

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025-SES/MS NO AMBITO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, devidamente inscrito no CNPJ/MS sob o nº 18.963.002/0001-41, sediada na Rua Alvorada, nº 1.289, 15º Andar, Conjunto 1501, Vila Olímpia, CEP: 04.550-004, São Paulo - SP, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob nº 18.963.002/0001-41, neste ato representado por sua representante, Sra. **GISLANE SOARES LIMA**, conforme procuração apresentada no credenciamento na sessão de chamamento público de 04 de novembro de 2025, vem, respeitosamente, na presença de V. Sas, apresentar os apontamentos referente ao descumprimento de itens essenciais exigidos pelo **Edital de Chamamento Público 001/2025-SES/MS**, por parte dos proponentes relatados conforme segue abaixo:

1. DA TEMPESTIVIDADE

Na sessão realizada em 08 de janeiro de 2026, a Comissão de Contratação informou que os documentos relativos à segunda fase (Projeto Técnico) seriam encaminhados às proponentes, fixando o prazo de 03 (três) dias úteis para a apresentação dos respectivos apontamentos, contados a partir do primeiro dia útil subsequente do envio das comunicações eletrônicas, o que ocorreu na mesma data.

Inicialmente, o prazo final para apresentação dos apontamentos foi estabelecido para o dia 13 de janeiro de 2026, às 23h59 (horário do Estado de Mato Grosso do Sul).

Todavia, em razão de problemas técnicos de acesso aos arquivos disponibilizados, verificados no primeiro dia de prazo, cujo link somente foi devidamente liberado em 09 de janeiro de 2026, a Comissão de Contratação, de forma expressa e formal, prorrogou o prazo para apresentação dos apontamentos.

A prorrogação foi comunicada por e-mail encaminhado em 12 de janeiro de 2026, no qual a Comissão consignou que, *"considerando a dificuldade de acesso aos arquivos*

disponibilizados registrada no primeiro dia de prazo para envio dos apontamentos e devidamente solucionada no mesmo dia, prorroga-se o prazo para apresentação dos apontamentos para o dia 14/01/2026, às 23h59 (horário de MS)”.

Dessa forma, considerando a prorrogação oficialmente concedida pela Comissão Especial de Seleção, o prazo final para apresentação dos apontamentos encerra-se em 14 de janeiro de 2026, às 23h59 (horário do Estado do Mato Grosso do Sul), sendo inequívoco que a presente manifestação é tempestiva, porquanto apresentada dentro do prazo vigente e regularmente estabelecido.

Assim, resta plenamente atendido o requisito da tempestividade, em estrita observância aos princípios da legalidade, publicidade, razoabilidade, segurança jurídica e isonomia que regem o presente chamamento público.

2. DO INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTENCIA À SAÚDE - IDEAS

Após análise integral do Projeto Técnico apresentado pelo **Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS**, à luz das exigências previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS e de seus anexos, em especial da Matriz de Avaliação, procedeu-se à verificação da aderência da proposta aos critérios técnicos, operacionais, gerenciais e normativos exigidos para a execução do objeto.

Da análise minuciosa do conteúdo técnico, estrutural e documental apresentado, foram identificadas inúmeras inconsistências, lacunas e desconformidades relevantes, de natureza formal e material, capazes de comprometer de forma substancial a conformidade da proposta com as exigências editalícias e com os parâmetros mínimos de qualificação técnica, gerencial e operacional requeridos.

As falhas constatadas abrangem, entre outros aspectos, a estrutura diretiva, a indicação e comprovação dos profissionais, a organização e composição do organograma, bem como a inobservância de requisitos técnicos, legais e normativos essenciais, conforme será demonstrado de forma objetiva, específica e devidamente fundamentada nos tópicos a seguir.

2.1. Dos fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas

O Projeto Técnico não apresenta os fluxos operacionais de forma clara, objetiva e sistematizada, em desacordo com o item editalício. Não há caracterização dos acessos do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), inexistindo informações

sobre quantidade e tipologia de acessos externos, portarias, estacionamentos, localização perimetral, dias e horários de funcionamento, bem como sobre os métodos de controle de acesso (físicos, eletrônicos ou por recursos humanos).

Também não foram definidos fluxos específicos de circulação para profissionais, médicos, visitantes administrativos e terceiros, tampouco descritos os procedimentos de identificação, registro e controle de acesso aplicáveis a usuários, colaboradores e visitantes. Inexiste, ainda, qualquer referência à estruturação ou contratação de serviços de controle de acesso e segurança patrimonial.

O projeto igualmente não estabelece diretrizes para controle de entrada, movimentação interna e saída de bens e equipamentos, nem define fluxos, critérios e responsabilidades para liberação de altas hospitalares, especialmente de recém-nascidos e menores de idade, ou para liberação de óbitos. Por fim, não foram apresentados critérios formais para identificação, cadastro, controle e liberação de fornecedores, evidenciando ausência de padronização, governança e controle operacional dos processos.

Diante das omissões e inconsistências verificadas, o item não atende às exigências do edital e não merece pontuação na avaliação técnica.

2.2. Do Fluxo para registro de documentos de usuários e administração

O Projeto Técnico apresenta o fluxo de registro e gestão documental de forma genérica e insuficiente, limitando-se à menção ao “descarte de documentos após o período legal de retenção”, sem detalhar procedimentos, critérios, responsabilidades ou instâncias decisórias envolvidas no processo.

Não há qualquer descrição do fluxo operacional do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), tampouco definição das etapas de recebimento, guarda, organização, acesso, sigilo, digitalização, temporalidade e eliminação de prontuários e documentos administrativos.

Ressalta-se que a gestão e o descarte de documentos em saúde devem observar rigorosamente a legislação vigente, em especial a Lei Federal nº 8.159/1991, a Resolução CFM nº 1.821/2007 (e suas atualizações) e a Lei nº 13.787/2018, que estabelecem diretrizes específicas quanto à preservação, confidencialidade, guarda, digitalização e eliminação de prontuários e documentos assistenciais.

Destaca-se, ainda, que a eliminação documental não pode ocorrer de forma automática, devendo ser previamente autorizada e conduzida conforme normas e

diretrizes da autoridade competente responsável pela unidade hospitalar, no caso, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, o que não foi sequer mencionado no projeto.

A ausência dessas definições compromete a conformidade normativa, a segurança jurídica e a governança documental da unidade.

Diante da ausência de fluxos definidos, da inexistência de referência ao SAME e do descumprimento das exigências legais aplicáveis à gestão documental em saúde, o item não atende ao edital e não merece pontuação na avaliação técnica.

2.3. Do fluxo para processamento de roupas

O Projeto Técnico não apresenta o Fluxo de Processamento de Roupas da Lavanderia Interna, deixando de demonstrar a organização, segregação e controle das etapas do processamento de roupas utilizadas na unidade hospitalar.

Inexiste descrição das fases de coleta, transporte, recebimento, separação, lavagem, secagem, passagem, armazenamento e distribuição, bem como a definição de fluxos distintos para roupas sujas, contaminadas e limpas, em afronta às boas práticas assistenciais.

Ressalta-se que o processamento de roupas em serviços de saúde deve observar, obrigatoriamente, a RDC ANVISA nº 06/2012, bem como o Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde, que estabelecem critérios técnicos mínimos para prevenção de infecções, segurança dos trabalhadores e controle sanitário, os quais não foram atendidos nem mencionados no projeto apresentado.

A ausência de fluxos definidos compromete a segurança assistencial, o controle de infecção hospitalar e a conformidade sanitária da unidade e não merece pontuação na avaliação técnica.

2.4. Do fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores)

O Projeto Técnico não apresenta o Fluxo de Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde, tampouco a classificação dos resíduos conforme os critérios estabelecidos na RDC ANVISA nº 222/2018 e na Resolução CONAMA nº 358/2005, inviabilizando a avaliação da conformidade sanitária e ambiental do modelo proposto.

Verifica-se, ainda, que o projeto prevê o manejo de resíduos químicos oriundos de processos de revelação manual de filmes radiográficos, prática incompatível com a realidade operacional da unidade, que utiliza sistema digital de aquisição, armazenamento e visualização de imagens. Tal previsão revela inadequação técnica, desatualização do

diagnóstico operacional e ausência de aderência às práticas atuais de gestão hospitalar, além de configurar retrocesso tecnológico com impactos ambientais, assistenciais e operacionais.

Adicionalmente, não foi apresentada a Proposta de Implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), documento obrigatório para a definição, implementação, monitoramento e controle das ações relacionadas ao manejo adequado dos resíduos gerados pela unidade, conforme legislação sanitária vigente.

A ausência do fluxo de manejo, da classificação legal dos resíduos e do PGRSS compromete a demonstração da capacidade da proponente em assegurar uma gestão segura, ambientalmente adequada e em conformidade normativa dos resíduos de serviços de saúde.

Diante das omissões e inconsistências identificadas, o item não atende aos requisitos legais e técnicos exigidos pelo edital, motivo pelo qual não merece pontuação na avaliação do Projeto Técnico.

2.5. Da proposta para Regimento Interno do Hospital

A proposta de Regimento Interno apresentada (p. 81) não guarda coerência com o organograma do Projeto Técnico, o qual, conforme exigência editalícia, deveria refletir de forma clara a estrutura diretiva da unidade, ao menos em seus dois primeiros níveis hierárquicos.

Observa-se divergência substancial entre os documentos, uma vez que o organograma apresentado indica a figura de um Diretor-Geral do Hospital (p. 612), enquanto o Regimento Interno faz referência a um Diretor Administrativo-Financeiro responsável pela gestão de uma Unidade de Pronto Atendimento - UPA (p. 88), estrutura distinta e incompatível com o objeto do chamamento.

Adicionalmente, o Regimento Interno menciona cargos de primeiro e segundo níveis hierárquicos - como Diretor Técnico e Diretor Clínico - que não constam no organograma apresentado, ao passo que não há qualquer menção à Diretoria de Enfermagem, cargo essencial e expressamente exigido para a adequada governança hospitalar.

Verifica-se, ainda, que o Regimento Interno contém referências explícitas a uma IPA (Unidade de Pronto Atendimento), conforme identificado nas páginas 95 e 100, evidenciando que o documento não foi elaborado especificamente para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, aparentando tratar-se de material reaproveitado de outro certame, sem a devida adaptação ao objeto e à realidade da unidade.

Diante das inconsistências estruturais, da incompatibilidade entre Regimento Interno e organograma, da ausência de cargos essenciais e da utilização de referências alheias ao objeto do certame, conclui-se que a proposta não atende aos requisitos mínimos exigidos pelo edital, motivo pelo qual não merece pontuação na avaliação do Projeto Técnico.

2.6. Do cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados

O cronograma apresentado não atende aos requisitos técnicos e metodológicos exigidos para um processo real de acreditação ONA, revelando fragilidades conceituais, ausência de detalhamento operacional e desconexão com a realidade institucional do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Na página 128, o projeto menciona a higiene das mãos como protocolo básico de segurança do paciente, porém deixa de contemplar os seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (RDC nº 36/2013) e exigidos pela metodologia ONA, quais sejam: identificação do paciente; comunicação efetiva; cirurgia segura; prescrição, uso e administração segura de medicamentos; prevenção de quedas; e prevenção de lesão por pressão. A higiene das mãos, embora essencial, constitui prática transversal e requisito crítico, devendo ser monitorada por meio de indicadores, observação direta, planos de ação e acompanhamento sistemático pela CCIH, o que não foi demonstrado.

Na página 134, o projeto atribui aos PROMs o papel de desfechos clínicos centrais da ONA Nível 3, quando, na realidade, estes são instrumentos complementares, devendo coexistir com indicadores assistenciais objetivos, estruturais e de processo, devidamente validados, conforme a metodologia oficial de acreditação.

Destaca-se, ainda, que o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto já possui certificação ONA desde 2022, encontrando-se em regime de visitas de manutenção, fato público e facilmente verificável. O cronograma apresentado ignora completamente esse contexto institucional, tratando o hospital como se estivesse iniciando o processo do zero, o que evidencia desconhecimento da realidade da unidade.

O cronograma proposto apresenta prazos genéricos e tecnicamente questionáveis, prevendo 180 dias para adequação ao Nível 1, 184 dias para o Nível 2 e, a partir do dia 366, submissão ao Nível 3, sem considerar a necessidade de maturidade institucional, consolidação de cultura organizacional e acúmulo de evidências, requisitos essenciais para progressão na acreditação, especialmente no Nível 3.

Além disso, o documento não decompõe o processo de acreditação em etapas técnicas reais, não define responsáveis, não apresenta recursos humanos, financeiros ou técnicos alocados, nem estabelece linha de base para as metas propostas, que são apresentadas de forma genérica, com percentuais absolutos de 100%, inviabilizando qualquer aferição de desempenho ou monitoramento contratual.

O conjunto das inconsistências evidencia que o cronograma se trata de material padronizado, genérico e reutilizado, sem aderência ao hospital objeto do certame e sem compromisso técnico com a execução efetiva do processo de acreditação.

Diante da ausência de detalhamento técnico, da inconsistência conceitual em relação à metodologia ONA, da inexistência de responsáveis, recursos e metas mensuráveis, bem como do descolamento da realidade institucional do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, conclui-se que o item não atende ao edital e não merece pontuação na avaliação do Projeto Técnico.

2.7. Da apresentação de manual de normas e rotinas administrativas dos setores de Almoarifado, Compras, Serviço de Arquivo Médico (SAME), Farmácia, Manutenção, Patrimônio e Tecnologia de Informação

O material apresentado não atende de forma integral e adequada à exigência editalícia, uma vez que os manuais apresentados são incompletos, inadequados ao objeto do certame e, em alguns casos, desconectados da realidade da unidade hospitalar.

O denominado Manual de Manutenção (p. 245) apresenta conteúdo essencialmente voltado à Engenharia Clínica, sem contemplar de forma estruturada as rotinas de manutenção predial, corretiva, preventiva e preditiva exigidas para a gestão hospitalar. Ademais, o documento contém referências expressas e diretas a outras unidades de saúde, notadamente à UPA de Tubarão (p. 247) e ao HAG (p. 248), sem qualquer contextualização, adaptação ou correlação com a realidade operacional do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto. Tal circunstância evidencia que o material apresentado não foi elaborado de forma específica para a unidade objeto do presente chamamento público, tratando-se, na prática, de conteúdo genérico e reaproveitado de outros contratos ou certames, em afronta às exigências editalícias de apresentação de documentos técnicos próprios, personalizados e aderentes às características estruturais, assistenciais e operacionais do hospital a ser gerido.

Quanto ao Manual de Tecnologia da Informação (p. 261), o conteúdo limita-se à descrição do processo de abertura de chamados e a rotinas de admissão e desligamento de colaboradores, deixando de abordar aspectos essenciais de governança de TI em ambiente hospitalar, tais como gestão de infraestrutura, segurança da informação,

continuidade de serviços, interoperabilidade de sistemas, LGPD, suporte a sistemas assistenciais e administrativos, bem como planos de contingência.

Além disso, não foram apresentados, de forma clara e estruturada, os manuais de normas e rotinas administrativas específicos dos setores de Almoxarifado, Compras, SAME, Farmácia e Patrimônio, conforme exigido no edital, impossibilitando a avaliação da aderência dos processos administrativos propostos às necessidades operacionais da unidade.

Diante da inadequação do conteúdo apresentado, da ausência de manuais completos e específicos para os setores exigidos, bem como da utilização de material genérico e reaproveitado de outras unidades, conclui-se que o item não atende às exigências do edital e não merece pontuação na avaliação do Projeto Técnico.

2.8. Da apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), conforme relação prevista na Matriz de Avaliação

A documentação apresentada não atende aos requisitos mínimos estabelecidos na Matriz de Avaliação para fins de pontuação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

Ressalta-se, preliminarmente, que o Edital, em seu Anexo IV, é expresso ao estabelecer que “os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) deverão seguir o modelo proposto no Apêndice A deste Anexo”. Contudo, verifica-se que nenhum dos 24 (vinte e quatro) POP obrigatórios apresentados segue o modelo editalício, inexistindo padronização mínima quanto à estrutura, identificação, escopo, responsabilidades, fluxos, indicadores e referências normativas exigidas, em descumprimento direto à regra editalícia.

No **Volume I**, observa-se a apresentação fragmentada e inconsistente de protocolos vinculados ao Núcleo de Segurança do Paciente. Na página 282, o protocolo encontra-se incompleto, sem encadeamento lógico ou conclusão. Na página 312, constam nomes de colaboradores identificáveis, vinculados à unidade de origem do documento, configurando exposição indevida de dados pessoais, em potencial afronta à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018). Na página 350, o conteúdo carece de coerência técnica e de sequência lógica mínima, inviabilizando sua validação como protocolo assistencial. Já na página 402, não é possível identificar o protocolo apresentado, diante da ausência de título, escopo e contextualização.

No **Volume II**, a partir da página 198, foram apresentados materiais supostamente destinados ao atendimento da exigência editalícia. Todavia, no Anexo VI constam sete fluxogramas voltados a urgências traumáticas, e no Anexo VII outros sete

fluxogramas igualmente relacionados ao trauma, seguidos de fluxogramas clínicos. Os materiais, entretanto, limitam-se exclusivamente à representação gráfica de fluxos, sem qualquer fundamentação teórica, definição de responsabilidades, critérios clínicos, referências normativas, indicadores de monitoramento, procedimentos operacionais ou delimitação de escopo assistencial.

Ressalta-se que o fluxograma constitui apenas instrumento auxiliar de um protocolo clínico, não sendo suficiente, de forma isolada, para caracterizar ou validar um Procedimento Operacional Padrão. A ausência dos elementos estruturantes, somada ao descumprimento do modelo obrigatório previsto no Apêndice A do Anexo IV do Edital, compromete a análise técnica e contraria frontalmente os critérios da Matriz de Avaliação.

Diante das inconsistências formais, da fragmentação do conteúdo, da inexistência de estrutura mínima dos POP, da exposição indevida de dados pessoais e do descumprimento expresso do modelo editalício obrigatório, conclui-se que o material apresentado não atende ao item da Matriz de Avaliação, não sendo passível de pontuação.

2.9. Da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

2.9.1. Proposta de Regimento da Comissão

O projeto apresenta a composição da CCIRAS; contudo, verifica-se a ausência de profissionais estratégicos, como representantes da área da Qualidade ou do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), bem como de áreas assistenciais críticas, tais como UTI, Centro Cirúrgico (CC), Central de Material e Esterilização (CME) e Hemodiálise, cuja participação é recomendada como boa prática para subsidiar a análise de riscos, deliberação e implementação de planos de ação relacionados às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS).

Observa-se, ainda, inadequação quanto à finalidade da comissão, uma vez que o regimento descreve como objetivo apenas o “controle” das infecções. Conforme a legislação brasileira vigente, a finalidade da CCIRAS/CCIH é prevenir, controlar, reduzir e monitorar as IRAS, de forma contínua e sistemática, abrangendo vigilância, avaliação de processos e proposição de melhorias, o que não está adequadamente refletido no texto apresentado.

No Capítulo I do Regimento, identifica-se erro conceitual relevante, ao tratar a sigla CCIH como se fosse o Serviço de Controle de Infecção. A CCIH/CCIRAS corresponde à comissão multidisciplinar, de caráter deliberativo, normativo e avaliativo, enquanto o SCIH é o serviço operacional, responsável por executar, monitorar e

operacionalizar as ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. Trata-se de instâncias complementares, porém com atribuições distintas, cuja confusão compromete a aderência normativa do regimento.

Adicionalmente, a proposta não demonstra alinhamento claro à Portaria MS nº 2.616/1998, que estabelece a obrigatoriedade da implantação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e define que sua execução se dá por meio de uma comissão composta por membros consultores e executores, sendo estes últimos o braço operacional do programa. O dimensionamento da equipe executora, conforme previsto na Portaria (mínimo de dois profissionais de nível superior da área da saúde para cada 200 leitos ou fração, com carga diária mínima de 6 horas para o enfermeiro e 4 horas para o outro profissional), não está claramente definido ou demonstrado no regimento apresentado.

2.9.2. Cronograma de Atividades da Comissão

No cronograma apresentado, verifica-se inadequação conceitual na definição das atividades, ao prever, por exemplo, a “*elaboração do manual de antibióticoprofilaxia*” como atividade mensal. Ressalta-se que manuais institucionais devem ser elaborados uma única vez, com revisões periódicas conforme a política institucional, e não tratados como atividade recorrente mensal.

Situação semelhante ocorre em relação ao manual de higienização das mãos, cujo texto apresentado denota equívoco conceitual, uma vez que não se monitora a atualização do manual, mas sim a adesão e aplicação da prática de higiene das mãos, por meio de indicadores, observação direta e planos de ação, conforme preconizado pelas boas práticas e normativas sanitárias.

Observa-se, ainda, inconsistência no uso das siglas, ora sendo utilizado SCIH, ora SCIRAS, sem padronização ao longo do documento. Considerando a terminologia mais atual e amplamente adotada, a utilização deveria ser uniforme, evitando ambiguidades conceituais.

Por fim, o cronograma não respeita a lógica mínima de implantação da governança, uma vez que a primeira etapa deveria ser a nomeação formal dos membros da comissão, seguida da aprovação do regimento interno e, somente então, da definição do calendário de reuniões e atividades, o que evidencia fragilidade no planejamento e na compreensão do funcionamento institucional da comissão.

2.10. Da Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar

2.10.1. Proposta de Regimento da Comissão

No Regimento da Comissão de Ética Médica, observa-se impropriedade conceitual relevante ao afirmar que a Comissão teria atribuição de “fiscalizar” o exercício da atividade médica. Ressalta-se que a fiscalização do exercício profissional é competência exclusiva do Conselho Regional de Medicina (CRM), nos termos da legislação federal e das normas do Conselho Federal de Medicina. A Comissão de Ética Médica possui caráter orientador, educativo, consultivo e mediador, não detendo poder fiscalizatório ou sancionador externo.

Além disso, conforme diretrizes do CFM, a Comissão de Ética Médica deve ser composta exclusivamente por médicos, sendo admitido o apoio institucional de gestores não médicos apenas de forma administrativa, sem integração formal como membros da comissão. Tal distinção não se encontra claramente observada no regimento apresentado.

Na página 439, verifica-se a referência reiterada ao Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina, o que evidencia reaproveitamento de documento sem a devida adequação ao contexto do Estado de Mato Grosso do Sul, comprometendo a coerência normativa e a validade institucional do regimento proposto.

Quanto à Comissão de Ética Multiprofissional, o regimento apresentado carece de clareza quanto à sua finalidade e escopo de atuação, conforme se observa na página 446. Ademais, a relação de membros indicada não contempla representantes das categorias multiprofissionais que supostamente seriam abrangidas, limitando-se a cargos de diretoria e gestão, o que descaracteriza a natureza multidisciplinar da comissão.

Identifica-se, ainda, erro material grave no Art. 27 (página 449), ao atribuir ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) a nomeação da Comissão de Ética Médica, o que não encontra qualquer respaldo legal, uma vez que o COREN é órgão fiscalizador exclusivo da profissão de enfermagem, não possuindo atribuição sobre a ética médica.

No Art. 29 (página 450), o regimento menciona genericamente “os conselhos” sem especificar quais categorias profissionais estão abrangidas, deixando indefinido se se refere, por exemplo, aos Conselhos de Biomedicina, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia ou outras áreas da saúde, o que gera insegurança jurídica e inviabiliza a correta aplicação do regimento.

2.10.2. Cronograma de Atividades da Comissão

No cronograma apresentado (página 450), não se identifica com clareza quais categorias profissionais serão efetivamente atendidas pela Comissão de Ética Multidisciplinar, tampouco os fluxos de atuação em caso de infrações éticas. Não está definido qual conselho profissional deverá ser formalmente comunicado diante da identificação de

condutas éticas inadequadas, o que é elemento essencial para garantir a articulação institucional e a conformidade legal.

O cronograma apresentado revela-se excessivamente genérico, sem detalhamento de atividades específicas, responsabilidades, periodicidade de reuniões, critérios de acionamento da comissão ou integração com os conselhos profissionais competentes, comprometendo sua efetividade prática e sua aderência às boas práticas de governança ética em instituições de saúde.

2.11. Da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

2.11.1. Proposta de Regimento da Comissão

No Regimento da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, observa-se que o objetivo definido na página 451, apresenta-se excessivamente restritivo, limitando a atuação da comissão à análise de aspectos éticos e legais. Tal delimitação não condiz com as boas práticas de gestão da informação em saúde nem com o papel estratégico dessa comissão em unidades hospitalares de médio e grande porte.

A Comissão de Revisão de Prontuários possui atribuições amplas e essenciais, que incluem, entre outros aspectos, a avaliação da qualidade, completude, legibilidade, organização, padronização de registros e siglas, bem como a verificação da conformidade técnico-assistencial, o suporte à melhoria contínua da assistência e a identificação de necessidades de capacitação e educação permanente das equipes assistenciais. A limitação do escopo compromete a efetividade da comissão e sua função como instrumento de governança clínica.

No Capítulo I, página 452, o regimento faz referência ao Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, evidenciando erro material grave decorrente de reaproveitamento de texto sem a devida adequação ao Estado de Mato Grosso do Sul. Tal inconsistência demonstra fragilidade na elaboração do documento e ausência de aderência ao edital em análise.

Verifica-se, ainda, que o regimento não estabelece critérios objetivos para a revisão dos prontuários, deixando de definir a quantidade de prontuários abertos e fechados a serem avaliados, a periodicidade das análises e a metodologia de seleção da amostra representativa. A inexistência desses parâmetros inviabiliza a mensuração da efetividade da comissão e compromete a rastreabilidade das ações propostas.

Outro ponto relevante refere-se à indefinição do papel e das responsabilidades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) no âmbito da comissão.

O profissional do SAME, embora essencial na gestão documental, não possui, por si só, atribuição técnica para avaliar aspectos clínicos e assistenciais do prontuário, devendo sua atuação estar claramente delimitada às funções administrativas, organizacionais e de suporte, o que não foi adequadamente descrito.

Adicionalmente, o regimento não menciona o tempo de guarda dos prontuários, em afronta às disposições da legislação vigente, notadamente a Lei nº 13.787/2018, a Resolução CFM nº 1.821/2007 e demais normativos correlatos, tampouco estabelece diretrizes sobre preservação, confidencialidade e descarte documental.

Por fim, não há definição quanto à amostra representativa de prontuários a serem revisados, elemento indispensável para garantir validade técnica, estatística e gerencial às análises realizadas pela comissão.

2.11.2. Cronograma de Atividades da Comissão

No cronograma de atividades apresentado, constata-se impropriedade conceitual ao tratar de “indicadores de inconformidades”. Em auditorias e avaliações de qualidade assistencial, não se monitoram “inconformidades” isoladamente, mas sim indicadores de qualidade, os quais podem ser classificados como conforme, parcialmente conforme ou não conforme, conforme metodologia amplamente adotada em processos de acreditação e gestão da qualidade.

Não está claro como seriam monitorados supostos “indicadores de inconformidades”, tampouco se há definição de metas, planos de ação ou critérios de aceitabilidade para os resultados classificados como não conformes. A ausência desses elementos compromete a capacidade de gestão, monitoramento e melhoria contínua dos processos assistenciais.

