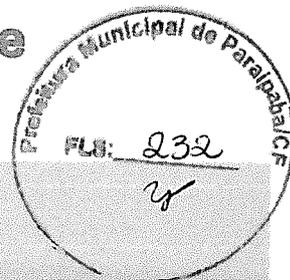
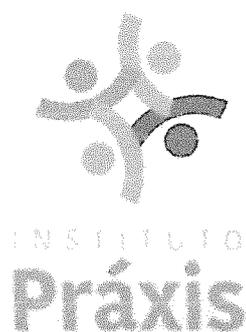


Chamada Pública nº 004/2023 Saúde  
PARAIPABA - CE



# Proposta Técnica e Financeira

INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
Av. Francisco Sá, 5445 - Fortaleza - CE  
Fone: (85) 3284-3636 - e-mail: [praxiseipraxis.org.br](mailto:praxiseipraxis.org.br)  
CNPJ: 05.481.950/0001-07

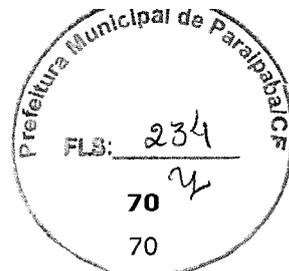


# SUMÁRIO



<b>01. INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
1.1 PANORAMA DA SAÚDE NO MUNICÍPIO	5
1.3 ABRANGÊNCIA	6
1.4 Localização do Hospital	7
1.5 Edificação	7
1.6 Perfil do Hospital	8
1.7 Estrutura do Hospital	9
1.8 Descrição das Atividades	10
1.9 Cordenação de Enfermagem	18
1.10 Coordenação Clínica	20
<b>02. MODELO GERENCIAL A SER IMPLANTADO</b>	<b>22</b>
2.1 Implantação de um sistema de gestão da qualidade	22
2.2 Controle da Qualidade Total em Saúde e Planejamento Estratégico Situacional	22
2.3 Ações voltadas para a Qualidade Relacionadas à Satisfação dos Pacientes e Acompanhantes	28
2.4 Documentação Normativa e Operacional da Unidade	32
2.6 Elementos Operacionais do Modelo de Gestão	36
2.7 Gestão de Distribuição de Medicamentos e Insumos	41
2.8 Rotinas de Orçamento, aquisição e recebimento de materiais, equipamentos e insumos	43
2.9 Planejamento de Custos, Regulamento de Aquisições e Distribuição	44
2.10 Serviços de Assessoria Técnica	47
2.11 Normas e Rotinas para Seleção de Pessoal	48
2.12 Educação Permanente	50
2.13 Equipamentos, Manutenção Preventiva e Corretiva	51
2.14 Serviço de Manutenção Predial e Equipamentos	52
2.15 Procedimentos para Vigilância e Portaria	55
<b>03. POLÍTICA ASSISTENCIAL</b>	<b>57</b>
3.1 Efetividade Clínica	58
3.2 Organização dos Serviços	61
3.2.1 Serviços Assistenciais	61
3.3 Descrição das Unidades	62
3.4 Compatibilização da Proposta de Trabalho com as Diretrizes da SMS	66
3.5 Forma de Estabelecimento da Contra Referência com a Atenção Primária e com Outros Hospitais	67
3.6 Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais	67





#### 04. ASPECTOS DE QUALIDADE

4.1 Qualidade Objetiva	70
4.1.1 Comissões Técnicas	70
4.1.1.1 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	70
4.1.1.2 Comissão de Revisão de Óbitos	71
4.1.1.3 Comissão de Ética Médica	72
4.1.1.4 Núcleo de Segurança do Paciente – NSP	73
4.1.1.5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA	75
4.1.1.6 Comissão de Revisão de Prontuários	77

**QUADRO RESUMO DA PONTUAÇÃO** **82**

#### ANEXOS

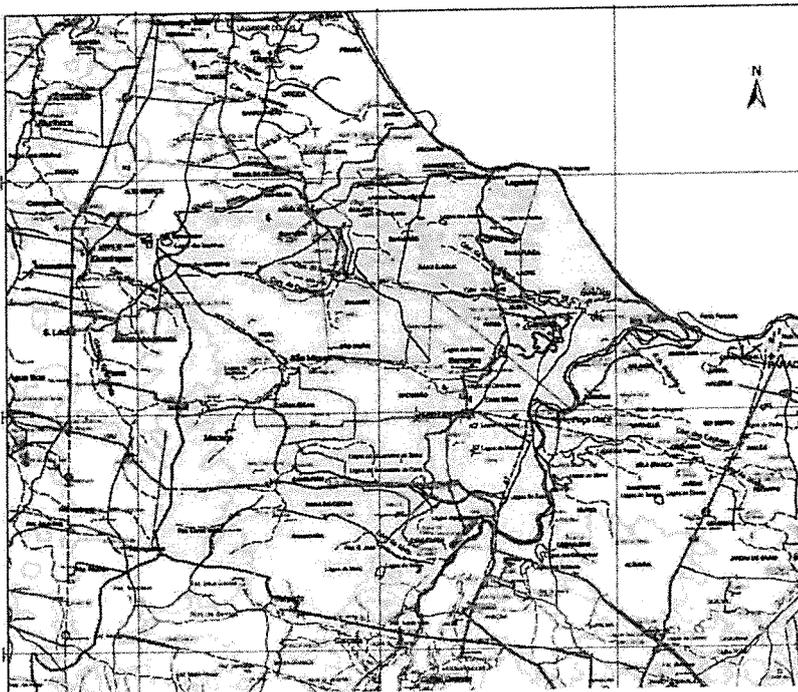
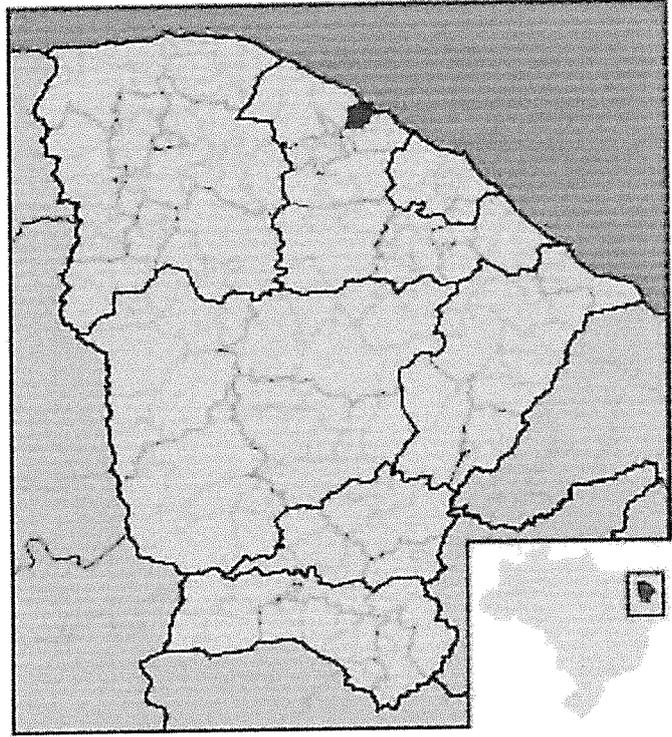
1. CNES e Contrato de Gestão 2022.11.18.01 – Hospital Municipal de Solonopole
2. CNES e Contrato de Gestão 20230225 – UPA de São Benedito
3. CNES e Contrato de Gestão 2023.06.07 – Hospital Municipal de Ibiapina
4. CNES e Contrato de Gestão 01.06.01/2023 - SESA – UPA de Jaguaribe
5. CNES e Contrato de Gestão 04/2019-01 UPA de Camocim
6. Contrato de Gestão 006/2020 – Atenção Básica de Camocim
7. CNES e Contrato de Gestão 20211160 – Hospital Municipal e UPA Pecém - São Gonçalo do Amarante
8. CNES e Contrato de Gestão 20210862 Hospital Municipal de São Benedito
9. CNES e Contrato de Gestão 20220623 Hospital Municipal de Varjota
10. CNES Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora
11. Portaria nº 715 – defere a renovação do CEBAS
12. Regulamento de Compras e Contratações de Serviços do Instituto Práxis
13. Resolução nº 2019.07.001 – Normas de Contratação de Pessoal e Plano de Cargos, Carreiras e salários
14. Demonstração da Transparência no site Práxis
15. Código de Ética e Conduta
16. Modelo de edital de processo seletivo
17. Modelo de edital de processos de compras e contratações



## 01. INTRODUÇÃO

Proposta Técnica para gerenciamento, operacionalização e execução das ações de saúde no Hospital Municipal Otacílio Barbosa dos Santos, situada na Rua Evaristo Gomes, s/n, bairro Centro, CEP: 62685-000, Paraipaba, Estado do Ceará.

Figura 1: Mapa de localização do Município de Paraipaba/CE, fonte: Wikipédia



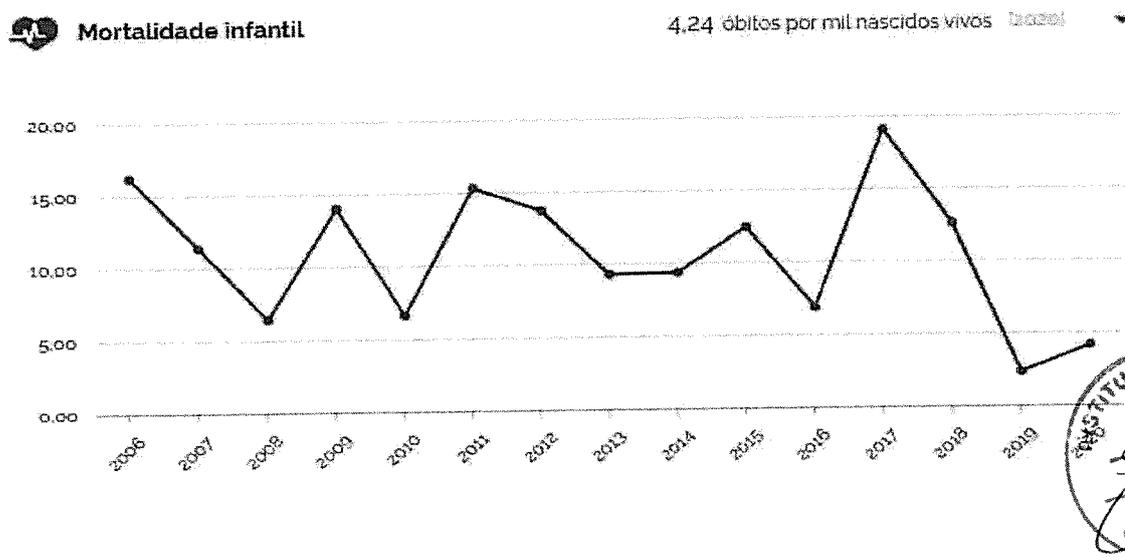
A Secretaria Municipal de Saúde de Paraipaba, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde no Hospital Municipal Otacílio Barbosa dos Santos, adota o modelo contrato de gestão, que tem por objetivos:

- Potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;
- Melhorar o serviço ofertado ao usuário do SUS com assistência humanizada;
- Implantar um modelo de gerência voltado para resultados.

O modelo gerencial adotado obedece aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da Saúde no Município de Paraipaba, preservando-se a missão institucional e social do Instituto Práxis.

### 1.1 Indicadores de saúde do Município

Segundo o IBGE, o município possui uma população estimada de 33.232 habitantes, com área de 289,231 km<sup>2</sup>, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 4.24 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 165 de 184 e 162 de 184, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 3878 de 5570 e 4284 de 5570, respectivamente.



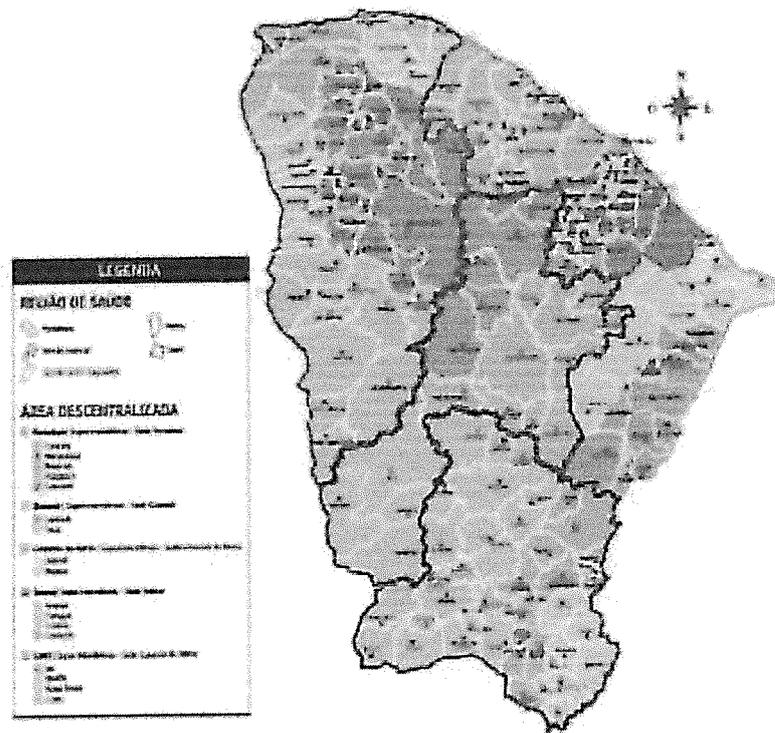
São números que precisam ser melhorados, e o Instituto Práxis, na condição de Entidade Privada sem Fins Lucrativos, qualificada como Organização Social na Área da Saúde no Município de Paraipaba, coloca-se como instrumento para melhoria

desses indicadores, atuando nas causas evitáveis, no que lhe couber, mediante ações conjuntas com o Poder Público (União, Estado e Município).

### 1.3 ABRANGÊNCIA

O Hospital Municipal Otacílio Barbosa dos Santos está vinculado à Superintendência de Fortaleza, sediado na Área Descentralizada de Saúde de Caucaia, que conta ainda com os seguintes municípios: São Gonçalo do Amarante, Paracuru, São Luiz do Curu, Pentecoste, Apuiarés, General Sampaio, Tejuçuoca e Itapajé.

#### Regionalização



Regiões Descentralizadas da Saúde  
Fonte: SESA - CE

#### 1.4. Localização do Hospital

O Hospital Municipal Otacílio Barbosa dos Santos, está localizado na área central da cidade, é de fácil acesso à população. Atualmente passa por reformas, mas seu projeto é bem funcional, com entrada principal e entrada de serviço e de emergência, conta com amplas instalações. Atende pacientes oriundos da Sede e dos distritos de Boa Vista, Camboas e Lagoinha, além de pacientes dos municípios vizinhos. O Hospital que atua também como "Hospital Dia", nos termos da Portaria GM/MS nº 44, de 10 de janeiro de 2001, atende pacientes adultos e pediátricos em casos de urgência e emergência, além de realizar pequenas e médias cirurgias. Entre os casos de urgência e emergência atendidos na unidade, estão crises de pressão arterial alta, diabetes descompensada, quedas, queimaduras, fraturas não expostas, além da consulta ambulatorial com o médico, os pacientes fazem exames, como eletrocardiograma, ultrassom e Raio-X, além de entrega e administração de medicamentos para pacientes internos.

#### 1.5. Edificação

A estrutura física do Hospital é composta por:

- Acesso frontal com acessibilidade para pedestres e cadeirantes e um acesso para ambulâncias nos fundos.
- Recepção com 03 banheiros (masculino/feminino/acessibilidade)
- 02 consultórios clínicos
- 01 sala de serviço social
- 01 sala de triagem
- 02 leitos de emergência (sala vermelha);
- 07 leitos de observação adulta (c/ 02 banheiros)
- 04 leitos de observação pediátrica (c/ 01 banheiro)
- 10 leitos de internação adulta
- 03 leitos de obstetrícia (PPP)
- 02 leitos de obstetrícia (alojamento conjunto)
- 01 leito de internação psiquiátrica
- 01 leito de isolamento
- Centro Cirúrgico com 02 salas (em construção)
- 03 salas de recuperação pós anestésica (em construção)
- 01 sala de nebulização

- 01 sala de medicação
- 01 farmácia
- 01 almoxarifado
- 01 sala para administração
- 01 sala para o SAME
- 01 copa
- 02 vestiários (masculino/feminino) com banheiros
- 03 salas de repouso (médico, enfermagem e demais)
- sala de sutura
- 01 sala de Raio-X
- Anexo para depósito de gases, depósito de materiais e resíduos
- 01 grupo gerador automático
- 01 caixa d'água (abastecimento de água pela Cagece)
- Central de gases com alimentação com tanque de oxigênio, a ser realocado.
- Climatização através de aparelhos de ar-condicionado (split);
- Alimentação elétrica através de subestação de energia (capacidade a informar)

### 1.6. PERFIL DO HOSPITAL

Se considerarmos as referências utilizadas pelo Ministério da Saúde em suas portarias de parâmetros para a estimativa de demanda de internações e de leitos hospitalares para o município de Paraipaba encontraremos o quadro de necessidades que pode ser visto na tabela abaixo, que foi elaborado tendo por base a estimativa populacional do IBGE para Paraipaba no ano de 2022, considerados os cidadãos estritamente dependentes do SUS.

Por Tipo de leito	INTERNAÇÕES ESPERADAS – SUS <small>Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.</small>	Estimativa da necessidade de Leitos SUS
Obstetrícia	447	4
Neonatologia	53	1
Pediatria clínica	331	6
Pediatria cirúrgica	120	1
Clínica 15 a 59 anos	357	9
Clínica 60 anos ou mais	291	9
Cirúrgica 15 a 59 anos	1.092	21

Cirúrgica 60 anos ou mais	88	1
Psiquiátrico 15 anos ou mais	Portaria GM nº 3.088/2011	1
<b>TOTAL</b>	<b>2.779</b>	<b>54</b>
<b>ESTIMATIVA DA NECESSIDADE DE LEITOS DE UTI SUS</b>		
UTI Neonatal		1
UTI Pediátrica		1
UTI Adulto		3
<b>TOTAL</b>		<b>4</b>

### 1.7 ESTRUTURA DO HOSPITAL

A necessidade com base nos parâmetros do Ministério da Saúde para o Município de Paraipaba prevê o número ideal de 54 leitos de internação e 04 leitos de UTI para o Município, no entanto, alguns serviços, como é o caso das unidades de terapia intensiva, da neonatologia, da cirurgia pediátrica só se tornam viáveis em escalas maiores, o que, necessariamente precisa ser resolvido em abrangências populacionais maiores, ou seja, em nível regional ou estadual.

