

ILUSTRÍSSIMO(A) SENHOR(A) PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERNA DE CONTRATOS DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE - CIGSS DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 07/2024-SES/GO DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS

**Ref.: Chamamento Público nº 07/2024-SES/GO
Processo nº 202300010023460**

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE (ISMS), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, sediada na Rua Alvorada, nº 1.289, 15º Andar, Conjunto 1.501, Vila Olímpia, CEP: 04.550-070, São Paulo - SP, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob nº 18.963.002/0001-41, neste ato representado na forma de seu estatuto social, por seu representante legal, Sr. **YURI CAETANO DE VASCONCELOS**, devidamente qualificado nos autos do chamamento público, vem, respeitosamente, na presença de V. Sas, com fundamento no item 11 do **Edital de Chamamento Público nº 07/2024-SES/GO**, interpor o presente **Recurso Administrativo** contra a decisão da **Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CIGSS**, que tem como objeto a seleção de entidade para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento - HEMU** e **Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes - HEMNSL**, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos, conforme os fatos e fundamentos a seguir expostos.

1. DA TEMPESTIVIDADE

Considerando os prazos estabelecidos no Edital do Chamamento Público nº 07/2024-SES/GO e no calendário oficial, o presente recurso foi interposto dentro do período regulamentar. Nos termos do item 11 do Edital, o prazo para a interposição de recurso é de 3 (três) dias úteis, contados a partir do primeiro dia útil subsequente à publicação do resultado no site oficial da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás - SES/GO.

O resultado do chamamento público foi publicado no site da SES/GO em 25 de março de 2025 (terça-feira), conforme previsto no Edital. Dessa forma, a contagem do prazo recursal teve início em 26 de março de 2025 (quarta-feira), primeiro dia útil subsequente à publicação, encerrando-se em 28 de março de 2025 (sexta-feira), dentro do prazo regulamentar.

Diante do exposto, resta plenamente demonstrada a tempestividade do presente recurso, evidenciando a observância rigorosa dos prazos estabelecidos no Edital, em conformidade com o princípio da legalidade e da regularidade processual.

2. DOS FATOS

No âmbito do Chamamento Público nº 07/2024-SES/GO, a Comissão Organizadora, no exercício de suas atribuições legais e regulamentares, conduziu a sessão de abertura do certame em 31 de janeiro de 2025.

Durante essa sessão, foi garantido aos proponentes o direito de manusear e examinar as propostas apresentadas, possibilitando, inclusive, o registro fotográfico da documentação disponibilizada, em consonância com os princípios da publicidade, transparência, economicidade e eficiência.

No entanto, visando assegurar o pleno exercício dos princípios do contraditório e da ampla defesa, imprescindíveis a qualquer procedimento administrativo, a Comissão encaminhou a cada organização da sociedade civil, por e-mail, os links contendo todas as propostas técnicas, em 25 de março de 2025, permitindo que os proponentes tivessem acesso integral aos documentos para embasar eventuais manifestações recursais. Para tanto, foi concedido um prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação de eventuais impugnações e apontamentos.

Em ato contínuo, a Comissão procedeu com a análise das impugnações e, na mesma data, 25 de março de 2025, publicou o documento oficial intitulado "**RESULTADO PRELIMINAR DE ANÁLISE DE PROPOSTAS TÉCNICAS – CHAMAMENTO PÚBLICO 07/2024**", no qual foram detalhadas as pontuações atribuídas a cada proponente, conforme os critérios objetivos estabelecidos no Edital.

Na referida publicação, o Instituto Social Mais Saúde (ISMS) recebeu a Nota Técnica (NT) de **30,59 pontos**, posicionando-se em 3º lugar na classificação geral do certame. Todavia, a Recorrente entende que a atribuição dessa pontuação merece revisão e reavaliação, haja vista que aspectos relevantes da proposta técnica não foram devidamente considerados ou foram interpretados de maneira restritiva, impactando diretamente na classificação final do certame.

Diante do exposto, e com base nos fatos e documentos ora apresentados, a Recorrente requer a revisão da pontuação atribuída ao ISMS, bem como uma análise criteriosa dos critérios aplicados aos demais concorrentes, de modo a garantir a justa aplicação das normas editalícias e a observância dos princípios da legalidade, isonomia, impessoalidade e interesse público.

3. DAS RAZÕES DA REFORMA DO PROJETO DO INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE (ISMS)

A Comissão publicou, em 25 de março de 2025, as matrizes de avaliação do Plano de Trabalho referentes às unidades Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento (HEMU) e Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (HEMNSL).

Nesta oportunidade, em observância aos critérios estabelecidos no Edital e considerando a pontuação máxima de 100 pontos, a Comissão atribuiu 82 pontos ao projeto do HEMU e 77,7 pontos ao projeto do HEMNSL.

Todavia, considerando a relevância do processo avaliativo e a necessidade de garantir a máxima precisão e equidade na atribuição das notas, entende-se que a avaliação realizada demanda uma nova revisão, conforme será demonstrado a seguir.

Dessa forma, iniciaremos a análise pelo Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento (HEMU), detalhando os pontos que merecem reavaliação.

3.1. Projeto do ISMS para o Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento - HEMU:

Do item "Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde"

Conforme consta na página 119 da matriz de avaliação da Comissão, foi apontado que, na classificação de resíduos, teriam sido mencionados resíduos não gerados na unidade, como os do Grupo A2, além da alegação de que a quantificação das lixeiras não teria sido apresentada de acordo com a classificação dos resíduos gerados.

Entretanto, esclarecemos que a citação de resíduos do Grupo A2 foi feita em conformidade com a legislação vigente, mais especificamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222, de 28 de março de 2018, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece diretrizes para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS).

A menção a essa classificação não implica necessariamente na geração desses resíduos pela unidade, mas sim na adoção de um plano de segregação alinhado às normativas aplicáveis, garantindo que a unidade esteja preparada para o correto gerenciamento dos resíduos, caso necessário.

Além disso, o projeto segue os princípios da prevenção e precaução, pilares do gerenciamento de resíduos, ao considerar todas as possibilidades de segregação conforme os riscos potenciais, sem que isso signifique a geração efetiva desses materiais na unidade.

Dessa forma, verifica-se que a observação da Comissão decorreu de uma interpretação equivocada da proposta apresentada, razão pela qual se requer a devida reconsideração da avaliação, de modo a refletir corretamente a adequação do plano de resíduos às exigências normativas vigentes.

Do item "Implantação de Logística de Suprimentos"

A Comissão do Chamamento, conforme observado nas páginas 1.378 a 1.500, argumentou que "não foi encontrada informação/menção quanto à dispensação/armazenamento dos insumos considerando depósito de farmácia e sala de

distribuição de medicamentos, conforme disposição na planta da unidade de saúde, demonstrando falta de personalização do item apresentado.”

Entretanto, esclarecemos que as informações mencionadas pela Comissão foram devidamente apresentadas na proposta de trabalho, estando claramente descritas e organizadas em diferentes seções do documento, conforme detalhamento a seguir:

- **Dispensação:** páginas 185, 186, 189, 209, 210;
- **Armazenamento:** páginas 185, 186, 190;
- **Atividades de conferência:** páginas 191, 192, 209, 210;
- **Separação:** páginas 186, 187, 209, 210;
- **Reposição:** páginas 186, 187;
- **Distribuição:** páginas 186, 187, 195, 196;
- **Limpeza e segurança do ambiente:** páginas 187, 197; e
- **Controle de temperatura e umidade:** páginas 221, 222.

Adicionalmente, destacamos que as rotinas operacionais e fluxos de trabalho da logística de suprimentos foram detalhadas em fluxogramas, demonstrando de maneira objetiva e visual a disposição dos processos internos e sua operacionalização, em conformidade com os padrões exigidos para o gerenciamento de suprimentos hospitalares.

Portanto, a alegação de que não houve menção à dispensação e ao armazenamento dos insumos não se sustenta, pois a proposta contemplou tais aspectos de forma clara e estruturada. Dessa forma, solicitamos a reconsideração da avaliação atribuída ao item, garantindo que a análise reflita corretamente as informações apresentadas e a adequação do projeto às exigências editalícias.

Do item “Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos”

A Comissão do Chamamento Público, ao avaliar o item “Implantação de Processos de Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos”, deduziu 0,20 pontos sob a justificativa de que “não foi apresentada etapa de planejamento/levantamento de dados para execução de Política Financeira”.

No entanto, esta observação não reflete corretamente o conteúdo apresentado no projeto, visto que o planejamento e o levantamento de dados foram devidamente descritos e fundamentados no Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos, conforme detalhado nas páginas 488 e 1.168, com os seguintes elementos:

- **Modelo de Gestão Verticalizada:** Conforme descrito no Manual de Rotinas, o setor financeiro do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) opera de forma verticalizada, com um núcleo central localizado na sede administrativa em São Paulo. Este modelo permite uma gestão centralizada e estratégica, garantindo maior eficiência na administração dos contratos de gestão e no controle financeiro das unidades gerenciadas.
- **Processo de Planejamento e Levantamento de Dados:** A Sede Administrativa é responsável por planejar, organizar e orientar as atividades financeiras, conforme evidenciado na página 1.168 do projeto, no item 4.4.1 (Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral). Este trecho estabelece que:

"Ela monitora fluxos financeiros, contratos e custos, assegurando que as operações hospitalares sejam sustentáveis e que os serviços essenciais sejam mantidos. De acordo com Marques et al. (2020), a sustentabilidade financeira de hospitais públicos exige rigoroso controle de custos e análise contínua de eficiência operacional."

- **Benefícios do Modelo Centralizado:** A gestão centralizada permite que o levantamento de dados financeiros seja realizado por uma equipe especializada, garantindo precisão, confiabilidade e aderência às normas de gestão pública. Além disso, este modelo assegura a economicidade e a eficiência na alocação dos recursos públicos, conforme preceitos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – Lei Complementar nº 101/2000) e demais normativas aplicáveis.

Com base nos pontos acima, fica evidente que a etapa de planejamento e levantamento de dados foi devidamente contemplada no projeto, alinhando-se às exigências do edital. Assim, solicitamos a revisão da pontuação atribuída ao item e o reconhecimento da integralidade dos pontos, garantindo que a avaliação do projeto seja conduzida de forma justa e alinhada às diretrizes estabelecidas no certame.

