as diretrizes, para garantir a segurança e conformidade com as normas sanitárias e ambientais

Classe rejeitos e resíduos	Descrição geral
Subgrupo A1	Cultura e estoque de microrganismos, sobras de hemoderivados de laboratório, sobra em bolsa de sangue e hemocomponentes e material com sangue na forma livre, que são enviados para tratamento fora do hospital antes da disposição final ambientalmente correta. Rejeitos deste subgrupo são acondicionados em saco vermelho e, posteriormente, enviados para incineração.
Subgrupo A2	Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.
Subgrupo A3	Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.
Subgrupo A4	Kits de linhas arteriais, filtros de ar e gases, membrana filtrante, sobras de fezes e urina e seus recipientes e bolsas transfusionais vazias, tão quanto algodão com sangue contido, que podem ser descartados em aterro sanitário sem tratamento prévio, sendo acondicionados em saco branco até limite de 2/3.
Subgrupo A5	Órgãos, tecidos, fluidos e todos os materiais envolvidos na atenção à saúde de pacientes com certeza ou suspeita de contaminação priônica, devendo ser armazenado em saco vermelho duplo e incinerado.
Grupo B tóxicos	Glutaraldeído, formol, ácido peracético e recipientes de medicamentos do grupo tóxico como antimicrobiano, antifúngicos e antivirais, sendo que medicamentos dessas classes, quando vencidos, bem como seus respectivos recipientes contaminados, devem ser incinerados. Podem ser armazenados em saco e lixeira de cor laranja.
Grupo perfurocortante classe I	<p>Ampolas em vidro de medicamentos como antimicrobiano, antirretrovirais, equimioterápicos devem ser acondicionados em caixa resistente a punctura e ruptura, devidamente adesivada em caveirinha, respeitando o limite de 2/3 da caixa (até a linha pontilhada).</p> <p>Ampolas em vidro de medicamentos com metais pesados, amálgamas da odontologia, pilhas, baterias, lâmpadas e qualquer resíduo contaminado</p>

CUIDAR DE VIDAS

97

4 - O Grupo B da RDC nº 222/2018 classifica os resíduos contendo produtos químicos que apresentam perigosidade à saúde pública ou ao meio ambiente. Esses resíduos podem ter características como inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade e mutagenicidade. Exemplos incluem produtos farmacêuticos vencidos, saneantes, desinfetantes, metais pesados, reagentes laboratoriais, efluentes de processadores de imagem e equipamentos automatizados em análises clínicas.

Este documento foi assinado eletronicamente por Carla Machado Dos Santos, Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba.

Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6934-6799-7FA6-5715.


Este documento foi assinado eletronicamente por Carla Machado Dos Santos, Marco Antonio Guimaraes De Almeida e Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba. Para verificar as assinaturas vá ao site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código 6934-6799-7FA6-5715.

Esses resíduos devem ser segregados, identificados com a simbologia apropriada e tratados de forma adequada, geralmente por incineração, para eliminar os riscos químicos.

Além disso, o § 2º da RDC estabelece que embalagens primárias vazias de produtos químicos perigosos, mesmo após limpeza, são consideradas rejeitos e não podem ser recicladas ou reutilizadas, devendo ser enviadas para disposição final em aterro sanitário, divergente, portanto a orientação da AGIR que orienta, conforme print abaixo, que os saneantes devem ser estimulados a coleta seletiva.

Grupo B resíduos	Frascos de álcool 70%, frasco de soro sem antimicrobiano, frasco de água bidestilada, frascos de saneantes, bem como demais frascos de produtos de baixo risco ambiental e humano, conforme FDS- Ficha de Dados de Segurança, podem ser estimulados a coleta seletiva, devendo estes materiais serem armazenados em contêiner vermelho.
------------------	---

Grupo D resíduos (recicláveis)	Garrafas pets, frasco de álcool, frascos de saneantes plásticos de produtos não tóxicos, álcool degermante, frasco de clorexidina, ampolas plásticas de medicamentos, caixas tetra pak, potes de vidro, latinhas de alumínio, tão quanto qualquer material passível de reciclagem, como papelão e papel, devem ser segregados em contêiner próprio para coleta seletiva. Neste caso, contêiner vermelho para plásticos e para papel, com lixeiras e sacos azuis. Caso tenha materiais explantados, seguirá a recomendação da RDC 15/2012
--------------------------------	--