O cronograma apresentado revela-se genérico, pouco estruturado e desconectado da prática técnica da auditoria de prontuários, demonstrando fragilidade conceitual e insuficiente domínio do tema, o que compromete a confiabilidade da proposta e sua aderência às exigências do edital.

2.12. Da Comissão de Verificação de Óbitos

2.12.1. Proposta de Regimento da Comissão

No Regimento da Comissão de Verificação de Óbitos, observa-se, já no Capítulo I (página 453), grave confusão conceitual e normativa entre a Comissão de Revisão

de Prontuários e a Comissão de Revisão de Óbitos, tratando-as de forma equivalente, o que não encontra respaldo técnico ou legal.

A Resolução CFM nº 1.638/2002 dispõe especificamente sobre prontuários médicos, não se aplicando à revisão de óbitos. Por sua vez, a Comissão de Verificação de Óbitos fundamenta-se em normativas próprias, notadamente aquelas emanadas do Ministério da Saúde, da Vigilância Epidemiológica e dos Protocolos de Investigação de Óbitos (materno, infantil, fetal, evitáveis, entre outros), possuindo enfoque distinto, de natureza assistencial, epidemiológica, preventiva e de qualificação do cuidado.

O regimento apresentado não delimita de forma clara e inequívoca a finalidade específica da Comissão de Verificação de Óbitos, limitando-se a reproduzir conceitos e atribuições típicas da Comissão de Revisão de Prontuários, o que compromete a identidade, a autonomia e a efetividade da comissão proposta.

Não está claramente definido o papel do representante do SAME, tampouco sua participação formal como membro da comissão, uma vez que não há menção expressa à sua composição na página 453, gerando insegurança quanto às responsabilidades administrativas e de suporte documental no processo de revisão de óbitos.

Adicionalmente, os artigos 4º, 5º, 11º, 14º e 15º voltam a fazer referência à Comissão de Prontuários, evidenciando inconsistência textual, erro material e reaproveitamento indevido de conteúdo, sem adequação ao objeto específico da Comissão de Verificação de Óbitos.

No Capítulo IV – Das Atribuições, o conteúdo apresentado reproduz atribuições próprias da Comissão de Prontuários, ignorando que a análise de óbitos possui metodologia, objetivos e responsabilidades distintas, como a avaliação de evitabilidade, falhas de processo assistencial, oportunidades de melhoria, correlação clínico-epidemiológica e impacto na qualidade do cuidado.

No Capítulo III – Do Funcionamento, não há descrição clara da atuação dos membros no processo de revisão dos óbitos, tampouco se estabelece a obrigatoriedade da participação de profissional médico nos atos privativos da comissão, tais como avaliação da conduta médica, análise diagnóstica, discussão denexo causal clínico, divergências quanto à causa básica do óbito e interpretação técnica do prontuário médico.

É imprescindível que o regimento estabeleça de forma expressa que, embora reuniões administrativas possam ocorrer sem a presença de médico, não é admissível a deliberação ou julgamento de atos médicos sem a participação de profissional médico, sob pena de nulidade técnica das conclusões.

Observa-se, ainda, que o artigo 11º é reproduzido de forma duplicada, atribuindo conteúdos distintos: na primeira menção, refere-se genericamente à comissão, e, na segunda, às atribuições do Presidente, configurando erro de técnica legislativa e fragilidade na estrutura normativa do documento.

Por fim, o regimento não apresenta objetivos claros, metas definidas ou indicadores de desempenho, inviabilizando a avaliação da efetividade da comissão e sua integração aos processos de governança clínica e segurança do paciente.

2.12.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma de atividades apresentado para a Comissão de Verificação de Óbitos revela-se genérico, superficial e desprovido de detalhamento técnico, não contemplando etapas, responsabilidades, periodicidade das análises, critérios de priorização (óbitos maternos, infantis, evitáveis, inesperados, entre outros), nem integração com os fluxos da Vigilância Epidemiológica.

A ausência de estrutura mínima no cronograma compromete a demonstração da capacidade da proponente em implantar e manter de forma efetiva uma Comissão de Verificação de Óbitos alinhada às normativas vigentes e às boas práticas assistenciais.

2.13. Da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

2.13.1. Proposta de Regimento da Comissão

A análise do Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) evidencia grave inadequação conceitual e normativa, uma vez que o conteúdo apresentado não guarda relação com a finalidade legal da CIPA, nos termos da Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) do Ministério do Trabalho e Emprego.

No Capítulo I (página 463), o texto apresenta confusão conceitual absoluta, fazendo referência a conteúdos próprios de Comissão de Revisão de Prontuários e Comissão de Revisão de Óbitos, matérias completamente estranhas à atuação da CIPA. Ressalta-se que a CIPA possui objeto específico e legalmente definido, voltado à prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, à preservação da vida e à promoção da saúde do trabalhador, não possuindo qualquer atribuição relacionada à análise de prontuários ou óbitos assistenciais.

A NR-5 estabelece que a CIPA deve atuar de forma preventiva, com foco em:

- identificação de riscos nos ambientes de trabalho;
- elaboração e acompanhamento do Mapa de Riscos;
- proposição de medidas de controle e mitigação;
- investigação e análise de acidentes de trabalho;
- promoção da SIPAT;
- acompanhamento das condições de segurança e saúde ocupacional.

Nada disso é devidamente tratado no regimento apresentado.

Adicionalmente, não há clareza quanto à composição paritária da comissão, exigência central da NR-5, tampouco quanto aos critérios de indicação, eleição, mandato, atribuições dos representantes dos empregados e do empregador, ou papel do Presidente e do Vice-Presidente da CIPA, revelando total desconformidade com a legislação trabalhista vigente.

Os artigos 4º, 5º, 11º, 14º e 15º fazem menções reiteradas à Comissão de Prontuários, evidenciando erro material grave, reaproveitamento indevido de texto e ausência de qualquer adequação ao escopo da CIPA. O Capítulo IV – Das Atribuições reproduz conteúdos incompatíveis com a atuação da comissão, deixando de abordar atribuições essenciais como inspeções periódicas, análise de acidentes de trabalho, interface com SESMT, elaboração de planos de ação e acompanhamento de medidas corretivas.

No Capítulo III – Do Funcionamento, inexistente descrição mínima sobre a dinâmica de atuação da CIPA, periodicidade das reuniões, quórum deliberativo, forma de registro em atas, integração com a gestão hospitalar e com os serviços de saúde e segurança do trabalho, em afronta direta às disposições da NR-5.

Observa-se ainda duplicidade do artigo 11º, com atribuições distintas e conflitantes - em um momento referindo-se à comissão e, em outro, ao Presidente - demonstrando falha grave de técnica normativa e ausência de revisão mínima do documento.

Por fim, o regimento não apresenta objetivos claros, metas, indicadores ou vinculação com o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), o que inviabiliza a aferição da efetividade da CIPA e sua integração aos sistemas de governança, segurança do trabalho e saúde ocupacional da unidade.

2.13.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma de atividades da CIPA apresentado é genérico, superficial e dissociado das atribuições legais da comissão, não contemplando ações obrigatórias previstas na NR-5, tais como inspeções periódicas, elaboração e atualização do Mapa de Riscos, investigação de acidentes, acompanhamento de medidas preventivas, realização da SIPAT, capacitação dos membros e interface com o SESMT.

A ausência de detalhamento técnico, definição de responsáveis, metas, prazos e indicadores evidencia que a proposta não demonstra capacidade de implantação e funcionamento efetivo da CIPA, comprometendo a avaliação da conformidade legal e operacional do projeto.

2.14. Do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

2.14.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta apresentada para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) revela desconhecimento conceitual e descumprimento das normas legais que regem o tema, comprometendo a avaliação da capacidade da proponente em estruturar e operacionalizar adequadamente o serviço.

Inicialmente, destaca-se que o SESMT não se confunde com comissão interna, tratando-se de serviço técnico especializado, instituído com base no art. 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e regulamentado pela Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4) do Ministério do Trabalho, cuja obrigatoriedade, composição e dimensionamento dependem do número de empregados e do grau de risco da atividade. Sua composição exige profissionais legalmente habilitados, como Engenheiro de Segurança do Trabalho, Médico do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Técnico de Segurança do Trabalho, conforme o caso.

Todavia, na proposta de constituição apresentada (página 467), a coluna “membros” menciona colaboradores eleitos, modelo típico da CIPA, o que evidencia erro conceitual grave, uma vez que o SESMT não é composto por representantes eleitos, mas sim por profissionais especializados contratados, seja por vínculo CLT ou por meio de empresa terceirizada.

No Capítulo III – Da Organização, o regimento não descreve o processo de levantamento, definição e controle dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) por função, setor e risco ocupacional, exigência essencial para a gestão de segurança do trabalho, tampouco estabelece critérios técnicos para avaliação de riscos ambientais. Além disso, não há qualquer menção ao Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), instrumento obrigatório e

estruturante da política de prevenção, o que compromete a integração do SESMT com os demais programas de segurança e saúde ocupacional.

No Capítulo IV – Da Composição e Atribuições, verifica-se a ausência total de descrição das atribuições específicas do Engenheiro de Segurança do Trabalho e do Técnico de Segurança do Trabalho, profissionais essenciais à atuação do SESMT. Também não são descritas, de forma sistematizada, as campanhas de prevenção de doenças ocupacionais, nem sua articulação com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), inviabilizando a avaliação da efetividade das ações preventivas propostas.

Adicionalmente, o regimento não apresenta indicadores de desempenho da área, como o acompanhamento da quantidade de exames ocupacionais previstos versus realizados, taxas de absenteísmo, acidentes de trabalho, afastamentos previdenciários ou adesão às ações preventivas, demonstrando ausência de metodologia de monitoramento e gestão por indicadores.

Diante dessas omissões, conclui-se que o regimento do SESMT apresentado é incompleto, tecnicamente frágil e em desacordo com a legislação trabalhista vigente, não permitindo aferir a capacidade da proponente de implantar e manter o serviço de forma adequada.

2.14.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado também não atende às exigências mínimas aplicáveis ao SESMT, uma vez que não se trata de nomeação de membros, mas de contratação de profissionais especializados, seja por vínculo direto ou terceirização, o que não foi devidamente esclarecido.

Além disso, o cronograma não prevê o monitoramento sistemático dos exames ocupacionais, tampouco o controle mensal da relação entre exames previstos e exames efetivamente realizados, fragilizando o acompanhamento do PCMSO e a gestão da saúde ocupacional dos trabalhadores.

A ausência de detalhamento técnico, definição de responsabilidades, metas, prazos e indicadores reforça que o cronograma apresentado é genérico e insuficiente, não demonstrando aderência às exigências legais e operacionais do SESMT.

2.15. Do Núcleo de Segurança do Paciente

2.15.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de regimento apresentada não atende ao conceito normativo e técnico de Núcleo de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pela RDC nº 36/2013, confundindo segurança do paciente com governança clínica, regulação assistencial e gestão de protocolos.

O conteúdo do documento descreve, na prática, atribuições típicas de outras instâncias, tais como Núcleo Interno de Regulação (NIR), Comissão de Protocolos Assistenciais, Comitê de Gestão Clínica e Núcleo de Governança, descaracterizando completamente o papel do NQSP. As competências elencadas não correspondem às funções centrais de um núcleo de segurança do paciente, afastando-se do foco em prevenção de danos, análise de riscos e aprendizado organizacional.

Observa-se a ausência de conceitos estruturantes da segurança do paciente, tais como:

- gestão de riscos assistenciais;
- notificação, análise e tratamento de incidentes;
- eventos adversos e eventos sentinela;
- cultura de segurança;
- aprendizado organizacional e melhoria contínua;
- prevenção ativa de danos.

O regimento não menciona a realização de Análise de Causa Raiz, tampouco o monitoramento sistemático de incidentes e eventos adversos. Também inexistem qualquer referência às barreiras de segurança e aos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, como identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança na prescrição e administração de medicamentos e cirurgia segura, requisitos mínimos previstos na RDC nº 36/2013.

A composição do núcleo mostra-se extremamente limitada e inadequada, concentrada majoritariamente na alta gestão, com ausências críticas de áreas assistenciais e técnicas essenciais, tais como Farmácia Clínica, CCIH, Qualidade, Educação Permanente, Engenharia Clínica e áreas diretamente envolvidas na assistência. Essa centralização compromete a capilaridade assistencial, afasta o núcleo da prática cotidiana e fragiliza a análise qualificada de eventos adversos e riscos assistenciais.

Adicionalmente, o regimento não descreve a interface do NQSP com outras comissões e núcleos obrigatórios, nem delimita claramente suas competências

específicas no âmbito da segurança do paciente, evidenciando fragilidade na governança clínica e no alinhamento com a legislação sanitária vigente.

2.15.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado não contempla atividades essenciais e obrigatórias do Núcleo de Segurança do Paciente, tais como:

- implantação e operacionalização de sistema de notificação de incidentes;
- treinamento e capacitação contínua em segurança do paciente;
- análise sistemática de eventos adversos e eventos sentinela;
- realização de auditorias de práticas seguras;
- avaliação e monitoramento da cultura de segurança.

Diante das omissões identificadas, conclui-se que a proposta apresentada não demonstra aderência aos requisitos legais, técnicos e operacionais da RDC nº 36/2013, não caracterizando, de fato, um Núcleo de Segurança do Paciente.

2.16. Da Comissão de Gerenciamento de Riscos

2.16.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) apresenta fragilidades conceituais e lacunas normativas relevantes, comprometendo a compreensão de sua estrutura, atribuições e articulação com os demais núcleos obrigatórios da instituição.

Inicialmente, observa-se que o texto não delimita de forma clara a relação hierárquica e funcional entre a CGR e o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP). Embora a CGR atue de forma integrada ao NQSP, é este último o responsável técnico-regulatório pelas ações previstas na RDC nº 36/2013, especialmente no que se refere à gestão da segurança do paciente, notificação de eventos adversos e monitoramento dos indicadores assistenciais. A redação apresentada dá margem à interpretação de que a CGR poderia substituir ou sobrepor-se ao NQSP, o que não encontra respaldo na legislação vigente, uma vez que a atuação deve ser integrada e articulada, sem prejuízo das atribuições legais específicas de cada instância.

Adicionalmente, o regimento não menciona de forma expressa a obrigatoriedade de notificação externa de eventos sentinela, quando aplicável, tampouco

define a interface institucional com a Vigilância Sanitária, etapa fundamental do gerenciamento de riscos assistenciais e exigência normativa nos casos de eventos graves.

No que se refere à RDC nº 63/2011, que trata das boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, observa-se que o texto não contempla a exigência de elaboração, testagem e monitoramento de planos de contingência, deixando de prever a realização de simulados, testes periódicos e análise de lições aprendidas, elementos essenciais para a efetividade da gestão de riscos e para a preparação institucional frente a situações críticas.

Quanto à composição da comissão, verifica-se a ausência de representantes da área de Facilities, setor diretamente relacionado à gestão de riscos estruturais, ambientais e operacionais, o que fragiliza a abordagem sistêmica e multidisciplinar necessária à CGR. Também não há definição de quórum mínimo para deliberação, recomendando-se, como boa prática, a exigência de maioria absoluta (50% + 1) dos membros, nem previsão de registro formal das reuniões em atas padronizadas, com rastreabilidade das decisões e encaminhamentos.

2.16.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado evidencia fragilidade na execução das ações propostas, uma vez que as responsabilidades são atribuídas de forma genérica a "todos", sem a definição clara da área técnica responsável ou do executor direto das atividades, o que dificulta a cobrança, o monitoramento e a avaliação dos resultados.

Além disso, o cronograma não estabelece prazos definidos para a realização de análise de causa-raiz dos eventos identificados, tampouco para a elaboração, implementação e acompanhamento dos respectivos planos de ação. Também não há previsão de arquivamento e disponibilização dos registros e relatórios para a Vigilância Sanitária, quando aplicável, em desacordo com as boas práticas de governança e conformidade regulatória.

Diante das inconsistências apontadas, conclui-se que a proposta apresentada para a Comissão de Gerenciamento de Riscos não atende aos requisitos técnicos, normativos e operacionais mínimos, não demonstrando maturidade institucional nem capacidade de execução adequada das atividades de gerenciamento de riscos, razão pela qual não merece pontuação no âmbito da avaliação técnica.

2.17. Do Comitê Transfusional

2.17.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de regimento apresentada demonstra aderência formal mínima à RDC nº 34/2014, porém revela insuficiência técnica e operacional incompatível com a complexidade e o porte de um hospital regional de referência.

A RDC nº 34/2014 exige a participação efetiva do serviço de hemoterapia responsável, seja interno ou externo. Contudo, o texto apresentado limita-se a mencionar tal participação de forma genérica, sem definir responsabilidades técnicas, fluxos de comunicação, critérios de interface e governança clínica. Ademais, não há qualquer diferenciação entre cenários com ou sem agência transfusional própria, o que compromete a clareza do modelo assistencial e da responsabilização técnica.

O regimento não contempla a gestão por indicadores essenciais à hemovigilância, tais como:

- taxa de reações transfusionais;
- taxa de uso inadequado de hemocomponentes;
- conformidade na investigação e notificação de reações transfusionais;
- ocorrência de incidentes e quase-erros;
- descarte de hemocomponentes.

A ausência desses indicadores demonstra imaturidade na gestão da segurança transfusional, afastando o comitê de uma atuação baseada em evidências e melhoria contínua, conforme preconizado pela RDC nº 34/2014.

Embora o documento mencione ações de educação continuada, não define periodicidade mínima, não vincula obrigatoriamente a capacitação aos médicos prescritores e tampouco prevê registro formal e rastreável das capacitações realizadas, fragilizando a efetividade das ações educativas.

Dessa forma, ainda que o regimento apresente conformidade regulatória básica, não se mostra suficiente para assegurar governança clínica, segurança transfusional e maturidade operacional exigidas de um hospital regional de alta complexidade.

2.17.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado não estabelece conexão clara entre atividades e resultados assistenciais, limitando-se à descrição genérica de ações. Não há diferenciação entre atividades críticas de alto risco transfusional e atividades rotineiras, tampouco definição de prioridades assistenciais.

Embora mencione monitoramento, o cronograma não prevê auditorias transfusionais, consideradas estratégicas tanto pela RDC nº 34/2014 quanto pelos modelos de contratos de gestão hospitalar. Ademais, inexistente alinhamento com o Plano de Segurança do Paciente, metas assistenciais do contrato ou integração com os demais núcleos e comissões obrigatórias.

2.18. Da Comissão de Farmácia e Terapêutica

2.18.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de regimento apresentada revela uma Comissão de Farmácia e Terapêutica excessivamente burocrática e com baixa densidade técnico-científica, priorizando a descrição de fluxos administrativos em detrimento dos critérios técnicos que devem nortear decisões sobre incorporação, exclusão e padronização de medicamentos.

As diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam que as decisões da CFT sejam fundamentadas em evidências científicas, análises de custo-efetividade e relevância epidemiológica local, o que não se encontra claramente estruturado no documento apresentado.

Observa-se desequilíbrio na composição da comissão, com fragilização do papel técnico do farmacêutico, que aparece predominantemente como executor de fluxos operacionais, e não como núcleo técnico-científico da CFT. A boa prática recomenda equilíbrio entre médicos prescritores e farmacêuticos, garantindo análise crítica, isenta e baseada em evidências.

O regimento não explicita critérios de independência nem políticas de conflito de interesses, ponto considerado crítico em auditorias e expressamente recomendado pela OMS para evitar vieses em decisões terapêuticas.

Também se constata a ausência de metodologia estruturada para avaliação de medicamentos, uma vez que o documento não define:

- quais níveis de evidência científica são aceitos;
- se são utilizadas metodologias reconhecidas (ex.: GRADE);
- o uso de revisões sistemáticas, diretrizes nacionais ou internacionais;
- critérios diferenciados para avaliação de medicamentos novos versus medicamentos já padronizados.

Os indicadores de desempenho da CFT são tratados como atividade futura, quando, na realidade, constituem elementos estruturais do funcionamento da comissão, indispensáveis para monitoramento, avaliação e melhoria contínua.

Outro ponto crítico é a centralização excessiva das decisões emergenciais na Diretoria Técnica, sem definição clara de protocolos objetivos para exceções terapêuticas. As recomendações da OMS indicam que situações emergenciais devem seguir critérios previamente definidos, com avaliação retrospectiva obrigatória pela CFT, o que não foi contemplado.

2.18.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado prevê prazo excessivamente longo para elaboração e implementação de indicadores, evidenciando baixa priorização da governança farmacoterapêutica e fragilidade no planejamento estratégico da comissão.

2.19. Da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

2.19.1. Proposta de Regimento da Comissão

O regimento apresentado encontra-se desatualizado do ponto de vista normativo, uma vez que ainda se fundamenta na RDC ANVISA nº 306/2004, atualmente revogada, sendo indispensável sua adequação à legislação vigente, notadamente à RDC ANVISA nº 222/2018, à Resolução CONAMA nº 358/2005, à Lei Municipal nº 201/2020 (Política Municipal de Resíduos Sólidos) e ao Decreto Municipal nº 8.852/2021, que disciplina o cadastramento e o controle dos grandes geradores de resíduos.

Não há qualquer menção ao gerenciamento de medicamentos e insumos farmacêuticos sujeitos à logística reversa, tampouco definição de ponto de coleta, armazenamento seguro, fluxo de retirada, registros e evidências documentais, em desacordo com as exigências ambientais e sanitárias aplicáveis.

O regimento também não explicita a obrigatoriedade de comprovação formal dos contratos e licenças referentes à coleta, tratamento e destinação final dos resíduos, aspecto crítico considerando que a legislação municipal veda a destinação desses resíduos em aterro de resíduos domiciliares.

Verifica-se, ainda, a ausência de previsão quanto à manutenção do cadastro municipal do gerador devidamente atualizado e documentado, conforme exigido pelo Decreto Municipal nº 8.852/2021, que é orientado ao controle, rastreabilidade e transparência das informações.

Outro ponto relevante é a inexistência de definição da interface da comissão com a Vigilância em Saúde, o SESMT/Segurança do Trabalho e os setores de Meio Ambiente, integração expressamente exigida pelo regramento municipal e essencial para a gestão integrada dos riscos sanitários, ocupacionais e ambientais.

Adicionalmente, o regimento não prevê verificação periódica da conformidade ambiental da cadeia externa, incluindo transportadores, tratadores e destinadores finais devidamente licenciados, tampouco o arquivamento sistemático das evidências comprobatórias dessas regularidades.

2.19.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado não contempla atividades essenciais, tais como:

- inventário periódico de resíduos por grupos;
- controle e organização do armazenamento externo;
- comprovação documental da destinação final;
- rotina formal de verificação das licenças e regularidade dos prestadores externos junto ao IMASUL;
- produção e arquivamento de evidências mensais (atas, indicadores, relatórios e comprovantes de destinação), conforme exigido pelo Decreto Municipal nº 8.852/2021.

2.20. Da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

2.20.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de regimento apresentada utiliza de forma alternada e imprecisa as expressões “Comissão Multiprofissional” e “Equipe Multiprofissional”, em desacordo com a padronização normativa estabelecida pela RDC Anvisa nº 63/2000, que reconhece formalmente apenas a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) como estrutura assistencial obrigatória.

Além da inconsistência terminológica, o texto atribui à EMTN competências que extrapolam seu caráter legalmente definido, utilizando verbos como *indicar*, *modificar* e *garantir prescrição*, o que conflita diretamente com a legislação sanitária vigente, com os códigos de ética profissional e com a própria RDC nº 63/2000, a qual delimita a atuação da EMTN como avaliativa, consultiva e recomendatória, vedando ingerência direta sobre atos privativos de prescrição médica.

Verifica-se, ainda, sobreposição funcional e hierárquica entre as figuras de *presidente eleito* e *coordenador clínico médico*, sem definição clara de autoridade técnica, fluxo decisório ou subordinação, o que compromete a governança da equipe e a segurança assistencial.

O regimento prevê mandato anual, contudo não estabelece critérios de vacância, regras de substituição, hipóteses de desligamento funcional ou procedimentos formais para recomposição da equipe, revelando fragilidade normativa e ausência de previsibilidade administrativa.

2.20.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado mistura ações de implantação institucional com atividades rotineiras da assistência, sem distinção entre fases, maturidade do serviço ou marcos de consolidação.

Os prazos são descritos de forma genérica, com utilização de termos como “*constante*”, sem definição de indicadores, metas, pontos de controle ou marcos de avaliação, comprometendo a análise de exequibilidade, monitoramento e mensuração de resultados.

Tal estrutura demonstra inconsistência na lógica operacional e fragilidade no planejamento das ações da EMTN no contexto de um hospital regional de referência.

2.21. Da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias

2.21.1. Proposta de Regimento da Comissão

O regimento apresentado não estabelece vinculação com o Plano Municipal de Saúde, tampouco com a Rede de Atenção à Saúde, deixando de demonstrar alinhamento com as diretrizes assistenciais e organizacionais do sistema público de saúde no qual a unidade está inserida.

Observa-se, ainda, a centralização de decisões técnicas e operacionais relativas à escolha de produtos e definição de condutas assistenciais no âmbito da comissão, o que pode gerar conflito com a autonomia médica, com os protocolos clínico-assistenciais institucionais, com os processos formais de padronização e aquisição de materiais e com os fluxos administrativos da Secretaria Municipal de Saúde, fragilizando a governança assistencial e administrativa.

O regimento não apresenta menções explícitas à articulação institucional com instâncias essenciais, tais como o Núcleo de Segurança do Paciente (NQSP), a Comissão

de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), a Educação Permanente/Educação Continuada e a Comissão de Padronização de Materiais, o que compromete a integração das ações, a gestão de riscos assistenciais e a padronização segura de insumos.

Para fins de controle externo e atendimento às exigências editalícias, também se verifica que o caráter permanente da comissão não está formalmente vinculado a portaria municipal ou resolução da Secretaria Municipal de Saúde, fragilizando sua institucionalização, legitimidade normativa e sustentabilidade ao longo da execução contratual.

2.21.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresenta atribuição genérica de responsabilidades, ao indicar a execução das atividades como de responsabilidade de “todos”, sem definição clara de áreas técnicas, lideranças ou responsáveis diretos, o que compromete a rastreabilidade, o monitoramento e a responsabilização das ações.

Além disso, não são estabelecidas metas mensuráveis, indicadores de desempenho ou critérios objetivos de avaliação de resultados, tampouco se explicita qualquer vinculação, ainda que indireta, com planejamento orçamentário, aspecto essencial para viabilizar a execução das ações propostas, especialmente em um hospital de médio e grande porte.

2.22. Do manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares; Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital; e Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte

Apresentado às folhas 517, o “manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares” apresentado limita-se à descrição do funcionamento do Serviço Social e às rotinas internas do setor, sem detalhamento adequado das formas de recepção, dos fluxos de acolhimento inicial, nem da estrutura de apoio psicossocial aos usuários e familiares ao longo do cuidado. A abordagem do apoio psicossocial é superficial e não contempla estratégias, fluxos, interfaces multiprofissionais ou diretrizes de atuação contínua.

2.23. Da Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários

A proponente apresentou proposta de visitas com apenas um horário diário, com duração de 02 (duas) horas, permitindo 02 (dois) visitantes por paciente, sendo apenas 01 (um) por vez, tanto para Enfermarias quanto para UTI. Tal proposta não atende ao disposto no edital, que exige a promoção de visita ampliada e flexível, com no mínimo dois ou mais horários diários, totalizando duração mínima de 04 (quatro) horas por dia, aplicável às Enfermarias e à UTI.