Do item "Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade"

A Comissão do Chamamento Público alegou que, embora tenham sido apresentados cinco projetos assistenciais e sociais, a justificativa do levantamento de necessidades foi breve e generalizada, além de não ter sido expressamente descrito que os custos estão dentro do custeio previsto para a unidade.

Contudo, refutamos essa observação, uma vez que:

- **Atendimento ao Escopo do Edital:** A matriz de avaliação do edital delimita expressamente que os projetos assistenciais e/ou sociais devem ser desenvolvidos dentro do custeio previsto para a unidade. Dessa forma, todas as propostas apresentadas partiram desse cenário orçamentário previamente estabelecido, utilizando recursos humanos e estruturais já disponíveis na unidade hospitalar, sem comprometer o equilíbrio financeiro do contrato de gestão.
- **A Estratégia de Custos Está Implícita no Planejamento dos Projetos:** As ações foram estrategicamente desenhadas considerando a equipe já alocada na unidade e as atividades foram direcionadas ao perfil epidemiológico e assistencial do hospital. Dessa forma, não há necessidade de detalhar um custo específico, pois ele já está contemplado no planejamento global da unidade, respeitando as diretrizes orçamentárias estabelecidas.
- **Levantamento de Necessidades e Adaptação Contínua:** O levantamento das necessidades foi brevemente sinalizado com o objetivo de contextualizar as propostas, considerando que a execução dos projetos dependerá da realidade assistencial identificada após a assunção da unidade. Após a fase inicial de operação, será realizada uma avaliação aprofundada para eventuais ajustes e reestruturação das iniciativas, garantindo que elas estejam alinhadas às necessidades reais da população, do Estado e da comunidade hospitalar.

Diante do exposto, solicitamos a revisão da pontuação atribuída, uma vez que o planejamento dos projetos foi conduzido em conformidade com as premissas do edital, respeitando o custeio previsto e garantindo a viabilidade da execução sem impacto financeiro adicional à unidade.

Do item "Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde"

A Comissão, conforme observou nas páginas 766 a 792, apontou que não apresentamos texto descrevendo indicadores e ações de monitoramento para as ações propostas no item e nem texto em formato de projeto, como solicitado. No entanto, gostaríamos de esclarecer que o texto das referidas páginas não se refere ao item "Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde". O desenvolvimento completo do referido item encontra-se descrito nas páginas 786 a 812 da nossa proposta, onde estão detalhados tanto os indicadores quanto as ações de monitoramento, conforme solicitado no edital.

Reiteramos que a proposta foi elaborada de forma a atender integralmente às exigências do chamamento, e que as informações pertinentes ao item mencionado foram devidamente apresentadas nas páginas indicadas, de acordo com o formato solicitado. Acreditamos que a análise realizada pela Comissão foi baseada em uma leitura de seções do documento que não correspondem ao item em questão.

Diante do exposto, solicitamos que a Comissão reconsidere a pontuação atribuída ao item, uma vez que todos os requisitos foram cumpridos conforme estabelecido no edital. A revisão dessa pontuação é fundamental para garantir a devida avaliação de nossa proposta, levando em consideração que os elementos necessários foram devidamente apresentados e estão em conformidade com as exigências do processo.

Do item "Projeto de hospital ensino para a unidade"

A Comissão, conforme observou nas páginas 904 a 926, argumentou que não apresentamos um texto descrevendo os indicadores e as ações de monitoramento para as propostas no item, nem um texto em formato de projeto conforme solicitado. No entanto, esclarece-se que o conteúdo das referidas páginas não se refere ao item "Projeto de Hospital Ensino para a unidade". O desenvolvimento completo e detalhado desse item, conforme solicitado no edital, está efetivamente descrito nas páginas 924 a 946 de nossa proposta.

Adicionalmente, ressaltamos a expertise do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISMS) na implantação de Projetos de Hospital Ensino, como demonstrado nas páginas 831 a 904, que evidenciam nosso compromisso com o cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas para a implementação de projetos dessa natureza. Nessas páginas, são apresentadas todas as informações necessárias, alinhadas às exigências do chamamento, com foco na construção e execução do projeto para a unidade de saúde em questão.

Portanto, solicitamos que a Comissão reconsidere sua avaliação, levando em consideração as informações corretamente apresentadas nas páginas 924 a 946, que atendem plenamente às exigências do edital. A revisão dessa pontuação é essencial para garantir que nossa proposta seja devidamente avaliada de acordo com os critérios estabelecidos, tendo em vista que os elementos solicitados foram integralmente contemplados na documentação apresentada.

Do item “Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação”

Conforme observado nas páginas 988 a 1.062, a Comissão argumentou que a proposta neste item requer o desenvolvimento de ações estratégicas para a Ouvidoria, com o intuito de aprimorar o canal de comunicação entre os cidadãos e a instituição, garantindo que demandas, sugestões, elogios e reclamações sejam tratadas com eficiência e transparência. A Comissão reconheceu que a proposta apresentou informações relevantes, mas indicou que a vinculação das ações da Ouvidoria deveria ser diretamente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), enquanto a proposta direcionou a Ouvidoria para o SUS. Além disso, foi observado um erro de personalização na menção à tramitação de documentos do estado do Pará, o que também foi apontado.

Gostaríamos de esclarecer, de forma detalhada e fundamentada, que, conforme as legislações vigentes e o conteúdo descrito em nossa proposta, a implantação do serviço de Ouvidoria foi estruturada para ser vinculada à Ouvidoria SUS. Como claramente indicado na página 969, a Ouvidoria SUS possui uma interface com o Estado, e a interação com a gestão estadual é abordada de maneira aprofundada nas páginas 978, 1008 a 1082. Essas páginas demonstram claramente como o processo de sistematização e atuação do Ouvidor SUS se dá de maneira integrada com as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), conforme a legislação pertinente.

Cumpramos destacar que a criação e regulamentação das Ouvidorias no Brasil são regidas pela Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que estabelece as diretrizes e princípios para o funcionamento das ouvidorias públicas. Essa legislação visa assegurar um canal de comunicação direto e eficiente entre o poder público e os cidadãos, garantindo que as manifestações sejam tratadas com a devida atenção e transparência. A proposta apresentada está em plena conformidade com os dispositivos da Lei nº 13.460/2017, com ênfase na promoção de um mecanismo efetivo de controle social e participação popular, por meio da

Ouvidoria SUS, o que assegura que as demandas dos cidadãos sejam tratadas com eficiência e transparência, em consonância com os preceitos da legislação.

Quanto à referência ao "estado do Pará" mencionada na proposta, esclarecemos que houve um erro tipográfico, e a referência correta deveria ser ao "Estado de Goiás". Este equívoco de nomenclatura não compromete a substância da proposta, que se refere exclusivamente à prestação de serviços de Ouvidoria no contexto do Hospital Saúde da Mulher, em Goiás, e a interação com a Secretaria Estadual de Saúde. Reiteramos que a proposta tem como foco a gestão de Ouvidoria de forma eficaz no âmbito estadual, conforme exigido pela Lei nº 13.460/2017, e que a tramitação de documentos segue os trâmites e normas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Portanto, solicitamos que a Comissão reconsidere a pontuação atribuída a este item, tendo em vista que a proposta foi elaborada de acordo com as diretrizes legais e com a intenção de cumprir os requisitos do chamamento, garantindo um canal de comunicação eficiente e transparente por meio da Ouvidoria SUS, com a devida personalização e adequação ao contexto estadual.

Do item "Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto)"

A Comissão de Avaliação alegou que a profissional, Aline Maria Silva Oliveira, não foi pontuada devido à titulação em MBA em Finanças Corporativas, e não em área específica da saúde. Contudo, a defesa argumenta que a experiência profissional da referida profissional na gestão de unidades de saúde deve ser considerada para fins de pontuação, conforme os princípios que regem a administração pública e o espírito do edital.

O edital exige titulação em administração hospitalar e/ou gestão em saúde, contudo, não restringe ou exclui a possibilidade de pontuação para profissionais com titulação em áreas correlatas, desde que possuam comprovada experiência prática na gestão de unidades de saúde. O critério de pontuação deve ser interpretado de maneira flexível e abrangente, considerando que a titulação não se limita ao MBA específico, mas deve ser analisada juntamente com a vivência profissional e a qualificação prática do candidato. Nesse

sentido, a ausência de titulação específica na área de saúde não deve impedir que a experiência da profissional seja reconhecida.

A finalidade do critério de pontuação, conforme o edital, é garantir que os gestores da unidade de saúde possuam competências para administrar com eficiência e efetividade. A experiência de Aline Maria Silva Oliveira na gestão de unidades de saúde, especialmente em aspectos financeiros e administrativos, tem como foco a eficiência na aplicação de recursos e na administração de processos críticos da saúde. Assim, a titulação acadêmica deve ser considerada apenas como uma parte de uma análise mais ampla, que leve em conta o conhecimento prático e a experiência efetiva da profissional. Sua atuação em um setor estratégico da saúde é uma qualificação equivalente, se não superior, ao simples cumprimento do critério acadêmico.

A profissional Aline Maria Silva Oliveira possui vasta experiência na gestão financeira e administrativa de organizações de saúde, conforme explicitado no projeto e nas comprovações anexadas aos autos (fls. 2129). Tal experiência envolve diretamente a administração de unidades de saúde, a gestão de recursos financeiros, a coordenação de equipes e a análise de indicadores de saúde, o que a capacita plenamente para atuar na unidade conforme as exigências do edital. Nesse contexto, a experiência da profissional na prática é tão relevante quanto a titulação acadêmica, pois é ela que efetivamente qualifica o profissional para o desempenho das funções necessárias.

Embora o MBA de Aline seja em Finanças Corporativas, ele contribui diretamente para a sua qualificação na gestão administrativa e financeira de unidades de saúde. O MBA é um curso de alto nível, que confere habilidades e competências gerenciais que, aplicadas ao contexto da saúde, se traduzem em eficiência na gestão de unidades hospitalares e ambulatoriais. Sua formação é complementada por sua experiência prática, o que a torna plenamente capacitada para ocupar cargos de gestão no setor de saúde.

Solicitamos à Comissão que reconsidere a pontuação atribuída à profissional Aline Maria Silva, considerando a sua ampla experiência na gestão de unidades de saúde, que se alinha com os objetivos do edital. A pontuação atribuída à sua titulação deve ser reconsiderada, levando em conta que a sua atuação na área de saúde é comprovada por diversos documentos e relatórios de atividades.