	Os rejeitos comuns similares ao doméstico, não sendo recicláveis, devem ser desprezados em saco preto, respeitando-se o limite de 2/3 do mesmo, sendo que estes sacos não precisam ser identificados e devem ser coletados das lixeiras a cada 48 horas ou a cada 24 horas, quando houver descarte de rejeitos putrefáveis.	Caso o resíduo seja papel ou plástico originado da assistência que não ofereça risco químico ou biológico, como frascos de álcool 70%, hipoclorito, clorexidina, entre outros, é orientado o armazenamento em contêiner vermelho para reciclagem. Ressalta-se que frascos que contenham informações como "Proibido reutilizar" estão aptos a reciclar, já que reciclar envolve caracterização de material.
---	---	--

Frasco de Hipoclorito, mais um vez, listados na imagem acima, e agressivo ao meio ambiente, não é resíduos comum.

Grupo D: Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. - papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antisepsia e hemostasia de venóclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1;

- sobras de alimentos e do preparo de alimentos; - resto alimentar de refeitório; - resíduos provenientes das áreas administrativas; - resíduos de varrição, flores, podas e jardins; - resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde; - forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado. - resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada. - pelos de animais.

Foi feito fluxo de A2, esse grupo é exclusivo para clínicas veterinárias, e não estabelecimento de saúde.

2 - Fluxo unidirecional Grupo Infectante (Grupo A) - subgrupo A2:



Figura 50: Fluxo unidirecional do resíduo subgrupo A2 - Modelo gestão AGIR

5- O fluxo de transporte interno em estabelecimentos de saúde deve ser cuidadosamente planejado para garantir a segurança e a eficiência operacional. Além de ser alinhado com os horários de visita, medicação e refeições, o transporte também precisa considerar a distribuição de roupa limpa e material esterilizado, aspectos que, embora essenciais, não são especificamente mencionados pela AGIR.

essa etapa só é mantida quando tratar de uma unidade de grande porte; etapa 5: transporte interno - essa etapa é importante, no sentido de ofertar o transporte interno sempre alinhado ao horário de refeição, visitas e administração de medicamentos, sendo que os horários são diferentes para mitigar risco de contaminação cruzada; etapa 6:

Em outras palavras, a junção dos resíduos dos grupos B, resíduos perfurocortantes (grupo E) e resíduos do grupo classe 1 jamais poderia ocorrer no PGRSS, em clara afronta a Norma Regulamentar.

O gerenciamento de resíduos de saúde é fundamental para minimizar os riscos de contaminação e disseminação de doenças, tanto para os trabalhadores da saúde quanto para a população em geral. Além disso, a correta segregação, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos são essenciais para garantir a segurança e a saúde de todos os envolvidos.

Dessa forma, considerando a classificação errônea dos resíduos hospitalares descritos pela AGIR em seu PGRSS, não atendendo a exigência da RDC ANVISA Nº222/18, RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358/05 e LEI Nº 12.305/2010, não deverá ser atribuída pontuação no critério.

Item 26.1.3. do edital: Critério FA.3

Avalia a capacidade gerencial da proponente ou do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins:

O critério FA.1 identifica capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas e a experiência da Diretoria para gestão da unidade de saúde. Nesse sentido, o item 3, na página 26, define a necessidade de apresentação de documentos de forma a permitir a avaliação pela comissão, da **capacidade gerencial do corpo diretivo quanto a administrar um hospital do porte do Hospital Estadual de Jataí e conduzir as ações assistenciais com bom nível de desempenho, com equipe titulada nas áreas afins.**

DO CRITÉRIO EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA PROPONENTE

O subitem que trata da “Estrutura e experiência da Diretoria” pág. 27 do edital exige a comprovação de experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) **de Unidade Hospitalar** da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular.

Porém a AGIR não seguiu todas as instruções normativas descritas no edital na medida em que não comprova de modo cabal e cristalina a experiência da diretoria na gestão de unidade hospitalar e tampouco informa o nome da unidade.