A estimativa do MS é bem superior à capacidade instalada atual do Hospital Otacílio Barbosa dos Santos, que passa por reformas, e contará com 30 (trinta) leitos, assim distribuídos: 10 leitos de internação clínica para adultos, 05 leitos para obstetrícia (dos quais 3 são PPP e 2 para alojamento conjunto), 01 leito de isolamento, 01 leito para paciente psiquiátrico, 07 leitos de observação adulto na Urgência, 04 leitos de observação para crianças na Urgência e 02 leitos para atenção a pacientes graves na Sala Vermelha, também na Unidade de Urgência.

No que tange às internações clínicas de adultos, mesmo se tratando de uma área que demandaria um número maior de leitos, tornando-a mais economicamente viável em função da escala, não se consegue resolutividade total, em função da necessidade de maiores complexidades propedêuticas como tomografia, ressonância e exames especializados que se tornam inviáveis em hospitais desse porte. Quanto à cirurgia, experts e a experiência tem demonstrado que os parâmetros ministeriais de necessidade são superestimados, nesse sentido, considerando a capacidade instalada do Hospital e as necessidades do município propõe-se o que o hospital assuma o perfil assistencial a seguir:

## Pronto atendimento a emergências clínicas

O pronto atendimento do hospital conta, com recepção, sala para classificação de risco, dois consultórios, uma sala com capacidade para atender simultaneamente dois pacientes em situação crítica – a sala vermelha, uma sala para medicações, uma sala para procedimentos e uma sala para observação de curta permanência de até 5 pacientes. A estrutura é funcional, embora bastante restrita e com pouca capacidade de acomodar eventuais aumentos de demanda. O volume atual é de aproximados 4.000 atendimentos / mês.

O objetivo é a atenção, por meio de profissionais generalistas, a adultos e crianças com condições clínicas agudas de baixa e média complexidade. Os casos de maior complexidade, que demandarem recursos especializados com os quais o hospital não conta serão estabilizados e referenciados a outros serviços. Em se tratando de traumas, haverá uma avaliação inicial do paciente, com resolução dos casos de menor complexidade – escoriações, suturas, drenagens de abscessos, etc. – com o encaminhamento a outros serviços dos pacientes que não se encaixam no perfil de resolutividade do hospital.

A proposta é que passem a atuar ininterruptamente na unidade de urgência os seguintes profissionais:

- **2 médicos generalistas no plantão diurno e 1 médico generalista no plantão noturno**, a serem selecionados, dos quais, pelo menos um com expertise para, além do atendimento ao agudo, ser capaz de apoio ao parto e problemas gineco-obstétricos;
- **1 enfermeira, 24 horas por dia**, que se responsabilizará pela classificação de risco, e as demais atividades de enfermagem da urgência, apoiando também a unidade de internação;
- **2 técnicos de enfermagem**, para atuar na sala de medicações, observações, sala vermelha, sala de procedimentos e eventualmente, acompanhar pacientes com necessidade de transferência;
- **2 recepcionistas no período diurno e 1 no período noturno**;
- **1 agente de portaria e organizador de fluxo de pacientes**, capacitado para atuar como maqueiro quando se fizer necessário.

Essa equipe está dimensionada para realizar até **4.500 atendimentos/mês**, de baixa e média complexidade clínica. Em caso de mudanças desse perfil ou do volume de atendimento, precisará ser redimensionada. Os pacientes de maior complexidade, que demandam continuidade de tratamento em regime de internação, cujo perfil não se ajuste à resolutividade do hospital, serão

transferidos para Fortaleza e para outros hospitais da região, de acordo com os fluxos estabelecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, diretamente ou por meio da regulação.

### **Internação clínica de adultos e crianças**

O número total de internações anuais que se espera para o município de Paraipaba, seguindo os parâmetros do Ministério da Saúde é de 2.779. Se considerarmos estritamente as internações clínicas de adultos e crianças esse número seria de 979. No entanto, em função da impossibilidade do Município vir a contar com um nível de resolutividade que possibilite a solução de todos esses casos, que demandariam especialistas e alguns métodos de apoio diagnósticos somente disponíveis em hospitais de maior complexidade, o número de internações clínicas de adultos e crianças passíveis de serem resolvidos no próprio município é menor, da ordem de 70% desse total. Assim, mesmo com um volume pequeno de leitos, 07 leitos de clínica médica para adultos e 04 leitos para crianças o município pode vir a resolver mais de 70% de suas necessidades nesse tipo de demanda.

O quadro que deverá atuar na unidade de internação é composto por:

- **1 médico diarista;**
- **1 enfermeira compartilhada com a maternidade;**
- **2 técnicos de enfermagem;**

### **Maternidade de baixo risco**

Considerados apenas os munícipes, o total anual de internações obstétricas previsto é de 447, constituída, em sua grande maioria por partos, o que implicaria em uma demanda de aproximados 35 partos mensalmente. Ocorre que parte desses partos, aproximados 15%, são de alto risco e demandam serviços de maior complexidade em nível regional ou estadual. Quanto aos partos de médio e baixo risco, um número considerável evolui para cesáreas de urgência, o que também demanda o apoio de serviços de referência.

O hospital não conta ainda com bloco obstétrico. Dessa forma, mesmo partos cesáreos programados também não são realizados, o que dificulta a solução das demandas obstétricas no município.

Nesse sentido, sentido, a construção de um bloco obstétrico, ou, preferencialmente um bloco cirúrgico com uma sala voltada pra obstetrícia, poderá ampliar a resolutividade da estrutura com a qual o município já conta, que corresponde a 3 leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) mais os 2 leitos de alojamento conjunto.

Essa configuração proposta acima possibilitará ao hospital resolver aproximados 70% da demanda obstétrica do município, com o restante sendo referenciado a serviços de maior complexidade.

O quadro de profissionais proposto para essa unidade é composto por:

- 1 enfermeira obstétrica 24 horas por dia, compartilhada com a unidade de internação;
- 1 técnico de enfermagem;
- 1 médico compartilhado com a unidade de urgência.

### **Cirurgias de média complexidade**

O hospital não conta com bloco cirúrgico. Isso inviabiliza a realização de procedimentos de emergência, o que não está no escopo assistencial inicial previsto, mas impossibilita também a realização de cirurgias eletivas. Nesse sentido, a intenção é compor um bloco cirúrgico, que também funcione como bloco obstétrico possibilitando assim, tanto o aumento da resolutividade obstétrica, quanto a cirúrgica, em especial no que diz respeito a procedimentos eletivos. No momento, mais de 70% dos pacientes que aguardam cirurgias demandam procedimentos de média complexidade que poderiam ser realizados no próprio município, caso venha a contar com esse recurso. A construção de 02 salas cirúrgicas, das quais uma mais voltada a procedimentos obstétricos, e 03 salas de recuperação pós-anestésica seria o ideal para dar suporte à demanda, comportando algum crescimento. Essas duas seriam satisfatórias para uma resposta imediata às demandas do município, com uma delas mais voltada a partos, cesarianas e cirurgias ginecológicas e a outra à cirurgia geral, mas no futuro o ideal seria ampliar para 03 salas de cirurgia

A proposta inicial é de realização de 24 cirurgias gerais eletivas de médio porte (com anestesista), 80 de pequeno porte (sem anestesista) e 12 cesarianas ao mês. Esse volume de cirurgias é passível de ser realizado utilizando apenas uma sala cirúrgica em dois dias da semana e uma sala, com capacidade obstétrica apenas meio turno por semana. Assim, esse número inicial proposto poderá dobrar ou triplicar em curto espaço de tempo, a depender da demanda do município e da disponibilidade de recursos.

O quadro de profissionais proposto para essas atividades é composto por:

- 1 cirurgião geral e um auxiliar dois dias da semana;
- 1 obstetra e um auxiliar meio turno por semana;
- 1 anestesista um dia e meio da semana;
- 1 enfermeira diarista de bloco cirúrgico;
- 1 técnico de enfermagem diarista de bloco cirúrgico.

## Imagem

O propósito inicial é manter a radiologia convencional, que funciona atualmente. O espaço é bastante exíguo para essa função, sem redundâncias para o Raio - X convencional e sem espaços definidos para ultrassom, endoscopia e eletrocardiografia. No entanto, é importante que esse serviço seja capaz de dar suporte às urgências e aos pacientes internados, e, indo além, atender a demanda proveniente da atenção básica e do centro de especialidades do município por esses procedimentos. A proposta inicial é de realizar, além dos exames demandados no próprio hospital, outros 400 exames / mês para dar suporte à atenção primária e outras unidades funcionantes no município. Esse agendamento deve ser estabelecido de comum acordo entre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e a direção local do hospital.

Outros procedimentos (tomografia, ressonância magnética, etc.) deverão ser referenciados para serviços de maior complexidade.

Em consonância com outras demandas do município, exames como ecocardiografia, ultrassonografia e endoscopia digestiva podem ser realizados com periodicidades mais esparsas ou no formato de mutirões, todas as vezes que filas se formarem no município.

O quadro de profissionais proposto para esse serviço é composto por:

- 7 Técnicos de radiologia (24 horas semanais divididos em dois períodos de 12 horas);
- 1 Radiologista responsável;
- 1 Agente administrativo;
- 1 Ultrassonografista para 20 exames semanais (compartilhado com o município);
- 1 Endoscopista digestivo para 12 exames semanais (compartilhado com o município).

## Laboratório

O laboratório tem funcionado apenas durante o dia, e com uma limitação do leque de exames proporcionados, o que cria empecilhos para o bom desempenho clínico ensejando transferências para outros hospitais de pacientes que poderiam ter seus problemas equacionados no próprio município.

O propósito inicial é passar a funcionar o laboratório ininterruptamente para os exames mais demandados na urgência e internação, em especial hematologia, bioquímica básica, enzimas cardíacas, urinálise, gasometria arterial e íons, com os demais exames sendo realizados em caráter eletivo.

Em sendo possível, a junção do laboratório do hospital com o suporte à atenção primária e secundária, em função do volume de exames pode fazer com que os custos da atividade baixem.

O quadro total de profissionais proposto para o Laboratório, para que funcione 24 horas por dia todos os dias da semana poderá se composto por:

- 1 bioquímico horizontal contratado em regime de 40 horas semanais;
- 4 técnicos de laboratório que trabalharão em escala 12 X 36 horas.

Em síntese, o perfil assistencial inicial do hospital ficaria definido como na tabela abaixo:

Unidade	Composição	Funcionamento
Urgência	Sala vermelha com 2 leitos para pacientes graves, 7 leitos de observação adulto, 4 leitos de observação pediátrica, sala de medicamentos, dois consultórios médicos, sala de procedimentos.	2 médicos no plantão diurno, sendo que, pelo menos, um com expertise para apoio ao parto e problemas gineco-obstétricos e 01 no plantão noturno; 1 enfermeira; 1 técnico de enfermagem.
Internação de adultos	07 leitos para internação de adultos,	1 médico diarista, intercorrências a serem realizadas pelos médicos da urgência, enfermagem compartilhada urgência e bloco cirúrgico, 1 técnico de enfermagem.
Internação e observação de crianças	4 leitos de internação e observação de crianças.	1 médico diarista compartilhado com adultos, intercorrência pelos médicos da urgência, enfermagem compartilhada com maternidade, 1 técnico de enfermagem.
Maternidade	3 leitos PPP (Pré Parto, Parto e Pós-Parto), 2 leitos de	1 enfermeira obstétrica, compartilhada com a internação,

Unidade	Composição	Funcionamento
	alojamento conjunto / pós-parto, uma das salas do bloco cirúrgico equipado para cesárias e cirurgias gineco-obstétricas.	1 técnico de enfermagem, apoio do médico do pronto atendimento com perfil para assistência ao parto e problemas gineco-obstétricos. - Potencial inicial para 12 cesarianas/mês e 20 partos de baixo risco
Cirurgia	2 salas cirúrgicas, uma das quais equipada para também dar suporte à obstetrícia, com 03 salas para recuperação pós-anestésica. <b>Obs. Salas por construir.</b>	Serão realizadas 30 cirurgias de médio porte/mês, e 40 de pequeno porte. Os leitos de apoio a cirurgia serão os da clínica médica, observação e, os leitos de pós-parto/alojamento conjunto.
Leito psiquiátrico	1 leito	Leito para estabilização de situações agudas pelo generalista com acompanhamento do CAPs
Raio X	- 1 Equipamento de Raio - X com revelação utilizando químicos que deverá evoluir para processadora CR	Funcionando 24 horas por dia todos os dias da semana, atendendo demandas do hospital e da atenção primária, com 1 técnico de Rx por turno de plantão
Laboratório	Laboratório com processamento local de hematologia, bioquímica, enzimas cardíacas, uro análise e referenciamento de hormônios, bacteriologia e outros	Funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana, com 1 técnico por plantão e 1 bioquímico horizontal

### Farmácia

Uma unidade de dispensação para todo o hospital, funcionando 24 horas por dia, com a instalação de dois carrinhos de emergência a serem posicionados na unidade de emergência na sala vermelha, e no bloco cirúrgico. Os profissionais que deverão compor a equipe são:



- 1 farmacêutico;
- 4 auxiliares de farmácia trabalhando em regime 12 x 36 horas

#### **CME**

- 1 técnico de enfermagem supervisionado pela enfermeira diarista do bloco cirúrgico;

#### **SND**

Lavanderia  
Limpeza

#### **Amoxarifado**

Informática / faturamento / registro de pacientes / patrimônio

#### **Gestão**

A **gestão estratégica** é feita diretamente pelo corpo diretivo do Instituto Praxis, que utiliza seus próprios experts ou contrata consultorias externas para resolver problemas específicos. Ela tem a função de, articuladamente com a prefeitura e a secretaria municipal de saúde traçar as diretrizes assistenciais e operacionais do hospital, sua integração com o restante da rede municipal e estadual de serviços, antever e viabilizar os investimentos necessários, prestar contas ao município e aos órgãos de controle, zelar pelo equilíbrio contratual, além de fazer as adaptações assistenciais e operacionais necessárias às contingências não previstas no plano operativo.

A **direção local** é composta por um diretor administrativo e um diretor assistencial, que, juntamente com os responsáveis técnicos operam a gestão diuturna do hospital, seja no provimento de meios, seja no direcionamento da assistência prestada diretamente pelo hospital à população, além de se articular com os gestores municipais da área da saúde ou outras designadas pela prefeitura para o bom andamento das atividades.

O quadro diretivo do hospital fica, então, assim composto:

- Direção estratégica: grupo diretivo do Instituto Praxis e assessores contratados em caráter permanente – contabilidade, assessoria jurídica, comunicação -, ou temporário para apoio à solução de problemas específicos – arquitetura, engenharia, gases medicinais, etc..
- 1 diretor assistencial;
- 1 diretor administrativo;
- Responsáveis técnicos – profissionais que atuam no serviço e dedicam parte de sua carga horária em prol de responsabilidades junto a conselhos de classe ou órgãos regulamentadores de atividades – médicas, de enfermagem, farmácia, fisioterapia, serviço social, etc.;
- 2 secretários (a).

## DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

### 1.10.1 COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

#### Serviço de Apoio Administrativo/Recursos Humanos

O Apoio Administrativo será responsável pela coordenação, organização e controle das atividades da área administrativa, relativas à segurança patrimonial, arquivo, ouvidoria, secretaria, manutenção predial e atividades afins, definindo normas e procedimentos de atuação para atender às necessidades e aos objetivos da instituição. Responsável pela seleção e contratação de recursos humanos; colaboração nas ações de educação permanente e segurança do trabalho; elaboração de escalas; acompanhamento da assiduidade e atuação dos profissionais.

#### Serviço de Recepção/Portaria/Vigilância

A Recepção é responsável pelo acolhimento dos usuários que procuram atendimento à saúde; providenciar toda documentação para realização do atendimento e cadastro inicial do usuário; esclarecimento de dúvidas e indicação do fluxo e localização dos serviços requisitados pelo usuário;

É competência da Portaria o controle do ingresso e saída de pessoas, veículos e correspondências e encaminhamento dos usuários aos setores do Hospital.

É responsabilidade do serviço de Vigilância promover e preservar a segurança dos usuários e colaboradores, acompanhando a entrada e a saída de visitantes.

#### Serviço de Faturamento

Responsável pelo **faturamento** de contas médicas, incluindo procedimentos ambulatoriais e hospitalares, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Realiza a análise dos prontuários e dos boletins de atendimento ambulatorial, considerando, códigos e compatibilidades.

#### Serviço de Farmácia

Responsável pelo abastecimento, acondicionamento, controle de estoque e distribuição de todos os insumos farmacêuticos e materiais médico-hospitalar. Deve garantir a

suficiência e o abastecimento dos diversos setores, viabilizando o adequado funcionamento dos serviços prestados.

### **Serviço de Nutrição e Copa**

Envolve a organização de padrões de dietas, das refeições e logística de entrega a pacientes, acompanhantes e usuários.

O serviço deve prestar uma assistência nutricional segura, de qualidade e adequada ao paciente, bem como estratégias de educação alimentar.

Dependendo do tempo de permanência do paciente as seguintes refeições devem ser ofertadas: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.

### **Serviço de Manutenção e Operações Diversas**

Responsável por realizar todas a manutenção e funcionamento, bem como viabilizar o suporte técnico dos seguintes serviços ofertados na área do Hospital: casa de máquinas, geradores, compressores, abastecimento de água e elétrico, manutenção predial e engenharia clínica.

### **Serviço de Hotelaria**

Responsável pelo conforto e bem-estar interno e externo dos usuários, acompanhantes e profissionais, organizando e executando os serviços de lavanderia, limpeza (higienização geral, jardinagem, dedetização) e transporte de pacientes (maqueiros e motoristas).

### **Serviço de Almoxarifado**

Responsável pela organização, acondicionamento e controle de estoques de matérias (gêneros alimentícios, expediente, saneantes/limpeza e equipamentos diversos).