Caso o edital permita, sugerimos que a Comissão utilize critérios suplementares para avaliar a qualificação profissional de Aline, considerando tanto a sua experiência prática quanto sua formação acadêmica. A titulação, neste caso, é apenas um dos

componentes do processo de qualificação, e sua experiência na área deve ser plenamente reconhecida.

Existem precedentes em que profissionais sem titulação específica na área de saúde foram considerados qualificados com base na sua experiência prática na gestão de unidades de saúde. Podemos apresentar exemplos e casos semelhantes em que a experiência foi mais relevante que a titulação acadêmica.

Por todo o exposto, requeremos que a Comissão de Avaliação reconsidere a pontuação de Aline Maria Silva Oliveira, levando em consideração a sua qualificação prática e a experiência acumulada na gestão de unidades de saúde. A experiência da profissional, aliada ao MBA em Finanças Corporativas, a torna apta para cumprir os objetivos do edital e para a gestão eficiente de recursos e processos em uma unidade de saúde. A reconsideração da pontuação será a medida mais justa e em conformidade com os princípios da administração pública e da efetividade na gestão da saúde.

Do item “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)”

O Edital é claro ao exigir que os profissionais apresentem documentação que comprove sua experiência no gerenciamento de unidades hospitalares, mas não estabelece a necessidade de identificar a unidade hospitalar na CTPS digital ou no contrato de trabalho. A falta de referência ao nome específico da unidade no registro da CTPS não é requisito obrigatório para a pontuação. O que importa, conforme o critério do edital, é a comprovação da experiência no gerenciamento ou direção de unidades hospitalares, o que pode ser evidenciado por outros meios, como o contrato de prestação de serviços ou a declaração do empregador.

No caso da **CTPS digital**, é importante destacar que ela não contém muitos mecanismos para o registro do nome específico da unidade hospitalar. A **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**, instituída pela Portaria Ministerial nº 397/2002, classifica as ocupações no mercado de trabalho para fins administrativos, mas não exige que o nome da unidade hospitalar esteja especificado na CTPS. O uso da CBO visa uniformizar o cadastro de

cargos e funções, e não é um mecanismo específico para a identificação da unidade onde o profissional atua. Assim, a falta de menção ao nome da unidade hospitalar na CTPS não pode ser motivo para desqualificar a experiência do profissional.

O ISMS é uma instituição que realiza exclusivamente a gestão de unidades hospitalares. Portanto, a experiência de seus profissionais está diretamente relacionada à gestão e direção de unidades de saúde. Mesmo que a CTPS ou o contrato de trabalho não mencionem diretamente o nome da unidade hospitalar, os documentos apresentados, como currículos e declarações, comprovam a atuação dos profissionais em unidades de saúde gerenciadas pelo Instituto.

Vale ressaltar que todos os documentos apresentados no processo de habilitação e os currículos dos profissionais confirmam que estes estão alocados em unidades hospitalares gerenciadas pelo ISMS. A ausência do nome específico da unidade hospitalar na documentação apresentada não retira a evidência da experiência, visto que a função exercida está claramente relacionada à gestão da saúde.

A administração pública, ao realizar processos licitatórios, deve observar o princípio da eficiência e a finalidade pública. O formalismo exacerbado e a não aceitação de documentos que comprovem de forma suficiente a experiência profissional dos participantes podem resultar em prejuízos desnecessários, tanto para os profissionais envolvidos quanto para a própria administração pública.

É importante também lembrar que, conforme o **item 10.6 do Edital**, a Comissão tem a possibilidade de realizar diligências para confirmar as informações apresentadas no processo licitatório. A diligência, portanto, é uma ferramenta prevista no próprio edital para resolver dúvidas sobre a documentação, sendo um procedimento que visa à clareza e à transparência no processo de habilitação. A Comissão, antes de pontuar ou desclassificar os profissionais com base em documentos que não atendem a requisitos formais específicos (como o nome da unidade na CTPS), poderia ter promovido diligências para confirmar as informações e garantir a correta interpretação do critério.

A diligência é um mecanismo essencial nos processos licitatórios, pois garante que todos os documentos sejam devidamente analisados e que não haja desclassificação ou pontuação indevida devido a interpretações errôneas ou a exigências formais que não atendem à finalidade do edital. A Comissão tem a obrigação de esclarecer eventuais dúvidas, e a diligência deve ser utilizada para verificar a veracidade e a conformidade dos documentos apresentados. Ao optar pela diligência, a Comissão pode verificar, por

exemplo, a efetiva alocação dos profissionais em unidades hospitalares gerenciadas pelo ISMS, sem que isso prejudique o andamento do processo.

Solicitamos a reconsideração das pontuações atribuídas aos profissionais que foram desqualificados pela ausência do nome da unidade hospitalar nos documentos apresentados. A experiência dos profissionais, como demonstrado nos currículos e declarações, é condizente com os requisitos do edital. A simples ausência da unidade nos documentos formais não deve ser um fator de desqualificação, uma vez que o ISMS exclusivamente gerencia unidades hospitalares.

Diante do exposto, requeremos que a Comissão de Avaliação reconsidere a pontuação dos profissionais que foram desqualificados com base na alegada ausência do nome da unidade hospitalar nos documentos apresentados. Ressaltamos a importância da diligência como instrumento adequado para esclarecer eventuais dúvidas e garantir a correta avaliação da experiência dos profissionais, conforme os critérios estabelecidos no edital.

Do item "Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência";

Do item "Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico";

Do item "instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima".

Os protocolos de enfermagem, assim como as instruções para o funcionamento do serviço social, apresentados foram elaborados com base na lógica institucional e corporativa do Instituto Social Mais Saúde (ISMS), alinhada com a cultura organizacional da instituição. Isso significa que os processos e protocolos adotados pela instituição são estruturados dentro do escopo mais amplo da gestão do ISMS, considerando

as diretrizes gerais de operação da instituição, com ênfase na otimização e eficiência dos cuidados de saúde prestados aos pacientes. A ausência de um protocolo de consulta de enfermagem para a atenção especializada em obstetrícia não reflete uma falha na estrutura, mas sim uma característica da metodologia de trabalho aplicada pela instituição até o momento.

Importante frisar que, no momento da assinatura da gestão e da assunção das unidades, o ISMS se compromete a realizar ajustes nos protocolos e rotinas operacionais conforme a necessidade de cada unidade e a realidade local. Ou seja, embora os protocolos apresentados reflitam a estrutura de gestão do ISMS, a implementação de protocolos específicos para áreas de maior complexidade, como a obstetrícia, será realizada após uma análise detalhada das necessidades operacionais e dos requisitos específicos para a área de ambulatório e urgência. A implementação de um protocolo específico para a área de obstetrícia será feita de acordo com as melhores práticas de enfermagem, alinhada às normativas e protocolos estabelecidos para a assistência à saúde materna e infantil.

A metodologia de trabalho do ISMS baseia-se em uma gestão dinâmica e contínua, onde os processos são ajustados conforme a realidade da unidade e os avanços nos cuidados de saúde. A apresentação dos protocolos de enfermagem como foram feitos visa atender às diretrizes gerais de atendimento no momento da avaliação, sendo um primeiro passo para a implementação mais detalhada de protocolos especializados, como os da obstetrícia, à medida que a gestão se instala nas unidades. Essa abordagem permite a flexibilidade operacional e a melhoria contínua dos processos, elementos fundamentais para a qualidade dos serviços prestados.

É importante destacar que a implantação de novos protocolos de enfermagem deve respeitar as condições operacionais de cada unidade, bem como a capacitação contínua das equipes envolvidas. A implantação de um protocolo de enfermagem para a área de obstetrícia no ambulatório, por exemplo, requer uma avaliação detalhada da estrutura e das necessidades locais, considerando o perfil de atendimento da unidade, o treinamento contínuo da equipe de enfermagem e a revisão dos processos de trabalho.

Diante do exposto, solicitamos que a Comissão compreenda que o ISMS já trabalha com uma lógica institucional consolidada em relação aos protocolos de enfermagem. Após a assunção da gestão da unidade em questão, o protocolo específico para a área de obstetrícia será implementado de forma gradual, dentro do escopo das rotinas operacionais do ambulatório e urgência. Reforçamos que a instituição possui a capacidade e a disposição para ajustar suas rotinas operacionais e protocolos conforme as necessidades

específicas de cada área da saúde, como a obstetrícia. A ausência do protocolo específico neste momento não prejudica a gestão da unidade, mas é um reflexo do processo gradual de implementação que se dará com a assunção plena da gestão.

Portanto, solicitamos que a Comissão reconsidere sua posição, levando em consideração que os protocolos de enfermagem apresentados seguem uma lógica institucional voltada para a eficiência da gestão. Reafirmamos o compromisso do ISMS em realizar os ajustes necessários, incluindo a implementação de um protocolo específico para a área de obstetrícia no ambulatório, assim que a gestão da unidade for plenamente assumida. Nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos adicionais.

Do item “Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos.”

A Comissão apontou a duplicação de conteúdos entre este item e o item anterior, o que resultou na redução da pontuação. No entanto, tal duplicação ocorreu devido a um erro material durante a compilação do documento final. Esse erro não comprometeu, de forma alguma, a estruturação técnica do conteúdo, tampouco afetou a entrega das rotinas e protocolos exigidos. Na realidade, os protocolos solicitados para este item específico foram efetivamente apresentados, incluindo orientações clínicas, fluxogramas assistenciais e rotinas de funcionamento para ambulatórios, hospital dia e enfermarias, conforme determinado no edital.

Além disso, ressaltamos que não há previsão legal ou editalícia que estipule a perda de pontos por inclusão de conteúdo duplicado, desde que o material exigido esteja adequadamente apresentado e tecnicamente adequado ao solicitado. Ou seja, a duplicação observada não compromete a entrega do conteúdo técnico requerido e não deveria ser considerada como um fator de desqualificação ou penalização, visto que o material entregue atende, de forma plena, às exigências do edital.

Diante disso, solicitamos a revisão da pontuação atribuída, levando em consideração o mérito técnico do material apresentado, pois acreditamos que o item foi atendido em sua totalidade, conforme os critérios estabelecidos. A duplicação identificada foi apenas um equívoco material de diagramação, sem qualquer intenção de inflar ou comprometer o conteúdo apresentado.

Do item “Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.”

Em atenção ao apontamento da Comissão, que indicou que a proposta não descrevia corretamente a prestação de serviços de vigilância no "Hospital Regional do Baixo Amazonas", gostaríamos de esclarecer que houve um equívoco de escrita em nossa proposta. A referência correta deveria ser ao Hospital Saúde da Mulher, e não ao Hospital Regional do Baixo Amazonas.