Adicionalmente, não foram apresentadas medidas de controle de risco relacionadas às visitas, tais como critérios de elegibilidade, orientações de biossegurança, fluxos diferenciados, uso de EPIs, controle de circulação, restrições sanitárias, protocolos para pacientes imunossuprimidos ou situações epidemiológicas específicas.

Dessa forma, o item não atende aos requisitos editalícios, tanto no que se refere à ampliação e flexibilização das visitas quanto à definição de medidas de mitigação de riscos assistenciais e sanitários, não fazendo jus à pontuação prevista.

2.24. Da proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes

A proponente apresentou o Manual de Informação ao Usuário e o Modelo de Manual de Direitos e Deveres do Paciente, documentos cujo conteúdo não corresponde ao escopo exigido no edital para este item. Os materiais apresentados possuem caráter informativo geral e não estabelecem orientações operacionais específicas quanto às formas de acomodação, permanência e conduta dos acompanhantes no ambiente hospitalar.

Ademais, não há previsão expressa que assegure a presença de acompanhantes para crianças, adolescentes e povos indígenas, conforme legislação vigente, tampouco a garantia do direito da parturiente à presença de acompanhante de livre escolha durante o pré-parto, trabalho de parto e pós-parto, direito legalmente assegurado.

Dessa forma, o conteúdo apresentado não atende ao solicitado no edital, por não contemplar as diretrizes legais e operacionais exigidas, não fazendo jus à pontuação prevista para o item.

2.25. Da proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização

A proponente não apresentou proposta de implantação do serviço humanizado de atendimento ao usuário, limitando-se a um descritivo conceitual da Política Nacional de Humanização. Não foram definidos modelo operacional, estrutura de governança,

constituição e funcionamento do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), tampouco fluxos, responsabilidades, indicadores, metas ou mecanismos de monitoramento das ações propostas.

A ausência de operacionalização do GTH e de diretrizes práticas para execução das ações de humanização compromete a exequibilidade da proposta, não atendendo ao que é exigido pelo edital.

2.26. Da proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas

A proposta apresentada demonstra fragilidade metodológica e conceitual, pois concentra-se predominantemente em medir a satisfação, sem estruturar de forma clara o uso dos resultados, nem as ações preventivas e corretivas decorrentes dos achados. Os objetivos gerais e específicos são repetitivos e divergentes, indicando reaproveitamento de texto sem adequada adaptação ao contexto do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Observa-se inconsistência na definição do responsável pela coleta, ora atribuída ao SAU, ora à Enfermagem ou a colaborador específico, contrariando boas práticas de pesquisa de satisfação, que recomendam padronização e neutralidade do coletor. A metodologia de coleta e de análise não está claramente definida; embora mencione análise qualitativa, o texto direciona-se à formação de ranking interno, destoando da finalidade de melhoria contínua da assistência.

Não foram apresentados indicadores objetivos, tampouco critérios estruturados de classificação das manifestações. Apesar de mencionar prazo de resposta para queixas graves, inexistente definição de SLA para demais tipos de manifestações, bem como critérios de categorização, priorização e tratamento das demandas.

2.27. Da apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo

A proponente não atendeu à exigência mínima de composição da estrutura diretiva, conforme previsto de forma expressa e vinculante na Matriz de Avaliação (Anexo IV do Edital).

O edital estabelece que, quanto à Estrutura Diretiva das Unidades, deverá ser apresentado organograma do hospital até o terceiro nível, sendo obrigatória, nos dois primeiros níveis hierárquicos, a indicação dos seguintes cargos: Diretor Geral, Diretor Técnico,

Diretor Administrativo e/ou Financeiro e Diretor de Enfermagem, com a identificação nominal dos profissionais e declaração da organização social com a ciência do indicado.

Entretanto, conforme se verifica às fls. 612 do volume I do projeto técnico apresentado pelo IDEAS, a estrutura proposta contempla apenas: Diretor Geral, Coordenação do Núcleo de Educação, Coordenador Técnico Médico (Responsável Técnico), Coordenador Técnico de Enfermagem (Responsável Técnico) e Coordenador Administrativo. Observa-se, portanto, a substituição indevida de cargos diretivos por funções de coordenação, o que não é admitido pelo edital, que utiliza o verbo “deverá”, afastando qualquer interpretação discricionária ou facultativa.

Ressalte-se, ainda, que, em hospital de porte regional, **a existência de Diretor Técnico é obrigatória**, nos termos das normas do Conselho Federal de Medicina, notadamente o Decreto nº 20.931/1932, a Lei nº 6.839/1980, a Resolução CFM nº 2.147/2016 e o Parecer CFM nº 33/2018, que atribuem ao Diretor Técnico Médico a responsabilidade pela supervisão e coordenação dos serviços assistenciais e técnicos do hospital. A ausência dessa figura compromete a conformidade legal e a governança assistencial da unidade.

Dessa forma, a estrutura diretiva apresentada não atende ao edital nem às normas de regência da atividade hospitalar, inviabilizando a avaliação positiva do critério.

Diante do descumprimento expresso da exigência editalícia quanto à composição mínima da estrutura diretiva, bem como da ausência da figura obrigatória do Diretor Técnico, o item não atende ao previsto na Matriz de Avaliação, razão pela qual não deve ser pontuado.

2.28. Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva)

O projeto técnico não apresenta os elementos mínimos necessários para a adequada estruturação e funcionamento do serviço de manutenção predial. Verifica-se a ausência de definição organizacional das atividades de Manutenção Preventiva e Corretiva, abrangendo os sistemas predial, elétrico e hidráulico da unidade, bem como a inexistência de Cronograma de Manutenção Preventiva, com periodicidade, responsabilidades e ações claramente estabelecidas.

Adicionalmente, não foi apresentado modelo de gestão de ordens de serviço, tampouco critérios objetivos de avaliação de desempenho, indicadores ou mecanismos de controle que permitam o monitoramento, a rastreabilidade e a melhoria contínua das atividades de manutenção. Essas lacunas comprometem a governança do serviço, a confiabilidade da infraestrutura hospitalar e a segurança operacional da unidade.

Diante da ausência de normas operacionais, cronograma preventivo, modelo de gestão e indicadores de desempenho, o item não atende às exigências técnicas do edital, sendo considerado tecnicamente insuficiente. Assim, não merece pontuação.

2.29. Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva)

As Normas de Funcionamento e Implantação do Serviço de Engenharia Clínica apresentadas no projeto não contemplam os requisitos técnicos essenciais para a adequada estruturação, planejamento e gestão do parque tecnológico hospitalar.

No que se refere à estruturação do serviço, não foram apresentados os processos de cadastro, inventário e controle dos equipamentos, incluindo critérios de identificação, descrição técnica, localização e classificação dos equipamentos médico-hospitalares conforme o grau de criticidade, elementos indispensáveis para a gestão segura e eficiente dos ativos tecnológicos.

Quanto ao planejamento, inexistente Cronograma de Manutenção Preventiva Programada, contemplando calibrações, testes de segurança elétrica, manutenções periódicas e processos de qualificação, com definição de periodicidade conforme recomendações dos fabricantes e a legislação vigente. Também não foram estabelecidos critérios técnicos para recebimento, verificação, aceitação técnica e instalação de equipamentos, etapas fundamentais para assegurar a conformidade regulatória, a segurança assistencial e o desempenho dos dispositivos médico-hospitalares.

Adicionalmente, não foi apresentado modelo de gestão de ordens de serviço, tampouco diretrizes relacionadas à gestão da incorporação tecnológica, aos processos de melhoria contínua, bem como aos critérios objetivos para descontinuidade, substituição ou desativação de equipamentos.

Por fim, não há qualquer referência à implantação de sistema informatizado específico para a gestão da Engenharia Clínica, o que compromete o controle, a rastreabilidade, o acompanhamento do ciclo de vida dos equipamentos e a governança do parque tecnológico da unidade.

2.30. Dos critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição

O projeto técnico não define de forma clara, específica e objetiva os critérios técnicos, operacionais e administrativos para a contratação de serviços terceirizados

ou para a constituição de equipe própria destinada à execução dos serviços de limpeza, vigilância patrimonial e cozinha/nutrição.

Não foram devidamente estabelecidos os requisitos de qualificação técnica, o escopo detalhado dos serviços, as responsabilidades das partes envolvidas, tampouco os mecanismos de controle, acompanhamento, avaliação de desempenho e verificação de conformidade com a legislação vigente e com as necessidades operacionais do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN).

Adicionalmente, os critérios apresentados fazem referência a outras unidades hospitalares, evidenciando o reaproveitamento de material e a ausência de adequação às especificidades do HRDJSN, em desacordo com o solicitado no edital.

Dessa forma, o item não atende às exigências editalícias e não merece pontuação.

2.31. Da proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários

A proponente apresentou Plano de Cargos, Carreiras e Salários elaborado especificamente para o **Complexo Hospitalar Leste (CHL)**, unidade absolutamente estranha ao objeto do presente edital, que trata do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, possuidor de perfil assistencial, porte, complexidade e diretrizes operacionais distintos.

Verifica-se que o referido plano não foi adaptado às características organizacionais, assistenciais e funcionais do HRDJSN, configurando evidente reaproveitamento de material de outro certame, sem a necessária customização exigida pelo edital. Tal inadequação compromete a avaliação da compatibilidade da proposta com a realidade operacional da unidade objeto do chamamento.

Ademais, a estrutura salarial apresentada (p. 888) demonstra inconsistências internas, uma vez que os níveis de progressão e faixas remuneratórias não guardam correspondência com o organograma proposto, tampouco com as diretrizes de dimensionamento, composição da força de trabalho e política de pessoal previstas no edital.

A ausência de alinhamento entre o Plano de Cargos e Carreiras, o organograma institucional e as exigências editalícias evidencia fragilidade técnica da proposta, além de inviabilizar a aferição da coerência entre estrutura organizacional, custos de pessoal e modelo de gestão pretendido.

Diante do exposto, conclui-se que o item não atende aos requisitos do edital, por se tratar de proposta genérica, não aderente ao perfil do HRDJSN e baseada em parâmetros de unidade diversa, razão pela qual não merece pontuação.

2.32. Apresentar roteiro contendo planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos acima descritos

A proponente não atendeu ao disposto no item 2.32 do edital, uma vez que apresentou apenas uma planilha no formato 5W2H, contendo ações pontuais a serem monitoradas durante a implantação, sem, contudo, caracterizar o roteiro de planejamento exigido.

O documento apresentado não contempla, de forma estruturada e integrada, o planejamento dos projetos, tampouco apresenta cronograma de execução detalhado, objetivos claramente definidos, metas mensuráveis, estratégias de implantação e resultados esperados, conforme expressamente requerido pelo edital.

Ressalta-se que a metodologia 5W2H, embora seja ferramenta auxiliar de gestão, não substitui o planejamento técnico-operacional completo exigido, especialmente em projetos de alta complexidade hospitalar, nos quais se impõe a definição de fases, responsáveis, marcos de entrega, indicadores de desempenho e critérios de avaliação de resultados.

Diante da ausência dos elementos mínimos exigidos no item 2.32, conclui-se que a documentação apresentada é insuficiente e não aderente ao edital, razão pela qual o item não deve ser pontuado.

2.33. Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)

Embora o IDEAS tenha apresentado documentos pessoais e currículos de profissionais indicados, não houve a vinculação formal de cada profissional a cargo diretivo específico, tampouco a apresentação da declaração da organização social com a ciência expressa dos indicados, conforme exigido pela Matriz de Avaliação.

O Anexo IV do Edital é claro ao estabelecer que, para fins de pontuação da Estrutura Diretiva, é obrigatória a indicação dos profissionais que ocuparão os cargos dos dois primeiros níveis hierárquicos do organograma - Diretor Geral, Diretor Técnico, Diretor

Administrativo e/ou Financeiro e Diretor de Enfermagem - mediante declaração formal da organização social, com a ciência do profissional indicado.

A ausência dessas declarações impede a comprovação da efetiva designação dos profissionais para os cargos diretivos exigidos, bem como inviabiliza a verificação da aderência entre formação, experiência e função a ser exercida.

Dessa forma, não restando atendidos os requisitos formais e objetivos previstos na Matriz de Avaliação, conclui-se que nenhum dos profissionais apresentados faz jus à pontuação, devendo o item ser integralmente desconsiderado para fins de avaliação.

2.34. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II

Não foi localizada comprovação de experiência da entidade em gestão de serviços hospitalares com capacidade instalada a partir de 100 (cem) leitos de internação com acreditação ONA Nível II, conforme exigido no item avaliativo.

A documentação apresentada limita-se à comprovação de acreditação ONA Nível I, a qual não atende ao critério específico previsto na Matriz de Avaliação para pontuação referente à acreditação ONA II.

Dessa forma, por não comprovar o requisito objetivo estabelecido, o item não deve ser pontuado.

2.35. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III

Não foi localizada comprovação de experiência da entidade em gestão de serviços hospitalares com capacidade instalada a partir de 100 (cem) leitos de internação com acreditação ONA Nível III, conforme exigido na Matriz de Avaliação.

A documentação apresentada restringe-se à comprovação de acreditação ONA Nível I, inexistindo evidência de certificação do nível III, requisito específico para fins de pontuação deste item.

Assim, por não atender ao critério objetivo estabelecido, o item não merece pontuação.

2.36. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde

Não foi localizada, na documentação apresentada, comprovação de experiência da entidade na gestão de serviços hospitalares com adoção e utilização de Metodologia de Valor em Saúde, conforme exigido pela Matriz de Avaliação. Dessa forma, o critério não foi atendido, razão pela qual não deve ser pontuado.

2.37. Conclusão

Diante da análise minuciosa, técnica e integral do Projeto Técnico apresentado pelo **Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde - IDEAS**, à luz das exigências estabelecidas no Edital de Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS, especialmente da Matriz de Avaliação constante do Anexo IV, restou evidenciado que a proposta apresentada apresenta inúmeras inconsistências, lacunas, inadequações técnicas, normativas e operacionais, bem como descumprimentos objetivos de requisitos obrigatórios, conforme detalhadamente demonstrado nos itens anteriores.

Em razão das falhas apontadas, a proposta técnica do IDEAS alcança a pontuação total de apenas **59 (cinquenta e nove) pontos**, resultado significativamente inferior aos parâmetros mínimos estabelecidos no instrumento convocatório.

O Edital é expresso e vinculante ao dispor, em seu item 5.4.5, que:

“Será desclassificada a proponente cuja Proposta Técnica não atingir uma pontuação total mínima de 126 pontos e não alcançar 70% do total possível em cada um dos critérios: Atividade, Qualidade, Técnica e Experiência de Gestão.”

No caso concreto, além de não atingir a pontuação mínima global de 126 pontos, a proposta do IDEAS também não alcança o percentual mínimo de 70% em diversos critérios avaliativos, notadamente nos eixos de Qualidade, Técnica e Experiência de Gestão, o que, por si só, já enseja sua desclassificação, independentemente da pontuação total obtida.

Assim, à luz do princípio da vinculação ao instrumento convocatório, da isonomia entre os participantes, da legalidade administrativa e da segurança jurídica, conclui-se que a proposta técnica apresentada pelo IDEAS não atende às exigências mínimas estabelecidas pelo edital, sendo imperativa a sua desclassificação, nos exatos termos do item 5.4.5 do Edital de Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS.

Para fins de transparência e conferência, abaixo segue a Matriz de Avaliação consolidada do Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS, com a respectiva pontuação atribuída por critério:

TÍTULO	PROJETO TÉCNICO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
	Numerada sequencialmente, da primeira à última folha (incluindo os anexos).	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.1. do Edital	Sumário, relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	p. 6 (Volume I)
	Rubricada.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.2. do Edital	Deverá seguir o disposto no Anexo III – Roteiro para elaboração da proposta técnica.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.2.1. do Edital	a) Conhece as leis e normas jurídicas que respaldam o presente procedimento de parceria, que obedecerá aos princípios e a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS e respeitará o caráter público Hospital, conforme Anexo IX - Modelo de Declaração de Prestação de Serviços em conformidade com a Proposta de Trabalho.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	p. 2 (Volume I)

TÍTULO	ITEM A - ATIVIDADE	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
IMPLANTAÇÃO DE FLUXO A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e o entendimento do fluxo de acordo com a infraestrutura do hospital.	Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas.	2	0	p. 22 (Volume I)
	Fluxo para registro de documentos de usuários e administração.	1	0	p. 37 (Volume I)
	Fluxo para materiais esterilizados.	1	1	p. 47 (Volume I)
	Fluxo para processamento de roupas.	1	0	p. 58 (Volume I)
	Fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores).	1	0	p. 69 (Volume I)
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	Proposta para Regimento Interno do Hospital.	4	0	p. 81, 612, 95, 100 (Volume I)
	Proposta para logística de suprimento.	4	4	p. 102 (Volume I)
	Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.	4	0	p. 117 (Volume I)
	Cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.	6	0	p. 134 (Volume I)

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas para faturamento de procedimentos.	2	2	p. 165 (Volume I)
	Apresentação de manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade.	2	2	p. 173 (Volume I)
	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas dos setores de Almoxarifado, Compras, Serviço de Arquivo Médico (SAME), Farmácia, Manutenção, Patrimônio e Tecnologia de Informação.	4	2	p. 183 (Volume I)
	Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas.	2	2	p. 265 (Volume I)
	Apresentação dos seguintes Procedimentos Operacionais Padrão (POP) ² (1,0 pontos para cada POP) .	24	0	p. 270 (Volume I) e p. 198 (Volume II)
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "A"		58	13	

TÍTULO	ITEM B – QUALIDADE QUALIDADE OBJETIVA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 422 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 433 (Volume I)
Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar	Proposta de Regimento da Comissão.	1,5	0	p. 434 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	1,5	0	p. 450 (Volume I)
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 451 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 455 (Volume I)
Comissão de Verificação de Óbitos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 457 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 461 (Volume I)
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 463 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	p. 470 (Volume I)

Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 471 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 474 (Volume I)
Núcleo de Segurança do Paciente	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 475 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	p. 478 (Volume I)
Comissão de Gerenciamento de Riscos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 480 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 484 (Volume I)
Comitê Transfusional	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 486 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 490 (Volume I)
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 491 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 497 (Volume I)
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 499 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 503 (Volume I)
Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 504 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 508 (Volume I)
Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 509 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	p. 515 (Volume I)
SUBTOTAL QUALIDADE OBJETIVA		18	0	

TÍTULO	ITEM B – QUALIDADE QUALIDADE SUBJETIVA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
--------	--	------------------	----------------	------

QUALIDADE DO ATENDIMENTO / ACOLHIMENTO	Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares; Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital; Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte.	4	3	p. 517 (Volume I)
	Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.	2	0	p. 552 (Volume I)
	Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes.	2	0	p. 556 (Volume I)
	Proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização.	2	0	p. 574 (Volume I)
	Proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas.	2	0	p. 595 (Volume I)
SUBTOTAL QUALIDADE SUBJETIVA		12	3	
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "B"		30	3	

TÍTULO	ITEM C - TÉCNICA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL	Apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo.	2	0	p. 612 (Volume I)
IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR	Apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso).	3	3	p. 628 (Volume I)
	Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário.	2	2	p. 632 (Volume I)
IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	Normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional.	1	1	p. 639 (Volume I)
	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva).	2	0	p. 653 (Volume I)

	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva).	2	0	p. 656 (Volume I)
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores.	3	0	p. 660 (Volume I)
	Critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição.	2	0	p. 665 (Volume I)
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular.	2	2	p. 05 (Volume II)
CIÊNCIA E TECNOLOGIA	Apresentação de projeto de Tecnologia da Informação, descrição do sistema de gerenciamento eletrônico e sua relação com os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, com vistas à melhoria dos registros quali-quantitativos de produção, do atendimento ao usuário e de controle gerencial da Unidade.	5	5	p. 744 (Volume I)
POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção.	2	2	p. 770 (Volume I)
	Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	2	2	p. 815 (Volume I)
	Apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades.	2	2	p. 821 (Volume I)
	Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.	2	2	p. 849 (Volume I)
	Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários.	3	0	p. 887 (Volume I)
DESCRIPTIVO DO PROJETO	Apresentar roteiro contendo planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos acima descritos.	6	0	p. 913 (Volume I)
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "C"		41	21	

TÍTULO	ITEM D - DA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	Comprovação, <u>pela entidade</u> , de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2	2	p. 1663 (Volume II)
		2	2	p. 1770 (Volume II)
		2	2	p. 1802 (Volume II)

		2	2	p. 1821 (Volume II)
	Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva , de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos , podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2	0	p. 2597 até 2747 (Volume II)
		2	0	
		2	0	
		2	0	
	Comprovação, pela entidade , de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h (cada certidão somará 2,50 pontos , podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2,5	2,5	p. 1663 (Volume II)
		2,5	2,5	p. 1770 (Volume II)
		2,5	2,5	p. 1802 (Volume II)
		2,5	2,5	p. 1821 (Volume II)
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE COM ACREDITAÇÃO ONA	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA I.	4	4	p. 953 a 955 (Volume II)
	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II.	6	0	NÃO SE APLICA
	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III.	8	0	NÃO SE APLICA
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS COM METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde.	7	0	NÃO SE APLICA
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "D"		51	22	

TOTAL GERAL DE PONTOS DA PROPOSTA TÉCNICA (A + B + C + D)	180	59	
--	------------	-----------	--

3. DO INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC

Após análise integral da documentação de habilitação apresentada pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, à luz das exigências previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS e de seus anexos, procedeu-se à verificação da regularidade formal e material dos documentos apresentados no Envelope 01 – Documentação de Habilitação.

Da análise criteriosa dos documentos apresentados, foram identificadas irregularidades relevantes e descumprimentos expressos às exigências editalícias, os quais comprometem a regularidade da habilitação da entidade e a sua aptidão jurídica para prosseguimento no certame.

As inconformidades constatadas envolvem, entre outros aspectos, a ausência de documentos obrigatórios, a invalidade jurídica de declarações apresentadas, bem como inconsistências na comprovação de regularidade trabalhista, em afronta direta às disposições do edital e à legislação aplicável, conforme será demonstrado de forma objetiva, técnica e fundamentada nos itens a seguir.

3.1. Da necessidade de desclassificação imediata do ISAC

Antes de adentrar à análise do mérito do Projeto Técnico apresentado pelo Instituto Saúde e Cidadania – ISAC, impõe-se o reconhecimento de vício insanável que, por si só, enseja a desclassificação sumária da proponente, nos termos expressos do Edital de Chamamento Público nº 001/2025–SES/MS.

O instrumento convocatório é categórico ao dispor:

“5.4.4. A inclusão de qualquer documento da PROPOSTA FINANCEIRA, no envelope da PROPOSTA TÉCNICA, acarretará a desclassificação sumária da proponente do certame.” (Grifo Nosso)

No entanto, verifica-se que o ISAC, no segundo arquivo apresentado na fase de Proposta Técnica (Fase 2), anexou às fls. 07 documento contendo dimensionamento de recursos humanos acompanhado de valores financeiros, informação esta de natureza inequivocamente financeira.

É incontroverso que o edital exige a apresentação do dimensionamento de pessoal na Proposta Técnica, exclusivamente para fins de avaliação da estrutura organizacional e da viabilidade operacional. Todavia, a inclusão de valores monetários, custos ou qualquer dado financeiro é expressamente vedada nesta fase, por constituir conteúdo próprio e exclusivo da Proposta Financeira (Fase 3).

A inserção de valores no dimensionamento de recursos humanos configura, portanto, antecipação indevida de informações financeiras, violando frontalmente a regra editalícia que visa preservar a lisura do certame, a isonomia entre os concorrentes e a segregação das fases de julgamento.

Nos termos do item 5.4.4 do Edital, a consequência jurídica para tal conduta é objetiva, automática e vinculada, não comportando juízo discricionário da Comissão, impondo-se a desclassificação imediata do ISAC, independentemente da análise dos demais aspectos técnicos do projeto apresentado.

Dessa forma, resta configurado o descumprimento direto e expresso do edital, motivo pelo qual o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC deve ser sumariamente desclassificado do certame, com o consequente afastamento de sua proposta das fases subsequentes de avaliação.

3.2. *Dos fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas*

A implantação dos fluxos operacionais não foi apresentada de forma clara, sistematizada e estruturada, comprometendo a compreensão do modelo de funcionamento proposto para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN.

Não foram descritos os acessos físicos da unidade, inexistindo informações quanto ao quantitativo de acessos externos, portarias e estacionamentos, localização perimetral, caracterização funcional dos acessos, bem como dias e horários de funcionamento. Tampouco foram apresentados os mecanismos de controle de acesso a serem adotados, sejam eles por meio de barreiras físicas, sistemas eletrônicos ou controle realizado por recursos humanos.

Observa-se, ainda, a ausência de definição dos fluxos específicos de acesso e circulação de profissionais médicos, visitantes administrativos e terceiros, bem como dos respectivos procedimentos de identificação, registro, autorização e controle de entrada e permanência de usuários, colaboradores, visitantes e fornecedores. Não há qualquer referência à estruturação ou contratação de serviços de Controle de Acesso e Segurança Patrimonial.

O projeto também não contempla diretrizes ou procedimentos relacionados ao controle da entrada, circulação interna e saída de bens materiais e equipamentos pertencentes ao HRDJSN, tampouco estabelece critérios de responsabilização patrimonial. Da mesma forma, não foram definidos os fluxos, critérios e responsabilidades para liberação de altas hospitalares, especialmente no que se refere a recém-nascidos (RN) e menores de idade, inexistindo critérios formais para autorização e controle dessas altas.

Adicionalmente, não foram descritos os critérios de identificação, cadastro, controle e liberação de acesso de fornecedores, reforçando a ausência de padronização e governança dos processos operacionais.

Destaca-se, por fim, a inexistência da apresentação do Fluxo de Atendimento de Urgência e Emergência, incluindo a definição dos procedimentos assistenciais, critérios de registro, organização dos atendimentos e metodologia de classificação de risco dos pacientes, elemento essencial para a segurança assistencial e organização do fluxo hospitalar.

O texto apresentado revela-se confuso e fragmentado, abordando temas relacionados a acessos e fluxos de forma desconexa, sem padronização técnica e sem correlação lógica entre os processos descritos.

Diante da ausência de definição dos acessos, dos mecanismos de controle, dos fluxos diferenciados por perfil de usuário, dos procedimentos de segurança patrimonial, do controle de bens, das regras para altas hospitalares e do atendimento de urgência e emergência, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, comprometendo a avaliação da viabilidade operacional, da segurança assistencial e da conformidade normativa do empreendimento.

3.3. Dos Fluxo para registro de documentos de usuários e administração

O fluxo apresentado limita-se à menção genérica ao “descarte de documentos após o período legal de retenção”, sem qualquer detalhamento dos procedimentos, critérios, responsabilidades, fluxos decisórios ou instâncias de autorização envolvidos no processo de gestão documental.

Ressalta-se que a gestão, guarda, digitalização, preservação, sigilo, temporalidade e eliminação de documentos em saúde devem observar rigorosamente a legislação vigente, notadamente a Lei Federal nº 8.159/1991, a Resolução CFM nº 1.821/2007 (e suas atualizações) e a Lei nº 13.787/2018, que estabelecem diretrizes específicas para o tratamento de prontuários e documentos assistenciais e administrativos.