## **1.10.2 COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**

### **Acolhimento/Classificação de Risco**

Responsável pelo primeiro atendimento dos usuários que procuram o serviço de pronto atendimento. Trata-se da escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência. Mediante protocolo, as queixas e quadro clínico dos usuários

irão determinar o grau de urgência no atendimento, identificando os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato. Deve funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

### **Serviço de Urgência/Emergência (Sala Vermelha)**

Equipe responsável pelo atendimento clínico inicial, estabilização e resolução clínica das demandas do paciente dentro do próprio Hospital ou na rede de atenção à saúde (encaminhamento para hospitais de maior complexidade).

### **Observação Adulto**

Sala composta por leitos destinados à estabilização clínica do paciente até alta ou transferência para unidade hospitalar. Recomenda-se a permanência máxima de 24h. Durante o período em que estiver na sala de observação, o paciente deverá ter acesso a todos os recursos diagnósticos/terapêuticos necessários para a sua condição clínica, incluindo exames, medicamentos, alimentação e atendimento por equipe multidisciplinar.

### **Observação Pediátrica**

Sala composta por leitos, destinada à estabilização clínica da criança até alta ou transferência para unidade hospitalar. Recomenda-se a permanência máxima de 24h. Durante o período em que estiver na sala de observação, a criança deverá ter acesso a todos os recursos diagnósticos/terapêuticos necessários para a sua condição clínica, incluindo exames, medicamentos, alimentação e atendimento por equipe multidisciplinar. Além disso, terá direito à presença de um acompanhante.

### **Centro de Material e Esterilização (CME)**

É responsável pela limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, instrumentos ou instrumentais de uso na assistência à saúde, pelas equipes médicas ou multidisciplinares nos diversos setores do Hospital.

### **Serviço de Vigilância Epidemiológica, Auditoria e Gestão da Qualidade**

A Vigilância Epidemiológica é responsável pela notificação e acompanhamento das doenças e agravos de notificação compulsória pelo Ministério da Saúde, com envio de mapas semanais para a Secretaria de Saúde de Paraipaba. Também será de responsabilidade desse setor a alimentação diária do E-SUS e demais sistemas deliberados pela Secretaria de Saúde.

### **Procedimentos Ambulatoriais**

No Hospital são realizados procedimentos ambulatoriais como consulta médica de urgência, coleta de exames laboratoriais, exames de imagem, imobilização ortopédica, administração de medicamentos, realização de curativos e pequenas cirurgias, entre outros.

### **Coleta de exames laboratoriais**

O posto de coleta de exames laboratoriais tem funcionamento 24h.

## **1.10.3 COORDENAÇÃO CLÍNICA**

### **Serviço Médico**

Compreende todo o atendimento médico realizado no âmbito da Unidade, incluindo os procedimentos ambulatoriais, pequenas cirurgias, estabilização de pacientes graves e assistência aos pacientes em sala de observação.

### **Serviço de Regulação de Leitos**

Responsável pela organização, priorização, destino e encaminhamento dos pacientes para leitos dentro e fora do município, de acordo com o perfil clínico definido em avaliação médica. Deve manter o registro do paciente atualizado com evoluções médicas e exames recentes, a cada turno de atendimento.

Os pacientes permanecerão em leitos de observação pelo período de tempo necessário à resolução de seu quadro agudo inicial, não devendo ultrapassar 24 horas. Em caso de necessidade, a regulação de sua internação eletiva em leito hospitalar (local ou de outro município) ou sua regulação em vaga zero para o tratamento definitivo, condizente com suas demandas clínicas, será providenciada em tempo hábil.

O transporte inter-hospitalar dos pacientes que necessitem de transferência para outra unidade da rede de atenção as urgências, é de responsabilidade do Município.

### **Serviço de Imagens**

Responsável por organizar, registrar e garantir o adequado funcionamento do serviço de Raio-X (24h). Inclui também a disponibilização de laudos e imagens em sistema digitalizado, com acesso interno (pela equipe de saúde) e externo (login e senha entregues ao usuário).

### **Serviço de Assistência Social/Ouvidoria**

Responsável pelo suporte aos pacientes e familiares, desde admissão até a alta hospitalar. Presta orientações quanto a procedimentos e rotinas hospitalares durante o período de internação; facilita o diálogo com familiares sobre o estado de saúde do paciente; estabelece contato contínuo com a rede hospitalar de apoio durante a transferência inter-hospitalar; presta apoio psicológico e mobiliza recursos para a resolução de problemas sociais que impactam na atenção à saúde do paciente.

A ouvidoria na administração hospitalar é a escuta e porta para o diálogo com o usuário, recebe as demandas e necessidades do usuário, bem como elogios e críticas para melhoria do atendimento.

## 02. O MODELO GERENCIAL A SER IMPLANTADO

O Instituto Práxis utiliza como modelo gerencial a **Gestão por Processos**, que consiste em um modelo de gestão organizacional orientado para o gerenciamento da empresa com foco nos processos, com responsabilidades de ponta-a-ponta atribuídas ao gestor de cada processo, cuja função é dirigir a performance do mesmo e garantir que as necessidades dos clientes e do negócio sejam satisfeitas.

### 2.1 IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE – PASSOS RELEVANTES PARA UM GESTOR

A implantação de um Sistema de Gestão da Qualidade é algo, essencialmente, estratégico, ou seja, é uma decisão e uma iniciativa da alta direção de qualquer organização, reflete de forma objetiva o grau de maturidade do gestor, pois, ao optar por um SGA, em qualquer modelagem, o gestor deverá estar ciente que entra em uma espiral sem fim de melhoramentos.

O passo seguinte após a decisão pelo SGA, é alinhar esta determinação com os demais responsáveis de áreas ou departamentos, algo que pode ser bem executado através da definição de diretrizes e seus respectivos desdobramentos setoriais, garantindo o semear da cultura de qualidade em todos os espaços da organização.

Semeada a cultura, resta por último, mas não menos importante, ao gestor: promover a rega, estimular o envolvimento com essa cultura, e isso pode ser feito de inúmeras maneiras, mas há uma única que tem a máxima eficiência: o exemplo. Ao demonstrar, para a equipe, que o compromisso com a qualidade da alta direção é incondicional e que não é uma idéia para alguns especificamente e sim de todos e de cada um, a instituição reconhece compromisso com as melhores práticas e que qualidade não é um discurso, e sim uma experiência.

### 2.2 CONTROLE DE QUALIDADE TOTAL EM SAÚDE E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

Existe uma relação intrínseca entre a avaliação, o planejamento e o desenvolvimento de programas, bem como uma falta de definição de limites muito frequente entre essas áreas de conhecimento. Essa confusão teve origem na história da avaliação, pois

esta tradicionalmente era considerada a última etapa do planejamento e da programação. Hoje em dia há quem acredite que a avaliação tenha tomado forma própria, tornando-se disciplina à parte (Stenzel, 1996). De fato, nem uma nem outra premissa é considerada inteiramente verdadeira.

A tentativa de comparar a GQT (gestão da qualidade total) e o PES (planejamento estratégico situacional) é delicada, pois termina por desconsiderar seus objetivos, finalidades, aplicações e potencialidades, enfocando apenas a origem ideológica que os envolve e os diferencia. No entanto, o tema tem despertado interesse, principalmente em ambientes acadêmicos, de onde tem sido levado aos executores de ações e serviços, revestindo-o de atualidade.

Apesar das diferenças colocadas, ambos os métodos apresentam a grande virtude de fornecer representação gráfica do processamento dos problemas, na tentativa de permitir a visualização da amplitude do tema abordado. Torna o processamento do problema menos complexo e mais acessível aos atores envolvidos. Além disso, a preocupação com a descentralização e/ou com a gerência participativa, temas contemporâneos da área da saúde, permite identificar afinidades entre as áreas, por mais que se advoguem racionalidades diferentes por trás dos argumentos favoráveis à participação num e noutro casos.

Dadas as diferenças inequívocas entre os dois métodos, seria desejável a associação de ambos, visando à complementaridade de finalidades, técnicas e resultados práticos: o PES aplicar-se-ia ao desenho das macropolíticas e macroestratégias; o GQT ou correlatos aplicar-se-iam, sobretudo, ao processamento dos problemas locais e diários. A dificuldade de colocar em prática essa solução é dada pelas divergências de visão de mundo entre os defensores de cada um dos modelos.

#### - Macroprocesso e Cadeia de Valor:

Macroprocesso é um processo que geralmente envolve mais de uma função organizacional e cuja operação tem impacto significativo no modo como a organização funciona.

Cadeia de Valor é a representação do conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com fornecedores e ciclos de produção até a entrega final do produto ou serviço (Michel Porter - 1995).

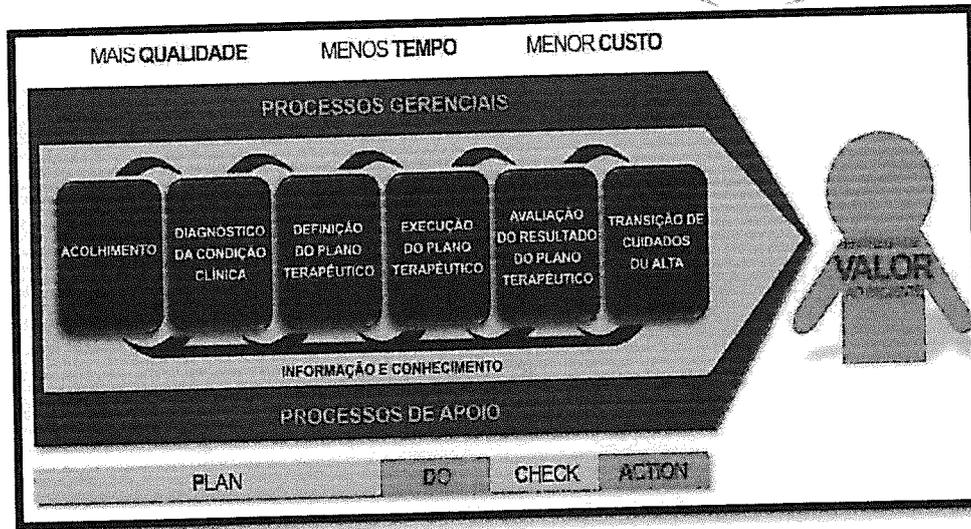


Figura 4: Representação de Cadeia de valores

### - Processos

Processo é qualquer atividade que recebe uma entrada (input), agrega-se valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo.

Processos são atividades logicamente relacionadas que, usando recursos (pessoas, equipamentos, materiais, entre outros), produzem resultados (produtos ou serviço), adicionando valor a cada etapa. Portanto, não existe um produto ou um serviço oferecido por uma empresa sem um processo.

Os processos gerenciais são aqueles que existem para coordenar os processos de apoio e assistencial, através de definição de estratégias, definição e monitoramento das metas, e melhorando os processos, quando necessário. Exemplos: Liderança (Diretoria Geral, Diretoria Assistencial e Diretoria de Apoio).

Os processos assistenciais são aqueles que se inter-relacionam diretamente com o cliente. Exemplos: Assistência Farmacêutica, Assistência Nutricional, Internação e Atendimento Cirúrgico.

Os processos de apoio são aqueles que sustentam os processos assistenciais, fornecendo produtos e serviços como: equipamentos, tecnologia, informações.

Exemplo: Gestão de Estrutura Física Funcional (Manutenção), Gestão de Equipamentos Médico-Hospitalares (Engenharia Clínica) e Sistema de Informação ao Paciente (T.I). Na integração dos processos de uma organização, um produto de um processo é o insumo de outro processo, e assim ocorre até o produto final entregue ao cliente.

**- Gestão por Processos:**

Gestão por Processos significa que os processos estão mapeados, monitorados, avaliados e revisados sempre que necessário importante ressaltar que os esforços devem ser com foco na melhoria contínua e no alcance dos objetivos da organização. Tem objetivo principal de estabelecer uma dinâmica de melhoria contínua, permitindo ganhos significativos às organizações, em termos de desempenho, eficiência, eficácia e custo.

**- Monitoramento de processo:**

Depois da implantação e/ou ajuste do processo é necessário que seja monitorado, avaliado e devidamente ajustado, sempre levando em consideração o seu desempenho ao longo do tempo, na busca constante de melhoria contínua.

Os responsáveis pelos processos devem garantir que estão gerando produtos e/ou serviços que atendam às necessidades dos clientes.

**- Identificando e priorizando problemas e suas causas:**

Os processos organizacionais sem controle têm a tendência natural de se deteriorar progressivamente, gerando como efeito, serviços de qualidade cada vez pior. E mais importante do que identificar os problemas é determinar as suas causas, haja vista que são sobre elas que devem ser tomadas medidas de correção ou prevenção, conforme o caso.

**- Ação Corretiva:**

Ação corretiva é a ação tomada para eliminar as causas de um problema existente ou de situações indesejáveis de maneira a evitar o reaparecimento das mesmas. Possibilita determinar exatamente algum tipo de problema, tornando a sua resolução mais eficaz e direta, gerando desta forma mais economia para a organização e menor desperdício de energia em situações corriqueiras do dia-a-dia. O foco da ação corretiva é a origem do problema.

A ação corretiva baseia-se nas causas dos problemas identificados, buscando a eliminação da raiz do problema. Caso o problema volte a se repetir no futuro, a ação corretiva não foi eficaz.

**- Ação Preventiva:**

Ação Preventiva é a ação tomada para eliminar as causas de problemas potenciais ou outra situação indesejável a fim de evitar o aparecimento das mesmas. Normalmente,

é aplicada antes da implementação de novos produtos, processos ou sistemas, ou antes, de modificações já existentes. Ação preventiva é tomada antes de surgir o problema, baseando em informações coletadas durante a execução dos processos.

#### - Plano de Ação:

Plano de ação é o planejamento das iniciativas necessárias para atingir um resultado desejado. Deve deixar claro tudo o que deverá ser feito e a que tempo, quem é o responsável por cada iniciativa. Além disso, deverá apontar o porquê de se realizar tal atividade e como ela será realizada, onde e quanto que isso custa.

#### - Avaliação da Eficácia com PDCA

O PDCA pode ser definido como um valioso método de controle e melhoria dos processos organizacionais que, para ser eficaz deve estar disseminado e dominado conceitualmente e operacionalmente por todos os colaboradores da organização. É o caminho para se atingir as metas atribuídas aos diferentes processos organizacionais. O ciclo do PDCA é projetado de maneira a produzir uma sistematização do planejamento e execução das ações organizacionais, através do fluir contínuo do ciclo em uma espiral crescente de melhoria, no qual o processo ou padrão sempre pode ser reavaliado e um novo ou uma melhoria de processo poderá ser promovida. O PDCA é uma importante ferramenta para o processo de solução de problemas crônicos que prejudicam o desempenho de um projeto, processo ou serviço.

O PDCA aprofunda a capacidade de planejamento da organização. Deve ser encarado como um processo de tomada de decisão, associado com as demais ferramentas apresentadas nesta apostila. Utilizar o PDCA no dia-a-dia induz a adoção de medidas preventivas. A sua utilização é simples, o que pode tornar um perigo, pois as pessoas acham que o estão utilizando de forma eficaz e o adotam de qualquer maneira. Gerenciar exige conhecimento e, para isso, não há substituto.

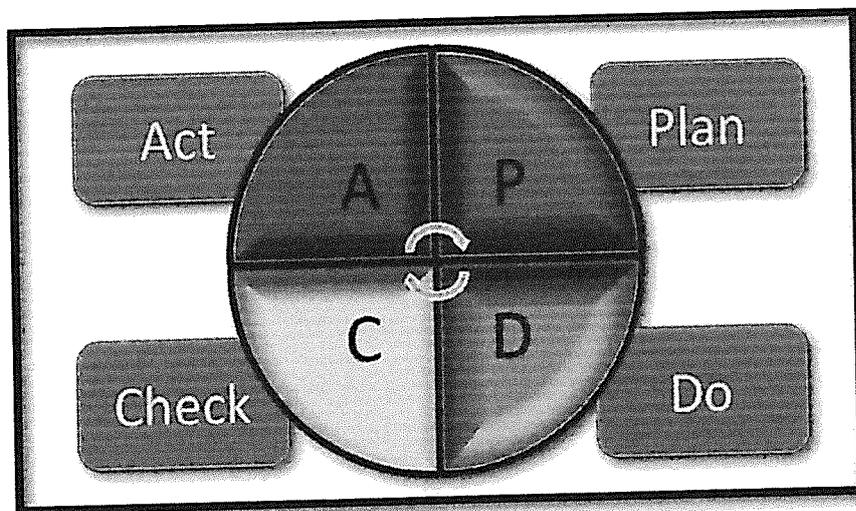


Figura 5: Representação Gráfica do Ciclo de PDCA

**Plan (planejar)** – Nesta etapa a atenção deve estar voltada para a definição dos objetivos/metapas, para a definição dos métodos e procedimentos a serem empregados, bem como a definição dos indicadores ou itens de controle que serão utilizados para monitorar a eficácia das soluções.

**Do (fazer)** – esta etapa depende da elaboração do planejamento. Consiste na execução dos planos de ação estabelecidos. Enquanto o planejamento está voltado para a eficácia das ações, a etapa de execução está relacionada à eficiência dos processos. Esta etapa pode ser subdividida em duas outras. Treinamento e a execução propriamente dita. Na etapa de treinamento, as pessoas devem ser preparadas para atuarem utilizando as soluções estabelecidas, enquanto que na etapa de execução, as atividades devem ser colocadas em prática e o seu desempenho monitorado através de itens de controle (indicadores de processo).

**Check (verificar)** – a terceira etapa do ciclo está relacionada com a verificação das ações executadas. Esta etapa se relaciona ao processo de comparação entre os resultados obtidos através das práticas e os indicadores estabelecidos no planejar, com a finalidade de mensuração da eficácia da solução escolhida. Esta etapa é considerada como a fase mais importante do ciclo, devendo ser enfatizada dentro da organização, a fim de se obter resultados satisfatórios e eficazes ao final de cada ciclo. É nesta etapa que, a partir dos dados levantados à organização deve efetuar as análises críticas de suas ações, promovendo, se necessário, ações de correção ou

melhoria, na solução adotada ou nos próprios processos.

**Act (agir)** – esta etapa está relacionada com a melhoria dos processos organizacionais e na correção dos padrões estabelecidos. Aqui surgem as desejadas inovações que afetam toda a organização e, às vezes, a sociedade.