Este erro de nomenclatura foi um equívoco material e não altera o conteúdo e a intenção da proposta, que se refere à prestação de serviços de vigilância especificamente no Hospital Saúde da Mulher. Reiteramos que todas as demais informações relacionadas à prestação de serviços de vigilância permanecem consistentes e de acordo com o que foi proposto.

Agradecemos a oportunidade de esclarecer esse ponto e reafirmamos nosso compromisso em garantir a qualidade e a segurança dos serviços prestados, especialmente no Hospital Saúde da Mulher, conforme descrito em nossa proposta. Continuamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se façam necessários.

Do item “Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis”

O Edital exigia que apresentasse uma proposta de trabalho com planejamento adequado, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, e entendemos que atendemos integralmente a essas exigências. No entanto, foi mencionado que o diagnóstico de cenários apresentado na proposta foi considerado generalizado. Ressaltamos que a proposta foi elaborada de forma personalizada ao perfil do **Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento (HEMU)**, considerando suas especificidades e necessidades, conforme detalhado no documento.

A proposta inclui:

- Objetivo, Visão de Futuro e Resultados Esperados, com um claro alinhamento aos desafios e metas do hospital;

- Metas Quantitativas e Qualitativas, devidamente descritas para garantir que os resultados sejam mensuráveis e alcançáveis;
- Cronograma de Execução detalhado, estruturado em cinco fases:
 - Fase 1: Diagnóstico e Levantamento de Dados;
 - Fase 2: Desenvolvimento do Plano de Implementação;
 - Fase 3: Implementação Gradual;
 - Fase 4: Monitoramento e Avaliação;
 - Fase 5: Consolidação e Acompanhamento a Longo Prazo;
- Cronograma de Implantação da Metodologia de Trabalho, que descreve, de forma detalhada, como será implantado o modelo gerencial na instituição;
- Custos Estimados para a execução de cada fase e atividade planejada.

Portanto, entendemos que a proposta, longe de ser generalizada, apresenta um diagnóstico e planejamento detalhados e personalizados, com um enfoque prático e com resultados factíveis, considerando as necessidades e especificidades do Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento. Dessa forma, solicitamos a reconsideração da pontuação atribuída ao item, pois acreditamos que a proposta atende plenamente aos critérios estabelecidos no Edital.

Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que possam ser necessários.

3.2. Projeto do ISMS para o Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes - HEMNSL:

Do item "Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas."

A proposta apresentada foi elaborada com base nas informações coletadas durante a visita técnica realizada à unidade, que nos proporcionou uma compreensão mais aprofundada das condições reais do Hospital Estadual da Mulher de São Luiz (HEMSL). A visita técnica foi essencial para identificar as limitações e desafios enfrentados

no dia a dia da unidade, o que permitiu que os fluxos operacionais fossem construídos de maneira mais precisa.

É importante destacar que, embora os fluxos apresentados representem um cenário ideal, eles foram informados pela realidade observada durante a visita, o que nos possibilitou construir fluxos que, apesar de um ideal operacional, são adequados às limitações e especificidades da unidade. O objetivo foi oferecer um planejamento que, embora contemplasse melhores práticas e soluções para a circulação e o fluxo de pacientes, profissionais e insumos, também fosse viável e passível de adaptação conforme a evolução das condições da unidade.

A análise dos dados coletados durante a visita técnica foi, portanto, fundamental para garantir que os fluxos propostos sejam realistas, eficientes e adaptáveis a novos cenários. Dessa forma, buscamos não apenas melhorar a organização e os processos de trabalho na unidade, mas também proporcionar uma base sólida para ajustes futuros à medida que novas oportunidades e recursos se tornem disponíveis.

Além disso, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 63/2011, que define os requisitos de boas práticas de funcionamento de serviços de saúde, também foi considerada no planejamento. A RDC inclui aspectos relacionados ao fluxo de pacientes e profissionais, com o objetivo de garantir a segurança e a qualidade do atendimento. Nossos fluxos operacionais foram desenvolvidos para atender a essas normas, sempre respeitando as particularidades da unidade, mas sem deixar de priorizar a segurança e a qualidade dos serviços prestados.

Portanto, entendemos que a proposta de fluxos apresentada não apenas reflete as melhores práticas, mas também considera as condições reais da unidade, permitindo que a implementação seja feita de forma progressiva e ajustada conforme as necessidades e recursos disponíveis. Dessa forma, solicitamos que a comissão reconsidere sua avaliação, levando em conta que os fluxos apresentados foram cuidadosamente pensados para a realidade e o futuro do HEMSL.

Do item "Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde"

Conforme consta na página 119 da matriz de avaliação da Comissão, foi apontado que, na classificação de resíduos, teriam sido mencionados resíduos não gerados na

unidade, como os do Grupo A2, além da alegação de que a quantificação das lixeiras não teria sido apresentada de acordo com a classificação dos resíduos gerados.

Entretanto, esclarecemos que a citação de resíduos do Grupo A2 foi feita em conformidade com a legislação vigente, mais especificamente com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222, de 28 de março de 2018, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que estabelece diretrizes para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS).

A menção a essa classificação não implica necessariamente na geração desses resíduos pela unidade, mas sim na adoção de um plano de segregação alinhado às normativas aplicáveis, garantindo que a unidade esteja preparada para o correto gerenciamento dos resíduos, caso necessário.

Além disso, o projeto segue os princípios da prevenção e precaução, pilares do gerenciamento de resíduos, ao considerar todas as possibilidades de segregação conforme os riscos potenciais, sem que isso signifique a geração efetiva desses materiais na unidade.

Dessa forma, verifica-se que a observação da Comissão decorreu de uma interpretação equivocada da proposta apresentada, razão pela qual se requer a devida reconsideração da avaliação, de modo a refletir corretamente a adequação do plano de resíduos às exigências normativas vigentes.

Do item “Implantação de Logística de Suprimentos”

A Comissão do Chamamento, conforme observado nas páginas 1.378 a 1.500, argumentou que “não foi encontrada informação/menção quanto à dispensação/armazenamento dos insumos considerando depósito de farmácia e sala de distribuição de medicamentos, conforme disposição na planta da unidade de saúde, demonstrando falta de personalização do item apresentado.”

Entretanto, esclarecemos que as informações mencionadas pela Comissão foram devidamente apresentadas na proposta de trabalho, estando claramente descritas e organizadas em diferentes seções do documento, conforme detalhamento a seguir:

- **Dispensação:** páginas 185, 186, 189, 209, 210;

- **Armazenamento:** páginas 185, 186, 190;
- **Atividades de conferência:** páginas 191, 192, 209, 210;
- **Separação:** páginas 186, 187, 209, 210;
- **Reposição:** páginas 186, 187;
- **Distribuição:** páginas 186, 187, 195, 196;
- **Limpeza e segurança do ambiente:** páginas 187, 197; e
- **Controle de temperatura e umidade:** páginas 221, 222.

Adicionalmente, destacamos que as rotinas operacionais e fluxos de trabalho da logística de suprimentos foram detalhadas em fluxogramas, demonstrando de maneira objetiva e visual a disposição dos processos internos e sua operacionalização, em conformidade com os padrões exigidos para o gerenciamento de suprimentos hospitalares.

Portanto, a alegação de que não houve menção à dispensação e ao armazenamento dos insumos não se sustenta, pois a proposta contemplou tais aspectos de forma clara e estruturada. Dessa forma, solicitamos a reconsideração da avaliação atribuída ao item, garantindo que a análise reflita corretamente as informações apresentadas e a adequação do projeto às exigências editalícias.

Do item "Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos"

A Comissão do Chamamento Público, ao avaliar o item "Implantação de Processos de Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos", deduziu 0,20 pontos sob a justificativa de que "não foi apresentada etapa de planejamento/levantamento de dados para execução de Política Financeira".

No entanto, esta observação não reflete corretamente o conteúdo apresentado no projeto, visto que o planejamento e o levantamento de dados foram devidamente descritos e fundamentados no Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão de Custos, conforme detalhado nas páginas 488 e 1.168, com os seguintes elementos:

- **Modelo de Gestão Verticalizada:** Conforme descrito no Manual de Rotinas, o setor financeiro do Instituto Social Mais Saúde (ISMS) opera de forma verticalizada, com um núcleo central localizado na sede administrativa em São Paulo. Este modelo permite uma gestão

centralizada e estratégica, garantindo maior eficiência na administração dos contratos de gestão e no controle financeiro das unidades gerenciadas.

- **Processo de Planejamento e Levantamento de Dados:** A Sede Administrativa é responsável por planejar, organizar e orientar as atividades financeiras, conforme evidenciado na página 1.168 do projeto, no item 4.4.1 (Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral). Este trecho estabelece que:

"Ela monitora fluxos financeiros, contratos e custos, assegurando que as operações hospitalares sejam sustentáveis e que os serviços essenciais sejam mantidos. De acordo com Marques et al. (2020), a sustentabilidade financeira de hospitais públicos exige rigoroso controle de custos e análise contínua de eficiência operacional."

- **Benefícios do Modelo Centralizado:** A gestão centralizada permite que o levantamento de dados financeiros seja realizado por uma equipe especializada, garantindo precisão, confiabilidade e aderência às normas de gestão pública. Além disso, este modelo assegura a economicidade e a eficiência na alocação dos recursos públicos, conforme preceitos da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – Lei Complementar nº 101/2000) e demais normativas aplicáveis.

Com base nos pontos acima, fica evidente que a etapa de planejamento e levantamento de dados foi devidamente contemplada no projeto, alinhando-se às exigências do edital. Assim, solicitamos a revisão da pontuação atribuída ao item e o reconhecimento da integralidade dos pontos, garantindo que a avaliação do projeto seja conduzida de forma justa e alinhada às diretrizes estabelecidas no certame.

Do item "Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade"

A Comissão do Chamamento Público alegou que, embora tenham sido apresentados cinco projetos assistenciais e sociais, a justificativa do levantamento de necessidades foi breve e generalizada, além de não ter sido expressamente descrito que os custos estão dentro do custeio previsto para a unidade.