Destaca-se, ainda, que a eliminação de documentos não pode ocorrer de forma automática ou discricionária, devendo ser previamente autorizada e conduzida conforme normas e diretrizes da autoridade competente responsável pela unidade hospitalar, no caso, a Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, o que não foi contemplado no projeto apresentado.

A ausência de definição dos fluxos operacionais, dos critérios de guarda e descarte, das responsabilidades institucionais e dos mecanismos de autorização compromete a conformidade normativa, a segurança jurídica e a governança do processo de gestão documental, não atendendo às exigências editalícias para o item avaliado.

3.4. Do fluxo para processamento de roupas

O Fluxo de Processamento de Roupas apresentado no projeto pressupõe a higienização do enxoval hospitalar fora das dependências do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), nas instalações do contratado, conforme evidenciado pela previsão de transporte de roupas por meio de veículos motorizados. Tal abordagem caracteriza a utilização de lavanderia externa, o que se mostra incoerente com o objeto do Edital, uma vez que a lavanderia do HRDJSN é de natureza interna e deve ser operada nas próprias dependências da unidade hospitalar.

Adicionalmente, o projeto não descreve o fluxo de processamento do enxoval hospitalar em conformidade com a RDC ANVISA nº 06/2012, deixando de demonstrar a organização física e funcional da lavanderia interna, com a segregação obrigatória entre áreas suja e limpa, nem apresenta o encadeamento técnico das etapas do processo.

Não foram descritas, de forma sistematizada, as etapas essenciais do processamento do enxoval, tais como: coleta interna, transporte interno, separação, lavagem, desinfecção, secagem, passadoria, dobra, armazenamento e redistribuição, tampouco os critérios de biossegurança, controle de infecção e prevenção de contaminação cruzada.

Ressalta-se, ainda, que na página 153 do projeto é atribuída à equipe assistencial a responsabilidade pelo armazenamento, transporte e distribuição de roupa limpa, o que se mostra tecnicamente inadequado e incompatível com as boas práticas de gestão hospitalar, uma vez que tais atividades devem ser executadas por equipe específica da lavanderia ou apoio operacional, a fim de mitigar riscos sanitários e preservar a segurança assistencial.

A ausência de definição do fluxo interno de processamento do enxoval, o descumprimento da RDC ANVISA nº 06/2012, a incongruência entre o modelo proposto e a estrutura existente da unidade, bem como a atribuição indevida de responsabilidades à equipe assistencial, comprometem a avaliação da conformidade do projeto com os requisitos operacionais, sanitários e de biossegurança aplicáveis.

Trata-se de processo crítico para a segurança assistencial em ambiente hospitalar, cuja caracterização inadequada torna o projeto incompleto e tecnicamente inconsistente, não atendendo às exigências editalícias nem às boas práticas de gestão hospitalar.

3.5. Do fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores)

Da análise do Projeto Técnico, verifica-se a existência de lacunas significativas no que se refere ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, evidenciando o não atendimento aos requisitos mínimos estabelecidos pela legislação sanitária e ambiental vigente.

O projeto não apresenta a descrição do Fluxo de Manejo de Resíduos, tampouco a classificação dos resíduos conforme os critérios definidos pela RDC ANVISA nº 222/2018 e pela Resolução CONAMA nº 358/2005, o que compromete a compreensão do modelo proposto e inviabiliza a adequada avaliação da conformidade técnica, sanitária e ambiental da proposta.

Destaca-se, de forma crítica, a ausência de detalhamento das etapas de coleta externa, tratamento e destinação final dos resíduos, elementos indispensáveis para a verificação da regularidade legal, da rastreabilidade dos resíduos gerados e da segurança ambiental do processo. A omissão dessas etapas torna o projeto incompleto, uma vez que impede a análise da adequação dos procedimentos adotados após a segregação e o armazenamento interno dos resíduos.

Observa-se, ainda, a utilização de normativos revogados, notadamente a Resolução CONAMA nº 283/2001 e a RDC ANVISA nº 306/2004 (páginas 171 e 175), em desconformidade com o arcabouço normativo atualmente vigente. Soma-se a isso a ausência de definição clara das responsabilidades técnicas e operacionais relacionadas ao gerenciamento dos resíduos, o que reforça a fragilidade do conteúdo apresentado e não transmite segurança quanto ao domínio técnico e ao conhecimento da Organização Social de Saúde (OSS) acerca do manejo adequado dos resíduos de serviços de saúde.

Dessa forma, conclui-se que o projeto, no formato apresentado, não demonstra capacidade técnica suficiente para assegurar o gerenciamento seguro, legal e ambientalmente adequado dos resíduos gerados pela unidade. Mostra-se imprescindível a revisão e complementação integral do conteúdo, com a descrição detalhada de todas as etapas do processo, a atualização das referências normativas e a adequação às exigências legais aplicáveis, como condição para nova análise técnica.

3.6. Do fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores)

Da análise do Projeto Técnico, verifica-se a existência de lacunas significativas no que se refere ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, evidenciando o não atendimento aos requisitos mínimos estabelecidos pela legislação sanitária e ambiental vigente.

O projeto não apresenta a descrição do Fluxo de Manejo de Resíduos, tampouco a classificação dos resíduos conforme os critérios definidos pela RDC ANVISA nº 222/2018 e pela Resolução CONAMA nº 358/2005, o que compromete a compreensão do modelo proposto e inviabiliza a adequada avaliação da conformidade técnica, sanitária e ambiental da proposta.

Destaca-se, de forma crítica, a ausência de detalhamento das etapas de coleta externa, tratamento e destinação final dos resíduos, elementos indispensáveis para a verificação da regularidade legal, da rastreabilidade dos resíduos gerados e da segurança ambiental do processo. A omissão dessas etapas torna o projeto incompleto, uma vez que impede a análise da adequação dos procedimentos adotados após a segregação e o armazenamento interno dos resíduos.

Observa-se, ainda, a utilização de normativos revogados, notadamente a Resolução CONAMA nº 283/2001 e a RDC ANVISA nº 306/2004 (páginas 171 e 175), em desconformidade com o arcabouço normativo atualmente vigente. Soma-se a isso a ausência de definição clara das responsabilidades técnicas e operacionais relacionadas ao gerenciamento dos resíduos, o que reforça a fragilidade do conteúdo apresentado e não transmite segurança quanto ao domínio técnico e ao conhecimento da Organização Social de Saúde (OSS) acerca do manejo adequado dos resíduos de serviços de saúde.

Dessa forma, conclui-se que o projeto, no formato apresentado, não demonstra capacidade técnica suficiente para assegurar o gerenciamento seguro, legal e ambientalmente adequado dos resíduos gerados pela unidade. Mostra-se imprescindível a revisão e complementação integral do conteúdo, com a descrição detalhada de todas as etapas do processo, a atualização das referências normativas e a adequação às exigências legais aplicáveis, como condição para nova análise técnica.

3.7. Da proposta para Regimento Interno do Hospital

A proposta de Regimento Interno apresentada evidencia inconsistências relevantes em relação à estrutura organizacional descrita e ao organograma proposto no Projeto Técnico, comprometendo a coerência e a aderência da proposta às exigências editalícias.

Verifica-se que a estrutura organizacional apresentada nos níveis estratégico e tático (p. 176) diverge substancialmente do organograma constante do projeto (p. 941), notadamente pela ausência, neste último, da Diretoria Administrativo-Financeira e da Gerência Administrativa, cargos previstos no Regimento Interno. De igual modo, no nível operacional, o organograma indica a existência de uma Coordenação de Recursos Humanos,

função que não encontra qualquer correspondência ou previsão no texto do Regimento Interno, evidenciando falta de alinhamento entre os documentos estruturantes da proposta.

Adicionalmente, no Capítulo II do Regimento Interno, ao tratar da estrutura hierárquica no nível tático (p. 177), é mencionada a figura de uma Gerência de Enfermagem, em desacordo com o disposto no edital, que é expresso ao exigir a existência do cargo de Diretor de Enfermagem. Tal substituição configura descumprimento de exigência formal e objetiva do instrumento convocatório, não sendo admitida interpretação extensiva ou flexibilização desse requisito.

Essas divergências demonstram que a estrutura organizacional prevista no Regimento Interno, que deveria assegurar a governança administrativa, assistencial e decisória do projeto, não corresponde ao organograma e ao quadro de pessoal efetivamente propostos. Considerando que o Regimento Interno constitui o instrumento normativo central de organização administrativa e funcional da unidade hospitalar, sua incompatibilidade com os demais documentos estruturantes compromete a coerência, a consistência técnica e a viabilidade operacional da proposta.

Dessa forma, conclui-se que o Regimento Interno apresentado não atende às exigências editalícias, nem aos critérios de avaliação estabelecidos, razão pela qual o item não merece pontuação.

3.8. *Do cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados*

O cronograma apresentado para a obtenção dos níveis de Acreditação ONA revela-se incompatível com a realidade institucional do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto e insuficiente para fins de pontuação, por não observar o contexto atual da unidade nem atender aos requisitos de detalhamento exigidos pelo edital.

Inicialmente, observa-se que o cronograma prevê prazos excessivamente dilatados, estabelecendo até 24 meses para ONA Nível 1, 36 meses para ONA Nível 2 e 48 meses para ONA Nível 3. Tal previsão desconsidera que o hospital já possui certificação ONA Nível 2, encontrando-se em ciclo de manutenção e recertificação, cujo prazo ordinário é de 12 meses. Nesse contexto, a organização social que assumir a gestão deverá demonstrar domínio dos processos existentes e capacidade de manutenção e aprimoramento dos padrões já certificados, e não tratar a acreditação como implantação inicial.

Adicionalmente, o cronograma prevê a contratação de consultoria externa para diagnóstico inicial, o que evidencia fragilidade na experiência prévia da proponente com

a metodologia ONA, incompatível com a exigência de capacidade gerencial demonstrada por experiências anteriores bem-sucedidas.

Verifica-se, ainda, inconsistência formal na apresentação do cronograma, uma vez que os prazos são apresentados de forma divergente, ora em datas abreviadas (dia/mês), ora por números soltos que sugerem meses, sem padronização ou clareza temporal, o que compromete a compreensão e o monitoramento das etapas.

No que se refere ao conteúdo, o cronograma demonstra ênfase genérica em investimentos tecnológicos e softwares, tanto para ONA Nível 2 quanto para ONA Nível 3, sem correlação direta com as exigências metodológicas específicas da acreditação, como maturidade institucional, gestão por processos, cultura de segurança, evidências acumuladas e melhoria contínua.

Sobretudo, não há detalhamento explícito das metas técnicas, tampouco a descrição das atividades essenciais para a obtenção e manutenção dos níveis de acreditação, tais como:

- plano estruturado de capacitação das equipes;
- cronograma de auditorias internas;
- definição de responsáveis técnicos por eixo da acreditação;
- critérios objetivos de monitoramento e validação das evidências;
- recursos humanos, financeiros e operacionais claramente alocados.

Diante dessas fragilidades, conclui-se que o cronograma apresentado não atende aos requisitos do edital, por ser genérico, desalinhado com o estágio atual de acreditação do hospital e desprovido do detalhamento técnico necessário, não merecendo pontuação no critério avaliado.

3.9. Do cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados

O cronograma apresentado para implantação da Metodologia de Valor em Saúde não evidencia maturidade técnica nem domínio conceitual do modelo DRG, restringindo-se, de forma reducionista, à formação de um “time de codificadores”, o que demonstra compreensão limitada do escopo e da finalidade da metodologia.

A proposta desconsidera que o principal objetivo do Valor em Saúde no contexto do SUS é a melhoria da segurança assistencial, a redução de eventos adversos, a

qualificação da experiência do paciente, o aumento da resolutividade clínica e o uso mais eficiente dos recursos públicos, e não apenas a codificação administrativa de internações.

No modelo DRG, a qualidade da informação no momento da admissão é o elemento estruturante de todo o resultado analítico subsequente. O cronograma não reconhece o papel central do médico na avaliação admissional, etapa crítica para a correta definição do diagnóstico principal, das comorbidades e condições associadas presentes na admissão, do nível de gravidade e complexidade clínica, da linha de cuidado esperada e da previsão de consumo de recursos ao longo da internação.

A ausência de protagonismo médico compromete a efetividade do modelo. Erros na definição do diagnóstico principal resultam em DRG incorreto, distorcendo o nível de complexidade, inviabilizando comparações justas e gerando avaliações equivocadas de eficiência. Da mesma forma, a subnotificação de comorbidades impede o ajuste adequado do case-mix, prejudicando a análise de desempenho assistencial e financeiro.

Valor em Saúde não se limita à mensuração de resultados brutos, mas à análise integrada entre desfechos clínicos, recursos utilizados e complexidade dos casos. Esse tripé é o que permite reduzir desperdícios, qualificar o cuidado e otimizar recursos do SUS. O cronograma apresentado, entretanto, não explicita como esses elementos serão operacionalizados, monitorados ou utilizados para melhoria contínua.

Ao deslocar o foco para uma equipe ampliada de codificadores, a proposta reduz o DRG a uma ferramenta administrativa, gerando potencial desperdício de recursos humanos. Em modelos maduros, a equipe de codificação atua de forma enxuta, com função prioritária de validação da classificação realizada pelo médico, capacitação do corpo clínico e análise crítica dos indicadores para proposição de melhorias nos processos assistenciais.

Outro aspecto que reforça a fragilidade técnica da proposta é a menção à contratação de empresa externa para planejamento do impacto financeiro, o que indica imaturidade nos processos financeiros e operacionais. Em implantações estruturadas e faseadas da metodologia DRG, com envolvimento progressivo do corpo clínico, enfermagem, faturamento, lideranças, diretoria e TI, os impactos financeiros tendem a ser controlados ou mínimos, permitindo que o foco permaneça na qualificação da assistência.

Adicionalmente, o cronograma não especifica a metodologia de análise adotada, alternando de forma implícita entre análises admissionais e retrospectivas, sem definir critérios claros, responsabilidades, periodicidade, indicadores ou ciclos formais de melhoria contínua, elementos essenciais para caracterizar efetiva implantação de Valor em Saúde.

Diante das inconsistências conceituais, da ausência de protagonismo clínico, da fragilidade metodológica, da falta de definição de responsáveis, prazos tecnicamente coerentes, recursos alocados e ciclos de melhoria, conclui-se que o cronograma apresentado não atende às exigências do edital, não demonstra maturidade na Metodologia de Valor em Saúde/DRG e, portanto, não merece pontuação.

3.10. Da apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), conforme relação prevista na Matriz de Avaliação

No presente certame, a exigência de apresentação do protocolo médico de urgência e emergência mostra-se plenamente justificada, uma vez que as decisões clínicas críticas - tais como diagnóstico, estratificação de gravidade, prescrição terapêutica, solicitação de exames, indicação de procedimentos e definição do destino assistencial do paciente - constituem atribuições privativas do profissional médico, nos termos da legislação vigente e das normativas do Conselho Federal de Medicina. Tais decisões impactam diretamente os desfechos clínicos, a segurança do paciente e a organização dos fluxos assistenciais da unidade, razão pela qual sua padronização prévia configura elemento essencial para a avaliação da capacidade técnica da proponente.

Nesse contexto, o protocolo médico assume papel estruturante do modelo assistencial a ser adotado, servindo de base para a definição dos fluxos de atendimento, critérios de priorização, integração entre os serviços e alocação adequada de recursos humanos e materiais. A inexistência ou apresentação insuficiente desse protocolo compromete a análise da consistência técnica da proposta, especialmente em unidades com atendimento de urgência e emergência, nas quais a padronização das condutas é fator determinante para a segurança assistencial e a eficiência operacional.

No caso concreto, verifica-se que a proponente apresentou um protocolo de urgências clínicas e outro direcionado ao atendimento de vítimas de trauma, os quais se encontram completos sob o ponto de vista estrutural, ademais, os demais protocolos apresentados não atendem integralmente às exigências editalícias, seja por ausência de conteúdo mínimo requerido, seja por não guardarem aderência direta aos fluxos assistenciais e às rotinas operacionais previstas para a unidade objeto do certame.

Ressalte-se, por fim, que o protocolo de enfermagem, embora igualmente relevante para a operacionalização do cuidado e para a segurança assistencial, decorre e se estrutura a partir das condutas médicas previamente estabelecidas, estando diretamente vinculado ao modelo assistencial definido. Assim, seu detalhamento pode ser desenvolvido e implementado na fase de execução contratual, em consonância com os protocolos médicos

aprovados e com as diretrizes assistenciais pactuadas, não sendo suficiente, por si só, para suprir a ausência ou insuficiência dos protocolos médicos exigidos no edital.

3.11. Da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

3.11.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) apresenta inconsistências conceituais e lacunas relevantes frente às disposições da Portaria MS nº 2.616/1998, comprometendo sua conformidade normativa e efetividade operacional.

Nos termos da referida Portaria, a CCIRAS possui caráter deliberativo e normativo, sendo composta por membros eleitos ou indicados pela Direção Técnica, enquanto o Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) é a instância responsável pela execução técnica e operacional do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), com dimensionamento definido por carga horária mínima, independentemente do número absoluto de profissionais. Embora CCIRAS e SCIRAS atuem de forma integrada, não são instâncias equivalentes nem sinônimas, possuindo atribuições distintas, sendo inadequada sua utilização de forma intercambiável no documento apresentado.

O regimento não descreve o dimensionamento do SCIRAS conforme a Portaria MS nº 2.616/1998, deixando de definir a carga horária mínima exigida para os profissionais executores, o que inviabiliza a avaliação da capacidade técnica e operacional do serviço.

Adicionalmente, não há previsão expressa de planos de ação decorrentes da análise de casos de infecção, tampouco menção específica à atuação sistemática da comissão e do serviço em práticas essenciais, tais como:

- monitoramento e promoção da higienização das mãos;
- realização de auditorias internas;
- busca ativa de casos de infecção;
- vigilância epidemiológica contínua.

Observa-se, ainda, a previsão de remuneração para participação em reuniões por meio de verbas de projetos de pesquisa, o que não se configura como boa prática

de governança e pode sugerir desvio de finalidade orçamentária, além de não encontrar respaldo nas normativas aplicáveis ao funcionamento da CCIRAS/SCIRAS.

Por fim, o regimento não estabelece quórum mínimo para deliberações, fragilizando a legitimidade das decisões tomadas no âmbito da comissão.

Diante dessas inconsistências conceituais, da ausência de definição do dimensionamento do SCIRAS, da omissão de atividades essenciais de prevenção e controle de infecção e da fragilidade das regras de governança, conclui-se que a proposta de regimento não atende às exigências normativas e editais, não sendo passível de pontuação.

3.11.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado revela-se genérico e insuficiente, não contemplando as atividades rotineiras e sistematizadas do SCIRAS exigidas pelas boas práticas e pela Portaria MS nº 2.616/1998.

Não há programação específica para ações fundamentais, tais como:

- monitoramento mensal de indicadores de infecção;
- busca ativa de infecções relacionadas à assistência à saúde;
- vigilância do uso de dispositivos invasivos;
- realização de auditorias internas periódicas;
- controle e monitoramento da qualidade da água;
- acompanhamento da adesão às práticas de higienização das mãos.

A ausência dessas ações estruturantes compromete a demonstração de capacidade técnica para prevenção, controle e monitoramento das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Dessa forma, o cronograma apresentado não atende aos requisitos técnicos e normativos aplicáveis, razão pela qual o item não merece pontuação.

3.12. Da Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar

3.12.1. Proposta de Regimento da Comissão

a. Comissão de Ética Médica (CEM)

A proposta de Regimento da Comissão de Ética Médica apresenta lacunas relevantes que comprometem sua conformidade normativa, governança e efetividade operacional.

Não há previsão de critérios objetivos de elegibilidade ou impedimento relacionados a apontamentos éticos anteriores dos membros, aspecto essencial para assegurar a imparcialidade, a credibilidade e a legitimidade das deliberações da comissão.

O regimento também não estabelece quórum mínimo para deliberação nas reuniões, fragilizando a validade das decisões e contrariando boas práticas de governança colegiada recomendadas pelos Conselhos Profissionais.

Adicionalmente, inexistente definição sobre os mecanismos de comunicação e orientação ética destinados a usuários, profissionais e aos órgãos competentes, bem como a ausência de um plano operacional de atuação ética, o que compromete a função educativa, preventiva e orientadora da Comissão de Ética Médica.

Ressalta-se, ainda, a ausência de qualquer menção à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018), especialmente no que se refere ao tratamento de dados pessoais e dados sensíveis decorrentes de apurações éticas, registros de denúncias, pareceres e deliberações, configurando risco jurídico e institucional.

Diante dessas omissões, conclui-se que o regimento da Comissão de Ética Médica não atende aos requisitos mínimos de governança, conformidade legal e operacional, não sendo passível de pontuação.

b. Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)

O Regimento da Comissão de Ética de Enfermagem apresenta fragilidade normativa e operacional, notadamente pela ausência de diretrizes relacionadas à proteção de dados pessoais e dados sensíveis, em desacordo com a LGPD, considerando que a comissão lida diretamente com informações de natureza ética, funcional e disciplinar.

Além disso, não há qualquer previsão acerca da capacitação dos membros para atuação na comissão, seja inicial ou continuada, aspecto essencial para garantir o correto entendimento das normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem, dos fluxos processuais éticos e das boas práticas institucionais.

A inexistência de previsão de capacitação compromete a qualidade técnica das análises, a padronização das decisões e a segurança jurídica dos processos éticos conduzidos no âmbito institucional.

Diante dessas lacunas, conclui-se que o regimento da Comissão de Ética de Enfermagem não atende integralmente às exigências técnicas e legais, não merecendo pontuação.

c. Comissão de Ética Multidisciplinar (CEMulti)

A proposta de Regimento da Comissão de Ética Multidisciplinar também apresenta omissão quanto à observância da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD, não estabelecendo diretrizes sobre o tratamento, armazenamento, acesso, sigilo e descarte de dados pessoais e sensíveis oriundos de processos éticos envolvendo diferentes categorias profissionais.

Considerando a natureza transversal e sensível das informações tratadas por uma comissão multidisciplinar, a ausência de diretrizes de proteção de dados representa fragilidade grave de conformidade legal e governança institucional.

Dessa forma, o regimento da Comissão de Ética Multidisciplinar não atende aos requisitos mínimos de conformidade legal e operacional, não sendo passível de pontuação.

3.13. Da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

3.13.1. Proposta de Regimento da Comissão

No Item 1.3 do Regimento, ao prever a atribuição de “identificar e corrigir erros”, o texto incorre em impropriedade técnica e conceitual, uma vez que tal redação pode sugerir adulteração, modificação ou correção indevida de informações, especialmente de registros assistenciais, o que não se coaduna com a finalidade das Comissões de Ética. As comissões possuem caráter orientador, educativo, consultivo e avaliativo, não lhes cabendo corrigir registros, mas sim analisar condutas, emitir pareceres e recomendar providências, respeitando a integridade documental e os princípios éticos e legais.

Adicionalmente, o regimento não prevê a revisão de prontuários como instrumento de análise ética, tampouco define critérios objetivos para essa eventual atividade, como quantidade de prontuários a serem avaliados, metodologia de amostragem, periodicidade ou parâmetros de análise, o que compromete a clareza, a rastreabilidade e a efetividade da atuação da comissão.

3.13.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado revela-se incompleto, uma vez que não contempla o monitoramento de indicadores relacionados à atuação ética,

nem prevê análise crítica sistemática dos resultados, elemento essencial para avaliação da efetividade da comissão, identificação de riscos recorrentes e proposição de melhorias institucionais.

A ausência de indicadores e de momentos formais de análise crítica compromete a função preventiva, educativa e de aprimoramento contínuo que se espera das Comissões de Ética em ambiente hospitalar.

3.14. Da Comissão de Verificação de Óbitos

3.14.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Verificação de Óbitos apresentada revela fragilidades relevantes de natureza técnica, metodológica e operacional, comprometendo a efetividade da comissão e sua aderência às boas práticas assistenciais e de governança clínica.

Inicialmente, observa-se que o regimento não define de forma clara como se dará a divulgação dos resultados das atividades da comissão, limitando-se a afirmar genericamente que haverá divulgação, sem especificar destinatários, periodicidade, forma de apresentação dos resultados, níveis de reporte ou integração com a gestão institucional e com os órgãos de controle e vigilância competentes.

Não há menção expressa à avaliação da totalidade dos óbitos ocorridos na instituição, tampouco à metodologia adotada para classificação dos óbitos em evitáveis e não evitáveis, etapa fundamental para análise crítica da assistência, identificação de falhas de processo e proposição de ações de melhoria contínua.

O regimento também não aborda os fluxos e responsabilidades relacionados à notificação e ao reporte obrigatório de óbitos maternos, fetais, neonatais e de recém-nascidos aos órgãos competentes, em especial à Vigilância Epidemiológica, em desacordo com as normativas vigentes e com as diretrizes do Ministério da Saúde.

No que se refere aos indicadores propostos, identifica-se inconsistência conceitual, notadamente ao mencionar “avaliação de óbitos incompletos” como indicador. Tal denominação é tecnicamente inadequada, uma vez que o objeto da avaliação não é o óbito em si, mas sim a completude e a qualidade da documentação associada ao óbito, como prontuário, declaração de óbito e registros assistenciais. A ausência de indicadores adequadamente definidos compromete a mensuração de resultados e a efetividade das ações da comissão, especialmente no tratamento dos óbitos classificados como evitáveis.

Outro ponto crítico refere-se à ausência de previsão de elaboração e acompanhamento de planos de melhoria específicos para óbitos evitáveis, elemento essencial para que a comissão cumpra seu papel de qualificação da assistência, prevenção de eventos adversos e redução de mortalidade evitável.

Adicionalmente, o regimento não prevê qualquer forma de articulação institucional da Comissão de Verificação de Óbitos com outras instâncias obrigatórias, tais como a Comissão de Revisão de Prontuários, a Comissão de Gerenciamento de Riscos, o Núcleo de Segurança do Paciente (NQSP) e demais comissões assistenciais, o que fragiliza a integração das análises, a gestão de riscos e a aprendizagem organizacional.

3.14.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado é incompleto e insuficiente, uma vez que não evidencia a realização sistemática de reuniões para análise de todos os óbitos ocorridos na instituição, tampouco define periodicidade mínima, responsabilidades técnicas ou fluxos decisórios.

Além disso, o cronograma não contempla de forma explícita o reporte aos órgãos competentes, quando aplicável, especialmente nos casos de óbitos maternos, fetais, neonatais ou classificados como evitáveis, em desacordo com as exigências legais e com as boas práticas de vigilância em saúde.

3.15. Da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

3.15.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) apresentada revela fragilidades relevantes sob os aspectos normativo, operacional e preventivo, não atendendo plenamente às exigências estabelecidas pela Norma Regulamentadora nº 5 (NR-5) e às boas práticas de gestão de saúde e segurança do trabalho.

Verifica-se, inicialmente, a ausência total de previsão acerca da prevenção e do enfrentamento de situações de assédio no ambiente de trabalho, incluindo assédio moral, assédio sexual e outras formas de violência laboral, tema que possui interface direta com a atuação preventiva da CIPA e com as diretrizes atuais de promoção de ambientes de trabalho seguros, saudáveis e livres de violência. O regimento não contempla a existência de canal de denúncia, tampouco define fluxos formais de apuração, encaminhamento e tratamento das denúncias, nem estabelece responsabilidades institucionais para essas tratativas.