### **2.3 AÇÕES VOLTADAS À QUALIDADE RELACIONADAS À SATISFAÇÃO DOS PACIENTES E ACOMPANHANTES**

#### **Política de Humanos para Humanos (H2H)**

A POLÍTICA DE HUMANOS PARA HUMANOS (H2H) deve ser estruturada contando com a participação dos diferentes atores envolvidos no processo de produção de saúde, considerando-a como política de direito e cidadania. Está pautada nas orientações da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída pelo Ministério da Saúde em 2003.

Para sua operacionalização deverá ser constituída EQUIPE H2H que deve atuar com os pacientes e familiares, trabalhadores e gestores.

#### **Diretrizes Legais**

- Política Nacional de Humanização;
- Lei orgânica da Saúde nº 8.080/90, inciso XI;
- Decreto nº 7. 508/11;

#### **Objetivos**

1. Discutir e repensar constantemente os serviços prestados pela Instituição de Saúde;
2. Refletir sobre a dinâmica das equipes de trabalho;
3. Debater sobre as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários;
4. Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa,

colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção;

5. Garantir qualidade da produção de saúde para todos;
6. Intervir na melhoria dos processos de trabalho, incentivando o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão;
7. Incentivar o trabalho em grupo;
8. Contribuir para a melhoria do atendimento e acolhimento;
9. Diminuir o tempo de espera;
10. Aumentar o grau de satisfação dos trabalhadores e usuários;
11. Promover uma ambiência acolhedora e confortável;
12. Promover o desenvolvimento, autonomia e protagonismo das equipes e da população.

### **Atribuições para Comissão H2H**

- Constituir-se em espaço dialógico de escuta qualificada, análise, elaboração e tomada da implementação do PH/SUS na Atenção e Gestão em Saúde;
- Apoiar e compartilhar experiências de humanização existente na Atenção e Gestão em Saúde;
- Divulgar as ações da política de Humanização implantada/implementada nos serviços de saúde e na gestão;
- Monitorar e avaliar a implantação/implementação da Política de Humanização na Atenção e na Gestão em Saúde, nas unidades de saúde;
- Contribuir para o processo formativo dos trabalhadores de saúde para a política de educação permanente nas unidades de saúde de acordo com o PH/SUS.
- Promover a horizontalização das relações entre trabalhadores de saúde, gestores, usuários e comunidade;
- Articular parcerias com as redes sociais de apoio existentes nos serviços de saúde, visando implementar as estratégias e dispositivos do PH/SUS

### **Atividades Potenciais a Serem Implantadas nas Unidades pelo Programa H2H**

### **Canto Coral**

Necessidade de amenizar o estresse causado pelo ambiente hospitalar

Motivar os funcionários para a prática do canto, caminho privilegiado de formação de sensibilidade e da espiritualidade plena

Público Alvo e Periodicidade: Funcionários/ 1 vez por semana

### **Ouvido amigo**

Oportunizar a expressão livre do paciente

Ouvir o paciente através de uma conversa informal

Público Alvo e Periodicidade: Pacientes/ 1 vez por semana

### **Brinquedoteca**

Oferecimento de um ambiente agradável o mais próximo da realidade da criança, tornando com isso a estadia no pronto atendimento menos traumática

Oferecer às crianças assistidas oportunidade de um ambiente minimamente acolhedor.

Público Alvo e Periodicidade: Crianças assistidas/ Todos os dias

### **Acompanhante consciente (reunião com acompanhantes)**

Orientação da dinâmica da instituição e de princípios educacionais de comportamento da maneira mais próxima, específica e sensível possível, garantindo uma maior integração no ambiente.

Informar os direitos e deveres dos acompanhantes e as normas das Unidades e rotina dos profissionais de maneira clara e simples, respeitando sua dignidade e necessidades e apresentando conceitos de educação básica e postura adequada

Público Alvo e Periodicidade: Acompanhantes/ Todos os dias

### **Calendário festivo**

Preservar a cultura e oportunizar homenagens

Estimular as comemorações integradas das festividades do calendário oficial e das relacionadas às profissões

Público Alvo e Periodicidade: Pacientes, acompanhantes e funcionários

### **Ginástica laboral**

Trabalhar a ergonomia

Evitar doenças ocupacionais

Público Alvo e Periodicidade: Funcionários/ 1 vez por semana

### **Som ambiente**

Necessidade de comunicação e relaxamento

Divulgar com maior proporção informações e avisos;

auxiliar na busca de profissionais; e

servir como deleite de usuários, e profissionais

Público Alvo e Periodicidade: Funcionários, colaboradores e usuários

### **Gestão participativa**

Garantia do livre acesso dos funcionários e usuários à direção

Desburocratizar as ações gestoras e ratificar a transparência

Público Alvo e Periodicidade: Funcionários e usuários/ Todos os dias úteis

### **Capacitação**

Proporcionar o aperfeiçoamento técnico-científico atualizado

Melhorar a qualidade do atendimento, promovendo o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais

Público Alvo e Periodicidade: Funcionários/ Cronograma de ação contínua e conforme necessidade das áreas

### **Tanatologia**

Transmissão de conceitos do tema morte para quebrar barreiras de ordem essencialmente emocional

Promover o estudo do universo que envolve a morte, desmistificando o sentimento de perda em seus vários aspectos, trabalhando o raciocínio e principalmente o psíquico do indivíduo

Público Alvo e Periodicidade: colaboradores e usuários, Conforme as necessidades

### **Avaliação de satisfação**

Verificação de pontos fortes e fracos da instituição, com a intenção de melhorar a qualidade do serviço prestado ao usuário

Avaliar nível de satisfação dos usuários como termômetro de condutas adotadas e comportamento dos profissionais para aperfeiçoamento dos planos de trabalho

Público Alvo e Periodicidade: Pacientes e acompanhantes/ Todos os dias

### **Aniversariantes do mês**

Congregar os funcionários que aniversariam no mês corrente para homenagem coletiva Prestigiar aniversariantes do mês de forma integrada

Público Alvo e Periodicidade: Funcionários/ 1 vez por mês

### **Aniversário no leito**

Garantir uma atenção especial ao paciente que esteja sendo assistido caso o atendimento ocorra no dia do seu aniversário

Equipe preparada e consciente da data

Possibilitar a maior interação com família neste dia

Público Alvo e Periodicidade: Pacientes/ No dia do aniversário

## **2.4 DOCUMENTAÇÃO NORMATIVA E OPERACIONAL DA UNIDADE**

Representa a organização dos processos de trabalho e introdução à melhoria contínua na gestão do Hospital. São elaborados, entre outros, documentos de cunho administrativo, de qualidade, procedimentos de gestão e manuais que dizem respeito à formalização de todo o funcionamento do Hospital.

Ainda no tocante as documentações inerentes ao Hospital são observadas a padronização do tipo, conteúdo e a forma de apresentação, assegurando que todos os processos normatizados sejam efetivamente gerenciados pela qualidade (rastreadibilidade, validade, entre outros).

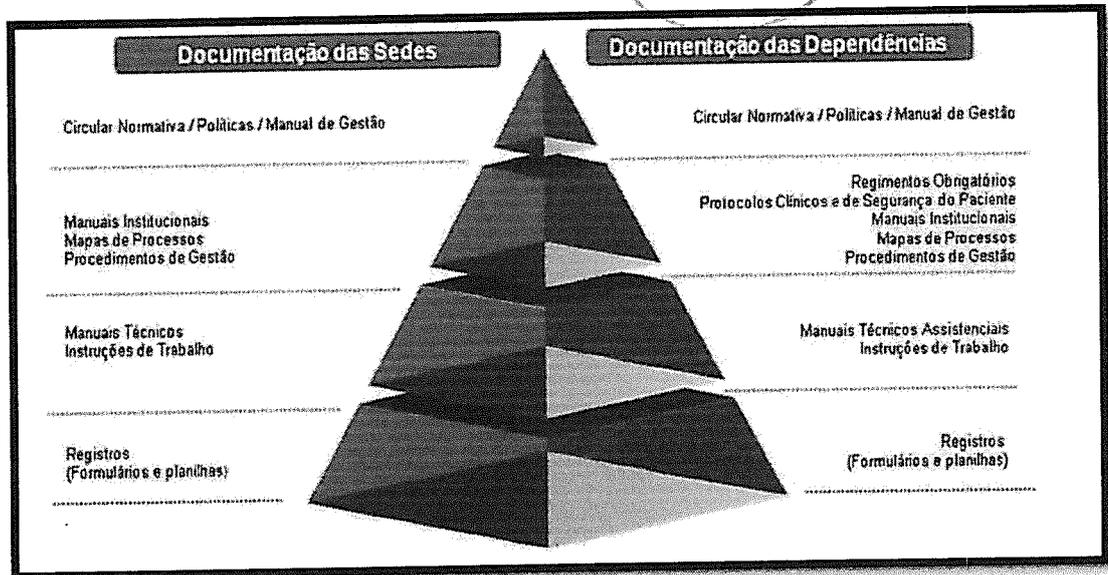


Figura 6: Hierarquia de documentos existente nos hospitais

Desta forma, segue o referencial da gestão de documentos aplicado pelo Instituto Práxis, passível de adaptação local, observados os controles formais necessários:

### **MANUAL DE GESTÃO**

Primeiro documento institucional que rege e disciplina a gestão do Hospital como um todo e que formaliza a política de gestão da Práxis. Este documento contempla os seguintes tópicos:

### **REGIMENTO DE CORPO CLÍNICO**

Documento que rege e direciona as ações, direitos e deveres do corpo médico e demais profissionais da assistência, dentro do Hospital. Com modelo elaborado a partir de estudo próprio, a minuta é submetida a análise e aprovação da equipe médica.

### **MAPA DE PROCESSOS**

Desenho dos processos existentes no serviço, de forma a esclarecer os fluxos entre as principais atividades. Estes processos são descritos em subprocessos, com suas atividades detalhadas, na ficha de descrição de processos. Os processos dão origem aos indicadores, estratégico e operacionais que são descritos na ficha de indicador.

### **Ficha de Descrição de Processos**

É o modelo pelo qual se descreve, em texto e fluxograma, o processo em questão, fazendo referência aos fornecedores e clientes, bem como ao indicador do processo, se houver.

### **Ficha do Indicador**

É o modelo no qual são definidos os indicadores da organização. Deve-se preencher a ficha do indicador com o intuito de padronizar fórmulas, definir responsáveis e o fluxo da informação daquele indicador dentro do Hospital.

### **Protocolos Clínicos**

São como instruções de trabalho que descrevem o método de atendimento dos profissionais da saúde para cada situação específica. A equipe do Hospital elabora os seus protocolos, de acordo com sua realidade, devendo sempre contemplar o trabalho do corpo médico, a enfermagem e outros profissionais de assistência ao paciente.

### **Procedimentos de Gestão**

São os procedimentos (semelhantes a instruções de trabalho) que são relevantes e interferem na organização de forma geral e sistêmica. Por exemplo: gestão dos eventos-sentinela, gestão das não conformidades, etc. São procedimentos que não são específicos de uma só área, pois define a participação de todos os setores da mesma forma.

### **Manuais Institucionais**

São manuais que regem o método de trabalho e as premissas principais de alguns macroprocessos dentro do Hospital, como por exemplo:

- Regulamento de Compras e Contratações de Serviços;
- Plano de Cargos e Normas de Contratação;
- Código de Ética e Condutas (Compliance).



Figura 7: Manuais e legislação: Disponível em [www.ipraxis.org.br](http://www.ipraxis.org.br)

### **Manuais Técnico-Assistenciais**

São manuais específicos que descrevem as rotinas e tarefas de cada setor técnico-assistencial individualmente, sem se preocupar com as interações sistêmicas.

### **Instruções de Trabalho**

A instrução de trabalho é o documento no qual são descritas as atividades e tarefas realizadas em determinado setor / departamento. Por meio dela define-se modo de fazer, referenciam-se documentos e estipulam-se responsáveis.

### **Registros / Planilhas / Tabelas / Formulários**

São documentos de uso diário na vida hospitalar e que podem ser criados e colocados em uso e desuso de acordo com a necessidade. Os modelos de planilhas, tabelas e formulários são adaptados de acordo com a necessidade e demanda apresentadas pelo hospital. Ex.: Informe de Alta, Ata de abertura de Comissões.

### **Documentos Legais, Fiscais e Institucionais**

O diretor geral do Hospital é responsável por cumprir a agenda de compromissos legais e fiscais da mesma sob sua responsabilidade junto a órgãos públicos e reguladores. Deve assegurar, por meio de prova documental, o efetivo cumprimento desta agenda.

## 2.6 ELEMENTOS OPERACIONAIS DO MODELO DE GESTÃO

### Atuação da Equipe de Gestão

Atuação direta sobre todas as atividades da Unidade através da equipe de gestores que desenvolvem o papel executivo, com autoridade de mando para implementar deliberações da Diretoria da Práxis. Gradativamente serão introduzidos o Planejamento e a Gestão Estratégica. Entre outras a equipe de gestão será responsável por:

- Designar para a administração direta da Unidade profissional com experiência em administração hospitalar.
- Manter uma equipe de retaguarda à distância, composta de médicos, administradores hospitalares, enfermeiros, contadores e advogados, para prestarem assessoria à contratante quando solicitado.
- Colocar à disposição da Unidade toda a estrutura técnica necessária ao bom desempenho das atividades hospitalares, incluindo assessoria e consultoria jurídica, financeira, contábil, médica e de enfermagem.
- Administrar a Unidade com plena autonomia e independência para implantar sistemas administrativos, rotinas e procedimentos condizentes com as modernas normas de administração hospitalar.
- Organizar a estrutura indispensável para o bom funcionamento da Unidade.
- Elaborar os instrumentos administrativos e jurídicos compatíveis com as necessidades.
- Orientar quanto à instalação de novos serviços, adequação ou ampliação dos já existentes.
- Orientar e proceder a celebração e revisão de todos os contratos existentes e necessários.
- Definir os objetivos e estratégias de funcionamento da Unidade alinhadas ao contrato de gestão.
- Elaborar a prestação de contas mensal que contenha todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais e econômico-financeiros.
- Esclarecer sobre as atividades desenvolvidas na gestão da Unidade sempre que for convocado pelo contratante.

## EXPRESSANDO EQUIPES ATRAVÉS DAS SUAS QUALIDADES

Desde a segunda metade do século passado, quando os primeiros programas de qualidade começaram a ser implementados, o papel do CLIENTE assumiu o seu lugar natural como aquele que define e estabelece o sucesso ou insucesso de uma instituição. Até então a classificação de qualidade de um produto ou serviço estava vinculada a própria idéia de qualidade do fornecedor, pois, o cliente tinha uma posição passiva perante os mecanismos de caracterização da qualidade de um produto ou serviço.

As instituições do século XXI, por força do novo padrão nas relações cliente-fornecedor, sabem que manterem-se competitivas depende da sua capacidade de oferecer excelentes produtos e atingir a satisfação do cliente, o que por sua vez perpassa os elementos da precificação em sintonia com o mercado e do atendimento em um tom acima da concorrência, sendo que o segundo, muitas vezes, tem se tornado determinante para a consolidação da instituição no mercado.

Um dos últimos segmentos a incorporar políticas de qualidade nos seus processos foi a Saúde, fortemente influenciado pelo paradigma de que o resultado de um tratamento é quem define a satisfação do cliente, e este, como definido no modelo industrial, não teria competência para avaliar a "qualidade" da atenção prestada.

Avedis Donabedian, um dos pioneiros a definir a qualidade no atendimento em saúde, vai além do paradigma do resultado e insere dois elementos antes do resultado, fundamentais para a qualidade das organizações de saúde: estruturas e processos. As estruturas são os insumos que tornam possível a prestação de serviços de saúde e incluem o pessoal da organização e outros recursos físicos e financeiros tais como instalações, equipamentos, suprimentos, treinamento, folha de pagamento e orçamentos operacionais; os processos são as ações que transformam esses insumos (materiais e intelectuais) em produtos e serviços. Juntos, as estruturas e os processos corroboram para os resultados clínicos, e os três por sua vez determinam a satisfação dos clientes.

Poderá parecer mais fácil fortalecer as estruturas, por exemplo, comprando mais equipamentos ou investindo em um treinamento, do que melhorar os processos. No entanto, a maioria das abordagens de melhoria da qualidade atuais concentram-se na melhoria dos processos, de forma a usar recursos de forma mais eficiente. A melhoria dos processos repercute simultaneamente no âmbito da estrutura e dos resultados.

O modelo proposto por Donabedian, simples e objetivo na sua apresentação, pode ser sintetizado na obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para o paciente, e ao menor custo, isto na prática, porém, apresenta inúmeras variáveis definidas pela complexidade das instituições de saúde, em particular os hospitais, o que implica na necessidade de um pensamento sistêmico por parte dos partícipes dessa classe de instituições.

A busca pela padronização das ações, que por sua vez repercute em um amadurecimento dos processos, impactando diretamente na mitigação dos riscos e redução de custos, parece tornar-se menos desgastante quando há a compreensão que a principal manifestação da qualidade está na satisfação do cliente.

Qualidade em gestão é perceptível quando a busca contínua pela excelência salta aos olhos daqueles que usufruem de um produto ou serviço. Qualidade em gestão é mensurável pelo grau de compromisso das partes no desenrolar dos processos de uma organização.

Transpondo este enfoque para a gestão em saúde, recorreremos a Donabedian (1994) definindo que "o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos". Qualidade é, sobretudo, a forma que uma instituição se expressa para a sociedade, não pode ser adquirida, mas pode ser conquistada através do trabalho em equipe.

### **Governança Corporativa**

A Governança Corporativa é importante pelo seu papel de profissionalização das Organizações Sociais. A prática é relevante para a clareza e a transparência das informações, partindo do princípio que se o setor de saúde brasileiro praticar seus conceitos em sua essência, ele será muito melhor. O Instituto Práxis utiliza-se dos princípios básicos de Governança Corporativa definidos pelo Instituto Brasileiro de Governança Corporativa- IBGC, são eles:

- Transparência: disponibilização para as partes interessadas das informações que sejam do seu interesse;
- Equidade: Caracteriza-se pelo tratamento justo de todas as partes interessadas (*stakeholders*);

- Prestação de Contas: Os agentes de governança prestam contas de sua atuação, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões;
- Responsabilidade: Os agentes de governança zelam pela sustentabilidade das organizações, visando à sua longevidade, incorporando considerações de ordem social e ambiental na definição dos programas, projetos e operações.