Das irregularidades dos comprovantes de experiência dos diretores:

Sr. André Alves (pág 1619 da proposta da AGIR), cuja declaração de experiência foi emitida pela própria AGIR e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

Sr. Fabrício Cardoso Leão (pág 1645 da proposta da AGIR), onde, além de ter sido assinada pela própria AGIR, não foi anexado contrato de trabalho ou CTPS para comprovar o vínculo e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

Sr. Eduardo Martins Carneiro (pág 1649 da proposta da AGIR), onde além de ter sido assinada pela própria AGIR, não foi anexado contrato de trabalho ou CTPS para comprovar o vínculo e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

Sra. Wanessa Silva (pág 1653 da proposta da AGIR), onde além de ter sido assinada pela própria AGIR, não foi anexado contrato de trabalho ou CTPS para comprovar o vínculo e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

Sra. Heloíse Helena (pág 1657 da proposta da AGIR) onde além de ter sido assinada pela própria AGIR, não foi anexado contrato de trabalho ou CTPS para comprovar o vínculo e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

Sr. Arthur Roberto (pág 1661 da proposta da AGIR) onde além de ter sido assinada pela própria AGIR, não foi anexado contrato de trabalho ou CTPS para comprovar o vínculo e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

Sra. Wanessa Queiroz (pág 1665 da proposta da AGIR) onde além de ter sido assinada pela própria AGIR, não foi anexado contrato de trabalho ou CTPS para comprovar o vínculo e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

Sra. Nayara Ketlyn (pág 1669 da proposta da AGIR) onde além de ter sido assinada pela própria AGIR, não foi anexado contrato de trabalho ou CTPS para comprovar o vínculo e não consta declaração de interesse para ocupar o cargo de diretor/gerente.

A r. comissão atribuiu pontuação decorrente de apresentação de declaração de experiência dos diretores **Sr. André Alves** (pág 1619 da proposta da AGIR), **Sr. Fabrício Cardoso Leão** (pág 1645 da proposta da AGIR), **Sr. Eduardo Martins Carneiro** (pág 1649 da proposta da AGIR), **Sra. Wanessa Silva** (pág 1653 da proposta da AGIR), **Sra. Heloíse Helena** (pág 1657 da proposta da AGIR), **Sr. Arthur Roberto** (pág 1661 da proposta da AGIR), **Sra. Wanessa Queiroz** (pág 1665 da proposta da AGIR) e **Sra. Nayara Ketlyn** (pág 1669 da proposta da AGIR), todavia a declaração apresentada para comprovar a experiência **não atende ao disciplinado no edital** e, com toda vênica, fere a transparência e integridade do certame, uma vez que a declaração foi emitida pela própria Proponente Agir.

AS DECLARAÇÕES DE EXPERIÊNCIA ASSINADAS PELA PRÓPRIA PROPONENTE CONFIGURAM EVIDENTE CONFLITO DE INTERESSES.

A própria parte interessada declarou a experiência para comprovação da capacidade gerencial do corpo diretivo quanto a administrar um hospital e **foi assinada pela própria**

proponente, configurando um claro conflito de interesses, não garantindo a imparcialidade, o que compromete a veracidade e confiabilidade na informação prestada.

Tal situação torna a documentação apresentada nula de pleno direito, pois não houve sequer uma instância externa para atestar a veracidade e nem ao menos foi anexado comprovante de vínculo (contrato de trabalho, contrato de prestação de serviços, ou outro) capaz de comprovar tal assertiva.

De acordo com os Princípios da Administração Pública e a busca pela transparência e integridade nas licitações, é imprescindível que tais informações sejam validadas por entidades independentes.

A legitimidade da comprovação documental pressupõe a imparcialidade e ausência de conflitos de interesses do emissor do documento, inclusive os tribunais de contas têm se posicionado no sentido de que documentos assinados exclusivamente pela parte interessada não possuem credibilidade necessária para sustentar a análise de qualificação técnica e jurídica, colocando em risco a isonomia dos licitantes.