Também não há qualquer menção à capacitação periódica dos membros da CIPA e dos trabalhadores sobre prevenção de acidentes, riscos ocupacionais, assédios e condutas seguras no ambiente de trabalho, em desconformidade com o caráter educativo e preventivo que norteia a atuação da comissão.

Adicionalmente, o regimento não estabelece quórum mínimo para deliberação, tampouco critérios para tomada de decisão, consensos ou registros formais das deliberações em ata, fragilizando a governança, a legitimidade das decisões e a rastreabilidade das ações da comissão.

3.15.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado é excessivamente genérico e não contempla ações essenciais e obrigatórias relacionadas à atuação da CIPA. Observa-se a ausência de previsão de treinamentos específicos sobre fluxos de atendimento e notificação de acidentes de trabalho, incluindo acidentes com material biológico e perfurocortante, eventos de alta relevância em ambiente hospitalar.

Da mesma forma, o cronograma não prevê capacitações voltadas à prevenção e ao enfrentamento de situações de assédio no ambiente de trabalho, nem ações educativas relacionadas à promoção da saúde mental, à cultura de segurança e ao respeito nas relações laborais.

A inexistência de atividades estruturadas, com definição de responsabilidades, periodicidade, metas e indicadores, compromete a efetividade da comissão e demonstra fragilidade na compreensão do papel estratégico da CIPA na prevenção de riscos ocupacionais.

3.16. Do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

3.16.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) apresentada demonstra fragilidade conceitual, operacional e normativa, não atendendo de forma satisfatória às exigências previstas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e nas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, especialmente a NR-4, NR-1, NR-6, NR-7 e NR-9.

Verifica-se, inicialmente, a ausência de previsão de discussão sistemática de indicadores de saúde e segurança do trabalho no âmbito das reuniões do SESMT, tais como:

doenças ocupacionais prevalentes, número de afastamentos previdenciários, acidentes de trabalho típicos e de trajeto, taxa de absenteísmo e reincidência de agravos. Tampouco há menção à elaboração e acompanhamento de planos de ação a partir da análise desses indicadores, o que compromete a gestão baseada em evidências e a melhoria contínua das condições de trabalho.

O regimento também não prevê a promoção de treinamentos obrigatórios e específicos, exigidos pelas Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, incluindo, entre outros:

- ergonomia (NR-17);
- trabalho em altura (NR-35);
- primeiros socorros;
- prevenção de agressões e violências no ambiente de trabalho;
- riscos ocupacionais e medidas de prevenção.

A inexistência dessas previsões compromete a conformidade legal e a efetividade das ações de promoção da saúde ocupacional.

Adicionalmente, não há qualquer menção ao controle, registro e rastreabilidade da entrega de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), tampouco à obrigatoriedade de orientação e treinamento quanto ao uso correto, conservação e substituição, em desacordo com o disposto na NR-6.

Observa-se, ainda, a ausência de definição das interações do SESMT com outros setores e comissões institucionais, como CIPA, Comissão de Gerenciamento de Riscos, Núcleo de Segurança do Paciente, Recursos Humanos e Direção da unidade, comprometendo a atuação integrada e sistêmica da gestão de saúde e segurança do trabalho.

O regimento também não contempla a realização de inspeções periódicas ou diárias dos dispositivos de segurança, ambientes de trabalho e equipamentos, ação essencial para identificação precoce de riscos e prevenção de acidentes.

Outro ponto relevante é a ausência de previsão de campanhas de vacinação ocupacional, prática consolidada em serviços de saúde para proteção dos trabalhadores contra agravos biológicos, especialmente em ambiente hospitalar.

Verifica-se, ainda, que o documento não descreve as competências e atribuições específicas de cada categoria profissional integrante do SESMT (engenheiro de

segurança do trabalho, médico do trabalho, enfermeiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho), inviabilizando a avaliação da adequação técnica da estrutura proposta.

Por fim, não há qualquer menção ao controle e monitoramento dos exames médicos ocupacionais, incluindo exames admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais, em desconformidade com as exigências da NR-7 (PCMSO).

3.16.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O Cronograma de Atividades Anual apresentado revela-se insuficiente e genérico, uma vez que não define a periodicidade dos exames médicos ocupacionais, não contempla o monitoramento sistemático de indicadores de saúde e segurança do trabalho, tampouco estabelece metas, responsáveis, prazos ou critérios de avaliação das ações propostas.

A ausência de detalhamento técnico e operacional inviabiliza a aferição da capacidade do SESMT de atuar de forma preventiva, contínua e integrada, conforme exigido pela legislação trabalhista vigente.

3.17. Do Núcleo de Segurança do Paciente

3.17.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento do Núcleo de Segurança do Paciente apresenta inconsistências formais, lacunas conceituais e ausência de elementos estruturantes essenciais à efetiva implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, conforme estabelecido pela RDC ANVISA nº 36/2013.

Inicialmente, observa-se inconsistência quanto à periodicidade das reuniões, uma vez que o documento ora prevê a realização de reuniões ordinárias anuais com todos os membros, ora menciona reuniões mensais, sem esclarecer o modelo adotado, o quórum deliberativo ou a dinâmica de funcionamento. Tal ambiguidade compromete a previsibilidade, a governança e a regularidade das ações do núcleo.

Verifica-se, ainda, a ausência de menção explícita à implantação e operacionalização de sistema formal de notificação de incidentes e eventos adversos, elemento central da segurança do paciente. O regimento não descreve o fluxo de notificação, os responsáveis pelo recebimento e análise dos relatos, os critérios de classificação dos eventos (incidente sem dano, incidente com dano, evento adverso e evento sentinela), nem os prazos para tratamento e resposta institucional.

O documento também não aborda a tratativa dos eventos sob a ótica não punitiva, tampouco faz referência ao conceito de Cultura Justa, princípio basilar da segurança do paciente que busca equilibrar responsabilização e aprendizado organizacional, evitando a culpabilização individual e estimulando a notificação voluntária de falhas e riscos assistenciais.

Outra lacuna relevante refere-se à ausência de previsão de capacitação e treinamento sistemático das equipes assistenciais e operacionais, especialmente quanto:

- à importância da notificação de eventos;
- à correta classificação dos incidentes;
- às metodologias de análise (ex.: análise de causa raiz);
- às tratativas institucionais e planos de melhoria decorrentes dos eventos notificados.

A inexistência dessas previsões evidencia fragilidade na estratégia de implantação do núcleo, uma vez que a segurança do paciente depende diretamente do engajamento, da sensibilização e da capacitação contínua das equipes envolvidas na assistência e nos processos de apoio.

Diante das inconsistências identificadas, da ausência de sistema estruturado de notificação, da inexistência de diretrizes para tratativa não punitiva dos eventos, da não incorporação do conceito de cultura justa e da falta de planejamento de capacitações, conclui-se que a proposta não atende aos requisitos mínimos previstos na RDC nº 36/2013, não demonstrando maturidade institucional nem capacidade de implantação efetiva do Núcleo de Segurança do Paciente.

3.18. Da Comissão de Gerenciamento de Riscos

3.18.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos apresenta lacunas relevantes que comprometem sua efetividade e aderência às boas práticas de gestão de riscos assistenciais e operacionais.

Inicialmente, verifica-se a ausência de previsão de treinamentos sistemáticos para as equipes operacionais e assistenciais, voltados à identificação, avaliação e mitigação de riscos. A capacitação contínua dos profissionais é elemento essencial para o funcionamento efetivo do gerenciamento de riscos, especialmente em ambiente hospitalar de médio e grande porte, sendo condição indispensável para a detecção precoce de falhas, eventos adversos e situações críticas.

Constata-se, ainda, que o regimento não contempla a realização de testes, simulados ou exercícios práticos, em desacordo com o disposto na RDC ANVISA nº 63/2011, a qual exige a existência de planos de contingência testados, com avaliação de resultados e incorporação de lições aprendidas. A ausência de menção a simulados periódicos, testes de resposta a eventos críticos e revisão dos planos de contingência fragiliza a capacidade de resposta institucional frente a situações de emergência, falhas estruturais ou eventos assistenciais graves.

Outro ponto crítico refere-se à inconsistência metodológica do indicador proposto para monitoramento de eventos adversos relacionados a riscos prioritários. A fórmula apresentada não é clara nem tecnicamente adequada, ao prever a mensuração do “número de eventos adversos nos riscos prioritários menos o número de eventos adversos após tratamento, dividido pelo número de eventos adversos nos riscos prioritários”. Tal construção gera dúvidas relevantes quanto:

- ao conceito e à definição de “riscos prioritários”;
- ao critério de identificação e estratificação desses riscos (por área, processo ou nível de criticidade);
- ao momento de aferição dos eventos “após tratamento”;
- à comparabilidade dos dados ao longo do tempo.

A ausência de clareza metodológica compromete a confiabilidade do indicador, inviabiliza a análise crítica dos resultados e impede sua utilização como ferramenta efetiva de gestão, tomada de decisão e melhoria contínua.

Diante da inexistência de diretrizes para capacitação das equipes, da ausência de previsão de testes e simulados de contingência, do descumprimento das exigências da RDC nº 63/2011 e da fragilidade conceitual e metodológica dos indicadores propostos, conclui-se que o regimento não atende aos requisitos técnicos mínimos para a implantação efetiva da Comissão de Gerenciamento de Riscos, razão pela qual não merece pontuação na avaliação técnica.

3.19. Do Comitê Transfusional

3.19.1. Proposta de Regimento da Comissão

Verifica-se inconsistência grave e insanável no material apresentado. Na página 719, embora o título indique tratar-se do Comitê Transfusional, todo o conteúdo subsequente corresponde, na realidade, ao Regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos, com reprodução integral de conceitos, estrutura e atribuições estranhas ao escopo

específico do Comitê Transfusional. Tal equívoco evidencia erro material relevante, ausência de revisão técnica e reaproveitamento indevido de conteúdo, inviabilizando qualquer análise quanto à aderência normativa e técnica do comitê exigido no edital.

Adicionalmente, a partir da página 729, observa-se que o texto apresentado possui características típicas de conteúdo gerado por inteligência artificial, com redação genérica, excessivamente abstrata e dissociada de referências normativas específicas, fluxos operacionais concretos, indicadores técnicos e responsabilidades institucionais claramente delimitadas. Embora formalmente bem redigido, o conteúdo carece de materialidade técnica e operacional, não sendo possível aferir sua aplicabilidade prática, aderência regulatória ou compatibilidade com a realidade do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Tal constatação compromete não apenas a avaliação do Comitê Transfusional, mas também fragiliza a confiabilidade do conjunto documental apresentado, uma vez que o texto faz referências genéricas e cruzadas a outras comissões e núcleos institucionais, levantando dúvidas quanto à autoria técnica, originalidade e efetiva elaboração dos documentos exigidos para fins de licitação.

Ressalte-se que o uso de ferramentas de inteligência artificial pode ser admitido como instrumento de apoio à pesquisa, organização de ideias e sistematização preliminar, porém não substitui a elaboração técnica qualificada, específica e personalizada de documentos licitatórios, os quais devem refletir conhecimento normativo, domínio operacional e aderência concreta ao objeto do certame. A apresentação de textos genéricos, não customizados e sem lastro técnico-operacional compromete a validade da proposta e sua avaliação objetiva.

Diante da inexistência de regimento específico do Comitê Transfusional, da reprodução indevida de conteúdo alheio ao tema, da ausência de elementos técnicos avaliáveis e da fragilidade quanto à autoria e materialidade do documento apresentado, conclui-se que a proposta não atende às exigências do edital, não sendo passível de pontuação.

3.19.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado encontra-se incompleto e inconsistente, com ausência de preenchimento em etapas essenciais, tais como:

- constituição e formalização do Comitê;
- revisão e elaboração de protocolos transfusionais;

- ações de educação permanente;
- monitoramento e auditorias transfusionais;
- gestão de resultados e melhoria contínua.

A falta de detalhamento dessas etapas inviabiliza a avaliação da exequibilidade, da governança e da capacidade de funcionamento efetivo do Comitê Transfusional, especialmente considerando o caráter crítico e de alto risco da terapia transfusional em ambiente hospitalar.

Diante das lacunas identificadas, o cronograma não atende aos requisitos mínimos de planejamento, execução e monitoramento, razão pela qual o item não merece pontuação na avaliação técnica.

3.20. Da Comissão de Farmácia e Terapêutica

3.20.1. Proposta de Regimento da Comissão

O regimento apresentado revela-se superficial, genérico e desprovido de densidade técnico-científica, não demonstrando aderência às boas práticas de governança farmacoterapêutica exigidas para instituições hospitalares de médio e grande porte.

Observa-se a ausência de diretrizes explícitas sobre gestão de conflitos de interesse na padronização, incorporação ou exclusão de medicamentos, ponto crítico amplamente recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e frequentemente objeto de auditorias externas, especialmente em ambientes de gestão pública.

O documento também não apresenta metodologia estruturada para avaliação de medicamentos, deixando de definir:

- os níveis de evidência científica aceitos;
- a utilização de metodologias reconhecidas, como GRADE;
- a consideração de revisões sistemáticas, diretrizes clínicas nacionais e internacionais;
- critérios diferenciados para avaliação de novos medicamentos em relação àqueles já padronizados.

Tal ausência compromete a transparência, a rastreabilidade e a consistência técnica das decisões da CFT, afastando-as de um modelo baseado em evidências, custo-efetividade e relevância epidemiológica local.

Identifica-se, ainda, centralização excessiva das decisões emergenciais no Presidente da Comissão, sem definição de protocolos claros para exceções terapêuticas. As diretrizes da OMS recomendam que situações emergenciais sejam tratadas com base em critérios objetivos previamente estabelecidos, com avaliação retrospectiva obrigatória pela CFT, o que não foi contemplado no regimento apresentado.

Diante dessas fragilidades, conclui-se que o regimento não atende aos requisitos técnicos, metodológicos e de governança esperados para a atuação efetiva da Comissão de Farmácia e Terapêutica, não sendo passível de pontuação.

3.20.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado não contempla o monitoramento de indicadores como eixo central da atuação da CFT, tampouco prevê a definição de metas, análise crítica de resultados ou elaboração de planos de ação decorrentes das decisões tomadas.

A ausência de indicadores estruturantes - como perfil de consumo, adesão à padronização, uso racional de medicamentos, análise de solicitações excepcionais e impacto assistencial - compromete a avaliação da efetividade da comissão e inviabiliza a gestão baseada em evidências.

Dessa forma, o cronograma revela-se insuficiente, incompleto e desalinhado às boas práticas, razão pela qual o item não merece pontuação na avaliação técnica.

3.21. Da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

3.21.1. Proposta de Regimento da Comissão

O regimento apresentado revela-se genérico, incompleto e desconectado do arcabouço normativo municipal e sanitário vigente, não demonstrando aderência às exigências legais aplicáveis ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

O documento não menciona a Lei Municipal nº 201/2020, que institui a Política Municipal de Resíduos Sólidos, tampouco o Decreto Municipal nº 8.852/2021, que dispõe sobre o cadastramento, controle e fiscalização dos grandes geradores de resíduos, normas de observância obrigatória para a unidade hospitalar. A ausência dessas referências compromete a conformidade legal e evidencia desatualização normativa do regimento.

Verifica-se, ainda, a inexistência de diretrizes específicas para o gerenciamento de medicamentos e insumos farmacêuticos sujeitos à logística reversa, não sendo definidos ponto de coleta, condições de armazenamento seguro, fluxo de retirada, nem os registros e evidências documentais exigidos pela legislação ambiental e sanitária.

O regimento não explicita a obrigatoriedade de manutenção e apresentação de contratos e licenças ambientais referentes às etapas de coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos, aspecto crítico considerando que a legislação municipal veda a destinação desses resíduos em aterros de resíduos domiciliares. Também não há qualquer menção à necessidade de manter o cadastro municipal do gerador atualizado e devidamente documentado, conforme exigido pelo Decreto nº 8.852/2021, que é orientado ao controle, rastreabilidade e transparência das informações.

Outro ponto relevante refere-se à ausência de definição da interface da Comissão de Gerenciamento de Resíduos com a Vigilância em Saúde, o SESMT/Segurança do Trabalho e os setores de meio ambiente, integração expressamente exigida pelo regimento municipal e fundamental para a gestão integrada dos riscos sanitários, ocupacionais e ambientais.

Adicionalmente, o regimento não prevê verificação periódica da conformidade ambiental da cadeia externa, incluindo transportadores, tratadores e destinadores finais devidamente licenciados e regularizados, tampouco o arquivamento sistemático das evidências comprobatórias dessas regularidades, fragilizando a rastreabilidade e a segurança jurídica da gestão dos resíduos.

Diante das omissões normativas, da ausência de diretrizes operacionais essenciais e da fragilidade da governança ambiental proposta, conclui-se que o regimento não atende aos requisitos técnicos, legais e operacionais exigidos, não sendo passível de pontuação.

3.21.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma de atividades apresentado é insuficiente e incompleto, deixando de contemplar ações obrigatórias previstas na legislação municipal e nas boas práticas de gerenciamento de resíduos.

Não constam no cronograma:

- inventário periódico de resíduos por grupos;
- definição e controle do armazenamento externo;

- comprovação documental da destinação final dos resíduos, conforme exigido pelo Decreto Municipal nº 8.852/2021;
- rotina formal de verificação das licenças e da regularidade ambiental dos prestadores externos junto ao IMASUL;
- produção, monitoramento e arquivamento de evidências mensais, tais como atas, indicadores, relatórios técnicos e comprovantes de destinação final.

A ausência desses elementos compromete a demonstração da capacidade operacional da comissão e inviabiliza o controle, a rastreabilidade e a conformidade ambiental do gerenciamento de resíduos da unidade.

Dessa forma, o cronograma apresentado não atende às exigências legais e técnicas, razão pela qual o item não merece pontuação na avaliação técnica.

3.22. Da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

3.22.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de regimento apresentada demonstra inconsistência conceitual e inadequação normativa, comprometendo a correta caracterização e o funcionamento da estrutura de Terapia Nutricional no âmbito do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Inicialmente, observa-se a utilização alternada e imprecisa das expressões “Comissão Multiprofissional” e “Equipe Multiprofissional”, em afronta direta à padronização normativa estabelecida pela RDC ANVISA nº 63/2000, a qual reconhece formalmente apenas a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) como estrutura assistencial obrigatória. Tal imprecisão terminológica não é meramente formal, mas compromete a definição do escopo, da natureza e das responsabilidades legais da estrutura proposta.

O texto do regimento sugere, de forma equivocada, que a EMTN seria responsável por administrar a Terapia Nutricional, gerando confusão quanto às atribuições da equipe. Ressalta-se que a EMTN possui caráter avaliativo, consultivo e recomendatório, não se configurando como unidade executora direta nem como estrutura “formadora” ou operacional responsável pela administração cotidiana da Terapia Nutricional, a qual se dá no âmbito da assistência multiprofissional regular, sob prescrição médica.

A menção à integração aos protocolos de atendimento apresenta-se de forma genérica e superficial, não sendo especificadas:

- quais equipes assistenciais participariam dessa integração;
- se haveria reuniões clínicas formais, discussões de casos, rounds multiprofissionais ou fóruns técnicos;
- a periodicidade, metodologia e instâncias decisórias envolvidas.

Tal generalidade fragiliza a compreensão da articulação da EMTN com a assistência e impede a avaliação de sua efetiva inserção nos fluxos clínicos institucionais.

No que se refere às atribuições descritas no Art. 14º, verifica-se atribuição indevida ao enfermeiro membro da EMTN da responsabilidade de orientar paciente, família e responsável legal quanto à utilização e controle da Terapia Nutricional, função que não é exclusiva do enfermeiro da EMTN. O papel do enfermeiro integrante da EMTN consiste em articular, discutir e levar as demandas assistenciais à equipe multiprofissional de terapia nutricional, bem como disseminar as decisões da EMTN às equipes assistenciais, e não substituir ou sobrepor-se às atribuições dos enfermeiros assistenciais da unidade.

As atribuições elencadas no regimento, tanto para o enfermeiro quanto para o fonoaudiólogo, não se caracterizam como competências específicas dos membros da EMTN, mas sim como atividades próprias da assistência cotidiana dessas categorias profissionais. Tal sobreposição indevida de funções demonstra desconhecimento do papel técnico e institucional da EMTN, além de gerar confusão operacional e risco de conflito de atribuições.

Diante das inconsistências conceituais, da inadequação normativa à RDC ANVISA nº 63/2000, da confusão quanto às atribuições da EMTN e da ausência de definição clara de sua articulação com a assistência, conclui-se que o regimento apresentado não atende aos requisitos técnicos e regulatórios exigidos, não sendo passível de pontuação na avaliação técnica.

3.23. Da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias

3.23.1. Proposta de Regimento da Comissão

O Regimento apresentado revela fragilidades conceituais e inconsistências formais que comprometem sua validade técnica e operacional.

No Art. 5º, o texto limita-se a mencionar a existência de quórum, sem, contudo, definir objetivamente o quórum mínimo necessário para deliberações, requisito essencial para a legitimidade das decisões da comissão. Ademais, o dispositivo faz referência genérica a "demais estruturas e processos", porém não estabelece competências, fluxos,

responsabilidades ou critérios operacionais, tornando o conteúdo meramente declaratório e destituído de aplicabilidade prática.

Chama especial atenção o fato de que o próprio enunciado do artigo afirma que tais definições seriam detalhadas em um “Regimento Interno Próprio”, quando o documento em análise já se apresenta formalmente como o Regimento da Comissão. Essa incongruência revela erro lógico e técnico, sugerindo a existência de um “regimento do regimento”, o que não encontra respaldo administrativo ou jurídico e demonstra ausência de revisão crítica do texto.

Tal inconsistência, somada à redação genérica e desconectada da prática assistencial, indica forte indício de utilização de texto automatizado ou padronizado, sem domínio técnico do tema e sem a devida adaptação à realidade institucional do hospital, colocando em dúvida o conhecimento efetivo do ISAC acerca da organização, funcionamento e governança da comissão proposta.

3.23.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado é incompleto e insuficiente para caracterizar o funcionamento efetivo da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias. Não há previsão de busca ativa de pacientes com feridas e estomias, atividade essencial para monitoramento da assistência, prevenção de agravos e avaliação da efetividade das condutas adotadas.

Também inexistente qualquer menção à realização de auditorias clínicas ou assistenciais, instrumento fundamental para avaliação da adesão a protocolos, padronização de condutas, uso racional de materiais e melhoria contínua da qualidade do cuidado.

A ausência dessas atividades centrais compromete a capacidade da comissão de atuar de forma proativa, técnica e baseada em evidências, esvaziando seu papel institucional e assistencial.

Diante das inconsistências formais do regimento e da fragilidade do cronograma apresentado, conclui-se que a proposta não atende aos requisitos técnicos mínimos exigidos, não sendo passível de pontuação na avaliação da Matriz Técnica.

3.24. Da instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários

A proposta apresentada estabelece horário de visitas apenas uma vez ao dia para as unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, com duração de 01 (uma) hora e limitação a 02 (dois) visitantes, o que evidencia adoção de política restritiva e inflexível.

Tal configuração encontra-se em desacordo com o disposto no edital, que exige a promoção de visita ampliada e flexível, com a manutenção de no mínimo dois ou mais horários diários, totalizando duração mínima de 04 (quatro) horas por dia, de modo a favorecer o vínculo familiar, a humanização do cuidado e a segurança emocional do paciente.

Adicionalmente, a proposta não detalha critérios objetivos nem medidas de controle de risco aplicáveis às visitas, tais como orientações de biossegurança, controle de circulação, elegibilidade de visitantes ou protocolos para situações específicas, reforçando a fragilidade técnica do item.

Diante do descumprimento direto das exigências editalícias quanto à ampliação e flexibilização das visitas, bem como da ausência de definição de medidas de controle de risco, conclui-se que o item não atende ao edital e não merece pontuação na avaliação da Proposta Técnica.

3.25. Da proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes

A proposta apresentada não contempla a previsão de acompanhante para pacientes indígenas, conforme expressamente exigido no edital, que determina a observância das especificidades culturais, sociais e assistenciais dessa população, em consonância com os princípios do SUS e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

A ausência de diretrizes específicas para acomodação, permanência e conduta de acompanhantes indígenas configura descumprimento direto da exigência editalícia, além de fragilizar a abordagem humanizada e culturalmente adequada do cuidado.

Diante da omissão identificada, conclui-se que o item não atende ao edital e não merece pontuação na avaliação da Proposta Técnica.

3.26. Da proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas

A proposta apresentada não explicita de forma clara os objetivos da pesquisa de satisfação, tampouco define como os resultados serão utilizados para subsidiar ações preventivas e corretivas no âmbito assistencial e administrativo.

Não há definição da amostra representativa a ser pesquisada, o que compromete a equidade do processo e impede assegurar que todos os perfis de usuários tenham oportunidade de participação. A pesquisa é descrita de forma excessivamente ampla e genérica, sem segmentação por setores, serviços ou categorias profissionais, o que limita a capacidade de identificação de fragilidades específicas e a efetividade das ações corretivas.

Inexiste definição objetiva de prazos de resposta aos usuários, bem como critérios de priorização das manifestações. Também não foi apresentada a lista de temas críticos a serem avaliados, como acesso, comunicação, segurança, acolhimento, tempo de espera e qualidade do cuidado, elementos essenciais para a gestão da experiência do usuário.

Adicionalmente, não foi apresentado modelo ou exemplo de formulário, inclusive em versão sem identificação do manifestante, o que fragiliza a confiabilidade da coleta e pode inibir a manifestação espontânea dos usuários.

Embora o texto esteja bem redigido do ponto de vista formal, observa-se abordagem genérica e evasiva, sem compromisso com parâmetros operacionais mínimos, metas, indicadores e prazos, o que compromete a viabilidade prática da proposta.

Diante das lacunas identificadas, conclui-se que o item não atende integralmente às exigências editalícias e não merece pontuação na avaliação da Proposta Técnica.

3.27. Da apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso)

e

Da apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário

O material apresentado para atendimento destes itens contém informações típicas e exclusivas da Proposta Financeira, notadamente dados relacionados a custos e dimensionamento com valores, os quais não poderiam, em nenhuma hipótese, integrar o envelope da Proposta Técnica.

O Edital é expresso e taxativo ao dispor, no item 5.4.4, que:

“A inclusão de qualquer documento da PROPOSTA FINANCEIRA, no envelope da PROPOSTA TÉCNICA, acarretará a desclassificação sumária da proponente do certame.” (Grifo Nosso)

Embora seja exigida a apresentação do quadro de pessoal médico, tal exigência restringe-se à descrição técnica (forma de vínculo, carga horária e titulação), sendo vedada a inclusão de valores ou elementos financeiros, os quais pertencem exclusivamente à fase da Proposta Financeira.

Dessa forma, a proponente incorreu em descumprimento objetivo e insanável do edital, configurando violação direta à regra de segregação das fases do certame, o que compromete a isonomia entre os participantes.

Assim, impõe-se a desclassificação sumária da proponente, nos termos do item 5.4.4 do Edital.