### **Governança Clínica**

Para atingimento da excelência assistencial é necessário o estabelecimento de uma sistemática gerencial voltada às questões assistenciais, alinhada à Governança Corporativa, que garanta, na prática, a monitorização do processo de evolução contínua, servindo de apoio a implementação do referencial teórico do macroprocesso assistencial. A experiência mundial tem consagrado o padrão do *National Health System* (NHS), para este propósito. Neste modelo de gestão é estabelecida uma "abordagem sistêmica para manter e melhorar a qualidade no cuidado ao paciente em Serviços de Saúde" conhecida com a denominação de Governança Clínica. O Diretor Geral será responsável pela qualidade, incluindo a Governança Clínica, estabelecendo o elo fundamental com a Governança Corporativa. Desta forma a governança clínica torna-se um mecanismo poderoso e abrangente para assegurar, através do atendimento à Política Assistencial e ao Modelo de Excelência Assistencial, que os elevados padrões e a qualidade do atendimento clínico sejam alcançados e continuamente melhorados, entregando valor aos clientes.

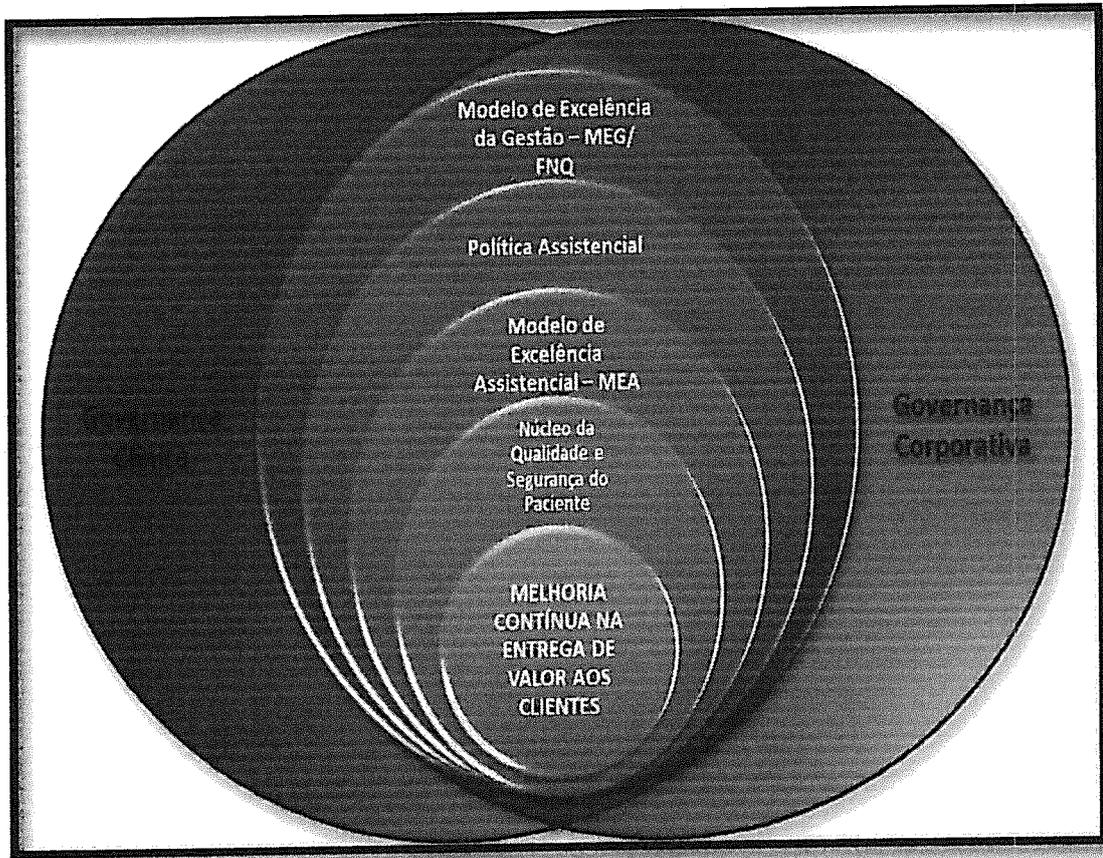


Figura 8: Modelo Conceitual de Governança.

**Serviços de suporte e de apoio não-assistenciais garantidos para operacionalização do Hospital Municipal pelo Instituto Práxis**

- Controle de acesso e Segurança
- Nutrição para equipes em serviço e pacientes em observação
- Higienização e limpeza
- Rouparia e lavanderia
- Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e predial
- Aquisição e/ou reposição de material permanente após devida autorização da SMS
- Serviço de gases medicinais
- Transporte de pacientes para seus destinos de referência seja em Unidade móvel básica ou avançada
- Manutenção da Programação Visual da Unidade conforme padrão definido pela SMS
- Contratação e pagamento do fornecimento de água, luz, telefone e internet para Unidades, assim como qualquer outro serviço essencial necessário

## 2.7 GESTÃO DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS ASSISTENCIAIS E O SISTEMA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR DOSE UNITÁRIA

A distribuição de medicamentos em um Hospital pela Farmácia é caracterizada pela interna, a distribuição propriamente dita, não sendo comum a externa, a dispensação de medicamentos, o que ocorre em raríssimas situações.

A distribuição de medicamentos realizada aos pacientes em atendimento, constitui-se numa das mais importantes etapas que irá caracterizar a Farmácia no Hospital como um importante setor de apoio logístico daquela unidade de saúde. Sem o suporte da farmacoterapia o paciente não poderá alcançar plenamente, na maioria das vezes, o restabelecimento da estabilidade que uma vez perdida, o conduziu ao pronto-atendimento.

É sabido que os gastos com medicamentos e insumos assistenciais estão entre os maiores custos para o adequado funcionamento de uma instituição de saúde, sendo o maior gasto depois de pessoal. Estes gastos, em relação aos custos totais, representariam um valor em torno de 5% a 20% com crescimento médio de 25% ao ano, a depender da tipologia da unidade

Portanto, torna-se de extrema importância a existência de sistemas de distribuição de medicamentos que racionalizem este processo. Os objetivos seriam, além da redução de custos com este insumo, também uma participação ativa do farmacêutico como gestor deste processo, além do aumento da segurança do sistema no tocante à diminuição dos erros de medicação. O Farmacêutico irá atuar também como dispensador de informações sobre o uso seguro e racional dos medicamentos, diminuindo assim os erros relacionados ao uso destes e os conseqüentes agravos decorrentes.

Desta forma, a idéia predominante é a de que se alcancem sistemas de distribuição de medicamentos cada vez mais seguros para o paciente. Dependendo do método de distribuição utilizado, podemos antecipar com alguma margem de segurança o funcionamento adequado ou não da farmácia e se o paciente está recebendo os seus medicamentos dentro de critérios que possam assegurar a sua qualidade e segurança

Pode-se inferir daí que os sistemas de distribuição devem consistir de etapas e elementos que possibilitem a integração entre a Farmácia, a Administração das Unidades, os demais setores assistenciais envolvidos e seus recursos humanos

(médicos, enfermeiros), de modo a alcançar o objetivo de racionalidade e segurança no uso dos medicamentos, identificado como característica desejável para um sistema de distribuição de medicamentos.

No Sistema de Distribuição de Medicamentos por Dose Unitária, a solicitação de medicamentos é feita a partir da cópia da prescrição (ou por algum tipo de sistema informatizado), por paciente e para 24 horas. A medicação é preparada em dose e concentração determinadas na prescrição médica, sendo administrada ao paciente diretamente de sua embalagem "unitarizada", ou seja, "dose prescrita como dose de tratamento a um paciente em particular, cujo envase deve permitir administrar o medicamento diretamente ao paciente" (D'Alessio & Aguilar, 1997:1).

Baseado no "Guia Básico para a Farmácia Hospitalar" as vantagens para o SDMDU são:

- Redução do estoque nas unidades assistenciais ao mínimo necessário;
- Diminuição drástica de erros de medicação;
- Otimização das devoluções à Farmácia;
- Redução do tempo de pessoal de Enfermagem dedicado às atividades com medicamentos;
- Promoção do acompanhamento de pacientes;
- Controle mais efetivo sobre medicamentos;
- Integração do Farmacêutico à equipe de saúde;
- Oferta de medicamentos em doses organizadas e higiênicas;
- Aumento de segurança para o médico;
- Otimização da qualidade assistencial.

Segundo Sansalvador & Andrés (2001), a existência de sistemas automatizados de distribuição de medicamentos, aliados a recursos de informática (que se adaptam de maneira adequada ao modelo proposto pelo SDMDU), seriam extremamente favoráveis para que o tempo disponível ao Farmacêutico para a realização de atividades de validação, acompanhamento ao paciente, dentre outras estabelecidas de modo a se alcançarem resultados seguros em relação à farmacoterapia fosse aumentado e este é o foco neste projeto: informatização e automação.

A existência de programas informatizados para a prescrição, podem também diminuir consideravelmente os erros relacionados a esta etapa do sistema. Na medida em que estes softwares possuam mecanismos de maneira a conter a entrada de dados não

compatíveis, como por exemplo: siglas, entradas com nome comercial do medicamento, falta da via de administração, dentre outros dados importantes.

De acordo com o manual publicado pela *Sociedad Española de Farmácia Hospitalaria* (Napal et al., 2002), ao se pensar no SDMDU, além da redução de custos com medicamentos devido à diminuição de perdas por mau uso, perda de validade e extravio dos mesmos (desvantagem observada principalmente no sistema coletivo de distribuição de medicamentos), a palavra chave para a utilização deste sistema seria a segurança deste modelo de distribuição para o usuário de medicamentos, principalmente no tocante à diminuição dos erros de medicação.

Ainda como outros objetivos adicionais do sistema, teríamos (Napal et al., 2002):

- racionalização da distribuição de medicamentos;
- garantia do cumprimento da prescrição médica;
- garantia da correta administração de medicamentos ao paciente;
- aumento da participação e integração do Farmacêutico na equipe de saúde.

## 2.8 ROTINAS DE ORÇAMENTAÇÃO, AQUISIÇÃO E RECEBIMENTO DE MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS

A adequada observação da segurança no controle de recebimento de materiais, equipamentos e insumos perpassa por um processo refinado que vai desde a definição orçamentária, passa pelo processo de aquisição e conclui com recebimento e avaliação dos itens, garantindo total rastreabilidade e auditoria em qualquer nível do processo.

Cada item a ser adquirido tem necessariamente de ter disponibilidade orçamentária em conta específica, vinculada ao sistema de aquisição, com código único por item, que por sua vez deverá partilhar o registro com as centrais de estoque, não podendo sofrer alterações ao longo do processo e nem no recebimento, cabendo ao recebedor registrar as quantidades conferidas e as observações medidas e exigidas para cada tipo de item.

Tendo por base sistema de orçamentação, deverá seguir modelo de regulamento específico que tem por princípios básicos da qualidade e finalidade, sendo estes os que nortearão os procedimentos e decisões adotadas com base no regulamento.

Cada unidade receberá definição do valor anual de cada elemento de despesa para que seja alimentado o Sistema de Orçamento. O Sistema de Orçamento será alimentado

por cada setor responsável pelo acompanhamento e solicitação da despesa e/ou serviço. As compras e/ou serviços somente poderão ser contratados quando houver previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento da aquisição e/ou contratação. Toda previsão de utilização de recursos orçamentários deverá ser enviada para o Setor Financeiro para incluir no Fluxo de Caixa a unidade.

Compete à área financeira das unidades e da administração financeira do PRÁXIS, responsável pelo Sistema de Orçamento promover o acompanhamento das despesas por setor, de forma proativa. O acompanhamento da utilização dos recursos orçamentários bem como da classificação da despesa é feito pela Setor Financeiro juntamente com os setores responsáveis por cada despesa.

O processo de registro no Sistema de Orçamento e Compra para aquisição de bens e serviços fica a cargo de cada área solicitante, e será feito após a emissão de parecer sobre a escolha do fornecedor. A critério da Diretoria do PRÁXIS e desde que com previsão orçamentária a aquisição de bens e/ou serviços poderá ser autorizada com utilização de recursos previamente destinados a outro elemento de despesa. Ao Setor Financeiro cabe fiscalizar a execução dos recursos orçamentários previamente definidos por elementos de despesas, podendo propor alteração, desde que não extrapole o custeio anual. As solicitações para aquisição de bens e/ou serviços sem previsão orçamentária serão resolvidas pelo Diretor-Presidente do PRÁXIS.

Todos os níveis de processo, do orçamento ao recebimento, só passarão em cada uma das fases com a devida aposição de assinatura eletrônica de todos os envolvidos em sua fase específica.

## **2.9 PLANEJAMENTO DE CUSTOS, REGULAMENTO DE AQUISIÇÕES E DISTRIBUIÇÃO**

### **Plano de Gerenciamento de Custos**

A apuração de custos surgiu em atendimento às necessidades da administração nas instituições e, desde a época da Revolução Industrial, vem sendo aperfeiçoada como parte do sistema gerencial da organização. No decorrer do tempo, o ingresso das entidades do setor de serviços foi inevitável e, mais especificamente, a criação de tal apuração em Saúde, embora recente, tornou-se fundamental para a melhor e mais eficiente gestão dos recursos da unidade.

Para a implantação e manutenção de um Sistema de Apuração de Custos das Unidades considera-se como condição necessária a organização de um núcleo de custo, ou seja, uma equipe que trabalhará as informações fornecidas nesse âmbito, com pelo menos um responsável técnico. Não se deve, contudo, confundir o núcleo de custos com os setores responsáveis pela contabilidade e pela execução orçamentária financeira da entidade, já que está associado a um sistema maior de informações, possibilitando o conhecimento, avaliação, acompanhamento e programação das atividades desenvolvidas pelas unidades administradas; conhecer bem os números da instituição, tendo essa ferramenta adequada, certamente auxiliará na tomada de decisões.

Na verdade, a condição primordial se estende a todos os setores das unidades, que devem entender todo o contexto relacionado ao assunto, ou seja, receber um treinamento básico sobre o que vem a ser custos e um sistema de apuração e todos os ensinamentos concernentes a temática para um mínimo conhecimento da relevância, metodologia e sistemática adotada a captação dos dados. Além disso, tal procedimento, permite a implantação gradual do sistema na unidade.

Estamos falando de sensibilização além da alta administração (que já se encontra envolvida com o processo) como também dos demais funcionários na viabilização e desenvolvimento do sistema, diante da sua mencionada necessidade, utilidade e importância.

A metodologia proposta refere-se a um sistema de apuração de custos por absorção que segue o raciocínio sobre o desembolso efetivamente sofrido no período considerado, correspondendo a uma alocação dos custos diretos das unidades bem como a inclusão dos custos indiretos fixos associados, por meio de rateio. E a constituição prática da sistemática se fundamenta na distribuição das informações contendo valor monetário do custo de cada item em planilha eletrônica com seu respectivo rateio, devida apropriação e adequado compartilhamento.

Partimos, portanto, de um levantamento minucioso das atividades desempenhadas pelas unidades, a combinação dessas atividades e o estudo de suas rotinas, de forma a compreender o que é de caráter assistencial e o que seria logístico na unidade assistencial.

Dessa maneira, identificamos a composição do sistema de custo por absorção pautado em centros de custos, entendidos como aqueles que, num dado espaço físico, e utilizando equipes de pessoal com tarefas complementares, produzem um ou mais serviços, com características similares ou afins quanto aos seus usos ou às rotinas desenvolvidas, conhecimento técnico especializado necessário e insumos comuns.

Foi escolhida a nomenclatura de Centro de Custos: Produtivos, Intermediários e de Apoio Administrativo classificando-os, em linhas gerais, pelo critério de relação direta ou indireta com a assistência ao paciente, ou mesmo, os que dão suporte aos demais setores das Unidades, essencialmente aos assistenciais.

A supramencionada distribuição dos custos efetivar-se-á primeiramente com a captação das informações de custos de cada área que são disponibilizadas em um único registro/arquivo centralizador. Posteriormente, tais informações são trabalhadas em forma de rateio e lançadas na planilha eletrônica previamente preparada para totalizar os custos pelos centros de custos após o somatório do que foi identificado como custo direto, indireto devidamente rateado e custo compartilhado. O custo compartilhado se refere ao custo relacionado aos centros de custos de apoio administrativo e intermediário que são percentualmente dispostos a cada um dos centros produtivos conforme o total que estes representam do todo apurado.

Todos os setores envolvidos no processo de apuração, ou seja, responsáveis pelas informações emitirão dentro do prazo estabelecido as informações pertinentes encaminhando-as ao arquivo centralizador. O núcleo de custos por si só responderá pela geração de relatórios que já sintetizem alguns desses dados como, por exemplo, o total consumido pelas unidades relativos a material-médico, almoxarifado e medicamento, através do próprio sistema informatizado.

Se faz necessário lembrar, embora de forma sintetizada, que existem formas de mensuração apropriadas para cada centro de custo, ou seja, as unidades de medida: horas trabalhadas, números de atendimento etc.

A atenção primordial é no resultado do elenco de todos os custos após apuração, rateio e compartilhamento que originará o valor de uma diária e/ou um procedimento realizado pela unidade em questão assim que for dividido o seu valor total pela quantidade produzida no mesmo período considerado, dado esse fornecido pelo NAC.

Consideramos em resumo que a implantação de um sistema de gerenciamento de custos oferece subsídios ao acompanhamento e a avaliação das atividades das unidades, monitorando por intermédio das despesas. Ela propicia a melhoria do desempenho da unidade na medida em que o gestor for capaz de intervir nas discrepâncias, já que fornece a indicação do comportamento do custo histórico e reflete as atividades que estão consumindo, por exemplo, muitos recursos sem adicionar o proporcional valor aos serviços prestados aos pacientes. Além de contribuir para a elaboração do orçamento em cada planejamento, que conduz todo o processo já descrito anteriormente da aquisição ao recebimento.