Contudo, refutamos essa observação, uma vez que:

- **Atendimento ao Escopo do Edital:** A matriz de avaliação do edital delimita expressamente que os projetos assistenciais e/ou sociais devem ser desenvolvidos dentro do custeio previsto para a unidade. Dessa forma, todas as propostas apresentadas partiram desse cenário orçamentário previamente estabelecido, utilizando recursos humanos e estruturais já disponíveis na unidade hospitalar, sem comprometer o equilíbrio financeiro do contrato de gestão.
- **A Estratégia de Custos Está Implícita no Planejamento dos Projetos:** As ações foram estrategicamente desenhadas considerando a equipe já alocada na unidade e as atividades foram direcionadas ao perfil epidemiológico e assistencial do hospital. Dessa forma, não há necessidade de detalhar um custo específico, pois ele já está contemplado no planejamento global da unidade, respeitando as diretrizes orçamentárias estabelecidas.
- **Levantamento de Necessidades e Adaptação Contínua:** O levantamento das necessidades foi brevemente sinalizado com o objetivo de contextualizar as propostas, considerando que a execução dos projetos dependerá da realidade assistencial identificada após a assunção da unidade. Após a fase inicial de operação, será realizada uma avaliação aprofundada para eventuais ajustes e reestruturação das iniciativas, garantindo que elas estejam alinhadas às necessidades reais da população, do Estado e da comunidade hospitalar.

Diante do exposto, solicitamos a revisão da pontuação atribuída, uma vez que o planejamento dos projetos foi conduzido em conformidade com as premissas do edital, respeitando o custeio previsto e garantindo a viabilidade da execução sem impacto financeiro adicional à unidade.

Do item "Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde"

A Comissão, conforme observou nas páginas 766 a 792, apontou que não apresentamos texto descrevendo indicadores e ações de monitoramento para as ações propostas no item e nem texto em formato de projeto, como solicitado. No entanto, gostaríamos de esclarecer que o texto das referidas páginas não se refere ao item "Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde". O desenvolvimento completo do referido item encontra-se descrito nas páginas 786 a 812 da nossa proposta, onde

estão detalhados tanto os indicadores quanto as ações de monitoramento, conforme solicitado no edital.

Reiteramos que a proposta foi elaborada de forma a atender integralmente às exigências do chamamento, e que as informações pertinentes ao item mencionado foram devidamente apresentadas nas páginas indicadas, de acordo com o formato solicitado. Acreditamos que a análise realizada pela Comissão foi baseada em uma leitura de seções do documento que não correspondem ao item em questão.

Diante do exposto, solicitamos que a Comissão reconsidere a pontuação atribuída ao item, uma vez que todos os requisitos foram cumpridos conforme estabelecido no edital. A revisão dessa pontuação é fundamental para garantir a devida avaliação de nossa proposta, levando em consideração que os elementos necessários foram devidamente apresentados e estão em conformidade com as exigências do processo.

Do item "Projeto de hospital ensino para a unidade"

A Comissão, conforme observou nas páginas 904 a 926, argumentou que não apresentamos um texto descrevendo os indicadores e as ações de monitoramento para as propostas no item, nem um texto em formato de projeto conforme solicitado. No entanto, esclarece-se que o conteúdo das referidas páginas não se refere ao item "Projeto de Hospital Ensino para a unidade". O desenvolvimento completo e detalhado desse item, conforme solicitado no edital, está efetivamente descrito nas páginas 924 a 946 de nossa proposta.

Adicionalmente, ressaltamos a expertise do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISMS) na implantação de Projetos de Hospital Ensino, como demonstrado nas páginas 831 a 904, que evidenciam nosso compromisso com o cumprimento das normas e diretrizes estabelecidas para a implementação de projetos dessa natureza. Nessas páginas, são apresentadas todas as informações necessárias, alinhadas às exigências do chamamento, com foco na construção e execução do projeto para a unidade de saúde em questão.

Portanto, solicitamos que a Comissão reconsidere sua avaliação, levando em consideração as informações corretamente apresentadas nas páginas 924 a 946, que atendem plenamente às exigências do edital. A revisão dessa pontuação é essencial para garantir que nossa proposta seja devidamente avaliada de acordo com os critérios estabelecidos, tendo em vista que os elementos solicitados foram integralmente contemplados na documentação apresentada.

Do item "Proposta de desenvolvimento das ações da ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação"

Conforme observado nas páginas 988 a 1.062, a Comissão argumentou que a proposta neste item requer o desenvolvimento de ações estratégicas para a Ouvidoria, com o intuito de aprimorar o canal de comunicação entre os cidadãos e a instituição, garantindo que demandas, sugestões, elogios e reclamações sejam tratadas com eficiência e transparência. A Comissão reconheceu que a proposta apresentou informações relevantes, mas indicou que a vinculação das ações da Ouvidoria deveria ser diretamente à Secretaria de Estado da Saúde (SES), enquanto a proposta direcionou a Ouvidoria para o SUS. Além disso, foi observado um erro de personalização na menção à tramitação de documentos do estado do Pará, o que também foi apontado.

Gostaríamos de esclarecer, de forma detalhada e fundamentada, que, conforme as legislações vigentes e o conteúdo descrito em nossa proposta, a implantação do serviço de Ouvidoria foi estruturada para ser vinculada à Ouvidoria SUS. Como claramente indicado na página 969, a Ouvidoria SUS possui uma interface com o Estado, e a interação com a gestão estadual é abordada de maneira aprofundada nas páginas 978, 1008 a 1082. Essas páginas demonstram claramente como o processo de sistematização e atuação do Ouvidor SUS se dá de maneira integrada com as três esferas de governo (municipal, estadual e federal), conforme a legislação pertinente.

Cumpramos destacar que a criação e regulamentação das Ouvidorias no Brasil são regidas pela Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, que estabelece as diretrizes e princípios para o funcionamento das ouvidorias públicas. Essa legislação visa assegurar um canal de comunicação direto e eficiente entre o poder público e os cidadãos, garantindo que as manifestações sejam tratadas com a devida atenção e transparência. A proposta apresentada está em plena conformidade com os dispositivos da Lei nº 13.460/2017, com ênfase na promoção de um mecanismo efetivo de controle social e participação popular, por meio da Ouvidoria SUS, o que assegura que as demandas dos cidadãos sejam tratadas com eficiência e transparência, em consonância com os preceitos da legislação.

Quanto à referência ao "estado do Pará" mencionada na proposta, esclarecemos que houve um erro tipográfico, e a referência correta deveria ser ao "Estado de Goiás". Este equívoco de nomenclatura não compromete a substância da proposta, que se refere exclusivamente à prestação de serviços de Ouvidoria no contexto do Hospital Saúde da

Mulher, em Goiás, e a interação com a Secretaria Estadual de Saúde. Reiteramos que a proposta tem como foco a gestão de Ouvidoria de forma eficaz no âmbito estadual, conforme exigido pela Lei nº 13.460/2017, e que a tramitação de documentos segue os trâmites e normas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Portanto, solicitamos que a Comissão reconsidere a pontuação atribuída a este item, tendo em vista que a proposta foi elaborada de acordo com as diretrizes legais e com a intenção de cumprir os requisitos do chamamento, garantindo um canal de comunicação eficiente e transparente por meio da Ouvidoria SUS, com a devida personalização e adequação ao contexto estadual.

Do item “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)”

O Edital é claro ao exigir que os profissionais apresentem documentação que comprove sua experiência no gerenciamento de unidades hospitalares, mas não estabelece a necessidade de identificar a unidade hospitalar na CTPS digital ou no contrato de trabalho. A falta de referência ao nome específico da unidade no registro da CTPS não é requisito obrigatório para a pontuação. O que importa, conforme o critério do edital, é a comprovação da experiência no gerenciamento ou direção de unidades hospitalares, o que pode ser evidenciado por outros meios, como o contrato de prestação de serviços ou a declaração do empregador.

No caso da **CTPS digital**, é importante destacar que ela não contém muitos mecanismos para o registro do nome específico da unidade hospitalar. A **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**, instituída pela Portaria Ministerial nº 397/2002, classifica as ocupações no mercado de trabalho para fins administrativos, mas não exige que o nome da unidade hospitalar esteja especificado na CTPS. O uso da CBO visa uniformizar o cadastro de cargos e funções, e não é um mecanismo específico para a identificação da unidade onde o profissional atua. Assim, a falta de menção ao nome da unidade hospitalar na CTPS não pode ser motivo para desqualificar a experiência do profissional.

O ISMS é uma instituição que realiza exclusivamente a gestão de unidades hospitalares. Portanto, a experiência de seus profissionais está diretamente relacionada à gestão e direção de unidades de saúde. Mesmo que a CTPS ou o contrato de trabalho não mencionem diretamente o nome da unidade hospitalar, os documentos apresentados, como currículos e declarações, comprovam a atuação dos profissionais em unidades de saúde gerenciadas pelo Instituto.

Vale ressaltar que todos os documentos apresentados no processo de habilitação e os currículos dos profissionais confirmam que estes estão alocados em unidades hospitalares gerenciadas pelo ISMS. A ausência do nome específico da unidade hospitalar na documentação apresentada não retira a evidência da experiência, visto que a função exercida está claramente relacionada à gestão da saúde.

A administração pública, ao realizar processos licitatórios, deve observar o princípio da eficiência e a finalidade pública. O formalismo exacerbado e a não aceitação de documentos que comprovem de forma suficiente a experiência profissional dos participantes podem resultar em prejuízos desnecessários, tanto para os profissionais envolvidos quanto para a própria administração pública.

É importante também lembrar que, conforme o **item 10.6 do Edital**, a Comissão tem a possibilidade de realizar diligências para confirmar as informações apresentadas no processo licitatório. A diligência, portanto, é uma ferramenta prevista no próprio edital para resolver dúvidas sobre a documentação, sendo um procedimento que visa à clareza e à transparência no processo de habilitação. A Comissão, antes de pontuar ou desclassificar os profissionais com base em documentos que não atendem a requisitos formais específicos (como o nome da unidade na CTPS), poderia ter promovido diligências para confirmar as informações e garantir a correta interpretação do critério.

A diligência é um mecanismo essencial nos processos licitatórios, pois garante que todos os documentos sejam devidamente analisados e que não haja desclassificação ou pontuação indevida devido a interpretações errôneas ou a exigências formais que não atendem à finalidade do edital. A Comissão tem a obrigação de esclarecer eventuais dúvidas, e a diligência deve ser utilizada para verificar a veracidade e a conformidade dos documentos apresentados. Ao optar pela diligência, a Comissão pode verificar, por exemplo, a efetiva alocação dos profissionais em unidades hospitalares gerenciadas pelo ISMS, sem que isso prejudique o andamento do processo.