3.28. *Das normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional*

O conteúdo apresentado não atende integralmente ao disposto no edital, uma vez que contempla apenas o funcionamento da Diretoria Administrativa da unidade, deixando de abranger os elementos mínimos exigidos para a Administração Geral do Hospital e, principalmente, para o Núcleo Interno de Regulação (NIR).

Não foram apresentadas as normas de funcionamento, estrutura organizacional, rotinas operacionais, horários de funcionamento, equipe mínima, critérios de qualificação profissional e atribuições específicas do NIR, unidade estratégica para a gestão do acesso, regulação assistencial, interface com a rede de atenção à saúde e otimização da ocupação de leitos e recursos assistenciais.

A omissão de informações relativas ao NIR compromete a avaliação da capacidade de gestão assistencial, da articulação com os fluxos regulatórios do SUS e da conformidade do projeto com as exigências editalícias.

Dessa forma, considerando o escopo reduzido e a ausência de atendimento aos requisitos mínimos previstos no edital, o item não atende ao solicitado e não merece pontuação.

3.29. Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva)

O projeto técnico não apresenta proposta nem metodologia estruturada para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica, deixando de atender aos requisitos mínimos exigidos pelo edital.

Verifica-se a ausência de modelo de gestão de Ordens de Serviço, instrumento essencial para o registro, priorização, acompanhamento, controle de prazos e avaliação da resolutividade das manutenções corretivas, comprometendo a capacidade de resposta rápida a falhas estruturais e operacionais da unidade hospitalar.

Também não foram definidos os critérios para elaboração do Plano Geral de Manutenção, tampouco apresentado Cronograma de Manutenção Preventiva Programada, inviabilizando a avaliação da continuidade operacional, da segurança predial e da mitigação de riscos decorrentes de falhas em sistemas críticos.

Adicionalmente, não foram contempladas a estruturação do PMOC (Plano de Manutenção, Operação e Controle), conforme legislação vigente, nem as diretrizes relacionadas ao SPDA (Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas), elementos indispensáveis à segurança dos usuários, colaboradores e da própria edificação hospitalar.

Diante das omissões identificadas, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, comprometendo a confiabilidade da infraestrutura hospitalar e a governança do serviço de manutenção, razão pela qual não merece pontuação.

3.30. Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva)

As Normas de Funcionamento e Implantação do Serviço de Engenharia Clínica apresentadas no projeto não contemplam os requisitos técnicos essenciais para a adequada estruturação, planejamento e gestão do parque tecnológico hospitalar, em desacordo com as exigências editalícias e com as boas práticas de gestão de equipamentos médico-hospitalares.

No que se refere à estruturação do serviço, não foram apresentados os processos de cadastro, inventário e controle dos equipamentos, incluindo critérios mínimos de identificação patrimonial, descrição técnica, localização física e classificação dos equipamentos conforme o grau de criticidade, etapa indispensável para definição de prioridades de manutenção e mitigação de riscos assistenciais.

Também não foram estabelecidos os critérios técnicos para recebimento, verificação, aceitação técnica e instalação de equipamentos, procedimentos fundamentais para assegurar a conformidade regulatória, a segurança do paciente e o desempenho adequado dos dispositivos médico-hospitalares desde sua incorporação à unidade.

Adicionalmente, inexistiu a apresentação de modelo de gestão de ordens de serviço, instrumento indispensável para o controle, acompanhamento, rastreabilidade e avaliação da resolutividade das manutenções corretivas e preventivas. Da mesma forma, não foram definidas diretrizes para a gestão da incorporação tecnológica, nem para os processos de melhoria contínua, tampouco critérios objetivos para descontinuidade, substituição ou desativação de equipamentos ao final de seu ciclo de vida útil.

Por fim, não há qualquer referência à implantação de sistema informatizado específico para a gestão da Engenharia Clínica, o que compromete o controle do parque tecnológico, a rastreabilidade das intervenções, o acompanhamento do ciclo de vida dos equipamentos e a governança técnica do serviço.

Diante das lacunas identificadas, concluiu-se que o item não atende aos requisitos técnicos mínimos exigidos pelo edital, comprometendo a segurança assistencial, a confiabilidade operacional e a gestão adequada dos equipamentos hospitalares, razão pela qual não merece pontuação.

3.31. *Dos critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição*

O projeto técnico não apresenta critérios técnicos, operacionais ou administrativos para a contratação de serviços terceirizados ou para a constituição de equipe própria destinada à execução dos serviços de limpeza, vigilância patrimonial e cozinha/nutrição.

Inexistiu definição do escopo e da caracterização dos serviços, dos níveis de serviço esperados, das responsabilidades das partes envolvidas, bem como dos mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação de desempenho, elementos indispensáveis para garantir a qualidade, a continuidade e a segurança operacional desses serviços essenciais ao funcionamento hospitalar.

Também não foram apresentados critérios de conformidade com a legislação vigente, incluindo normas sanitárias, trabalhistas e de segurança, tampouco a adequação às necessidades operacionais específicas da unidade hospitalar, o que inviabiliza a análise da viabilidade técnica e da governança dos serviços propostos.

Diante da ausência de critérios mínimos que permitam avaliar a forma de execução, o controle e a responsabilização pelos serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, razão pela qual não deve ser pontuado.

3.32. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)

Nos termos da Matriz de Avaliação, a comprovação de experiência em gestão de serviços de saúde em unidades com capacidade instalada igual ou superior a 100 (cem) leitos de internação deve ser realizada mediante apresentação de documentação idônea que permita a identificação inequívoca da unidade hospitalar gerida, bem como a verificação objetiva de sua capacidade instalada.

O Instituto Saúde e Cidadania – ISAC apresentou quatro comprovações de experiência. Contudo, após análise da documentação, verifica-se que apenas três comprovações atendem plenamente ao critério editalício, quais sejam:

- Hospital Estadual Dirceu Arcoverde – 144 leitos (p. 15 do Volume II);
- Hospital Municipal Antônio Teixeira Sobrinho – 123 leitos (p. 29 do Volume II);
- Hospital Regional Chagas Rodrigues – 133 leitos (p. 37 do Volume II).

Em relação à quarta comprovação, apresentada às fls. 43 do Volume II, a entidade juntou publicação de contrato de gestão celebrado com o Município de Maceió, contudo sem indicação expressa da unidade hospitalar objeto da gestão, tampouco qualquer referência ao nome do hospital ou à sua capacidade instalada.

A ausência de identificação da unidade hospitalar inviabiliza a verificação do número de leitos e, conseqüentemente, o enquadramento da experiência ao critério objetivo estabelecido na Matriz de Avaliação. Ressalta-se que não é admissível presunção ou inferência quanto ao porte da unidade, sendo imprescindível a comprovação documental clara, objetiva e verificável.

Dessa forma, a quarta comprovação não atende ao requisito editalício, devendo ser desconsiderada para fins de pontuação, reconhecendo-se como válidas apenas três experiências comprovadas, nos termos acima descritos.

3.33. *Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)*

O Edital estabelece que os profissionais integrantes da estrutura diretiva devem comprovar experiência em gestão de serviços de saúde em unidades com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos de internação, sendo atribuídos 2,0 pontos por experiência comprovada, limitado ao máximo de quatro experiências. Para fins de pontuação, o instrumento convocatório também exige a comprovação de certificação de especialização na área de gestão hospitalar, mediante apresentação de documentação completa e formal, nos termos expressamente previstos no edital.

No que se refere à profissional **Waldineide Pereira de França Duarte**, indicada para o cargo de **Diretora Geral**, a documentação apresentada às folhas 51 (volume II) encontra-se formalmente regular, atendendo, em princípio, às exigências editalícias, permanecendo a pontuação condicionada à verificação específica da comprovação de experiência em unidade com capacidade instalada mínima exigida.

Em relação à profissional **Maria Dulcimary Ribeiro Fonseca**, indicada como **Diretora Administrativa**, verifica-se que não foram atendidos os requisitos editalícios de forma cumulativa. Às folhas 129 (volume II) foi apresentado apenas um atestado de que a profissional cursou Pós-Graduação em Gestão Hospitalar e Saúde Pública pela Faculdade Católica Dom Orione, sem o respectivo histórico escolar, documento este expressamente exigido pelo edital como condição de validade, o que inviabiliza seu reconhecimento para fins de pontuação. Às folhas 131 (volume II) consta documento redigido em língua espanhola, desacompanhado de tradução juramentada, o que igualmente impede sua análise e aceitação. Já às folhas 133 (volume II) foi apresentado histórico escolar referente a MBA Executivo em Gestão Hospitalar pela Faculdade Unyleya, porém sem a correspondente declaração de conclusão ou certificado do curso, não sendo possível comprovar a efetiva conclusão da especialização. Ademais, não foram apresentados documentos aptos a demonstrar experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, conforme exigido pelo edital. Dessa forma, a profissional não atende aos requisitos necessários à pontuação.

Quanto ao profissional **Carlos Alberto Teixeira Costa**, indicado para o cargo de **Diretor Técnico**, observa-se que não foi apresentada comprovação de pós-graduação ou especialização na área de gestão hospitalar. Os documentos juntados referem-se exclusivamente à formação médica, consistindo em certificado de residência médica em Medicina Intensiva, às folhas 229 (volume II), e certificado de especialidade em Cirurgia Geral,

às folhas 231(volume II). Tais títulos, embora relevantes do ponto de vista assistencial, não suprem a exigência objetiva e específica do edital quanto à especialização em gestão hospitalar, razão pela qual o profissional não atende ao requisito necessário para fins de pontuação.

Por fim, em relação à profissional **Layane Silva do Nascimento**, indicada para o cargo de **Diretora Assistencial/Enfermagem**, foi apresentada apenas declaração de matrícula, às folhas 254 (volume II), em curso de MBA em Gestão de Excelência em Saúde, com previsão de término em 20 de março de 2026. O edital, entretanto, exige a comprovação de curso de especialização concluído, mediante apresentação de certificado de conclusão ou declaração acompanhada de histórico escolar, não sendo admitida pontuação para cursos em andamento. Assim, a documentação apresentada não atende às exigências editalícias.

Diante do exposto, conclui-se que, no âmbito do item 3.33, apenas uma profissional apresentou documentação formalmente apta à análise, ao passo que os demais integrantes da estrutura diretiva indicados pelo ISAC não comprovaram, de forma válida e nos termos exigidos pelo edital, a especialização em gestão hospitalar e/ou a experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada mínima de 100 leitos. Em razão disso, as experiências não comprovadas não devem ser consideradas para fins de pontuação, sob pena de afronta aos princípios da legalidade, da isonomia entre os proponentes e da vinculação ao instrumento convocatório.

3.34. *Comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h (cada certidão somará 2,50 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)*

O Edital estabelece que a entidade deve comprovar experiência na gestão de unidade de saúde com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos de internação, que possua atendimento de urgência e emergência em regime de 24 horas, sendo atribuídos 2,50 pontos por certidão válida, limitado ao máximo de quatro experiências reconhecidas.

No presente caso, o ISAC apresentou quatro documentos com a finalidade de comprovar a experiência exigida. Contudo, após análise técnica da documentação, verifica-se que apenas três comprovações atendem de forma inequívoca aos requisitos editalícios, especialmente no que se refere à comprovação do atendimento de urgência e emergência em regime de 24 horas.

Entre as comprovações válidas, destacam-se aquelas referentes ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, com capacidade instalada de 144 leitos, conforme

documentação constante à página 15 do Volume II, e ao Hospital Municipal Antônio Teixeira Sobrinho, com capacidade instalada de 123 leitos, conforme documentação juntada à página 29 do Volume II, ambas contendo elementos suficientes para identificar a unidade hospitalar e confirmar seu perfil assistencial compatível com as exigências do edital.

Entretanto, quanto à quarta comprovação apresentada, verifica-se que às páginas 43 consta apenas a publicação de um contrato de gestão firmado com o Município de Maceió, sem qualquer menção expressa ao nome da unidade hospitalar objeto da gestão. A ausência de identificação da unidade inviabiliza a verificação de seu perfil assistencial, notadamente quanto à capacidade instalada e à prestação de serviços de urgência e emergência em regime de 24 horas, requisitos essenciais previstos no edital. Dessa forma, não é possível reconhecer tal documento como comprovação válida para fins de pontuação.

Diante do exposto, conclui-se que, no âmbito do item 3.34, apenas três experiências apresentadas pelo ISAC atendem de forma comprovada às exigências editalícias, devendo ser desconsiderada a quarta comprovação por ausência de elementos mínimos que permitam a identificação da unidade hospitalar e a confirmação de seu enquadramento nos critérios estabelecidos no instrumento convocatório, em observância aos princípios da legalidade, da vinculação ao edital e da isonomia entre os proponentes.

3.35. *Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II*

Após análise minuciosa da documentação apresentada pelo ISAC, não foi localizada qualquer comprovação válida que demonstre a gestão, pela entidade, de unidade hospitalar com capacidade instalada mínima exigida e detentora de acreditação ONA Nível II, nos termos estabelecidos no instrumento convocatório. Não foram identificados certificados de acreditação, declarações formais, contratos de gestão acompanhados de comprovação da acreditação, nem quaisquer outros documentos aptos a evidenciar o atendimento ao requisito editalício.

3.36. *Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde*

No caso em análise, verifica-se que o próprio ISAC reconhece expressamente, em seu Projeto Técnico, às páginas 1322 do Volume I, não possuir experiência na utilização da Metodologia de Valor em Saúde. Tal declaração constitui elemento suficiente para afastar o atendimento ao requisito editalício, uma vez que evidencia a inexistência da experiência exigida para fins de pontuação.

3.37. *Conclusão*

Após a análise integral, minuciosa e fundamentada da documentação de habilitação e da Proposta Técnica apresentada pelo **Instituto Saúde e Cidadania – ISAC**, à luz das disposições do Edital de Chamamento Público nº 001/2025–SES/MS, de seus anexos e da Matriz de Avaliação, conclui-se que a proposta não reúne condições jurídicas, técnicas e objetivas para prosseguimento no certame, impondo-se sua exclusão.

Inicialmente, restou caracterizado vício insanável e de natureza objetiva, consistente na inclusão de informações de custo financeiro no envelope da Proposta Técnica, notadamente valores vinculados ao dimensionamento de recursos humanos, em afronta direta e literal ao item 5.4.4 do Edital, que dispõe de forma expressa que a inclusão de qualquer documento da Proposta Financeira no envelope da Proposta Técnica acarreta a desclassificação sumária da proponente. Trata-se de comando vinculante, cuja aplicação não comporta juízo discricionário por parte da Comissão, sob pena de violação aos princípios da legalidade, da isonomia e da vinculação ao instrumento convocatório. Assim, apenas por esse fundamento, já se impõe a desclassificação imediata do ISAC, com o consequente afastamento de sua proposta das fases subsequentes do certame.

Ainda que assim não fosse - por argumentação meramente subsidiária -, verifica-se que a Proposta Técnica apresentada pelo ISAC não atingiu a pontuação mínima exigida pelo edital para fins de classificação. Conforme demonstrado nos quadros de avaliação, a entidade obteve 82 (oitenta e dois) pontos, resultado significativamente inferior ao patamar mínimo estabelecido no instrumento convocatório, o que, por si só, inviabiliza sua habilitação técnica.

A baixa pontuação decorre de fragilidades estruturais relevantes, falhas conceituais, inconsistências normativas, ausência de atendimento a requisitos objetivos e apresentação de conteúdos genéricos ou incompatíveis com o perfil assistencial e a complexidade do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, conforme exaustivamente detalhado nos itens 3.2 a 3.36 deste relatório. As inconformidades abrangem, entre outros aspectos, a ausência de fluxos operacionais essenciais, deficiências graves na governança assistencial e administrativa, inadequação de regimentos e cronogramas das comissões obrigatórias, insuficiência na apresentação de protocolos assistenciais exigidos, fragilidade na implantação da metodologia de Valor em Saúde, bem como falhas na comprovação de experiências técnicas e institucionais relevantes.

Diante desse cenário, restam configurados dois fundamentos autônomos e suficientes para o afastamento da proposta do ISAC:

- (i) a desclassificação objetiva e vinculada, decorrente do descumprimento do item 5.4.4 do Edital; e

- (ii) o não atingimento da pontuação mínima exigida, conforme demonstrado de forma clara, objetiva e verificável na Matriz de Avaliação.

Assim, conclui-se, de forma técnica, jurídica e motivada, que o Instituto Saúde e Cidadania - ISAC deve ser desclassificado do certame, com o consequente encerramento de sua participação no Chamamento Público nº 001/2025–SES/MS, em estrita observância aos princípios da legalidade, da isonomia, da impessoalidade, da vinculação ao edital e da segurança jurídica.

Registre-se, por fim, que a pontuação atribuída à Proposta Técnica do Instituto Saúde e Cidadania - ISAC decorre da aplicação estrita dos critérios previstos no Edital e em sua Matriz de Avaliação, encontrando-se detalhada e discriminada na respectiva Matriz de Avaliação do ISAC, que segue abaixo, parte integrante e indissociável desta conclusão.

TÍTULO	PROJETO TÉCNICO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
5.4.1. do Edital	Numerada sequencialmente, da primeira à última folha (incluindo os anexos).	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
	Sumário, relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	p. 1 (Volume I)
	Rubricada.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.2. do Edital	Deverá seguir o disposto no Anexo III – Roteiro para elaboração da proposta técnica.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.2.1. do Edital	a) Conhece as leis e normas jurídicas que respaldam o presente procedimento de parceria, que obedecerá aos princípios e a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS e respeitará o caráter público Hospital, conforme Anexo IX - Modelo de Declaração de Prestação de Serviços em conformidade com a Proposta de Trabalho.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	p. 3 (Volume II)

TÍTULO	ITEM A - ATIVIDADE	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
IMPLANTAÇÃO DE FLUXO A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e o entendimento	Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas.	2	0	p. 63 (Volume I)
	Fluxo para registro de documentos de usuários e administração.	1	0	p. 85 (Volume I)

do fluxo de acordo com a infraestrutura do hospital.	Fluxo para materiais esterilizados.	1	1	p. 133 (Volume I)
	Fluxo para processamento de roupas.	1	0	p. 151 (Volume I)
	Fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores).	1	0	p. 162 (Volume I)
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	Proposta para Regimento Interno do Hospital.	4	0	p. 176 (Volume I)
	Proposta para logística de suprimento.	4	4	p. 182 (Volume I)
	Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.	4	0	p. 246 (Volume I)
	Cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.	6	0	p. 252 (Volume I)
IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas para faturamento de procedimentos.	2	2	p. 256 (Volume I)
	Apresentação de manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade.	2	2	p. 290 (Volume I)
	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas dos setores de Almoxarifado, Compras, Serviço de Arquivo Médico (SAME), Farmácia, Manutenção, Patrimônio e Tecnologia de Informação.	4	4	p. 301 (Volume I)
	Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas.	2	2	p. 394 (Volume I)
	Apresentação dos seguintes Procedimentos Operacionais Padrão (POP) ² (1,0 pontos para cada POP).	24	2	p. 416 (Volume I)
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "A"		58	17	

TÍTULO	ITEM B – QUALIDADE QUALIDADE OBJETIVA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 588 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 601 (Volume I)
Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar	Proposta de Regimento da Comissão.	1,5	0	p. 603, 616 e 635 (Volume I)

	Cronograma de Atividade Anual.	1,5	1,5	p. 614, 633 e 649 (Volume I)
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 651 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 660 (Volume I)
Comissão de Verificação de Óbitos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 662 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 669 (Volume I)
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 675 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	p. 687 (Volume I)
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 689 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 696 (Volume I)
Núcleo de Segurança do Paciente	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 698 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	1	1	p. 708 (Volume I)
Comissão de Gerenciamento de Riscos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 710 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0,5	p. 717 (Volume I)
Comitê Transfusional	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 719 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 735 (Volume I)
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 737 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 747 (Volume I)
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 749 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 759 (Volume I)
Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 762 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0,5	p. 774 (Volume I)
Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 776 (Volume I)
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	p. 783 (Volume I)
SUBTOTAL QUALIDADE OBJETIVA		18	3,5	

TÍTULO	ITEM B – QUALIDADE QUALIDADE SUBJETIVA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
QUALIDADE DO ATENDIMENTO / ACOLHIMENTO	Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares; Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital; Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte.	4	4	p. 799 (Volume I)
	Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.	2	0	p. 882 (Volume I)
	Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes.	2	0	p. 889 (Volume I)
	Proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização.	2	2	p. 897 (Volume I)
	Proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas.	2	0	p. 921 (Volume I)
SUBTOTAL QUALIDADE SUBJETIVA		12	6	
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "B"		30	9,5	

TÍTULO	ITEM C - TÉCNICA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL	Apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo.	2	2	p. 941 (Volume I)
IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR	Apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso).	3	0	p. 5 (Volume II)
	Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário.	2	0	p. 5 (Volume II)
IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	Normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional.	1	0	p. 946 (Volume I)
	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva).	2	0	p. 963 (Volume I)

	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva).	2	0	p. 1002 (Volume I)
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores.	3	3	p. 1054 (Volume I)
	Critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição.	2	0	p. 1111 (Volume I)
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular.	2	2	p. 285 (Volume II)
CIÊNCIA E TECNOLOGIA	Apresentação de projeto de Tecnologia da Informação, descrição do sistema de gerenciamento eletrônico e sua relação com os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, com vistas à melhoria dos registros qualitativos de produção, do atendimento ao usuário e de controle gerencial da Unidade.	5	5	p. 1118 (Volume I)
POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção.	2	2	p. 1168 (Volume I)
	Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	2	2	p. 1225 (Volume I)
	Apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades.	2	2	p. 1230 (Volume I)
	Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.	2	2	p. 1269 (Volume I)
	Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários.	3	2	p. 1292 (Volume I)
DESCRIPTIVO DO PROJETO	Apresentar roteiro contendo planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos acima descritos.	6	6	p. 1302 (Volume I)
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "C"		41	28	

TÍTULO	ITEM D - DA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	Comprovação, <u>pela entidade</u> , de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2	2	p. 15 (Volume II)
		2	2	p. 29 (Volume II)
		2	2	p. 37 (Volume II)

		2	0	p. 43 (Volume II)
	Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva , de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos , podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2	2	p. 51 (Volume II)
		2	0	p. 107 (Volume II)
		2	0	p. 137 (Volume II)
		2	0	p. 233 (Volume II)
		Comprovação, pela entidade , de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h (cada certidão somará 2,50 pontos , podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2,5	2,5
	2,5		2,5	p. 29 (Volume II)
	2,5		2,5	p. 37 (Volume II)
	2,5		0	p. 43 (Volume II)
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE COM ACREDITAÇÃO ONA	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA I.	4	4	p. 293 (Volume II)
	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II.	6	0	NÃO SE APLICA
	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III.	8	8	p. 299 (Volume II)
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS COM METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde.	7	0	p. 1322 (Volume I)
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "D"		51	27,5	
TOTAL GERAL DE PONTOS DA PROPOSTA TÉCNICA (A + B + C + D)		180	82	0

4. DA SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD

Após a análise do Projeto Técnico apresentado pela **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD**, à luz das exigências previstas no Edital de Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS e de seus respectivos anexos, especialmente da Matriz de Avaliação, foram identificadas inconsistências técnicas, desconformidades normativas e fragilidades relevantes que comprometem a aderência da proposta aos requisitos mínimos exigidos para a execução do objeto.

As falhas observadas envolvem aspectos estruturais, organizacionais, técnicos e documentais, com destaque para a estrutura diretiva, os regimentos e comissões institucionais, a adequação dos manuais e protocolos, bem como a coerência entre os documentos apresentados e o hospital objeto do certame.

Tais inconformidades serão detalhadas de forma específica e fundamentada nos itens a seguir, demonstrando que a proposta, no formato apresentado, não assegura a conformidade plena com o edital, tampouco evidencia domínio técnico compatível com a complexidade da gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

4.1. *Dos fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas*

O Projeto Técnico apresentado apresenta fragilidades relevantes na definição, estruturação e padronização dos fluxos operacionais, de acesso e de segurança institucional. Não há descrição clara, sistematizada e tecnicamente organizada dos acessos externos da unidade, incluindo portarias, estacionamentos, localização perimetral, bem como dos dias e horários de funcionamento. Tampouco foram definidos os mecanismos de controle de acesso a serem adotados, sejam eles físicos, eletrônicos ou realizados por meio de recursos humanos, inexistindo referência à estruturação ou contratação de serviços de Controle de Acesso e Segurança Patrimonial.

Verifica-se, ainda, a ausência de definição dos fluxos de circulação de profissionais médicos, usuários, colaboradores, visitantes administrativos, terceiros e fornecedores, assim como dos respectivos procedimentos de identificação, registro, autorização, controle de permanência e responsabilização. O projeto não contempla diretrizes ou procedimentos para o controle de entrada, circulação interna e saída de bens, materiais e equipamentos pertencentes à unidade hospitalar, tampouco estabelece critérios, fluxos ou responsabilidades para a liberação de altas hospitalares, especialmente no que se refere a recém-nascidos e menores de idade. Do mesmo modo, não foi apresentado fluxo específico para a liberação e manejo de óbitos, etapa sensível e crítica do ponto de vista assistencial, legal e ético.

Da mesma forma, não foram definidos critérios formais para identificação, cadastro, controle e responsabilização de fornecedores, o que reforça a ausência de padronização e de governança dos processos operacionais da unidade. O texto apresentado revela inconsistências internas, falta de padronização técnica e ausência de correlação lógica entre os processos descritos, comprometendo a clareza, a compreensão e a avaliação da viabilidade operacional do modelo proposto.

Soma-se a essas fragilidades a inexistência da apresentação do Fluxo de Atendimento de Urgência e Emergência, incluindo a definição dos procedimentos assistenciais, critérios de registro, organização dos atendimentos e metodologia de classificação de risco dos pacientes, elemento essencial para a segurança assistencial, a organização dos fluxos internos e a adequada avaliação da capacidade técnica da proponente.

4.2. Do fluxo para registro de documentos de usuários e administração

O Projeto Técnico apresentado não atende às exigências editalícias relativas ao fluxo para registro de documentos de usuários e da administração, apresentando fragilidades conceituais e ausência de conteúdo mínimo indispensável à avaliação da conformidade técnica e normativa do processo de gestão documental.

Verifica-se que o texto limita-se a mencionar a RDC ANVISA nº 330/2019, norma que dispõe sobre o funcionamento dos serviços de radiologia, não guardando relação direta com os procedimentos de registro, organização, guarda, reprodução, acesso e descarte de documentos de usuários e documentos administrativos. A referência normativa apresentada, portanto, mostra-se inadequada ao objeto do item avaliado, evidenciando desvio de foco e ausência de aderência técnica ao critério estabelecido no edital.

Não há qualquer descrição dos procedimentos relacionados ao registro documental de usuários, incluindo critérios de abertura, atualização, guarda, confidencialidade, acesso, cópia e descarte de prontuários e demais documentos assistenciais, tampouco referência às normas específicas aplicáveis à gestão de documentos em saúde. Da mesma forma, inexistente qualquer menção ao Fluxo do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), não sendo apresentados os processos de recebimento, organização, controle, arquivamento, rastreabilidade, empréstimo e eliminação de prontuários, elementos essenciais para a segurança jurídica, assistencial e informacional da unidade hospitalar.