## 2.10 SERVIÇOS DE ACESSORIA TÉCNICA

O desenvolvimento do trabalho de gestão conforme modelo proposto requer, entre outros, suporte técnico de assessoria específica, a ser utilizada sempre que o plano de trabalho assim demandar. Entre outros, destacamos as seguintes áreas:

### Assessoria Administrativa

- Orientação especializada aos Dirigentes Hospitalares.
- Apoio técnico em mudanças estruturais.
- Introdução de instrumentos de análise permanente de desempenho da Unidade.
- Gestão de Resultados: Plano de Ação do Exercício e Programação Orçamentária.
- Projetos de desenvolvimento empresarial e comprometimento das partes envolvidas (conselho administrativo, corpo de funcionários e corpo clínico).
- Estudos de viabilidade: expansão e redução de serviços, terceirizações.
- Elaboração de editais e acompanhamento da execução da seleção de pessoal.
- Elaboração de editais e acompanhamento da execução dos processos de compras e contratações de serviços.
- Orientação e enquadramento legal.
- Implantar plano estatístico hospitalar
- Assessorar a Unidade no levantamento dos dados estatísticos.

### Assessoria Jurídica

- Emitir pareceres jurídicos ligados à área hospitalar, quando solicitada pela Unidade.
- Analisar os contratos firmados pela Unidade, emitindo parecer.
- Representar a Unidade junto aos órgãos do judiciário ou de controle externos.
- Acompanhar demandas judiciais e trabalhistas da Unidade.

### Assessoria Financeira

- Implantar sistemática e auxiliar tecnicamente a Unidade para que mantenha, de forma atualizada, fluxo de caixa mensal, contemplando ao menos as entradas operacionais, não operacionais, saídas do mês e saldo do mês.
- Implantar sistemática e auxiliar tecnicamente a Unidade para que mantenha, de forma atualizada, sistema de conciliação de todas as operações, especialmente as transações bancárias.
- Projeto de novas receitas.

- Parametrização de despesas.

### **Assessoria Contábil**

- Implantar plano contábil-hospitalar, conforme a legislação em vigor.
- Assessorar a Unidade na contabilização de todos os fatos contábeis ocorridos no decorrer do mês.
- Emitir pareceres conclusivos relativos as questões da área contábil e financeira.
- Acompanhar a conciliação das contas e o fechamento dos balancetes mensais e também do balanço anual.

### **Assessoria Médica**

- Emitir pareceres, sempre que solicitada, acerca de novas terapias a serem implantadas.
- Definir rotinas hospitalares e protocolos clínicos e operacionais a serem seguidos na Unidade.
- Orientar sobre a necessidade de aquisição de equipamentos e ou contratação de serviços para a Unidade, entre outros, sempre respeitando os preceitos éticos, morais e legais.

### **Assessoria de Enfermagem e de Qualidade**

- Emitir parecer acerca do correto dimensionamento de pessoal.
- Auxiliar na implantação das escalas de trabalho.
- Assessorar equipes de enfermagem da Unidade na utilização das melhores práticas de trabalho.
- Orientar e emitir parecer acerca das atribuições de cada segmento profissional da área de enfermagem.
- Colocar à disposição da Unidade toda a legislação relativa a atuação profissional da área de enfermagem.
- Gerenciar a implantação dos protocolos operacionais definidos para a Unidade.
- Assessorar o Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente e monitorar os indicadores de qualidade.

## **2.11 NORMAS E ROTINAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL**

O instituto Práxis adota uma Resolução que define as Normas de Contratação de Pessoal e institui o Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS) dos empregados de suas diversas unidades hospitalares.

A valorização do empregado, o incentivo à educação continuada, a meritocracia, o trabalho em equipe, a produtividade, a satisfação e a qualidade de vida são premissas muito valiosas para o Instituto Práxis, desta forma incentivamos o treinamento e desenvolvimento, a avaliação de desempenho, a ascensão na carreira profissional e o bom relacionamento interpessoal de nossos colaboradores.

O recrutamento, a seleção de pessoal e a ascensão profissional de colaboradores para as unidades hospitalares do Instituto Práxis serão sempre balizadas pela transparência dos atos, isonomia de oportunidades, impessoalidade nas escolhas e pela busca da excelência com a aplicação dos métodos de seleção mais efetivos.

### **Da Seleção de Pessoal**

A seleção de pessoal para o provimento de cargos no quadro de pessoal das unidades próprias ou geridas pelo Instituto Práxis, serão sempre que possível, precedidas de processo seletivo, que consiste em um conjunto de procedimentos referentes à captação de profissionais com potencialidades, que possuam o melhor perfil para a função.

- O processo seletivo constará de etapas eliminatória, classificatória e treinamento e pode ser realizado em âmbito nacional ou regional, conforme necessidade, características do cargo e natureza do trabalho, realizado para preenchimento de vagas para contratação imediata ou cadastro de reserva, e dar-se-á das seguintes formas:

- Processo seletivo externo: aberto a participação geral de candidatos que atendam os requisitos, mediante a publicação de edital com as regras sobre a forma de seleção, que poderá ser realizado com aplicação isolada ou simultânea de provas de conhecimentos gerais e/ou específicos, avaliação curricular, titulação acadêmica, entrevista para avaliação de competências e atitudes e do perfil sócio-emocional, provas práticas e curso de formação.
- Seleção interna para ascensão de cargo: restrito aos empregados das unidades próprias ou geridas pelo Instituto Práxis, dentre os empregados com tempo de contrato de no mínimo 06 (seis) meses, mediante edital para seleção

de candidatos com aptidão reconhecida e com os requisitos para o exercício da função, dispondo de regras sobre a forma da seleção, que além dos critérios elencados no inciso anterior, precederá da análise do comportamento disciplinar e funcional.

- A divulgação dos processos de seleção poderá ser realizada por meio de anúncio no *site do Instituto Práxis*, em jornais de grande circulação e/ou divulgação no *Diário Oficial* do Ente vinculado à unidade requisitante. Outros veículos de divulgação poderão ser eventualmente utilizados e serão estabelecidos conforme características do cargo em seleção.

- Em situações emergenciais, que possam trazer risco a execução dos serviços, a saúde e integridade de pacientes, ou comprometer a situação financeira do Instituto Práxis, o processo de seleção poderá ser simplificado, mediante deliberação da Diretoria Executiva, sem a necessidade de publicação de edital, realizado através de seleção curricular e entrevista.

- Os cargos de gestão e assessoramento poderão ser indicados pela Diretoria Executiva, no uso da competência e suas atribuições.

## 2.12 EDUCAÇÃO PERMANENTE

### **Etapas do Projeto de Educação Permanente:**

- levantamento das necessidades da comunidade, dos profissionais e da equipe de gestores;
- elaboração dos objetivos de aprendizagem;
- seleção de conteúdo ou temas;
- definição dos métodos e técnicas de ensino-aprendizagem;
- organização sequencial do currículo/grade programática;
- definição das atividades;
- execução do programa com contínua avaliação do processo e dos resultados

Anualmente é realizado levantamento junto as equipes e gestores sobre as necessidades das rotinas de trabalho, bem como, sugestões de temas a serem desenvolvidos nas ações de Educação Permanente. Também poderá ser utilizado como base para as escolhas de temas, os resultados das avaliações de desempenho da equipe, agrupando os itens de maior prevalência. Após o

levantamento, os temas sugeridos pelos colaboradores são analisados pela equipe técnica, sendo elaborado um cronograma anual de atividades para cada categoria profissional. Os temas poderão ser revistos semestralmente.

### **Avaliação:**

Na abordagem de treinamento, a avaliação é a forma mais utilizada para medir a eficácia e eficiência dos esforços aplicados.

#### Níveis de avaliação:

- Reação ou Satisfação: reflete os sentimentos e opiniões dos treinandos sobre o treinamento. Essa avaliação é realizada logo após o treinamento e visa identificar as necessidades de melhoria dos materiais e métodos de instrução adotados.
- Aprendizado: este nível avalia a retenção de conhecimento transmitido no treinamento pelos treinandos.
- Comportamento ou Aplicação: é observada a extensão da mudança de conduta e de procedimentos que ocorre após a participação em um programa
- Resultados: enfatiza a contribuição do treinamento para a realização da missão e objetivos organizacionais.

Serão realizadas avaliações de reação junto aos funcionários. A avaliação será realizada logo após o treinamento com formulário próprio. Também será solicitado aos gestores um feedback dos resultados alcançados pelo treinamento.

De posse dos resultados a equipe definirá os temas que serão continuamente aplicados, os temas que deverão deixar a grade de palestras e os temas que deverão ser incluídos. Deverão fazer parte permanente dos treinamentos os seguintes temas: humanização/acolhimento, gestão de risco e segurança do paciente e temas frequentemente identificados na avaliação de desempenho dos funcionários.

### **2.13 EQUIPAMENTOS, MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA**

Gestão e a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e mobiliários do Hospital, mediante inspeções regulares, registradas em controle próprio, além de utilização de mão de obra especializada, visando a garantia do coreto funcionamento e a conservação dos bens sob guarda e gestão do Instituto Práxis.



A aquisição de novos equipamentos e bens permanentes será mediante prévia autorização e pactuação com a Administração Municipal

## **2.14 SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREDIAL E EQUIPAMENTOS**

### **Objetivo:**

A manutenção tem como objetivo principal a produção de serviços técnicos de manutenção e conservação, garantindo perfeito estado e condições de funcionamento de: Móveis, equipamentos, central e rede de gases medicinais, estrutura predial, climatização, instalações hidráulica e elétrica, casa das máquinas (gerador, transformador e bombas) e extintores, assegurando que todas as instalações prediais em perfeito estado, dentro dos padrões hospitalares fazendo com que todos os usuários desempenhem suas tarefas confortavelmente. Compromisso com os aspectos ecológicos do Hospital, através da atenção às condições ambientais que cercam as pessoas que trabalham, procuram, visitam ou precisam utilizar espaços físicos do Hospital e de suas cercanias (ventilação, refrigeração, iluminação, ajardinamento, infiltrações de água, goteira, entre outros).

Tudo isso leva a definir a Manutenção, como o conjunto de todo o trabalho necessário para manter todo o sistema hospitalar (prédio e equipamento) em condições satisfatórias de funcionamento.

O Instituto Práxis utiliza a nomenclatura de Núcleo de Manutenção Geral para este serviço, nos hospitais por ela administrados.

### **Finalidade:**

Estabelecer procedimentos relativos à solicitação e execução de serviços de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos do hospital, bem como, quando for o caso, de seu encaminhamento a terceiros.

### **Conceitos Básicos:**

#### **Manutenção Corretiva**

Manutenção Corretiva é "efetuada depois da detecção de uma falha, avaria ou desempenho insuficiente e destinada a repor o bem num estado em que possa realizar uma função requerida".

#### **Manutenção Emergencial**

É aquela realizada, em caráter de urgência, e com prioridade sobre as demais, visando impedir a paralisação de um serviço essencial.



### **Manutenção Preventiva**

Manutenção Preventiva é a "manutenção efetuada antes da ocorrência de falha ou de desempenho insuficiente dos componentes da edificação executada a intervalos de tempo predeterminados ou de acordo com critérios prescritos com a finalidade de reduzir a probabilidade de avaria ou de degradação do funcionamento de um bem".

- Manutenção Preventiva Programada ou Sistemática é a manutenção preventiva realizada em obediência a um Programa ou Plano de Manutenção dos componentes da edificação. É executada a intervalos de tempo preestabelecidos ou segundo um número definido de unidades de funcionamento, sem controle prévio do estado do bem. É a manutenção típica dos sistemas de refrigeração determinado pela NBR 13.971/97 (ABNT, 1997).

- Manutenção Preventiva Regulamentar, é a manutenção preventiva que visa cumprir os requisitos estabelecidos na legislação e regulamentação em vigor, exigindo incorporar elementos a edificação que não eram exigidos na época da sua construção.

São exemplo as ações de manutenção preventiva regulamentar:

- a) De instalações de detecção, prevenção e combate de incêndio;
- b) Dos sistemas energéticos de climatização em edifícios;
- c) Dos ascensores para portadores de necessidades especiais;
- d) Das instalações de medicina física e de reabilitação;
- e) Das instalações de águas para hemodiálise.

### **Objetivos da Manutenção preventiva:**

- Determinar antecipadamente a necessidade de serviços de manutenção numa peça ou componente específico de uma máquina ou equipamento;
- Eliminar desmontagens e remontagens desnecessárias para inspeção;
- Aumentar o tempo de disponibilidade das máquinas e equipamentos;
- Reduzir as intervenções corretivas, as paradas de emergência e aumentar a rapidez na sua resolução;
- Reduzir os impactos dos procedimentos preventivos no resultado da operação;
- Impedir o aumento e propagação dos danos;
- Maximizar a vida útil total dos componentes e de um equipamento;
- Elevar a qualidade ambiental;
- Reduzir os consumos energéticos ao mínimo;
- Elevar o conforto dos usuários;

É importante que a área responsável pelas atividades de conservação/manutenção implemente um Sistema de Manutenção (SM), preservando o desempenho, a segurança e a confiabilidade dos componentes e sistemas da edificação, prolongue a sua vida útil e reduza os custos de manutenção, além de ser uma importante ferramenta de retroalimentação e evolução dos projetos.

O SM deve ter os seguintes pontos essenciais:

- a) Organização da área de manutenção: será compatível com o porte e complexidade da edificação, disponibilidade de pessoal e a diretrizes administrativas relativas à contratação de serviços de terceiros, envolvendo as funções de Gestão do SM, suprimento, almoxarifado e oficina ou serviços de manutenção.
- b) Arquivo Técnico da edificação: será constituído por todos os documentos de projeto e construção, incluindo memoriais descritivos, memoriais de cálculo, desenhos, especificações técnicas. Será integrado ainda pelos catálogos, desenhos de fabricação e instruções de montagem, manuais de manutenção e de operação e termos de garantia fornecidos pelos fabricantes e fornecedores dos componentes e sistemas da edificação.
- c) Cadastro dos componentes e sistemas da edificação: deverá conter o registro de todos os componentes e sistemas abrangidos pelo programa de manutenção, incluindo identificação, descrição e localização, bem como as relações de documentos e de peças sobressalentes fornecidas pelos fabricantes e fornecedores.
- d) Programa ou Plano de Manutenção: deve ser fundamentado nos procedimentos e rotinas de Manutenções Preventivas recomendadas pelas normas e Arquivo Técnico.

#### **Normas:**

##### **Solicitação Normal**

Os serviços de manutenção somente serão executados mediante a apresentação prévia do formulário "Pedido de Manutenção de Equipamentos – PME".

##### **Indicadores de Eficiência e Eficácia**

- Grau de satisfação do cliente interno/externo;
- Número de ordens de serviço recebidas;
- Tempo de realização das ordens de serviços executadas;
- Total de ordens de serviço pendentes;
- Total de ordens de serviço concluídas;
- Falhas versus causas;

- Cumprimento do programa de manutenção preventiva.

Ao longo dos quadrimestres será elaborada uma proposta de cronograma para manutenção técnica preventiva e corretiva da estrutura predial e de equipamentos do hospital.

## **2.15 PROCEDIMENTOS PARA VIGILÂNCIA E PORTARIA**

Nestes serviços são realizados alguns procedimentos a seguir relacionados:

### **2.10.1. Ação em caso de emergência**

Adequado procedimento na prestação de emergência em casos de intercorrência referente ao patrimônio físico e pessoal das Unidades.

2.10.2. Em caso de surto psicológico com pacientes internados ou sendo atendidos em unidade assistencial, o médico plantonista será acionado para tentar contê-lo. Dependendo da terapêutica e de resposta do procedimento, poderá solicitar ambulância para transferência do referido paciente para o Hospital Psiquiátrico nas imediações da unidade;

Em casos de extrema necessidade, sem que haja agressão, chamar o porteiro da recepção principal por intermédio do recepcionista para o devido auxílio. O mesmo se deslocará ao local do incidente após trancar a porta de acesso às dependências da unidade;

2.10.3. Se houver intercorrências, inclusive assaltos, em algum setor interno das Unidades, com agressão, dentre outros fatores, o vigilante da recepção principal será acionado através do recepcionista até o local para dar apoio, solicitando ao porteiro que o substitua temporariamente após trancar a porta de acesso às dependências da unidade;

2.10.4. Caso aconteça um assalto a funcionários do INSTITUTO nas proximidades da entrada principal e esteja sendo observado pelo vigilante, o mesmo tentará inibir a ação, embora não possa atuar;

Para registro em caso de intercorrências, o vigilante deve preencher o formulário de ocorrência da vigilância fazendo um relatório de como o fato ocorreu e as providências tomadas ou, se não intercedeu, a justificativa de porque não o fez. Logo depois de datá-lo e assiná-lo, entregá-lo a coordenadora administrativa no Núcleo Administrativo que se encarregará de fazer conhecimento a direção;

. Arquivo do formulário em pasta específica no Núcleo Administrativo.

. Em caso de convocação do vigilante para auxiliar em intercorrência, preencher de imediato o formulário de ocorrência da vigilância, encaminhando para o Núcleo

Administrativo.

#### 2.10.5. Fluxo de acesso a UNIDADE pela entrada principal

- . Controlar de forma eficiente o controle do acesso e do fluxo de veículos e pedestres pela entrada principal da unidade;
- . Salvar o patrimônio da unidade
- . Controlar a entrada de pedestres às dependências da unidade, encaminhando-os à recepção principal em caso de não funcionários;
- . Observar o tráfego dos veículos para que não ocorra acidentes;
- . Observar atitudes suspeitas;
- . Atentar para a saída de pacientes sem o adequado relatório de alta;
- . Não permitir a saída de quaisquer materiais pertencentes a unidade, tais como bens e roupas sem a devida autorização;
- . Fazer no plantão noturno, o batimento de bastão nos pontos pré-determinados e nos horários acionados pelo próprio instrumento para comprovação de rondas de vistoria;
- . Em caso de convocação para auxílio em ocorrências internas, observar orientações fornecidas em procedimento operacional específico, bem como seu registro em formulário próprio;
- . Enviar, ao final do mês, formulários preenchidos ao Núcleo Administrativo.
- . Em caso de não-conformidades comunicar a coordenação administrativa no Núcleo Administrativo.