Solicitamos a reconsideração das pontuações atribuídas aos profissionais que foram desqualificados pela ausência do nome da unidade hospitalar nos documentos apresentados. A experiência dos profissionais, como demonstrado nos currículos e declarações, é condizente com os requisitos do edital. A simples ausência da unidade nos documentos formais não deve ser um fator de desqualificação, uma vez que o ISMS exclusivamente gerencia unidades hospitalares.

Diante do exposto, requeremos que a Comissão de Avaliação reconsidere a pontuação dos profissionais que foram desqualificados com base na alegada ausência do nome da unidade hospitalar nos documentos apresentados. Ressaltamos a importância da diligência como instrumento adequado para esclarecer eventuais dúvidas e garantir a correta avaliação da experiência dos profissionais, conforme os critérios estabelecidos no edital.

Do item "Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência";

Do item "Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico";

Do item "instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima".

Os protocolos de enfermagem, assim como as instruções para o funcionamento do serviço social, apresentados foram elaborados com base na lógica institucional e corporativa do Instituto Social Mais Saúde (ISMS), alinhada com a cultura organizacional da instituição. Isso significa que os processos e protocolos adotados pela instituição são estruturados dentro do escopo mais amplo da gestão do ISMS, considerando as diretrizes gerais de operação da instituição, com ênfase na otimização e eficiência dos cuidados de saúde prestados aos pacientes. A ausência de um protocolo de consulta de enfermagem para a atenção especializada em obstetrícia não reflete uma falha na estrutura,

mas sim uma característica da metodologia de trabalho aplicada pela instituição até o momento.

Importante frisar que, no momento da assinatura da gestão e da assunção das unidades, o ISMS se compromete a realizar ajustes nos protocolos e rotinas operacionais conforme a necessidade de cada unidade e a realidade local. Ou seja, embora os protocolos apresentados reflitam a estrutura de gestão do ISMS, a implementação de protocolos específicos para áreas de maior complexidade, como a obstetrícia, será realizada após uma análise detalhada das necessidades operacionais e dos requisitos específicos para a área de ambulatório e urgência. A implementação de um protocolo específico para a área de obstetrícia será feita de acordo com as melhores práticas de enfermagem, alinhada às normativas e protocolos estabelecidos para a assistência à saúde materna e infantil.

A metodologia de trabalho do ISMS baseia-se em uma gestão dinâmica e contínua, onde os processos são ajustados conforme a realidade da unidade e os avanços nos cuidados de saúde. A apresentação dos protocolos de enfermagem como foram feitos visa atender às diretrizes gerais de atendimento no momento da avaliação, sendo um primeiro passo para a implementação mais detalhada de protocolos especializados, como os da obstetrícia, à medida que a gestão se instala nas unidades. Essa abordagem permite a flexibilidade operacional e a melhoria contínua dos processos, elementos fundamentais para a qualidade dos serviços prestados.

É importante destacar que a implantação de novos protocolos de enfermagem deve respeitar as condições operacionais de cada unidade, bem como a capacitação contínua das equipes envolvidas. A implantação de um protocolo de enfermagem para a área de obstetrícia no ambulatório, por exemplo, requer uma avaliação detalhada da estrutura e das necessidades locais, considerando o perfil de atendimento da unidade, o treinamento contínuo da equipe de enfermagem e a revisão dos processos de trabalho.

Diante do exposto, solicitamos que a Comissão compreenda que o ISMS já trabalha com uma lógica institucional consolidada em relação aos protocolos de enfermagem. Após a assunção da gestão da unidade em questão, o protocolo específico para a área de obstetrícia será implementado de forma gradual, dentro do escopo das rotinas operacionais do ambulatório e urgência. Reforçamos que a instituição possui a capacidade e a disposição para ajustar suas rotinas operacionais e protocolos conforme as necessidades específicas de cada área da saúde, como a obstetrícia. A ausência do protocolo específico neste momento não prejudica a gestão da unidade, mas é um reflexo do processo gradual de implementação que se dará com a assunção plena da gestão.

Portanto, solicitamos que a Comissão reconsidere sua posição, levando em consideração que os protocolos de enfermagem apresentados seguem uma lógica institucional voltada para a eficiência da gestão. Reafirmamos o compromisso do ISMS em realizar os ajustes necessários, incluindo a implementação de um protocolo específico para a área de obstetrícia no ambulatório, assim que a gestão da unidade for plenamente assumida. Nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos adicionais.

Do item "Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos."

A Comissão apontou a duplicação de conteúdos entre este item e o item anterior, o que resultou na redução da pontuação. No entanto, tal duplicação ocorreu devido a um erro material durante a compilação do documento final. Esse erro não comprometeu, de forma alguma, a estruturação técnica do conteúdo, tampouco afetou a entrega das rotinas e protocolos exigidos. Na realidade, os protocolos solicitados para este item específico foram efetivamente apresentados, incluindo orientações clínicas, fluxogramas assistenciais e rotinas de funcionamento para ambulatórios, hospital dia e enfermarias, conforme determinado no edital.

Além disso, ressaltamos que não há previsão legal ou editalícia que estipule a perda de pontos por inclusão de conteúdo duplicado, desde que o material exigido esteja adequadamente apresentado e tecnicamente adequado ao solicitado. Ou seja, a duplicação observada não compromete a entrega do conteúdo técnico requerido e não deveria ser considerada como um fator de desqualificação ou penalização, visto que o material entregue atende, de forma plena, às exigências do edital.

Diante disso, solicitamos a revisão da pontuação atribuída, levando em consideração o mérito técnico do material apresentado, pois acreditamos que o item foi atendido em sua totalidade, conforme os critérios estabelecidos. A duplicação identificada foi apenas um equívoco material de diagramação, sem qualquer intenção de inflar ou comprometer o conteúdo apresentado.

Do item "Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial."

Em atenção ao apontamento da Comissão, que indicou que a proposta não descrevia corretamente a prestação de serviços de vigilância no "Hospital Regional do Baixo Amazonas", gostaríamos de esclarecer que houve um equívoco de escrita em nossa proposta. A referência correta deveria ser ao Hospital Saúde da Mulher, e não ao Hospital Regional do Baixo Amazonas.

Este erro de nomenclatura foi um equívoco material e não altera o conteúdo e a intenção da proposta, que se refere à prestação de serviços de vigilância especificamente no Hospital Saúde da Mulher. Reiteramos que todas as demais informações relacionadas à prestação de serviços de vigilância permanecem consistentes e de acordo com o que foi proposto.

Agradecemos a oportunidade de esclarecer esse ponto e reafirmamos nosso compromisso em garantir a qualidade e a segurança dos serviços prestados, especialmente no Hospital Saúde da Mulher, conforme descrito em nossa proposta. Continuamos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se façam necessários.

Do item "Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis"

O Edital exigia que apresentasse uma proposta de trabalho com planejamento adequado, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis, e entendemos que atendemos integralmente a essas exigências. No entanto, foi mencionado que o diagnóstico de cenários apresentado na proposta foi considerado generalizado. Ressaltamos que a proposta foi elaborada de forma personalizada ao perfil do **Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes - HEMNSL**, considerando suas especificidades e necessidades, conforme detalhado no documento.

A proposta inclui:

- Objetivo, Visão de Futuro e Resultados Esperados, com um claro alinhamento aos desafios e metas do hospital;
- Metas Quantitativas e Qualitativas, devidamente descritas para garantir que os resultados sejam mensuráveis e alcançáveis;
- Cronograma de Execução detalhado, estruturado em cinco fases:

- Fase 1: Diagnóstico e Levantamento de Dados;
- Fase 2: Desenvolvimento do Plano de Implementação;
- Fase 3: Implementação Gradual;
- Fase 4: Monitoramento e Avaliação;
- Fase 5: Consolidação e Acompanhamento a Longo Prazo;
- Cronograma de Implantação da Metodologia de Trabalho, que descreve, de forma detalhada, como será implantado o modelo gerencial na instituição;
- Custos Estimados para a execução de cada fase e atividade planejada.

Portanto, entendemos que a proposta, longe de ser generalizada, apresenta um diagnóstico e planejamento detalhados e personalizados, com um enfoque prático e com resultados factíveis, considerando as necessidades e especificidades do Hospital Estadual da Mulher Dr. Jurandir do Nascimento. Dessa forma, solicitamos a reconsideração da pontuação atribuída ao item, pois acreditamos que a proposta atende plenamente aos critérios estabelecidos no Edital.

Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que possam ser necessários.

4. DAS RAZÕES DA REFORMA DO PROJETO DO HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS (HMTJ)

Do item “Proposta para Regimento do Serviço Multiprofissional”

O Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) não apresentou o Regimento Interno no formato exigido para o documento específico, descumprindo o requisito estabelecido. Além disso, a proposta de avaliação do serviço foi apresentada de maneira genérica, sem detalhar as estratégias adotadas ou os indicadores que serão utilizados para aferir a qualidade e a efetividade da prestação dos serviços. A ausência desses elementos compromete a clareza e a objetividade da proposta, dificultando a mensuração do desempenho e a garantia da excelência na execução das atividades.

Do item "Proposta de manual de protocolos assistenciais"

Na proposta apresentada pelo concorrente, o Manual de Protocolos Assistenciais inclui a nomeação de serviços, como a UTI, que não condizem com o perfil da unidade. Essa inconsistência demonstra a falta de alinhamento da proposta com as características e necessidades específicas do serviço a ser prestado, comprometendo a adequação e aplicabilidade dos protocolos assistenciais propostos.

Do item "Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade"

O HMTJ apresentou considerações sobre a otimização de recursos da unidade, porém, não utilizou a descrição exata exigida na matriz de avaliação, o que compromete a objetividade e a aderência ao critério estabelecido. Diante disso, considerando que nossa proposta foi rigorosamente analisada e apontada quanto a esse requisito, é imprescindível que o mesmo nível de exigência seja aplicado ao concorrente, assegurando a equidade na avaliação e a imparcialidade no processo de pontuação.

Do item Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência

A proposta apresentada pelo HMTJ não atende integralmente aos critérios estabelecidos na matriz de avaliação. Na página 1.831 ou no Volume 2, página 156, foi apresentada uma "Proposta para Implantação de Fluxo", e não um Procedimento Operacional Padrão (POP) de Enfermagem. Embora o fluxo esteja relacionado à assistência de enfermagem, o documento em si não corresponde à exigência do item.