Adicionalmente, o projeto não contempla o Fluxo de Documentos Administrativos, deixando de definir critérios, responsabilidades, prazos, níveis de acesso, controle de versões, guarda, arquivamento e descarte de documentos institucionais, o que compromete a governança administrativa, a transparência e a conformidade legal do modelo proposto.

Diante da utilização de referência normativa inadequada, da ausência de descrição dos fluxos de registro documental de usuários, da inexistência de fluxo específico do SAME e da omissão quanto à gestão de documentos administrativos, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, não sendo possível atribuir pontuação ao critério avaliado.

4.3. Do fluxo para materiais esterilizados

O Projeto Técnico apresentado não atende às exigências editalícias no que se refere ao fluxo para materiais esterilizados, uma vez que não apresenta de forma clara, sistematizada e tecnicamente adequada os processos internos relacionados à Central de Material e Esterilização (CME).

Verifica-se a inexistência da descrição do fluxo interno de processamento dos materiais, não sendo apresentadas as etapas essenciais do ciclo de esterilização, tais como recepção dos materiais utilizados, limpeza, desinfecção, preparo, acondicionamento, esterilização, liberação, armazenamento e distribuição dos materiais esterilizados. A ausência dessas informações inviabiliza a avaliação da conformidade do processo com as boas práticas assistenciais e com as normativas sanitárias aplicáveis.

Da mesma forma, não foi apresentado o fluxo de circulação dos materiais contaminados no âmbito do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN), deixando de definir os percursos físicos, a segregação entre áreas sujas e limpas, os mecanismos de prevenção de contaminação cruzada e os critérios de segurança adotados durante o transporte interno desses materiais.

A ausência de definição dos fluxos internos, das etapas de processamento e da circulação dos materiais contaminados compromete a segurança do paciente, a biossegurança dos profissionais e a conformidade sanitária do serviço, não permitindo aferir a capacidade técnica da proponente para a adequada gestão dos materiais esterilizados.

Diante dessas omissões, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, não sendo possível atribuir pontuação ao critério avaliado.

4.4. Do fluxo para processamento de roupas

A proposta apresentada não está em conformidade com a RDC nº 6/2012, uma vez que não descreve de forma adequada e completa o fluxo de processamento de roupas hospitalares, tampouco assegura a segregação técnica entre áreas suja e limpa, as etapas obrigatórias do processamento e os controles necessários para prevenção de contaminação cruzada.

Dessa forma, o item não atende às exigências sanitárias e operacionais aplicáveis, não sendo passível de pontuação.

4.5. Da proposta para Regimento Interno do Hospital

A proposta de Regimento Interno apresentada (p. 129) não observa integralmente as diretrizes estabelecidas no edital. No Capítulo III, ao descrever a estrutura

hierárquica da unidade, é prevista a figura de Gerência de Enfermagem, em substituição ao cargo de Diretor de Enfermagem, expressamente exigido pelo edital como integrante obrigatório da estrutura diretiva.

Tal divergência configura descumprimento de exigência objetiva e vinculante, não se tratando de mera adequação terminológica, mas de alteração indevida da composição mínima da estrutura organizacional definida pela Matriz de Avaliação.

Dessa forma, a proposta não atende aos requisitos mínimos editalícios quanto à estrutura diretiva do hospital, comprometendo sua conformidade técnica e ensejando a não pontuação do item.

4.6. Da proposta para logística de suprimento

A proposta apresentada não contempla normas, rotinas ou processos relacionados à logística de suprimentos, inexistindo definição de fluxos de aquisição, recebimento, armazenamento, controle de estoque, distribuição e rastreabilidade de materiais, medicamentos e insumos. A ausência desses elementos compromete a avaliação da capacidade operacional e do controle logístico da unidade, em desacordo com as exigências editalícias.

4.7. Do cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados

A proposta apresentada não demonstra maturidade técnica na implantação da metodologia de Valor em Saúde, especialmente no que se refere à aplicação do modelo DRG. Observa-se que o cronograma não reconhece a análise admissional do paciente como etapa estruturante do modelo, tratando a metodologia de forma genérica e sem clareza quanto à abordagem adotada.

A metodologia DRG é essencialmente prospectiva, evolutiva e preditiva, iniciando-se no momento da admissão hospitalar, quando são definidos o diagnóstico principal, as comorbidades, o nível de gravidade clínica, a complexidade assistencial e o consumo esperado de recursos. O projeto, contudo, não especifica se a análise será realizada de forma admissional, retrospectiva ou híbrida, o que compromete a avaliação da efetividade do modelo proposto e sua capacidade de induzir melhorias assistenciais ao longo da internação.

Outro ponto crítico refere-se à fixação de meta única de tempo médio de permanência igual ou superior a 4,5 dias, aplicada indistintamente a todos os perfis assistenciais. Tal abordagem é tecnicamente inadequada, uma vez que os indicadores de

permanência hospitalar devem ser analisados por case-mix e por linhas de cuidado, respeitando a complexidade clínica e o perfil assistencial da unidade, sob pena de gerar distorções na análise de desempenho e na alocação de recursos.

Adicionalmente, o cronograma não esclarece como se dará a integração da metodologia proposta com os sistemas oficiais de informação do SUS (SIH/SUS e SIA/SUS), tampouco se serão observados os fluxos regulatórios e os prazos estabelecidos pelo DATASUS, o que fragiliza a governança da informação e a segurança dos processos de faturamento e regulação.

Diante do exposto, conclui-se que o cronograma apresentado não atende de forma adequada às exigências editalícias, por carecer de definição metodológica clara, metas tecnicamente fundamentadas, detalhamento dos processos operacionais e alinhamento às boas práticas nacionais de implantação da gestão por Valor em Saúde.

4.8. Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas

O manual apresentado possui caráter genérico, não demonstrando aderência específica ao objeto do certame. Constatou-se que o documento faz referência expressa ao “**Hospital Municipal de Ponta Porã**”, enquanto o edital trata da gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, evidenciando a reutilização de material elaborado para outra unidade hospitalar, com perfil institucional distinto.

Tal divergência revela a ausência de customização do conteúdo às particularidades organizacionais, administrativas e jurídicas do hospital licitado, em desacordo com a exigência editalícia de apresentação de normas e rotinas específicas e compatíveis com o objeto da contratação.

Dessa forma, o manual não atende ao requisito de aderência técnica exigido, comprometendo a avaliação da capacidade da proponente em estruturar e operacionalizar, de forma adequada, a gestão jurídica e de pessoas da unidade objeto do certame.

4.9. Da apresentação dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), conforme relação prevista na Matriz de Avaliação

A Sociedade Brasileira Caminho de Damasco apresentou um conjunto de 24 (vinte e quatro) Procedimentos Operacionais Padrão (POP's). Todavia, após análise do conteúdo e da aderência à relação expressamente prevista na Matriz de Avaliação, verifica-se que apenas três POP's guardam correspondência com as exigências editalícias, quais sejam: POP de Deterioração Clínica, Atendimento à Vítima Politraumatizada e Reanimação

Cardiopulmonar (RCP), os quais se enquadram no contexto de urgência e emergência exigido pelo edital.

Os demais POP's apresentados não correspondem à lista estabelecida na Matriz de Avaliação, tampouco atendem ao perfil assistencial do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, por não estarem vinculados a fluxos, procedimentos e rotinas de urgência e emergência, requisito central para a pontuação do item.

Dessa forma, conclui-se que somente os três POP's acima mencionados são passíveis de pontuação, devendo os demais ser desconsiderados para fins de avaliação, por inobservância objetiva das exigências editalícias.

4.10. Da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)

4.10.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da CCIRAS apresentada pela Sociedade Brasileira Caminho de Damasco apresenta inconsistências normativas relevantes, comprometendo sua conformidade legal e técnica. As bases normativas citadas no documento não guardam pertinência com a regulamentação da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, uma vez que a RDC nº 50/2002 trata exclusivamente de projetos físicos para estabelecimentos assistenciais de saúde, e a RDC nº 453/1998 dispõe sobre proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico, não regulando a constituição, atribuições ou funcionamento da CCIRAS.

A base normativa legal obrigatória aplicável à matéria é a Portaria MS nº 2.616/1998, que institui o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH) e estabelece, de forma expressa, a estrutura mínima, as atribuições e a organização das instâncias envolvidas. Referida Portaria prevê a obrigatoriedade da constituição de uma Comissão (CCIRAS) com caráter deliberativo e normativo, bem como de um Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS), responsável pela execução técnica e operacional do programa.

O texto apresentado demonstra confusão conceitual e estrutural entre essas duas instâncias, misturando atribuições deliberativas da CCIRAS com atividades executivas próprias do SCIRAS, em desconformidade com o modelo legal estabelecido. Ademais, a Portaria MS nº 2.616/1998 exige a composição mínima do núcleo executor com 01 médico (preferencialmente infectologista) e 01 enfermeiro, com carga horária definida, requisito que não se encontra claramente descrito no regimento proposto.

Observa-se, ainda, impropriedade técnica ao atribuir a notificação compulsória como ato privativo do médico, uma vez que tal obrigação não é exclusiva dessa categoria profissional, devendo observar a legislação sanitária e os fluxos institucionais definidos. Do mesmo modo, a proposta não trata de forma adequada da obrigatoriedade de definição, monitoramento e análise de indicadores de infecção, exigência expressa da legislação vigente.

Por fim, verifica-se a ausência de segregação clara das ações e responsabilidades entre o núcleo deliberativo (CCIRAS) e o núcleo executor (SCIRAS) nos cronogramas apresentados, o que compromete a governança do programa, a rastreabilidade das ações e a avaliação da efetividade das medidas de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Diante das inconsistências normativas, conceituais e estruturais identificadas, conclui-se que a proposta de Regimento da CCIRAS não atende às exigências legais mínimas, devendo ser considerada tecnicamente insuficiente para fins de pontuação.

4.11. Da Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar

4.11.1. Proposta de Regimento da Comissão

Verifica-se que a proponente não apresentou Regimento específico da Comissão de Ética da Equipe Multidisciplinar, limitando-se à apresentação de documentos voltados à Comissão de Ética Médica e, de forma parcial, à Comissão de Ética de Enfermagem. A ausência de normatização própria da Comissão de Ética Multidisciplinar inviabiliza a avaliação de sua composição, competências, fluxo de atuação, critérios de deliberação e integração com os demais colegiados institucionais, em desacordo com as exigências do edital e com as boas práticas de governança ética em ambiente hospitalar.

Tal omissão compromete a demonstração da capacidade institucional da proponente em assegurar a abordagem ética integrada das diversas categorias profissionais que atuam na unidade, especialmente em um hospital de porte regional e de alta complexidade assistencial.

4.12. Da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

4.12.1. Cronograma de Atividades da Comissão

Verifica-se que o cronograma de atividades apresentado não contempla a realização de reuniões mensais para análise e revisão de prontuários, prática essencial e inerente às atribuições da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.

A ausência da previsão de reuniões periódicas compromete a execução sistemática das atividades de avaliação da qualidade, completude, conformidade técnico-assistencial e padronização dos registros em prontuário, além de inviabilizar o monitoramento contínuo dos achados e a proposição de ações de melhoria.

Dessa forma, o cronograma apresentado revela-se incompleto e insuficiente, não atendendo aos requisitos mínimos para a adequada operacionalização da comissão, razão pela qual o item não merece pontuação.

4.13. Da Comissão de Verificação de Óbitos

4.13.1. Proposta de Regimento da Comissão

Constata-se que o Regimento apresentado faz referência à implantação da Comissão de Verificação de Óbitos restrita à Unidade de Pronto Atendimento, o que não condiz com a realidade assistencial nem com a finalidade da comissão no contexto hospitalar.

A Comissão de Verificação de Óbitos deve possuir abrangência institucional, com atuação sobre todos os óbitos ocorridos no hospital, independentemente do setor assistencial, incluindo enfermarias, unidades críticas e demais áreas, uma vez que seu objetivo está diretamente relacionado à análise da qualidade do cuidado, segurança do paciente, vigilância epidemiológica e prevenção de óbitos evitáveis.

Tal limitação indevida compromete a efetividade da comissão e evidencia desalinhamento conceitual e operacional em relação às boas práticas e às diretrizes aplicáveis à gestão hospitalar.

4.13.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Verifica-se que o cronograma de atividades apresentado não contempla a realização de reuniões mensais para análise dos óbitos, etapa essencial para o funcionamento regular da Comissão de Verificação de Óbitos.

A ausência de previsão de reuniões periódicas inviabiliza a análise sistemática dos casos, a identificação de óbitos evitáveis, o monitoramento de causas e fatores contribuintes, bem como a proposição e o acompanhamento de planos de melhoria assistencial.

Dessa forma, o cronograma mostra-se incompleto e insuficiente, não atendendo aos requisitos mínimos para a operacionalização da comissão, razão pela qual o item não merece pontuação.

4.14. Da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

4.14.1. Proposta de Regimento da Comissão

Verifica-se que a proposta apresentada demonstra equívocos legais e conceituais relevantes quanto à CIPA, comprometendo sua conformidade com a legislação trabalhista vigente.

Inicialmente, observa-se erro na fundamentação legal, uma vez que a CIPA não é regida pelos arts. 162 a 165 da CLT, conforme indicado no documento. O art. 162 trata exclusivamente do SESMT, enquanto a CIPA é disciplinada especificamente pelos arts. 163, 164 e 165 da CLT, que dispõem, respectivamente, sobre sua obrigatoriedade, constituição e funcionamento, e estabilidade provisória de seus membros.

Além disso, o regimento não descreve o processo eleitoral, tampouco menciona o mandato legal de 1 (um) ano, conforme exigido pela NR-5. Não há qualquer previsão acerca do treinamento inicial obrigatório, com carga horária mínima de 20 (vinte) horas, nem referência ao dimensionamento da CIPA conforme o grau de risco da atividade econômica e o CNAE da unidade.

O texto também apresenta confusão conceitual grave, ao atribuir à CIPA funções privativas do SESMT, como a realização de perícias técnicas, o que extrapola suas competências legais.

Constata-se, ainda, a ausência de previsão quanto ao arquivamento das atas pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, bem como a definição do responsável por sua guarda, além da inexistência de vinculação formal das atas às reuniões mensais obrigatórias.

Não há menção à interface da CIPA com o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), tampouco à adoção de ações voltadas à prevenção de assédios, à definição de canais de comunicação e denúncia, ou a medidas educativas e preventivas correlatas, em desacordo com as boas práticas atuais de saúde e segurança do trabalho.

4.14.2. Cronograma de Atividades da Comissão

O cronograma apresentado não contempla atividades obrigatórias previstas na NR-5, tais como: posse formal dos membros, realização de reuniões ordinárias mensais, investigação de acidentes graves ou fatais e participação estruturada da CIPA na revisão do PGR.

Também não foram incluídas ações de capacitação voltadas à identificação e prevenção de assédios, nem a definição clara dos canais de comunicação para tais situações.

Verifica-se, ainda, inconsistência documental, uma vez que o plano de ação anual e o cronograma são tratados como sinônimos (p. 286), além da existência de outro cronograma distinto na página 290, sem integração ou coerência entre si.

Diante das inconsistências legais, técnicas e operacionais apontadas, conclui-se que a proposta não atende aos requisitos mínimos legais e normativos para a constituição e funcionamento da CIPA, motivo pelo qual não merece pontuação no âmbito da avaliação técnica.

4.15. Da Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)

4.15.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta apresentada para o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) revela fragilidade conceitual e ausência de aderência às disposições legais que regem o tema, nos termos do art. 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e da Norma Regulamentadora nº 4 (NR-4).

Inicialmente, observa-se impropriedade ao atribuir como “vantagem” do SESMT a redução de custos com manutenção corretiva e obras não previstas, uma vez que tal aspecto não constitui finalidade institucional do SESMT, cuja atuação é voltada à prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, à promoção da saúde do trabalhador e à gestão de riscos ocupacionais, não se confundindo com atividades de engenharia predial ou de controle orçamentário de obras.

O regimento tampouco descreve, de forma clara e objetiva, as atribuições específicas dos profissionais que compõem o SESMT, tais como Engenheiro de Segurança do Trabalho, Médico do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Técnico de Segurança do Trabalho, inviabilizando a avaliação da conformidade da equipe proposta com o dimensionamento e as competências exigidas pela NR-4.

Verifica-se, ainda, a ausência de menção ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), bem como à sua integração com as atividades do SESMT, elemento essencial para a gestão da saúde ocupacional, nos termos da NR-7. A inexistência dessa interface compromete a compreensão do modelo assistencial e preventivo a ser adotado pela proponente.

Diante dessas omissões, conclui-se que o regimento apresentado é incompleto e tecnicamente insuficiente, não demonstrando domínio normativo nem capacidade de estruturação adequada do SESMT.

4.15.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi apresentado cronograma de ações do SESMT, tampouco foram localizadas informações que indiquem o planejamento das atividades preventivas, rotinas de monitoramento, capacitações, inspeções de segurança, acompanhamento de indicadores ou integração com os demais programas de saúde e segurança do trabalho.

A ausência de cronograma inviabiliza a avaliação da exequibilidade, continuidade e efetividade das ações do SESMT, configurando descumprimento das exigências mínimas de planejamento operacional.

4.16. Do Núcleo de Segurança do Paciente

4.16.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta apresentada para o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) evidencia fragilidade conceitual e inadequação normativa, comprometendo a conformidade com a RDC ANVISA nº 36/2013, que dispõe sobre as ações obrigatórias de segurança do paciente em serviços de saúde.

Constata-se ausência de clareza na definição da estrutura, das competências e do modelo de funcionamento do Núcleo, dificultando a compreensão do arranjo institucional proposto e a avaliação de sua capacidade operacional.

Observa-se, ainda, a unificação indevida do Núcleo de Segurança do Paciente com a Comissão de Gerenciamento de Riscos, tratando-os como instâncias equivalentes. Tal abordagem é tecnicamente incorreta, uma vez que o NSP possui atribuições próprias e obrigatórias, voltadas à gestão da segurança do paciente, notificação e análise de incidentes, promoção da cultura de segurança e implementação dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. A Comissão de Gerenciamento de Riscos, por sua vez, possui escopo distinto e complementar, não podendo substituir ou absorver as atribuições legais do Núcleo.

A proposta não delimita de forma objetiva as competências específicas do NSP, tampouco descreve sua interface com outras instâncias obrigatórias da governança clínica, como a CCIRAS, a Comissão de Revisão de Prontuários e a própria Comissão de Gerenciamento de Riscos, o que fragiliza a integração dos processos assistenciais e compromete o atendimento às exigências regulatórias.

4.16.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi apresentado cronograma de atividades do Núcleo de Segurança do Paciente. O material apresentado limita-se à descrição de etapas genéricas de planejamento, sem definição de ações operacionais, periodicidade, responsáveis, metas, indicadores ou mecanismos de monitoramento.

A inexistência de cronograma inviabiliza a verificação da capacidade de implantação, execução e acompanhamento contínuo das ações de segurança do paciente, em desacordo com o disposto na RDC ANVISA nº 36/2013, que exige planejamento sistemático, monitoramento de incidentes e implementação permanente de ações de melhoria.

4.17. Da Comissão de Gerenciamento de Riscos

4.17.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Gerenciamento de Riscos (CGR) apresenta fragilidades conceituais e lacunas normativas relevantes, que comprometem a adequada compreensão de sua estrutura, atribuições e articulação com os demais núcleos obrigatórios da instituição.

Embora a CGR deva atuar de forma integrada ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), observa-se que o texto apresentado não delimita de forma clara as atribuições específicas de cada instância, dando margem à interpretação de que a CGR e o NQSP constituiriam uma única estrutura. Tal entendimento é incorreto, uma vez que o NQSP é o responsável técnico-regulatório pelas ações previstas na RDC ANVISA nº 36/2013, especialmente no que se refere à notificação, análise e monitoramento de incidentes e eventos adversos relacionados à segurança do paciente, enquanto a CGR possui escopo complementar e distinto.

Adicionalmente, o regimento não menciona expressamente a obrigatoriedade de notificação externa de eventos sentinela, quando aplicável, nem estabelece a interface institucional com a Vigilância Sanitária, etapas fundamentais do gerenciamento de riscos assistenciais e exigência normativa em situações de eventos graves.

No que se refere à RDC ANVISA nº 63/2011, que dispõe sobre as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde, verifica-se que o texto não contempla a exigência de elaboração, testagem e monitoramento de planos de contingência, tampouco prevê a realização de simulados, testes periódicos ou análise de lições aprendidas, elementos essenciais para a efetividade da gestão de riscos e para a preparação institucional frente a situações críticas.

Outro ponto relevante refere-se à composição da comissão, na qual não se identifica a participação de representantes da área de Facilities, setor diretamente relacionado à gestão de riscos estruturais, ambientais e operacionais, o que fragiliza a abordagem sistêmica e multidisciplinar necessária ao adequado funcionamento da CGR.

4.17.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi apresentado cronograma de atividades da Comissão de Gerenciamento de Riscos. O material disponibilizado limita-se à descrição genérica de etapas de planejamento, sem definição de ações operacionais, periodicidade, responsáveis, metas, indicadores de desempenho ou mecanismos de monitoramento.

A ausência de cronograma inviabiliza a avaliação da capacidade de implantação, execução e acompanhamento contínuo das atividades da comissão, em desacordo com as boas práticas de governança e com as exigências normativas aplicáveis à gestão de riscos em serviços de saúde.

4.18. Do Comitê Transfusional

4.18.1. Proposta de Regimento da Comissão

Não foi localizado, na documentação apresentada, o Regimento do Comitê Transfusional, inviabilizando a verificação de sua constituição, atribuições, responsabilidades, fluxo decisório e aderência às normas sanitárias aplicáveis.

4.18.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi localizado cronograma de atividades do Comitê Transfusional, impossibilitando a avaliação da periodicidade de reuniões, das ações de monitoramento, da gestão de riscos transfusionais e da governança do processo hemoterápico.

4.19. Da Comissão de Farmácia e Terapêutica

4.19.1. Proposta de Regimento da Comissão

O regimento apresenta inconsistência conceitual relevante, ao misturar e sobrepor atribuições de instâncias distintas, quais sejam: a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e a Comissão de Farmacovigilância.

Embora relacionadas, tais instâncias possuem finalidades, escopos de atuação e responsabilidades normativas diferentes, não sendo admissível sua unificação ou tratamento indistinto em um único regimento.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica deve observar, dentre outras, as diretrizes da RDC ANVISA nº 471/2021 e da Portaria MS nº 3.916/1998, com foco na padronização, incorporação e uso racional de medicamentos. Já a Comissão de Farmacovigilância possui fundamento normativo próprio, notadamente na RDC ANVISA nº 406/2020, voltada à detecção, avaliação, prevenção e notificação de eventos adversos relacionados a medicamentos.

A ausência de delimitação clara entre essas instâncias compromete a governança farmacoterapêutica, a conformidade regulatória e a segurança do paciente, não atendendo às exigências técnicas do edital.

4.19.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi apresentado cronograma de atividades da Comissão de Farmácia e Terapêutica, constando apenas etapas genéricas de planejamento, sem definição de periodicidade, responsáveis, indicadores ou ações sistemáticas, o que inviabiliza a avaliação da efetiva operacionalização da comissão.

4.20. Da Comissão de Gerenciamento de Resíduos

4.20.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de Regimento da Comissão de Gerenciamento de Resíduos apresentada mostra-se incompleta e em desacordo com a legislação sanitária, ambiental e municipal aplicável, deixando de contemplar requisitos essenciais para a adequada governança do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Verifica-se a ausência de interface normativa com a Lei Municipal nº 201/2020, que institui a Política Municipal de Resíduos Sólidos, bem como com o Decreto Municipal nº 8.852/2021, que disciplina o cadastramento, o controle e a responsabilização dos grandes geradores de resíduos. O regimento não menciona a obrigatoriedade de manutenção do cadastro municipal do gerador atualizado e devidamente documentado, requisito central do referido decreto, orientado ao controle e à rastreabilidade das informações.

Também não há qualquer menção ao gerenciamento de medicamentos e insumos farmacêuticos sujeitos à logística reversa, deixando de prever ponto de coleta, armazenamento seguro, fluxo de retirada, registros e evidências documentais, em afronta às exigências legais e às boas práticas de gestão ambiental e sanitária.

Adicionalmente, o regimento não explicita a obrigatoriedade de comprovação formal dos contratos e licenças referentes à coleta, tratamento e destinação final

dos resíduos, aspecto especialmente relevante considerando que a legislação municipal veda a destinação desses resíduos em aterro de resíduos domiciliares.

Observa-se, ainda, a inexistência de previsão quanto à interface da comissão com a Vigilância em Saúde, o SESMT/Segurança do Trabalho e os órgãos de meio ambiente, integração exigida pelo regramento municipal e fundamental para a gestão integrada dos riscos sanitários, ocupacionais e ambientais.

Por fim, não há menção à verificação periódica da conformidade ambiental da cadeia externa, incluindo transportadores, tratadores e destinadores finais devidamente licenciados e regularizados, tampouco à obrigatoriedade de arquivamento sistemático das evidências comprobatórias dessas regularidades, o que compromete a rastreabilidade e a segurança jurídica do processo.

Diante dessas omissões, conclui-se que o regimento apresentado não atende às exigências legais, normativas e operacionais aplicáveis, revelando fragilidade técnica e ausência de aderência ao edital.

4.20.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi apresentado cronograma de atividades da Comissão de Gerenciamento de Resíduos. O documento limita-se a descrever etapas genéricas de planejamento para constituição da comissão, sem definição de atividades recorrentes, periodicidade, responsáveis, indicadores ou produção de evidências, inviabilizando a avaliação da efetiva implantação e funcionamento da comissão.

4.21. Da Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional

4.21.1. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi apresentado cronograma de atividades da EMTN. O documento limita-se à descrição genérica de etapas de planejamento, sem definição de ações permanentes, periodicidade, responsáveis, metas ou indicadores, inviabilizando a avaliação da efetiva implantação, funcionamento e monitoramento da equipe no contexto assistencial hospitalar.

4.22. Da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias

4.22.1. Proposta de Regimento da Comissão

A proposta de regimento apresentada apresenta inconsistência na definição de governança da comissão, ao estabelecer, no Capítulo II, §2º, mandato por tempo

indeterminado. Tal previsão não se mostra adequada à natureza de uma comissão institucional, que deve possuir mandatos definidos, com critérios claros de designação, recondução e substituição de seus membros, especialmente da Presidência, como forma de assegurar rotatividade, transparência e accountability.

Ressalta-se que, embora o profissional estomaterapeuta possa permanecer vinculado à instituição enquanto perdurar seu vínculo funcional, a função de Presidente da Comissão deve ser formalmente designada por período determinado, conforme boas práticas de governança clínica.

Adicionalmente, o regimento não contempla ações estruturadas voltadas à prevenção de lesões relacionadas ao uso de dispositivos médicos, tema essencial e diretamente relacionado à segurança do paciente, à qualidade assistencial e às diretrizes nacionais e internacionais de prevenção de danos, configurando lacuna técnica relevante.

4.22.2. Cronograma de Atividades da Comissão

Não foi apresentado cronograma de atividades propriamente dito, mas apenas a descrição genérica de etapas de planejamento, sem definição de ações contínuas, periodicidade, responsáveis, metas ou indicadores de acompanhamento.