### 03. POLÍTICA ASSISTENCIAL

---

O Instituto Práxis, com objetivo de garantir a qualidade, a segurança e a melhoria contínua dos processos assistenciais, estabelece um conjunto de princípios fundamentais que compõem a sua Política Assistencial. Para a implementação desta Política Institucional, reconhece como fundamental o Modelo de Excelência da Gestão (MEG) da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), alinhado com sua missão, visão e princípios. Com base neste instrumento, foi estabelecido o Modelo de Excelência Assistencial do Práxis, que tem como principal objetivo balizar a construção de padrões e práticas assistenciais de reconhecimento global, para entregar valor aos pacientes e a sociedade, com a melhor qualidade disponível, no menor tempo possível aliado a um custo sustentável. Estes instrumentos são de extrema importância para sua sustentabilidade, crescimento e perenidade.

O Modelo de Excelência Assistencial Práxis consiste em uma metodologia própria de organização da assistência multidisciplinar à saúde, centrada no paciente. Estabelece uma base teórica para busca da excelência dentro dos melhores padrões e práticas assistenciais. Tem como objetivo entregar valor a Paciente, Familiares e Sociedade, através do restabelecimento de sua saúde, devolvendo-o a Sociedade no menor tempo possível, com o melhor resultado possível, por meio de serviços assistenciais de alta qualidade e confiabilidade, com custos sustentáveis.

O macroprocesso que representa o Modelo de Excelência Assistencial do Práxis corresponde a um conjunto de processos técnicos multidisciplinares que devem garantir a entrega de serviços de assistência à saúde de alta qualidade e custo competitivo.

Este macroprocesso permeia a linha de cuidados assistenciais e é composto por fases (processos primários) que se sucedem e repetem. É um processo permanente, tanto nos estados de saúde como nas doenças. A sequência de ações pode ser comparada a qualquer processo primário, aqui referentes a transformação da saúde do indivíduo, constituindo uma aplicação dos princípios da ferramenta do PDCA (L) para todas as ações preventivas ou curativas em busca da manutenção ou restabelecimento do equilíbrio biopsicossocial. Na verdade, esse processo já é aplicado pelas profissões de promoção da saúde no modelo consagrado do diagnóstico seguido pela terapêutica, com a obtenção de resultados visando a melhoria do estado do indivíduo. Nosso objetivo é sistematizar, por um prisma gerencial, a linha de cuidados assistenciais,

definindo espaços e responsabilidades dentro do contexto do gerenciamento de resultados de qualidade assistencial, muito mais do que na mera obtenção de metas quantitativas ou indicadores numéricos, que estarão conseqüentemente alcançáveis ao se concluir a própria linha de cuidados, seja no âmbito da internação hospitalar seja na atenção básica à saúde em nível ambulatorial ou no lar.

### 3.1. EFETIVIDADE CLÍNICA

A efetividade clínica é a medida de que, até que ponto, uma intervenção ou um conjunto de intervenções funciona. Também tem que considerar os aspectos de eficácia, eficiência e segurança, a partir da perspectiva do paciente, dos prestadores de cuidados e da sociedade. Deve incluir questões como a continuidade do cuidado, o cuidado sensível as necessidades do paciente e o cuidado integral, ao invés de considerar apenas a eficácia de qualquer intervenção em particular. Ela é atingida através da utilização de um conjunto de ferramentas baseadas em evidências e com foco no resultado para o paciente.

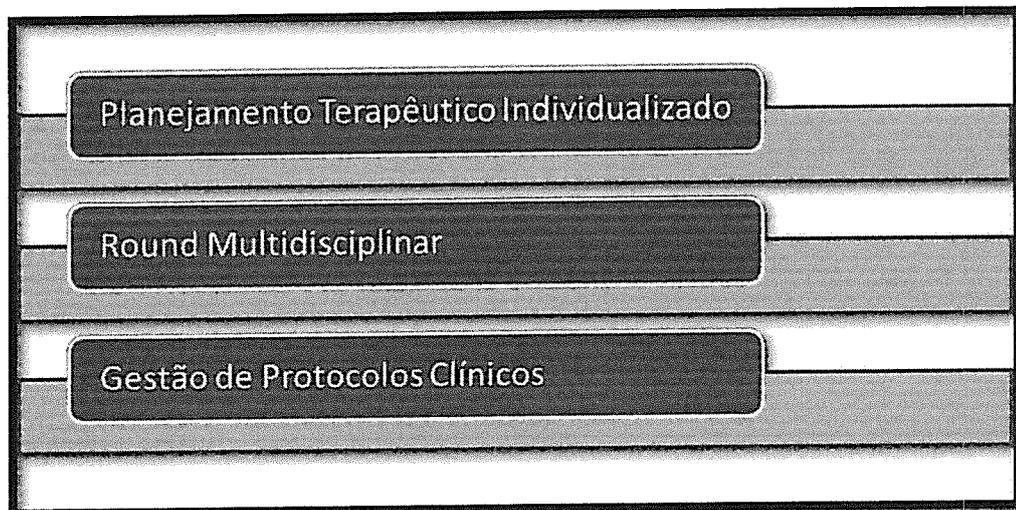


Figura 9: Ferramentas para a efetividade clínica

#### Planejamento Terapêutico Multiprofissional e Individualizado

O Plano Terapêutico Multiprofissional (PTM) é um conjunto de ações e intervenções terapêuticas elaboradas com base em uma visão integral da condição clínica do paciente, que visa obter sincronia entre as equipes que participam do cuidado e a maior adesão do paciente e de seus responsáveis ao tratamento. Deverá levar em consideração o perfil e os recursos da unidade de saúde e ser executado durante todo

ciclo da assistência. Tem como objetivos o controle de quadro agudo e dos riscos associados, a remissão ou redução de sintomas e a preparação para a alta hospitalar.

As ações deverão ser planejadas de acordo com o perfil do paciente e da unidade assistencial, portanto, pode se partir de um modelo, porém com as adequações necessárias para o desenvolvimento. A figura abaixo demonstra as bases do plano terapêutico multiprofissional e individualizado, respeitando as diretrizes de nossa Política Assistencial.

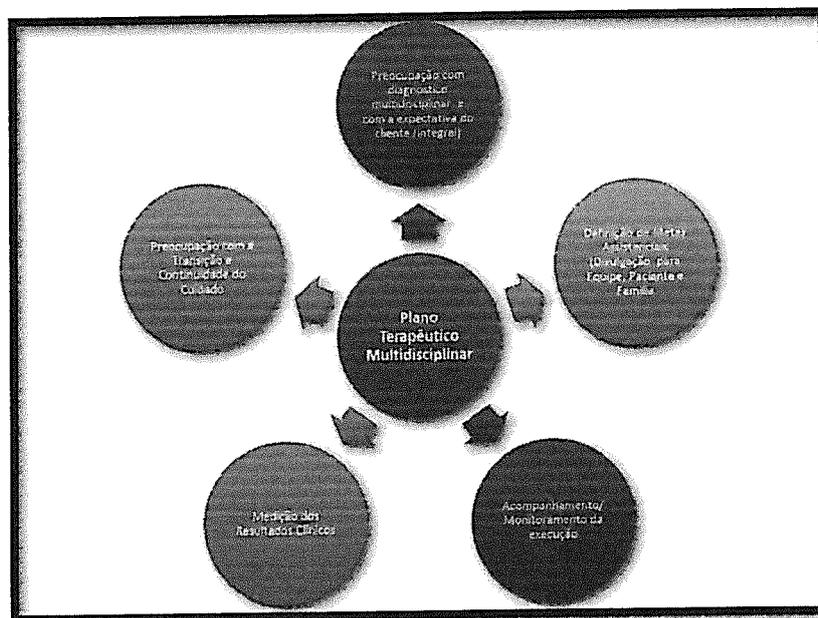


Figura 10: Bases do plano terapêutico multiprofissional e individualizado.

### Gestão de Protocolos Clínicos

O conceito de Gestão da Doença, é a base por trás da lógica do gerenciamento de protocolos clínicos, e segue os tópicos apresentados na figura abaixo.

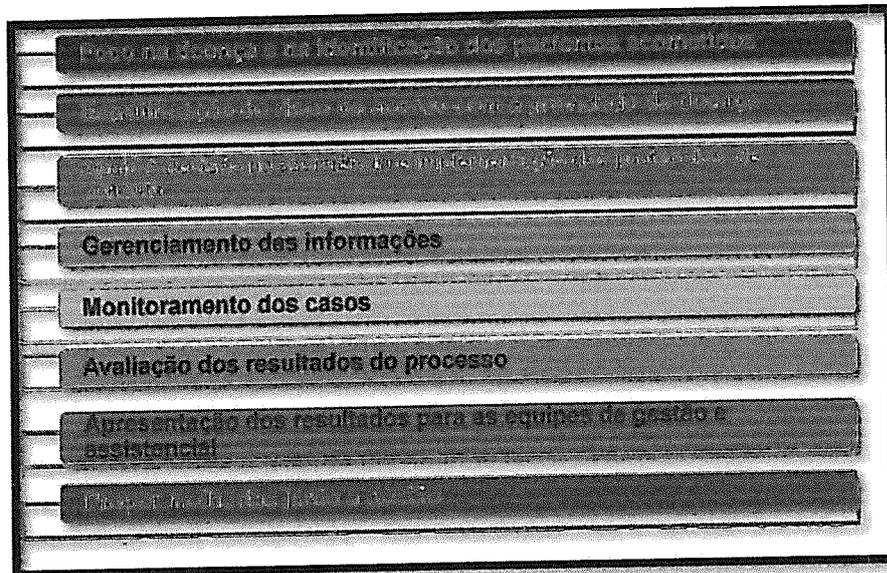


Figura 11: Gestão de protocolos

As diretrizes existentes e reconhecidas na literatura médica, bem como aquelas definidas pelas Sociedades de Especialidades, deverão ser a base da elaboração de protocolos clínicos. Na implementação de protocolos gerenciados, a utilização de alguns passos básicos é importante. São eles:

- Definir assunto do Protocolo (condição/situação clínica) e as perguntas relevantes para o perfil da instituição
- Estabelecer os autores e dividir as tarefas
- Identificar as evidências existentes e escolher a melhor para a sua situação clínica.
- Definir claramente os critérios de inclusão e exclusão
- Escolher os marcadores conforme o objetivo
- Definir o fluxo de execução
- Começar pequeno
- Rever e ajustar
- Implementar

A atenção às pacientes será responsabilidade da equipe multidisciplinar e cabe a Diretoria Geral e seu staff proporcionar condições de atendimento.

Este suporte será por exemplo, por meio de reuniões, gestão de indicadores, rounds na unidade.

## **3.2. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

### **3.2.1 SERVIÇOS ASSISTENCIAIS**

#### **3.2.1.1 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS DIFERENTES CLÍNICAS**

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário, segundo a patologia atendida, desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar conforme perfil assistencial estabelecido. Neste contexto, estão incluídos todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter, ou completar, o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive às relacionadas a todos os tipos de cirurgias gerais de pequeno e médio porte.

Nas unidades que são prestados os cuidados integrais aos pacientes prevê a formalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

O Hospital é composto por leitos de internação de:

- Clínica cirúrgica;
- Clínica médica;
- UTI adulto.

A seguir faremos uma descrição de cada uma das diferentes clínicas:

#### **CLÍNICA CIRÚRGICA:**

Composta por 40 leitos;

Equipe que prestará a assistência: profissionais médicos, de enfermagem e demais integrantes da equipe multiprofissional.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

#### **CLÍNICA MÉDICA:**

Composta por 20 leitos.

Equipe que prestará a assistência: Médico clínico, Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Serviço Social.

Equipe de Apoio: Nutrição, Farmácia, SADT, Higiene, Lavanderia e Manutenção.

### **3.3 DESCRIÇÃO DAS UNIDADES DE SALAS DE CIRURGIA, URGÊNCIA, AMBULATÓRIO E SADT.**

#### **3.3.1 CENTRO CIRÚRGICO**

O centro cirúrgico é um lugar especial dentro do hospital, onde são realizadas técnicas estéreis para garantir a segurança dos usuários quanto ao controle de infecção.

Por ser uma área crítica, requer controle de fluxo de pessoal e material, ficando o acesso ao público restrito aos profissionais que lá atuam.

O processo começa quando se agenda a cirurgia. Neste momento, são tomadas todas as providências para que a cirurgia ocorra de forma tranquila, conforme o previsto. Essa rotina busca minimizar riscos inerentes ao procedimento e mantém a equipe permanentemente preparada para dar respostas rápidas às diversas necessidades que possam se apresentar.

O centro cirúrgico do hospital deverá contar com até quatro (04) salas para realização dos procedimentos.

#### **- Agendamento Cirúrgico:**

A cirurgia eletiva é agendada pelo médico, através do preenchimento de aviso de cirurgia, e será realizada em data e horário pré-determinados pelo Centro Cirúrgico, de acordo com a disponibilidade de salas e recursos.

Anterior à data da cirurgia, a equipe do Centro Cirúrgico entrará em contato com o médico cirurgião para agilizar o cadastro e fornecer orientações gerais.

#### **- Consulta pré-anestésica:**

Com a consulta pré-anestésica, o médico anestesista tem o tempo necessário para organizar o atendimento e garantir todas as condições de segurança.

#### **- Encaminhamento:**

O paciente será encaminhado ao Centro Cirúrgico cerca de 35 minutos antes do procedimento agendado. É imprescindível que os termos de consentimento para a realização da cirurgia e da anestesia estejam devidamente preenchidos e assinados.

Cirurgias que envolvam lateralidade, os membros em questão serão demarcados pelo médico antes do paciente ser encaminhado ao Centro Cirúrgico.

- **Etapas de Atendimento:**

Os pacientes que passam por cirurgia recebem atendimento em três etapas:

**Indução anestésica** - Nesta etapa, conduzida pelo médico anestesologista e pela equipe de enfermagem, o paciente é monitorado para controle do traçado cardíaco, frequência cardíaca, pressão arterial, oxigenação sanguínea e nível de anestesia. Uma vez anestesiado, o paciente recebe as proteções necessárias, de acordo com a cirurgia a ser realizada.

**Período intraoperatório** - A cirurgia propriamente dita, começa no momento em que o cirurgião inicia a incisão e vai até o seu fechamento. Da sala de cirurgia, o paciente poderá ser encaminhado para a Recuperação Anestésica, para o quarto, ou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que acontece caso precise de cuidados especiais, após cirurgias muito extensas ou com pacientes muito debilitados.

**Recuperação Anestésica** - O paciente conta com a alta tecnologia de monitoramento, sob observação e cuidados constantes da equipe de enfermagem e do médico anestesologista, até a plena recuperação da consciência e da estabilidade clínica. O período de permanência nesse setor varia de acordo com a complexidade da cirurgia.

**Informações dos médicos** - Ocasionalmente, após o término do procedimento, o cirurgião pode solicitar a presença dos familiares ou acompanhantes, para informá-los da cirurgia e orientá-los quanto ao pós-operatório.

### 3.3.2. AMBULATÓRIO

No Hospital Municipal de Paraipaba disponibilizaremos consultas ambulatoriais, para usuários egressos do próprio hospital para as especialidades previamente definidas, após pactuação com o hospital, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório. O serviço contará com enfermeiro, técnicos de enfermagem e auxiliar administrativo.

O atendimento ambulatorial funcionará das 8h às 17h, de segunda a sexta-feira.  
Atendendo:

- Primeira consulta de egresso;
- Inter consulta;

- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento a especialidade referida.

Entende-se por Inter consulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto as subsequentes das Inter consultas.

### **3.3.3. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE OBSERVAÇÃO**

A Unidade de Observação é o conjunto de dependências destinadas à acomodação do paciente admitido e à prestação dos cuidados necessários ao atendimento específico que a enfermagem oferece, ajudando para uma breve reabilitação e ao seu reingresso à sociedade.

#### **Objetivos da Unidade**

- Receber o paciente no setor, procurando familiarizá-lo com o mesmo e fornecer ao mesmo todas as indicações necessárias para que ele esteja consciente da sua situação, dos serviços que lhe serão prestados, dos direitos que tem e das obrigações que deve colocar em prática enquanto estiver internado;
- Planejar as atividades de enfermagem proporcionando o perfeito atendimento às necessidades básicas dos pacientes;
- Proporcionar condições e ambiente que facilitam o restabelecimento dos pacientes;
- Registrar as atividades desenvolvidas, as queixas e observações dos pacientes e do período de trabalho, nos seus respectivos locais conforme rotina estabelecida.

#### **Competência do Serviço**

- Dar ao paciente o direito de viver e morrer com dignidade e respeito, e promover assistência ao paciente e sua família de acordo com suas necessidades individuais;
- Prover assistência de enfermagem ao paciente, por meio da utilização racional de procedimentos, normas e rotinas, bem como de tratamentos terapêuticos específicos de enfermagem, num contexto multiprofissional;

- Prover condições de continuidade de assistência de enfermagem, visando à manutenção da assistência dentro dos padrões pré-estabelecidos;
- Prover apoio emocional e psicológico para encontrar as necessidades individuais do paciente e sua família;
- Acompanhar as mudanças e implementar novos conceitos relativos aos papéis dos membros da equipe de assistência de enfermagem.

### **Sistematização Da Assistência De Enfermagem (SAE)**

Visa sistematizar (direcionar, orientar, conduzir e humanizar) a assistência prestada ao usuário fazendo com que o cuidado seja planejado e organizado.

Para a implantação da assistência de enfermagem, devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas:

- **Histórico:** conhecer hábitos individuais e biopsicossociais visando a adaptação do usuário à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.
- **Exame físico:** o Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do usuário e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.
- **Diagnóstico de enfermagem:** o Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e o grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas, processo de vidas vigentes ou potenciais. No anexo I, se encontra o Manual de Diagnóstico de enfermagem, implantado no Hospital.

### **Registros de enfermagem**

Os registros que são realizados nos prontuários dos usuários fornecem informação da assistência prestada nas 24 horas, refletem o trabalho da equipe de enfermagem, tornam-se documento legal, de defesa dos profissionais, devendo, portanto, ter autenticidade e significado legal.

- Evolução de Enfermagem: de responsabilidade exclusiva do Enfermeiro, complementando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);
- Anotação de Enfermagem: de responsabilidade do Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, destinado ao registro, em prontuário do usuário, dos procedimentos e reações apresentadas pelo usuário, de acordo com o prescrito pelo enfermeiro, na

SAE.