Além disso, na página 1.844 ou no Volume 2, página 169, consta um "Procedimento Sistêmico" em vez de um Protocolo de Enfermagem, evidenciando uma inconformidade com a gestão documental exigida na matriz de avaliação.

De forma geral, os documentos apresentados seguem o formato de protocolos multiprofissionais, e não protocolos específicos de enfermagem, como determinado no critério de avaliação. Apenas um POP de Enfermagem foi identificado na

proposta, o que demonstra insuficiência na documentação apresentada para cumprir integralmente os requisitos do edital.

Do item “Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico”

A documentação apresentada pelo HMTJ não atende plenamente às exigências estabelecidas na matriz de avaliação. Em vez de apresentar Protocolos de Enfermagem, conforme requerido, foram incluídos documentos do Núcleo Interno de Regulação (NIR), como verificado na página 2746 ou Pasta 5, página 314, o que não corresponde ao escopo específico deste item.

Além disso, a proposta contempla protocolos obstétricos gerais, sem a devida especificação de protocolos de enfermagem, descumprindo o requisito de apresentação de documentos específicos para a categoria profissional mencionada. Exemplos dessa inadequação podem ser observados na página 2758 ou Pasta 5, página 326, bem como na página 2789 ou Pasta 5, página 358.

Dessa forma, a proposta não demonstra alinhamento com os critérios exigidos, comprometendo a clareza e a adequação da documentação para avaliação.

Do item “Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima”

A proposta apresentada pelo concorrente, no que tange à instrução para o funcionamento do serviço social, apresenta lacunas significativas que comprometem a adequação do projeto. O HMTJ dimensionou como equipe mínima um assistente social, o que, por si só, já se revela insuficiente, considerando as demandas e complexidades das atividades previstas. Além disso, o profissional foi designado como Responsável Técnico (RT), com uma carga horária de 44 horas semanais, o que evidencia uma discrepância entre o dimensionamento da equipe e as exigências reais para a execução de um serviço social eficaz e de qualidade.

Este dimensionamento não é compatível com a necessidade de uma abordagem ampla e integrada, considerando a diversidade das atividades que envolvem o serviço social, como o atendimento a usuários em diferentes contextos e a gestão das rotinas e normativas internas. A alocação de apenas um assistente social, que acumula a função de RT, pode resultar em sobrecarga de trabalho, afetando negativamente a qualidade do atendimento e a eficiência das ações do serviço social, além de não atender às especificidades e requisitos da área de abrangência, horário e equipe mínima, conforme solicitado.

Portanto, o dimensionamento proposto não é suficiente para garantir a efetividade do serviço social na unidade, uma vez que não atende adequadamente as necessidades operacionais, estruturais e normativas essenciais para a execução plena das atividades, comprometendo, assim, a excelência e a adequação do projeto apresentado.

Do item "Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima"

A proposta apresentada pelo HMTJ para o dimensionamento da equipe multiprofissional apresenta falhas relevantes no que diz respeito à abrangência e adequação dos profissionais definidos. A equipe multiprofissional, conforme descrita, não reflete de maneira completa as exigências para uma prestação de serviço integrada e de qualidade, conforme solicitado no item.

Especificamente, o concorrente abordou adequadamente a Fisioterapia, detalhando a equipe e suas funções, mas deixou de incluir o Terapeuta Ocupacional (TO), o que resulta em um claro desalinhamento com a demanda por uma equipe multiprofissional diversificada e integral. A terapia ocupacional, que desempenha papel fundamental na reabilitação e no acompanhamento dos pacientes em diversos contextos de cuidado, foi negligenciada, o que compromete a abrangência do serviço social e assistencial proposto.

Por outro lado, as demais áreas de atuação foram devidamente dimensionadas:

- Fonoaudiologia: devidamente incluída e com especificações claras, cumprindo os requisitos solicitados.
- Psicologia: igualmente contemplada e adequada ao dimensionamento exigido, com a definição clara de funções.

- Nutrição: atendida conforme esperado, com a equipe bem dimensionada e funções claramente definidas.
- Farmácia: corretamente dimensionada e especificada, em conformidade com os requisitos do item.
- Enfermagem: igualmente bem representada, com o devido dimensionamento e a descrição das funções mínimas necessárias.

Contudo, a falta de Terapeuta Ocupacional compromete o aspecto multidisciplinar e integral da equipe, o que é essencial para garantir a cobertura de todas as necessidades dos pacientes e a efetividade dos serviços prestados. O dimensionamento inadequado ou incompleto da equipe multiprofissional pode impactar negativamente na qualidade do atendimento e na conformidade com as diretrizes estabelecidas, deixando lacunas no serviço que podem prejudicar a eficiência da assistência.

Dessa forma, a proposta não atende integralmente aos requisitos do item, pois omite a inclusão de um profissional essencial para o funcionamento pleno da equipe multiprofissional, prejudicando a execução do serviço em sua totalidade.

5. DAS RAZÕES DA REFORMA DO PROJETO DO INSTITUTO DE GENTE E HUMANIZAÇÃO (IGH)

Do item "Proposta para Regimento do Serviço Multiprofissional"

A proposta apresentada pelo IGH para o Regimento do Serviço Multiprofissional carece de clareza e detalhamento essenciais, comprometendo a efetividade da organização e a adequada implementação das funções dentro da equipe. O regimento interno fornecido é excessivamente genérico, sem a devida especificação das categorias profissionais envolvidas, bem como das respectivas responsabilidades e atribuições de cada membro da equipe.

A ausência de uma definição clara das funções e responsabilidades de cada profissional dentro da equipe multiprofissional impede a devida organização do trabalho, o que pode levar a falhas na coordenação das atividades e comprometer a qualidade dos serviços prestados. Sem uma especificação detalhada, as expectativas sobre os papéis e as tarefas de cada categoria profissional tornam-se ambíguas, o que pode resultar em sobreposição de funções ou, ao contrário, na omissão de responsabilidades cruciais para o bom funcionamento do serviço.

Além disso, a falta de um regimento adequado dificulta o planejamento estratégico e a gestão de recursos humanos, uma vez que a definição clara dos papéis profissionais e das rotinas de trabalho é essencial para garantir que todos os membros da equipe multiprofissional atuem de maneira integrada, eficiente e coordenada. A ausência de diretrizes claras também pode impactar diretamente na qualidade do atendimento, prejudicando a eficiência do serviço e a satisfação dos usuários.

Portanto, a proposta apresentada não atende aos requisitos do item, pois falha em fornecer um regimento detalhado e específico, que é imprescindível para garantir uma gestão eficaz e o alinhamento das atividades da equipe multiprofissional com as necessidades dos pacientes e as exigências da instituição.

Do item “Proposta de manual de protocolos assistenciais”

A proposta apresentada pelo IGH para o manual de protocolos assistenciais não atende de forma satisfatória aos requisitos estabelecidos, sendo excessivamente genérica e desprovida de um fundamento teórico robusto, essencial para a implementação eficaz dos protocolos. O manual não oferece uma base sólida de como serão desenvolvidos os protocolos assistenciais, tampouco demonstra uma abordagem clara sobre a forma de construção e aplicação dos protocolos específicos para cada setor da unidade, o que prejudica a consistência e a qualidade das práticas a serem adotadas.

Além disso, o IGH falha em especificar como os protocolos serão adaptados ao perfil da unidade, um elemento essencial para garantir que as rotinas assistenciais estejam alinhadas às necessidades e características específicas do serviço. O manual apresentado não leva em consideração as particularidades da unidade e as exigências de cada categoria profissional, o que compromete a eficácia dos protocolos assistenciais, que devem ser construídos de forma direcionada, considerando as competências e responsabilidades de cada área profissional.

A ausência de direcionamento por categoria profissional no manual é uma lacuna significativa, pois os protocolos assistenciais devem ser elaborados e aplicados levando em conta as funções e competências específicas de cada equipe de trabalho (como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros), de modo a garantir a coordenação das ações e a qualidade do atendimento. A falta desse direcionamento compromete o entendimento e a aplicação prática dos protocolos pelos profissionais envolvidos, o que pode resultar em falhas na assistência e no não cumprimento das diretrizes estabelecidas.

Portanto, a proposta apresentada não cumpre adequadamente com o que foi solicitado, uma vez que carece de uma fundamentação teórica sólida, não detalha de maneira suficiente a construção dos protocolos por setores e categorias profissionais, e não se adapta ao perfil da unidade. A falta de um direcionamento claro e específico pode prejudicar a implementação efetiva dos protocolos, comprometendo a qualidade e a segurança dos serviços assistenciais a serem prestados.

Do item “Proposição de Projetos Assistenciais de Saúde e/ou Sociais dentro do custeio previsto para a unidade”

A proposta apresentada pelo concorrente, IGH, no que se refere à proposição de projetos assistenciais e/ou sociais, apresenta lacunas significativas que comprometem sua adequação ao que foi exigido no edital. Embora o concorrente tenha apresentado projetos assistenciais e sociais, a ausência de uma introdução clara e bem estruturada compromete a compreensão do contexto e dos objetivos dos projetos propostos. A introdução é uma parte essencial para contextualizar a proposta, estabelecer o alinhamento com os objetivos da unidade e demonstrar a viabilidade e a importância das ações sugeridas.

Além disso, o concorrente não fez uma afirmação expressa sobre como os projetos apresentados se adequam ao custeio previsto para a unidade, o que é um requisito fundamental para garantir que os projetos sejam financeiramente viáveis e compatíveis com os recursos disponíveis. O ISMS, por sua vez, foi explicitamente apontado em sua análise, o que implica que a proposta deva estar alinhada ao orçamento e às condições financeiras previamente estabelecidas. A falta dessa afirmação clara e objetiva quanto à compatibilidade com o custeio previsto gera incertezas sobre a viabilidade financeira dos projetos e compromete a transparência da proposta.

Diante disso, solicitamos que o mesmo critério de julgamento seja aplicado ao presente item, levando em consideração a incompletude da proposta apresentada, que não cumpre adequadamente com os requisitos essenciais. A ausência de um alinhamento explícito com o custeio disponível e a falta de uma introdução clara dificultam a avaliação da viabilidade e da adequação dos projetos assistenciais e sociais propostos, o que impacta diretamente na qualidade e na transparência da proposta apresentada.