Nesse sentido são as considerações do TCU sobre a matéria:

Único atestado de capacitação técnica fundado em declaração do próprio interessado. Questionamento quanto à aptidão do atestado para comprovar capacidade técnica-operacional para execução do objeto.

[...].

Uma situação é o destinatário do serviço, aquele que vai usufruir da sua utilidade, arriscando uma troca definitiva de dinheiro por bens e serviços, declarar que sua expectativa foi atendida, isto é, que recebeu aquilo esperava pelo que pagou. Outra circunstância é o executante declarar que aquilo que forneceu era o que se esperava que fosse fornecido. (TCU, Acórdão 608/2005, Plenário, rel. Min. Guilherme Palmeira, grifou-se).

O caso concreto em análise difere daqueles elencados pela fundação, de forma que a argumentação trazida não é aplicável à situação verificada, qual seja, **a existência de vínculo entre empresa licitante e empresa atestadora dos serviços da primeira. Embora não haja uma vedação expressa que proíba esse tipo de ocorrência, há um evidente conflito de interesse**, uma vez que o fato de a empresa [X] apresentar em seu quadro societário a mesma pessoa que também é representante da empresa [Y], para a qual foi emitido o atestado, equivale, na prática, a uma **autodeclaração** de capacidade técnica. (TCU, Acórdão 602/2018, Plenário, rel. Min. Vital do Rêgo, grifou-se).

A comissão de licitação, ao aceitar propostas carregadas com autodeclarações de experiência, compromete a integridade do processo e cria um ambiente de desigualdade entre os licitantes, uma vez que **a vencedora foi beneficiada pela não observância das regras estabelecidas, enquanto os demais seguiram todas as exigências estipuladas.**

Portanto as autodeclarações para comprovação de experiência dos diretores acima nominados **não devem ser considerados como válidos, e, como consequência, a redução de 3 pontos na pontuação do critério** FA.3 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA, estabelecido no item 26.1.3. do edital, no subitem que trata da “Estrutura e experiência da Diretoria” pág. 27 do edital, que exige a comprovação de experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular.

26.1 do edital:

AREA DE ATIVIDADE

1 – Área de atividade: Avalia as ações propostas para a organização da unidade (pág. 22)

O critério FA.1 Avalia a adequação da proposta de organização dos serviços (15 pontos) e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Hospitalar. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial (05 pontos). Página 21. Nesse sentido, o item 1, na página 22, avalia as ações propostas para a organização da unidade.

Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde (A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e entendimento do fluxo)

FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS

A Proponente Agir em sua proposta descreve de forma genérica e excessivamente teórica e se limita a reproduzir somente conceitos e definições descritas em literatura, sem nenhuma especificidade ou realidade específica do Hospital Estadual de Jataí.

A ausência de informações detalhadas sobre as características da unidade, as necessidades específicas do HEJ e as soluções propostas para atender essas particularidades compromete a exequibilidade da proposta.

A descrição genérica não demonstra o conhecimento necessário sobre o funcionamento, infraestrutura ou demanda específica do HEJ, o que gera dúvidas sobre a viabilidade e adequação das soluções propostas para o contexto específico do HEJ.

E mais, a proposta da AGIR descreve ainda como áreas críticas somente para 2 setores da unidade: centro cirúrgico e UTI, como pode ser visualizado inclusive em anotações feita por esta comissão, sem mencionar outros setores tais como: laboratório de patologia clínica, isolamento, hemodiálise, banco de sangue, CME, área de lavanderia e farmácia.

Além disso, não descreve fluxo para visitante, para acompanhante, para terceirizados, pacientes de alta.

Por fim, não descreve fluxo e áreas externas, fluxo para registro de documentos, fluxo para funcionários.

Em certames envolvendo prestação de serviços para unidades hospitalares é imprescindível que as propostas apresentem soluções adequadas às especificidades do ambiente hospitalar, com clareza sobre a forma de implementação.

A proposta da AGIR não atende a essa exigência e, como consequência, deverá ser reduzido 2 pontos na pontuação do critério que descreve a necessidade de Implantação de fluxos individualizada ao perfil da unidade de saúde.