Observa-se, ainda, a ausência de alinhamento entre as comissões, uma vez que não consta no cronograma da Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias a realização do Simpósio de Tratamento de Lesões e Curativos, previsto para o mês de outubro no cronograma da CCIRAS, evidenciando falta de integração institucional e de coerência entre os instrumentos de planejamento apresentados.

Diante das inconsistências normativas, da fragilidade na definição de governança e da ausência de cronograma operacional estruturado, conclui-se que o item não atende às exigências editalícias, não sendo passível de pontuação.

4.23. Do manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares; Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital; Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte

Não foi apresentado o manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares, inexistindo diretrizes, fluxos ou estratégias estruturadas voltadas ao acolhimento social e psicossocial no contexto hospitalar.

Também não foi localizado o Protocolo de Classificação de Risco, tampouco a descrição da implementação do processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, com definição de metodologia, critérios de estratificação, fluxos assistenciais ou identificação do paciente conforme grau de sofrimento, agravos à saúde ou risco de morte, conforme exigido no edital.

Por outro lado, foram apresentados protocolos clínico-assistenciais compatíveis com o perfil assistencial do hospital, os quais atendem parcialmente ao item avaliativo.

Diante disso, o item pontua apenas parcialmente, exclusivamente em razão da apresentação dos protocolos clínico-assistenciais, não fazendo jus à pontuação integral prevista na Matriz de Avaliação.

4.24. Da instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários

A proponente apresentou proposta de visitação com dois horários diários, cada um com duração de 01 (uma) hora, permitindo 02 (dois) visitantes, o que demonstra inadequação em relação às exigências expressas no edital.

O edital é claro ao determinar a adoção de visita ampliada e flexível, com no mínimo dois ou mais horários, totalizando duração mínima de 04 (quatro) horas diárias, requisito que não foi atendido pela proposta apresentada.

Além disso, a instrução não detalha critérios objetivos nem medidas de controle de risco, tais como orientações de biossegurança, controle de fluxo, restrições sanitárias, uso de EPIs, critérios de elegibilidade ou protocolos específicos para situações epidemiológicas especiais.

Diante do descumprimento dos parâmetros mínimos estabelecidos no edital, o item não atende às exigências editalícias e não faz jus à pontuação prevista.

4.25. Da proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes

A proposta apresentada não contempla a previsão de acompanhante para pacientes indígenas, em desacordo com o que é expressamente exigido no edital e com a legislação vigente que assegura o respeito às especificidades culturais, sociais e assistenciais dessa população.

A ausência dessa previsão evidencia a não observância dos princípios da equidade, da humanização do cuidado e da atenção diferenciada, comprometendo a aderência da proposta às diretrizes assistenciais exigidas para o objeto do certame.

Dessa forma, o item não atende ao disposto no edital, não fazendo jus à pontuação correspondente.

4.26. Da proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização.

A proponente apresentou proposta sucinta para implantação do serviço de humanização, contudo não descreveu de forma clara e operacional como serão aplicados, na prática, os princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) no âmbito do serviço.

Não foram detalhados os mecanismos de operacionalização, tais como: estrutura de governança do processo de humanização, definição de responsabilidades, fluxos de atuação, dispositivos da PNH a serem adotados (acolhimento, ambiência, gestão participativa, escuta qualificada, entre outros), indicadores de monitoramento, metas ou estratégias de avaliação e melhoria contínua.

A ausência de detalhamento técnico-operacional compromete a exequibilidade da proposta e impede a verificação da aderência efetiva às diretrizes da PNH, configurando atendimento parcial e insuficiente ao exigido no edital.

4.27. Da apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo

A proponente apresentou organograma institucional às folhas 65, estruturado a partir da sede administrativa da entidade, tratando-a como primeiro nível hierárquico. Todavia, o edital é expresso ao exigir a apresentação do organograma específico da unidade hospitalar objeto do certame, com a identificação dos dois primeiros níveis de gestão do hospital, e não da estrutura administrativa da mantenedora.

A apresentação de organograma desvinculado da unidade hospitalar impede a verificação da conformidade da estrutura diretiva exigida, bem como da correspondência entre cargos, competências e responsabilidades diretamente relacionadas à gestão do Hospital.

4.28. Das normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional

Não foi localizada, na documentação apresentada, proposta contendo normas e diretrizes para o funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação (NIR), tampouco a especificação de estrutura organizacional, rotinas operacionais, horários de funcionamento, equipe mínima exigida e qualificação profissional dos responsáveis.

4.29. Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva)

Foi apresentado Manual de Operação e Controle unificado para os serviços de Manutenção de Infraestrutura e Engenharia Clínica. Contudo, o documento não contempla as Normas, Critérios de Implantação e Diretrizes de Funcionamento específicas do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica, tampouco define de forma clara o escopo de atuação, a caracterização das atividades e os parâmetros técnicos que orientam sua execução.

Verifica-se a ausência de critérios objetivos para a elaboração do Cronograma de Manutenção Preventiva da infraestrutura predial, não sendo especificadas periodicidade, metodologia de acompanhamento, mecanismos de controle e registro das atividades executadas. De igual modo, não foram estabelecidas Normas e Critérios para a Manutenção Corretiva, tais como procedimentos operacionais, tempos de resposta, níveis de criticidade, indicadores de desempenho, metas de resolutividade e modelo de gestão das ordens de serviço.

Adicionalmente, não foi apresentada a composição da equipe técnica responsável pela execução das atividades, tampouco há definição do papel, das atribuições e da responsabilidade técnica do Engenheiro responsável, elemento indispensável para a conformidade legal e a governança dos serviços de engenharia hospitalar.

As omissões identificadas comprometem a avaliação da capacidade técnica, da governança operacional e da efetividade dos serviços de manutenção propostos, razão pela qual o item não atende plenamente às exigências editalícias e não deve ser pontuado.

4.30. Das normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva)

Não foram apresentadas as Normas de Funcionamento do Serviço de Engenharia Clínica, inexistindo definição de estrutura, processos, rotinas, critérios técnicos e diretrizes operacionais para a execução das manutenções preventivas e corretivas dos equipamentos médico-hospitalares.

Dessa forma, o item não atende às exigências do edital e não merece pontuação.

4.31. *Das normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores*

Não foram localizadas normas, rotinas ou procedimentos que disciplinem a aquisição, o recebimento, a guarda, a distribuição e a dispensação de equipamentos, materiais hospitalares, medicamentos e correlatos.

4.32. *Dos critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição*

Não foram localizados critérios técnicos, operacionais ou administrativos para a contratação de serviços terceirizados ou para a constituição de equipe própria destinada aos serviços de limpeza, vigilância patrimonial e cozinha/nutrição.

4.33. *Da apresentação de projeto de Tecnologia da Informação, descrição do sistema de gerenciamento eletrônico e sua relação com os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, com vistas à melhoria dos registros qualitativos de produção, do atendimento ao usuário e de controle gerencial da Unidade*

Não foi localizado projeto de Tecnologia da Informação que descreva o sistema de gerenciamento eletrônico, tampouco sua integração com os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SIA/SIH), visando à melhoria dos registros assistenciais, do atendimento ao usuário e do controle gerencial da unidade.

4.34. *Da proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção*

A proposta apresentada encontra-se vinculada às necessidades da UPA Tobias Barreto (p. 376), unidade estranha ao objeto do presente edital, que trata do Hospital

Regional Dr. José de Simone Netto, evidenciando ausência de customização e reaproveitamento de material de outro contexto assistencial.

Além disso, o documento não apresenta normas específicas para a seleção de pessoal, definição de contratos de trabalho e avaliação de desempenho compatíveis com a realidade hospitalar, tampouco contempla propostas objetivas e estruturadas voltadas ao combate ao absenteísmo e ao estímulo da produtividade, conforme expressamente exigido pelo edital.

Diante da inadequação ao objeto do certame e da ausência dos elementos mínimos requeridos, o item não atende às exigências editalícias e não merece pontuação.

4.35. *Da proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho*

Não foi localizada, na documentação apresentada, proposta específica para registro e controle de pessoal, tampouco modelo de escalas de trabalho aplicável à unidade hospitalar objeto do certame.

4.36. *Da apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades*

A proposta apresentada encontra-se vinculada às necessidades do Hospital São Raimundo (p. 377), unidade diversa do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, evidenciando reaproveitamento de material sem a devida adequação ao objeto do edital. O item deve ser desconsiderado para fins de pontuação.

4.37. *Da proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional*

Não foi localizada proposta estruturada e específica para avaliação de desempenho dos colaboradores e realização de pesquisa de clima institucional. Embora haja menções pontuais ao tema em outros itens, não foi apresentada metodologia própria, conforme exigido pelo edital.

4.38. *Da proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários*

Não foi localizada proposta de Plano de Cargos e Carreiras aplicável à unidade hospitalar objeto do certame. Dessa forma, o item não atende ao edital e não faz jus à pontuação.

4.39. Apresentar roteiro contendo planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos acima descritos

Não foi localizado roteiro que contemple, de forma integrada e estruturada, o planejamento, o cronograma de execução, os objetivos, as metas, as estratégias de implantação e os resultados esperados dos projetos apresentados. A ausência desse conteúdo inviabiliza a avaliação da exequibilidade e do encadeamento lógico das propostas, razão pela qual o item não atende ao edital e não deve ser pontuado.

4.40. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências)

A entidade apresentou apenas uma experiência que atende integralmente ao requisito editalício, qual seja:

- Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva - 138 leitos (p. 424).

As demais comprovações apresentadas não atendem ao critério mínimo de capacidade instalada de 100 leitos, conforme demonstrado a seguir:

- p. 432 – Hospital Municipal de Itu (30 leitos);
- p. 441 – Hospital Municipal Maria Mariana de Jesus (82 leitos);
- p. 443 – Unidade Integrada Moçambinho (30 leitos);
- p. 446 – Hospital Municipal Delfina Alves Barbosa (40 leitos);
- p. 452 – Centro Integrado de Referência Médica de Picos – CIEMP (sem comprovação de capacidade \geq 100 leitos).

Dessa forma, somente uma experiência é passível de pontuação, nos limites estabelecidos pela Matriz de Avaliação.

4.41. Da comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva, de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).

Embora tenham sido apresentados os profissionais indicados para compor a estrutura diretiva, nenhum deles comprovou, de forma válida, experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos, conforme exigido pelo edital, conforme segue:

- p. 461 - Mário Sapede Neto (Diretor Geral): não comprovou experiência em unidade com mais de 100 leitos;
- p. 475 - Brás Henrique Dringoli Vieira Alves (Diretor Técnico): não comprovou experiência em unidade com mais de 100 leitos;
- p. 491 - Fábio André Santos Pampolha (Diretor Administrativo): não comprovou experiência em unidade com mais de 100 leitos;
- p. 497 - Luiza Procópio de Carvalho (Diretora de Enfermagem): não comprovou pós-graduação em gestão hospitalar ou gestão em saúde, tampouco experiência em unidade com mais de 100 leitos.

Diante da ausência de comprovação dos requisitos objetivos exigidos, nenhum dos profissionais apresentados faz jus à pontuação prevista neste item.

4.42. Da comprovação, pela entidade, de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h (cada certidão somará 2,50 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).

A análise da documentação apresentada evidencia que apenas uma unidade comprova, simultaneamente, a capacidade instalada mínima e o atendimento em regime de urgência e emergência 24 horas, qual seja:

- Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva – 138 leitos (p. 424).

As demais experiências apresentadas não atendem aos critérios cumulativos exigidos pelo edital, seja por não alcançarem a capacidade mínima de leitos, seja por não comprovarem atendimento de urgência e emergência 24h, conforme listado abaixo:

- p. 432 - Hospital Municipal de Itu (30 leitos);
- p. 441 - Hospital Municipal Maria Mariana de Jesus (82 leitos);
- p. 443 - Unidade Integrada Moçambinho (30 leitos);
- p. 446 - Hospital Municipal Delfina Alves Barbosa (40 leitos);

- p. 452 - Centro Integrado de Referência Médica de Picos - CIEMP.

Assim, somente uma experiência é passível de reconhecimento e pontuação, nos termos da Matriz de Avaliação.

4.43. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA I

Foram apresentados seis certificados de acreditação ONA Nível I, contudo todos se referem a Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Tais unidades não se caracterizam como serviços hospitalares com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, requisito expresso para pontuação neste item da Matriz de Avaliação.

4.44. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II

Não foi localizada documentação que comprove experiência da entidade na gestão de serviços hospitalares com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA Nível II, conforme exigido pelo edital.

4.45. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III

Não foi localizada documentação que comprove experiência da entidade na gestão de serviços hospitalares com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA Nível III, conforme exigido pelo edital.

4.46. Da comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde

A entidade apresentou apenas uma proposta de parceria com o Grupo IAG Saúde, o que não atende aos requisitos objetivos estabelecidos no edital. Ressalta-se que proposta ou intenção de parceria não se confunde com comprovação de experiência efetiva.

O Anexo IV do Edital é expresso ao estabelecer que a pontuação somente será atribuída mediante:

“Declaração elaborada pelo gestor, signatário de contrato de gestão de instituição de saúde gerenciada pela Organização de Saúde concorrente, que comprove a utilização do Sistema de Valor em Saúde (Diagnosis Related Groups – DRG) e a utilização de

modelo Remuneratório Baseado em Valor / Pagamentos por Desempenho (Pay-for-performance)."

Não foi apresentada declaração emitida por gestor contratante, tampouco comprovação de utilização efetiva do modelo DRG associada a remuneração baseada em valor ou desempenho em contrato de gestão vigente ou executado.

Diante disso, conclui-se que o requisito editalício não foi atendido, razão pela qual o item não merece pontuação.

4.47. Conclusão

Após a análise integral do Projeto Técnico apresentado pela **Sociedade Brasileira Caminho de Damasco - SBCD**, conclui-se que a proposta apresenta fragilidades relevantes, lacunas documentais e desconformidades técnicas em itens essenciais da Matriz de Avaliação, notadamente pela ausência de fluxos e normas mínimas obrigatórias, documentos não localizados, bem como inconsistências normativas recorrentes em regimentos e comissões institucionais. Tais deficiências comprometem a coerência interna da proposta, a governança do modelo de gestão e a exequibilidade operacional para o Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – HRDJSN.

No resultado global da avaliação, a SBCD obteve 37,4 pontos de um total máximo de 180 pontos, pontuação significativamente inferior ao mínimo exigido pelo edital para habilitação técnica, evidenciando baixa aderência às exigências editalícias e insuficiência técnica para demonstrar capacidade compatível com a complexidade, o porte e as responsabilidades inerentes à gestão hospitalar objeto do certame.

Dessa forma, considerando o não atingimento da pontuação mínima, aliado às inconformidades técnicas amplamente demonstradas ao longo da análise, a proposta não atende aos requisitos de habilitação técnica previstos no edital, impondo-se, de forma objetiva, a desclassificação da proponente, nos termos do julgamento técnico e dos princípios da vinculação ao edital, da objetividade e da isonomia.

Na sequência, apresenta-se a Matriz de Avaliação da Sociedade Brasileira Caminho de Damasco – SBCD, com a discriminação da pontuação máxima prevista, da nota atribuída a cada item e dos respectivos fundamentos técnicos que embasaram a avaliação realizada pela Comissão.

TÍTULO	PROJETO TÉCNICO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
	Numerada sequencialmente, da primeira à última folha (incluindo os anexos).	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.1. do Edital	Sumário, relacionando todos os documentos e as folhas em que se encontram.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	p. 2
	Rubricada.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.2. do Edital	Deverá seguir o disposto no Anexo III – Roteiro para elaboração da proposta técnica.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA
5.4.2.1. do Edital	a) Conhece as leis e normas jurídicas que respaldam o presente procedimento de parceria, que obedecerá aos princípios e a legislação do Sistema Único de Saúde - SUS e respeitará o caráter público Hospital, conforme Anexo IX - Modelo de Declaração de Prestação de Serviços em conformidade com a Proposta de Trabalho.	NÃO SE APLICA	NÃO SE APLICA	p. 522

TÍTULO	ITEM A - ATIVIDADE	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
IMPLANTAÇÃO DE FLUXO A forma de apresentação será considerada levando-se em conta a clareza e o entendimento do fluxo de acordo com a infraestrutura do hospital.	Fluxos operacionais compreendendo a circulação em áreas restritas, externas e internas.	2	0	p. 96
	Fluxo para registro de documentos de usuários e administração.	1	0	p. 110
	Fluxo para materiais esterilizados.	1	0	p. 106
	Fluxo para processamento de roupas.	1	0	p. 124
	Fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores).	1	1	p. 114
IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO	Proposta para Regimento Interno do Hospital.	4	0	p. 129
	Proposta para logística de suprimento.	4	0	p. 135
	Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.	4	4	p. 76
	Cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.	6	0	p. 79

IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas para faturamento de procedimentos.	2	2	p. 151
	Apresentação de manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade.	2	2	p. 161
	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas dos setores de Almoxarifado, Compras, Serviço de Arquivo Médico (SAME), Farmácia, Manutenção, Patrimônio e Tecnologia de Informação.	4	4	p. 188
	Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas.	2	0	p. 217
	Apresentação dos seguintes Procedimentos Operacionais Padrão (POP) ² (1,0 pontos para cada POP) .	24	3	p. 226
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "A"		58	16	

TÍTULO	ITEM B – QUALIDADE QUALIDADE OBJETIVA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0,5	p. 274
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0,5	p. 281
Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar	Proposta de Regimento da Comissão.	1,5	1	p. 255
	Cronograma de Atividade Anual.	1,5	1,5	p. 273
Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0,5	p. 231
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0,4	p. 242
Comissão de Verificação de Óbitos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 243
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 253
Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 283
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	p. 290
Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 324
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	NÃO SE APLICA
Núcleo de Segurança do Paciente	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 304
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	NÃO SE APLICA
Comissão de Gerenciamento de Riscos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 297

	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	NÃO SE APLICA
Comitê Transfusional	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	NÃO SE APLICA
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	NÃO SE APLICA
Comissão de Farmácia e Terapêutica	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 291
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 293
Comissão de Gerenciamento de Resíduos	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0	p. 297
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 298
Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional	Proposta de Regimento da Comissão.	0,5	0,5	p. 314
	Cronograma de Atividade Anual.	0,5	0	p. 324
Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias	Proposta de Regimento da Comissão.	1	0	p. 328
	Cronograma de Atividade Anual.	1	0	NÃO SE APLICA
SUBTOTAL QUALIDADE OBJETIVA		18	4,9	

TÍTULO	ITEM B – QUALIDADE QUALIDADE SUBJETIVA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
QUALIDADE DO ATENDIMENTO / ACOLHIMENTO	Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares; Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital; Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte.	4	0	p. 152
	Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.	2	1	p. 340
	Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes.	2	1	p. 343
	Proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização.	2	1	p. 163
	Proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas.	2	2	p. 352

SUBTOTAL QUALIDADE SUBJETIVA	12	5	
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "B"	30	9,9	

TÍTULO	ITEM C - TÉCNICA	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
ESTRUTURA DIRETIVA DO HOSPITAL	Apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo.	2	0	p. 65
IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR	Apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso).	3	3	p. 516
	Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário.	2	2	p. 516
IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS	Normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional.	1	0	NÃO SE APLICA
	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva).	2	0	p. 200
	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva).	2	0	p. 200
	Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores.	3	0	NÃO SE APLICA
	Critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição.	2	0	NÃO SE APLICA
	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular.	2	2	p. 25
CIÊNCIA E TECNOLOGIA	Apresentação de projeto de Tecnologia da Informação, descrição do sistema de gerenciamento eletrônico e sua relação com os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, com vistas à melhoria dos registros qualitativos de produção, do atendimento ao usuário e de controle gerencial da Unidade.	5	0	NÃO SE APLICA
POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção.	2	0	p. 371

	Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	2	0	NÃO SE APLICA
	Apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades.	2	0	p. 377
	Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.	2	0	p. 38/208
	Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários.	3	0	NÃO SE APLICA
DESCRIPTIVO DO PROJETO	Apresentar roteiro contendo planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos acima descritos.	6	0	NÃO SE APLICA
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "C"		41	7	

TÍTULO	ITEM D - DA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA	NOTA ATRIBUÍDA	PÁG.
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	Comprovação, pela entidade , de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2	2	p. 424
		2	0	p. 424 a 457
		2	0	
		2	0	
	Comprovação, pelos profissionais componentes da estrutura diretiva , de experiência em gestão de serviços de saúde em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação (cada certidão somará 2,0 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2	0	p. 461
		2	0	p. 475
		2	0	p. 491
		2	0	p. 497
	Comprovação, pela entidade , de experiência em unidade com capacidade instalada a partir de 100 leitos de internação e que atenda urgência e emergência 24h (cada certidão somará 2,50 pontos, podendo ser reconhecida a apresentação de, no máximo, quatro experiências).	2,5	2,5	p. 424
		2,5	0	p. 424 a 457
		2,5	0	
		2,5	0	
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE COM ACREDITAÇÃO ONA	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA I.	4	0	NÃO SE APLICA
	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA II.	6	0	NÃO SE APLICA

	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares a partir de 100 leitos de internação com acreditação ONA III.	8	0	NÃO SE APLICA
EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS COM METODOLOGIA DE VALOR EM SAÚDE	Comprovação, pela entidade, de experiência em gestão de serviços hospitalares que utiliza Metodologia de Valor em Saúde.	7	0	p. 502
TOTAL DE PONTOS PARA O ITEM "D"		51	4,5	

TOTAL GERAL DE PONTOS DA PROPOSTA TÉCNICA (A + B + C + D)	180	37,4	
--	------------	-------------	--

5. CONCLUSÃO FINAL

Após a análise integral, sistemática e comparativa das Propostas Técnicas apresentadas pelas proponentes **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO, ENSINO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE - IDEAS**, **INSTITUTO SAÚDE E CIDADANIA - ISAC** e **SOCIEDADE BRASILEIRA CAMINHO DE DAMASCO - SBCD**, à luz do Edital de Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS, de seus anexos e, especialmente, da Matriz de Avaliação, conclui-se que nenhuma das três proponentes atendeu de forma satisfatória, integral e consistente aos requisitos técnicos, normativos, operacionais e gerenciais exigidos para a execução do objeto.

A avaliação evidenciou que as falhas identificadas não se restringem a aspectos formais ou pontuais, mas configuram fragilidades estruturais relevantes, que comprometem a aderência das propostas ao edital, a segurança assistencial, a governança institucional e a viabilidade operacional da gestão do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

A proposta apresentada pelo **IDEAS** revelou reaproveitamento extensivo de documentos elaborados para outros hospitais, com perfis assistenciais distintos, ausência de customização ao hospital objeto do certame e inconsistências graves entre organograma, regimentos, manuais e cronogramas. Verificou-se, ainda, descumprimento de exigências objetivas da Matriz de Avaliação, especialmente quanto à estrutura diretiva, às normas operacionais essenciais, à governança clínica e à comprovação de experiência compatível. Além disso, foram identificadas fragilidades técnicas relevantes na abordagem de acreditação ONA, na metodologia de Valor em Saúde e na estruturação de comissões obrigatórias, demonstrando insuficiência de domínio técnico frente à complexidade da gestão hospitalar exigida. Tais inconformidades comprometeram significativamente a pontuação global da proposta, tornando-a incompatível com os parâmetros mínimos esperados pelo edital.

No caso do **ISAC**, além das inúmeras fragilidades técnicas, normativas e operacionais identificadas ao longo da análise - semelhantes às observadas nas demais proponentes - constatou-se descumprimento direto e expresso de regra eliminatória do edital. Ficou demonstrado que o ISAC incluiu informações financeiras e valores no âmbito da Proposta Técnica, em especial no dimensionamento de recursos humanos, em afronta direta ao item 5.4.4 do Edital, que dispõe de forma clara e objetiva:

“A inclusão de qualquer documento da PROPOSTA FINANCEIRA, no envelope da PROPOSTA TÉCNICA, acarretará a desclassificação sumária da proponente do certame.”

Trata-se de violação objetiva, insanável e independente de juízo de conveniência, que impõe a desclassificação imediata da proponente, por força do princípio da vinculação ao edital, da isonomia entre os concorrentes e da obrigatoriedade de julgamento objetivo. Ainda que assim não fosse, a proposta do ISAC também apresentou pontuação global reduzida, ausência de normas essenciais, inconsistências conceituais em comissões obrigatórias, fragilidade na estrutura diretiva e insuficiência de comprovação de experiência compatível, reforçando sua inaptidão técnica para o objeto.

E a proposta técnica da **SBCD** apresentou baixo desempenho global, com pontuação significativamente inferior ao máximo previsto, refletindo ausência de atendimento aos requisitos mínimos exigidos pelo edital. A análise revelou documentos genéricos, reaproveitados de outras unidades, ausência de fluxos assistenciais e administrativos críticos, fragilidade na governança clínica, inconsistências normativas recorrentes e insuficiência de comprovação de experiência institucional e profissional compatível com a complexidade do hospital regional. A SBCD também não demonstrou capacidade técnica adequada para implantação de metodologias exigidas, como acreditação hospitalar em níveis superiores e gestão por Valor em Saúde, limitando-se a propostas ou intenções sem comprovação efetiva, em desacordo com os critérios objetivos do Anexo IV do edital.

Diante do conjunto da análise técnica, conclui-se que:


- **IDEAS:** proposta tecnicamente insuficiente, com inconsistências estruturais, documentais e normativas relevantes;
- **ISAC:** desclassificação obrigatória, por violação expressa ao item 5.4.4 do edital, além de fragilidade técnica significativa;
- **SBCD:** proposta com desempenho técnico global inadequado, ausência de aderência ao edital e baixa pontuação final.

Assim, à luz do princípio da vinculação ao edital, do julgamento objetivo e isonômico das propostas e da necessidade de assegurar condições mínimas de segurança assistencial, governança institucional e capacidade operacional compatíveis com a complexidade do objeto licitado, resta tecnicamente, juridicamente e administrativamente justificada a **DESCLASSIFICAÇÃO** das três proponentes, conforme amplamente demonstrado de forma detalhada, consistente e fundamentada ao longo de toda a análise técnica realizada.

Por fim, pugna-se para que esta Comissão de Seleção, no âmbito da fase de avaliação do Projeto Técnico, delibere pela desclassificação das proponentes cujas propostas técnicas não atenderam integralmente às exigências previstas no edital e na respectiva Matriz de Avaliação, assegurando a observância dos princípios da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, da isonomia e da seleção da proposta tecnicamente mais adequada para a execução dos serviços públicos de saúde no Estado.

Nestes termos,
Pede deferimento.

São Paulo/SP, 14 de janeiro de 2026.

 Assinado eletronicamente por
GISLANE SOARES LIMA
Data 14/01/2026 21:48
#e6aef23cf1ab11f0800e42010a2b601f

SIGNATÁRIO

Instituto Social Mais Saúde
Gislane Soares Lima
OAB/SP nº 529.898

Página de auditoria



Link de validação: <https://valida.ae/05f83f3c47e635dce5edbecb91e0e5efd957f59c0bd85eb13>
Assinatura Eletrônica Qualificada 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



Este documento foi assinado usando certificados da cadeia ICP-Brasil, acesse validar.iti.gov.br ou abra o arquivo em um leitor PAdES para verificar as assinaturas