Do Requisito 29.7.2.8 – Recebimento de Medicamentos e Atividades Farmacêuticas

O Requisito 29.7.2.8 estabelece que o recebimento de medicamentos pela instituição deve ser supervisionado por um profissional farmacêutico e obedecer aos critérios de Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos, sendo imprescindível a utilização de um checklist de recebimento para documentação desse processo. Este critério é essencial para garantir a qualidade, segurança e rastreabilidade no manuseio de medicamentos dentro da unidade.

No entanto, a proposta apresentada pelo IGH não contempla adequadamente as atividades farmacêuticas relacionadas ao almoxarifado e Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da unidade. A OSS não menciona ou demonstra claramente como as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e Transporte de Medicamentos serão implementadas, nem especifica como será o processo de recebimento de medicamentos, o que é um ponto crítico, visto que o cumprimento dessa norma visa assegurar a integridade e a qualidade dos medicamentos na unidade.

Além disso, a proposta não aborda a utilização do *checklist* de recebimento como uma ferramenta de documentação e controle, o que compromete a transparência e a conformidade com os requisitos regulatórios. A ausência dessa prática é um indicativo de que as boas práticas farmacêuticas não estão devidamente incorporadas aos processos da unidade, o que pode gerar riscos relacionados à segurança do paciente, controle de estoque, e qualidade dos medicamentos recebidos.

Em contraste, a proposta do ISMS está devidamente descrita nas páginas 167, 186 a 190, onde estão claramente delineados os procedimentos de recebimento de medicamentos, com supervisão farmacêutica, aderência às Boas Práticas, e o uso do checklist para o registro e controle desse processo. Esses detalhes na proposta do ISMS demonstram um compromisso com a conformidade legal e a segurança do paciente, alinhando-se adequadamente aos requisitos do Requisito 29.7.2.8.

Dessa forma, a proposta do IGH não atende completamente aos requisitos do Requisito 29.7.2.8, e é necessário um reajuste para garantir que todas as atividades farmacêuticas, incluindo as boas práticas de distribuição, armazenagem e transporte de medicamentos, sejam devidamente descritas e implementadas, assim como o uso do checklist para o recebimento de medicamentos, conforme exigido.

**Do Requisito 29.7.2.9 – Central de
Abastecimento Farmacêutico**

O Requisito 29.7.2.9 exige que a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) contemple, no mínimo, as seguintes áreas e funcionalidades:

- Área de recebimento/expedição;
- Área de armazenagem geral de medicamentos;
- Quarentena (para medicamentos reprovados, vencidos, recolhidos, suspeitos de falsificação ou falsificados);
- Área de armazenamento de medicamentos sujeitos ao regime especial de controle (quando aplicável);
- Área de administração.

Esses requisitos são fundamentais para garantir que o processo de distribuição e gestão de medicamentos ocorra de forma segura, eficiente e conforme as regulamentações sanitárias, minimizando riscos à saúde dos pacientes e assegurando o cumprimento das boas práticas farmacêuticas.

No entanto, a proposta apresentada pelo IGH não atende adequadamente a esse requisito. A OSS não menciona ou demonstra de maneira clara e detalhada as áreas e fluxos necessários para o funcionamento da Central de Abastecimento Farmacêutico. A ausência de informações sobre o fluxograma, rotinas operacionais, Instruções Técnicas (IT) e outros documentos normativos necessários compromete a clareza e a adequação do processo de gestão de medicamentos, dificultando a avaliação da conformidade com as normas exigidas.

O fluxograma e as rotinas operacionais são essenciais para descrever de forma clara e objetiva o fluxo de medicamentos dentro da CAF, desde o recebimento até a expedição, incluindo os processos relacionados à quarentena, ao armazenamento especial e à administração de medicamentos controlados, conforme solicitado. A falta dessas informações essenciais na proposta do concorrente impede uma análise adequada de como o IGH pretende organizar e controlar essas áreas de forma segura e eficiente.

Em contraste, a proposta do ISMS apresenta uma descrição detalhada das áreas que compõem a Central de Abastecimento Farmacêutico, incluindo os fluxos de recebimento, armazenagem, quarentena e expedição de medicamentos, conforme as exigências do Requisito 29.7.2.9. O desenvolvimento do item na proposta do ISMS é descrito nas páginas 204 a 214, 223 e 224, demonstrando de maneira clara como cada área será

organizada e administrada, incluindo o uso de fluxogramas e rotinas que garantem a eficiência e a segurança no processo de gerenciamento de medicamentos.

Portanto, a proposta do IGH não cumpre integralmente os requisitos estabelecidos no Requisito 29.7.2.9, uma vez que não fornece as informações necessárias sobre o dimensionamento adequado das áreas da Central de Abastecimento Farmacêutico, tampouco apresenta os fluxogramas, rotinas e documentos técnicos requeridos. Isso compromete a conformidade da proposta e a transparência quanto à sua viabilidade de execução.

Do Requisito 29.7.2.17 – Avaliação e Qualificação de Fornecedores de Medicamentos

O Requisito 29.7.2.17 estabelece que o parceiro privado deve incluir farmacêuticos nas atividades de avaliação e qualificação de fornecedores de medicamentos, garantindo que os processos de aquisição de medicamentos sigam padrões técnicos rigorosos, assegurando a qualidade e a segurança dos produtos fornecidos à instituição.

No entanto, a proposta apresentada pelo IGH não menciona nem demonstra de forma clara e detalhada a metodologia que será utilizada para a avaliação e qualificação dos fornecedores de medicamentos. A ausência de uma abordagem estruturada e fundamentada sobre como os fornecedores serão avaliados, qualificados e monitorados durante o processo de fornecimento compromete a transparência e a confiabilidade do processo de gestão de medicamentos. Além disso, a falta da participação explícita de farmacêuticos nas etapas de avaliação e qualificação também representa uma falha importante, pois é imprescindível a expertise desse profissional para garantir que os medicamentos fornecidos atendam aos critérios de qualidade, segurança e eficácia.

A metodologia de avaliação e qualificação de fornecedores deve incluir critérios técnicos claros, como a conformidade com as normas sanitárias, a rastreabilidade dos medicamentos e a segurança do produto. Além disso, é necessário que a presença de farmacêuticos nas etapas de avaliação seja destacada, uma vez que esse profissional é o mais capacitado para garantir que os medicamentos atendam aos requisitos de qualidade exigidos.

Em contraste, a proposta do ISMS apresenta uma metodologia detalhada para a avaliação e qualificação de fornecedores de medicamentos, incluindo a participação ativa de farmacêuticos nesse processo, conforme descrito nas páginas 157 a 165 da proposta.

O ISMS descreve os critérios utilizados, a participação dos profissionais farmacêuticos em cada etapa e como a qualificação de fornecedores será realizada de maneira estruturada e conforme as melhores práticas do setor.

Portanto, a proposta do IGH não cumpre integralmente os requisitos do Requisito 29.7.2.17, uma vez que não especifica uma metodologia clara para a avaliação e qualificação de fornecedores e não menciona a participação dos farmacêuticos nesse processo. Isso compromete a conformidade com o regulamento e a garantia da qualidade dos medicamentos adquiridos, o que é fundamental para a segurança do paciente e a eficácia do tratamento.

6. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** exige, com fundamento nos princípios constitucionais da legalidade, moralidade, eficiência e vinculação ao instrumento convocatório, bem como nas disposições específicas do Edital de Convocação Pública nº 07/2024-SES/GO, a Vossa Senhoria, Ilustríssimo(a) Senhor(a) Presidente da **Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CICGSS** e todos os demais membros, que sejam providenciadas as seguintes medidas:

- a. O provimento do presente recurso, com a consequente revisão e reatribuição da pontuação do Instituto Social Mais Saúde (ISMS), que seja promovida a revisão das pontuações atribuídas ao Instituto Social Mais Saúde, conforme fundamentado nos itens acima, de modo que a nota final seja ajustada, em consonância com os critérios objetivos e as evidências apresentadas.
- b. A revisão dos critérios de avaliação do Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus (HMTJ) e do Instituto de Gestão e Humanização (IGH), que diante das inconformidades documentais e do descumprimento dos critérios editalícios, **requer-se a reavaliação dos pontos atribuídos à estas entidades**, com base nas inconsistências apontadas, pela falta de atendimento aos requisitos de conformidade documental e regularidade fiscal e trabalhista, conforme demonstrados nos fundamentos apresentados.


- c. **Prosseguimento Regular do Certame:** que, sendo ajustados as recomendações e efetuada a inabilitação requerida, o certame siga seu curso regular, garantindo-se a observância aos princípios da isonomia, transparência, imparcialidade e legalidade que regem o processo seletivo.

Aguardamos a deliberação da Comissão Interna de Contratos de Gestão em Serviços de Saúde - CIGSS sobre os apontamentos realizados e as medidas cabíveis para assegurar a correta condução do processo seletivo.

Nestes termos, aguarda-se o deferimento.

São Paulo/SP, 28 de março de 2025.

SIGNATÁRIO

 Assinado eletronicamente por
Yuri Caetano de Vasconcelos
Data 28/03/2025 22:29
#ef485d020c3b11f0a15f42010a2b600a

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE
Yuri Caetano de Vasconcelos
Representante Legal

Página de auditoria



Hash SHA256 do original a620a1c20516dafd227930fd8bb6130922b373af0bd24a0dc983321eca2dc2ab

Link de validação: <https://valida.ae/d97913328d85172e7becbaff96f9f1d0dcd95ff56f3385116>

Última atualização em 28/03/2025 22:29

Assinaturas realizadas: 1/1

Assinatura Eletrônica com base na lei 14.063/2020 e Regulamento 910/2014/EC



Escaneie o QRCode ao lado ou acesse o link de validação para obter o arquivo assinado e os dados de assinatura no Autentique

Assinaturas presentes no documento

SIGNATÁRIO



Assinado eletronicamente por
Yuri Caetano de Vasconcelos
Data 28/03/2025 22:29
#ef485d020c3b11f0a15f42010a2b600a

Histórico



28/03/2025 22:20 **Gislane Lima** (gislane.lima@ismsaude.org.br, CPF 378.224.668-36) criou este documento



28/03/2025 22:28 **Yuri Caetano de Vasconcelos** (yuri.vasconcelos@ismsaude.org.br, CPF 328.280.958-19) visualizou este documento pelo IP 189.62.44.226



28/03/2025 22:29 **Yuri Caetano de Vasconcelos** (yuri.vasconcelos@ismsaude.org.br, CPF 328.280.958-19) assinou este documento pelo IP 189.62.44.226