DA NÃO APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO RECURSO NA UNIDADE REFERENTE AO BENEFÍCIO ALCANÇADO PELA FILANTROPIA

A AGIR não apresentou proposta de aplicação do recurso proveniente do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, em clara ofensa ao edital em seu item 26.2.3.

A proposta da AGIR não atende a essa exigência e, como consequência, deverá ser reduzido 4 pontos na pontuação do critério.

Conclusão

Posto isto, a Recorrente espera seja recebido e provido o presente recurso para que seja reformada a decisão da comissão que declarou vencedora a proponente AGIR, em observância aos princípios da legalidade, moralidade e eficiência na condução do processo licitatório, requerendo:

- (1) A desclassificação da proposta técnica apresentada pela AGIR por deixar de anexar a declaração de validade jurídica da proposta, documento de juntada obrigatória de acordo com o edital 06/2024, comprometendo a regularidade de sua participação no certame

- (2) A desclassificação da proposta técnica apresentada pela AGIR em razão da inexecutabilidade da proposta financeira, configurando grave risco de descumprimento das obrigações contratuais
- (3) A revisão da pontuação atribuída ao plano de trabalho apresentado pela AGIR para que sejam suprimidos os pontos inadequadamente conferidos à sua proposta técnica para que passe a constar NT= 29,49 (FA1 - 17,90 - 5,80 = 12,10 ; FA2 - 18,30 - 0,5 = 17,80 ; FA3 - 54,30 - 3 = 51,3)
- (4) A revisão da pontuação atribuída ao plano de trabalho apresentado pela OSS HMTJ com atribuição de pontuação de NT= 35,25 (FA1 - 16,90 + 2,10 = 19 ; FA2 - 14,10 + 5,45 = 19,55 ; FA3 - 56,10 + 2,5 = 59,20)

Caso não seja esse o entendimento da r. comissão, requer-se, em observância ao Princípio do Duplo Grau de Jurisdição, seja remetido para apreciação de autoridade superior.

P. deferimento.

Juiz de Fora, 11 de fevereiro de 2025.

Carla Machado dos Santos OAB/RJ 80.192

Coordenadora Departamento Jurídico - Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus

Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba
Diretor Financeiro HMTJ

Marco Antônio Guimaraes de Almeida
Diretor Presidente HMTJ

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Portal Vertsign. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br/Verificar/6934-6799-7FA6-5715> ou vá até o site <https://vertsign.portaldeassinaturas.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 6934-6799-7FA6-5715



Hash do Documento

1758A80F84B37CC5D26D0EE07F0831EDFDA8DF8915CD2895E2F9924123EA9789

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 13/02/2025 é(são) :

☒ Carla Machado Dos Santos - ***.420.807-** em 13/02/2025 14:20 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Thu Feb 13 2025 14:19:58 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -21.778552855678114 Longitude: -43.36003885496384 Accuracy: 22.987023695592693

IP 186.233.41.210

Identificação: Por email: carlamachado@hmtj.org.br

Assinatura:



Hash Evidências:

4818BF37B7E1EABD8AA8F29207EF627BE4CD3C0BBCCB72BA5A1DE9ABBBC3A8B6

☒ Marco Antonio Guimaraes De Almeida - ***.399.966-** em 12/02/2025 10:55 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Wed Feb 12 2025 10:56:10 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -21.7782153 Longitude: -43.3593238 Accuracy: 16.34000015258789

IP 186.233.41.210

Identificação: Por email: MARCOANTONIO@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:



Hash Evidências:

8F801EC34313BCAD786181F40701BEB5784CA2AA3309431CEC585D7A219C3134

☒ Benedito Zulmiro Ladeira Jendiroba - ***.429.297-** em 12/02/2025 10:54 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

Client Timestamp Wed Feb 12 2025 10:54:08 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -21.778378381057177 Longitude: -43.36002454839917 Accuracy: 20.96307945050202

IP 186.233.41.210

Identificação: Por email: JENDIROBA@HMTJ.ORG.BR

Assinatura:



Hash Evidências:

9219B1E7018DC94F024A3836F53C964E6A7CE2F11FE629B08AAA4C95920D10E3