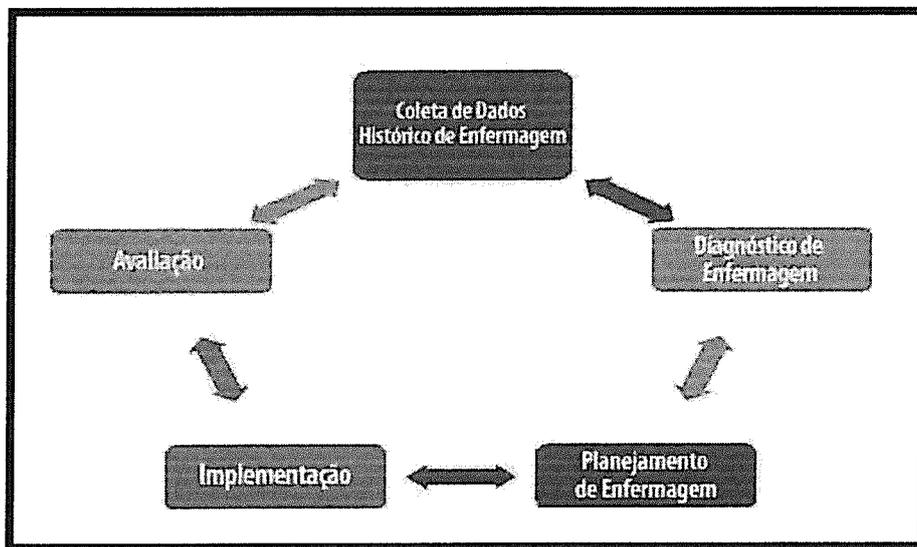


Figura 12: Etapas do Processo de Enfermagem

### 3.4. COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SMS

Considerando a política de saúde do Município de Paraipaba, o Instituto Práxis manterá vínculo direto com a SMS para apresentação de prestação de contas. Estes documentos serão norteadores para a tomada de decisão conjunta uma vez que apresentaremos indicadores de desempenho e de perfil de atendimento.

A gestão do Hospital será de responsabilidade do Instituto Práxis, porém toda tomada de decisão relativa à mudança de perfil de atendimento, novos investimentos ou mudança de escopo do contrato de gestão serão acordadas entre as partes com o objetivo de melhorar cada vez mais o atendimento à população local.

O apoio do Instituto Práxis junto a SMS será total quanto à melhoria continuada dos serviços e dos indicadores de atendimento à população. Os programas implantados no município e que terão de alguma forma a participação do hospital serão monitorados e adaptados a necessidade do município conforme condições e orçamento apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde.

### **3.5. FORMA DE ESTABELECIMENTO DA CONTRA REFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM OUTROS HOSPITAIS.**

O sistema de referência e contra referência de casos, visa a assistência integral às necessidades de saúde da população.

Entende-se por referência o ato de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade. A referência deverá sempre ser feita após a constatação de insuficiência de capacidade resolutive e segundo normas e mecanismos preestabelecidos. O encaminhamento deverá ser acompanhado com todas as informações necessárias ao atendimento do paciente (formulário com resumo da história clínica, resultado de exames realizados, suposição diagnóstica, etc.).

Por contra-referência entende-se o ato de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência. A contra referência do paciente deverá sempre ser acompanhada das informações necessárias ao seguimento ou acompanhamento do paciente no estabelecimento de origem onde, juntamente com seus familiares, será atendido nas suas necessidades básicas de saúde. Os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos não disponíveis na unidade, devem ser, após o atendimento médico com estabilização do quadro clínico com transferência para unidade de referência. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino. Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claros. Caso estes leitos não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial contratualizado/conveniado, estes pacientes deverão ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem determinados pela SMS.

### **3.6. SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, FINANCEIROS E GERAIS**

#### **3.6.1 SERVIÇO DE FATURAMENTO**

Serviço responsável pelo processamento das contas hospitalares dos clientes assistidos no Hospital de forma a garantir o correspondente afluxo de recursos financeiros que serão.

#### **Finalidades do Faturamento:**

- Confecção das contas de todos os pacientes.

- Conservação dos sistemas de registro de todas as despesas tais como; materiais de consumo, medicamentos e exames complementares.
- Confecção de relatórios estatísticos à administração, que dará subsídios para tomada de decisões, avaliação do desempenho e da produtividade da instituição.
- Preencher os sistemas de informações nacionais do DATASUS.
- Encaminhar, ao setor de documentação da instituição a documentação pertinente após o atendimento ou óbito.

#### **Atribuições Orgânicas:**

- Recolher e ordenar toda a documentação que deve ser utilizada para serem faturados os débitos dos serviços que foram prestados a pacientes.
- Recolher os prontuários dos pacientes que tiveram alta e comparar as prescrições, analisando a possibilidade da cobrança do mesmo respeitando os critérios estabelecidos pelo ministério da saúde.

#### **Atribuições Funcionais: Compete ao Faturista**

- Certificar-se quanto ao preenchimento correto de todos os campos cabíveis, nos documentos exigidos pelo órgão competente;
- Preparar e conferir as contas de pacientes internos;
- Zelar para que todas as contas sejam encerradas dentro dos prazos preconizados pelo órgão competente;
- Comunicar à chefia direta quaisquer informações julgadas necessárias.
- A execução das contas de todos os pacientes internos que usufruírem dos serviços prestados;
- A verificação da procedência de glosas, recorrendo às mesmas quando necessário;
- O fornecimento de todos os dados solicitados pela direção do serviço ou outrem autorizado pela mesma;
- A atualização quanto a novos procedimentos, oriundos da direção do hospital e órgãos competentes;
- Zelar pelo sigilo das informações contidas nos prontuários;
- Programar e desenvolver métodos de trabalho;
- Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- Cuidar para que o ambiente de trabalho seja higiênico e agradável;

- Realizar reuniões, sempre que necessário, com outras áreas ligadas às atividades do faturamento;
- Elaborar relatórios estatísticos mensais e anuais;
- Zelar pelo material de trabalho;

No serviço há um médico auditor da SMS avaliando e validando prontuários para faturamento.

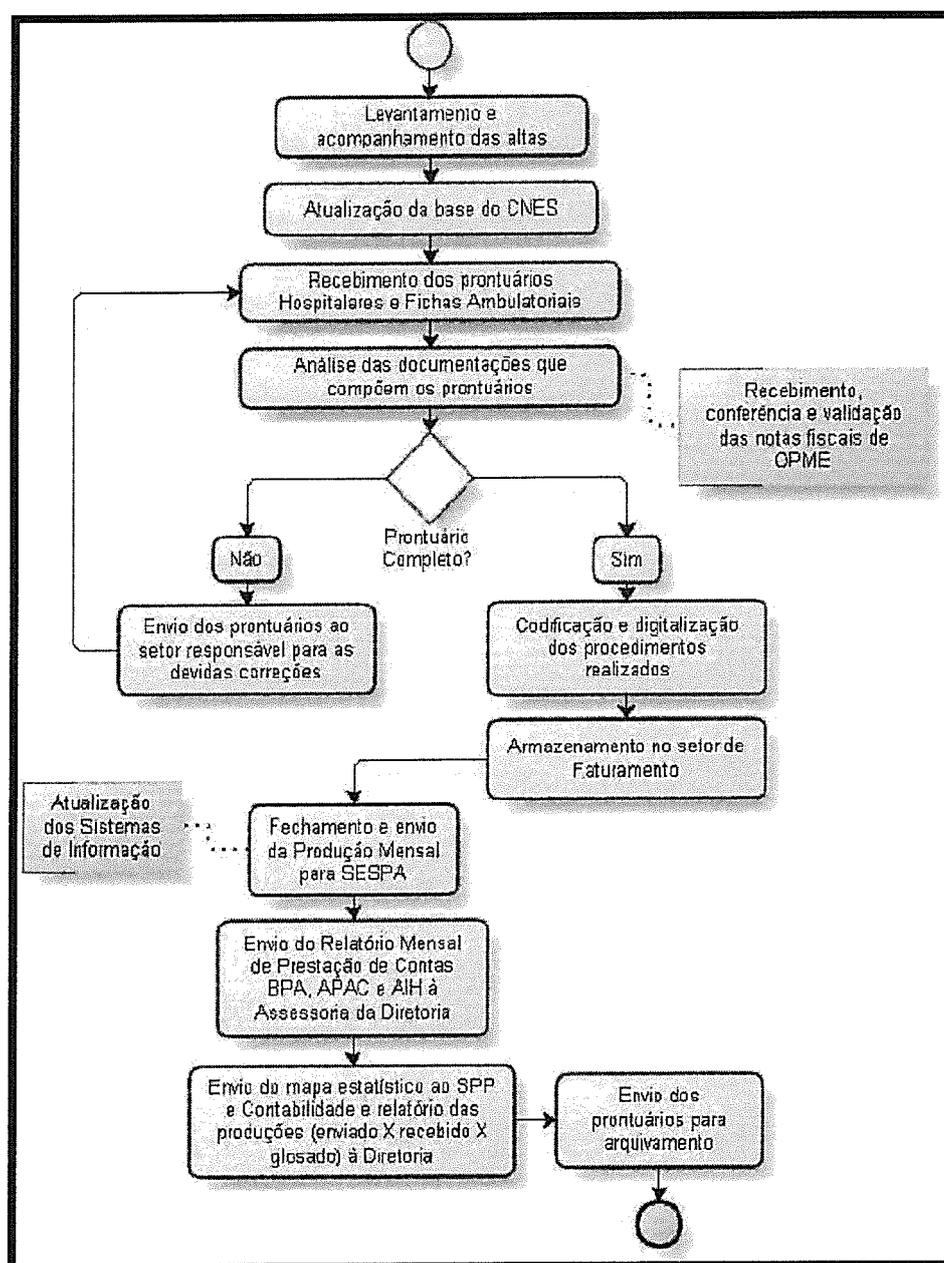


Figura 13: Fluxo do serviço de faturamento

## **04. ASPECTOS DE QUALIDADE**

---

### **4.1. QUALIDADE OBJETIVA**

#### **4.1.1. COMISSÕES TÉCNICAS**

As instituições hospitalares têm adotado as comissões hospitalares como um instrumento de gestão para oferecer serviços de qualidade aos usuários. As comissões hospitalares desempenham várias funções na instituição, destacando-se a produção de indicadores relevantes para a gestão hospitalar e também contribuir para a eficácia das organizações em prol dos usuários.

As Comissões que serão implantadas no Hospital são:

##### **4.1.1.1. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

A Lei Federal 9.431 de 06/01/97 instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), definido como um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e gravidade das infecções nosocomiais. Em 13/05/98, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.616/98, com diretrizes e normas para a execução destas ações, adequando-as à nova legislação.

#### **Atribuições**

- Propor diretrizes de atuação em assuntos relevantes para o controle de infecção hospitalar;
- Avaliar sistematicamente o Programa de Controle de Infecção Hospitalar - PCIH, e o Sistema Operacional de Vigilância, Notificação e Investigação Epidemiológicas do hospital;
- Estimular o quadro técnico do Hospital ao desenvolvimento de pesquisas que venham a contribuir, direta ou indiretamente, para o controle da infecção Hospitalar.
- Elaborar, implementar, manter, avaliar e adequar aspectos de prevenção e controle propriamente dito;

- Planejar e implementar cursos de atualização em controle de infecção Hospitalar, objetivando estabelecer sistematicamente um programa de Educação Médica Continuada para equipe multiprofissional que lida, direta ou indiretamente, com a comunidade Hospitalar;
- Planejar, padronizar, treinar e supervisionar técnicas, procedimentos, normatizações e medidas de prevenções universais relativas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares no Hospital, em todos seus setores.

### Composição da Comissão (à definir)

### Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e relatório do registro das investigações realizadas e providências adotadas. Rotina de notificação de reação adversa, queixa técnica e erros de medição implantada.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e Procedimentos implantadas (Instruções de Trabalho – its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e análise crítica dos casos notificados.

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

#### 4.1.1.2. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado no hospital. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial do prontuário do cliente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria do Hospital e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

### Atribuições

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomopatológicos das peças cirúrgicas;
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

### Composição da Comissão (à definir)

#### Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento: Implantar Comissão	
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição da Comissão e Relatório de Registro das investigações realizadas e providências adotadas.
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses e 50% dos óbitos ocorridos no trimestre investigados.
Meta Permanente	Reunião Mensal, com registro em ata e 80% dos óbitos investigados.

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

#### 4.1.1.3. COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

A Comissão de Ética Médica é o órgão supervisor da ética profissional na instituição, representando o Conselho Municipal Federal de Medicina. Este tem por atribuição julgar e disciplinar a classe médica nos aspectos referentes ao exercício profissional, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da Medicina e pelo prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente.

### **Atribuições**

- Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;
- Denunciar às instâncias superiores as eventuais más condições de trabalho na Instituição;
- Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência.

### **Composição da Comissão (à definir)**

### **Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato**

<b>Fundamento</b>	<b>Implantar Comissão</b>
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Atas das Reuniões, Pareceres técnicos
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 45 dias com realização de pelo menos uma reunião no bimestre.
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e dos casos solicitados

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

#### **4.1.1.4. NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE – NSP**

O NSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, que deve estar diretamente ligado à Diretoria-Executiva do Instituto Práxis. Tem por

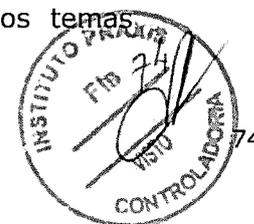


finalidade assessorar a Diretoria-Executiva estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

O NSP está regulamentado pela RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 da ANVISA; Portaria MS nº 2.616, de 12 de maio de 1998 que estabelece as normas para o Programa de Controle de Infecção Hospitalar; Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); e Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

#### **Atribuições**

- Executar ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- Analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas recebidas;
- Planejar ações para intervir nos incidentes;
- Utilizar métodos ativos de identificação de riscos e incidentes;
- Selecionar eventos adversos a serem analisados pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Executar ações de melhoria de qualidade, alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- Implantar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Implantar o Plano de Segurança do Paciente estabelecido pelo Núcleo de Segurança do Paciente;
- Participar ativamente do processo de implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- Auxiliar na implantação do plano de capacitação em segurança do paciente;
- Implantar o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente;



- Executar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- Guardar e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos e os indicadores de segurança do paciente e de vigilância em saúde;
- Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias, e, quando pertinente, disseminando a informação na instituição;
- Notificar os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
- Realizar alertas dentro das instituições, referente à segurança do paciente, quando necessário.

### Composição

O NSP será composto por um representante indicado pela da Diretoria-Executiva, um representante da Coordenação Médica, um representante da Coordenação de Enfermagem e um Farmacêutico.

### Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e registro de atas, mapas de risco implantados
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 06 meses com realização de pelo menos uma reunião no semestre. Manual de Rotinas e procedimentos implantados (Instruções de Trabalho - ITS)
Meta Permanente:	Reunião Trimestral, com registro em ata e identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

#### 4.1.1.5. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES - CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é uma comissão constituída por representantes indicados pelo empregador e membros eleitos pelos trabalhadores, de forma paritária que tem por objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível

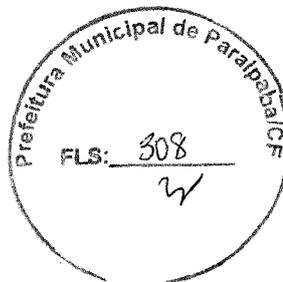
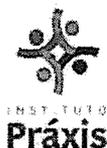
permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA está Regulamentada pela Norma Regulamentadora – NR 5, Lei No. 6.514, de 22/12/1977 e Portaria 3.214 de 8/06/1978.

### **Atribuições**

- Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;
- Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- Requisitar à empresa as cópias das CAT emitidas;
- Participar, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS;
- Garantir a aquisição e a utilização de equipamento de proteção individual e coletivo, de acordo com os requisitos técnicos para a segurança e saúde do trabalhador.

**Composição: à definir**



- A CIPA será composta por representantes dos empregados e do empregador.
- O número de membros que comporão a CIPA será determinado pela proporção ao número de empregados do Hospital, conforme norma regulamentadora em vigor.
- Os representantes do empregador serão indicados pela direção do Hospital.
- Os representantes dos empregados serão eleitos em escrutínio secreto, em votação por lista nominal, sendo vedada a formação de chapas.

### Funcionamento

A CIPA reunirá todos os seus membros uma vez por mês, em local apropriado e durante o horário normal de expediente, obedecendo ao calendário anual, não podendo sofrer restrições que impeçam ou dificultem seu comparecimento. O membro que tiver mais de três faltas injustificadas ou se recusar a comparecer às reuniões da CIPA perderá o mandato, sendo que, nesta hipótese, será convidado para assumir o candidato suplente mais votado.

Qualquer empregado poderá participar das reuniões da CIPA como convidado. As proposições da CIPA serão aprovadas em reunião, mediante votação, e será considerada aprovada aquela que obtiver maioria simples de votos.

### Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e registro de atas, mapas de risco implantados
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e procedimentos implantados (Instruções de Trabalho - its)
Meta Permanente:	Reunião Mensal, com registro em ata e identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

### COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

OBJETIVO: A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) é um grupo multidisciplinar, responsável pela revisão dos prontuários da instituição, proporcionando uma nova visão aos grupos assistenciais na elaboração de estudos e pesquisas do processo



saúde-doença, desvendando possíveis falhas no processo assistencial e favorecendo a criação de novas diretrizes e a elaboração de processos de registros seguros. A finalidade primordial da comissão é garantir a segurança dos pacientes. Analisar o prontuário do paciente, identificando eventuais falhas de registro e nos principais procedimentos hospitalares, garantindo como primordial a segurança dos pacientes.

A Comissão de Revisão de Prontuários atende as seguintes legislações:

Resolução do Conselho Municipal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002 – estabelece a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica.

Resolução CFM nº 1.821/2007 – que aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde.

#### PRINCIPAIS PROCESSOS

A Comissão de Revisão de Prontuários tem como principais processos:

#### **REVISÃO DE PRONTUÁRIO**

Análise sistemática dos prontuários, avaliando os dados de identificação obrigatórios do paciente e dos profissionais de saúde que realizam os registros, presença de documentos obrigatórios como resultados de exames, autorização de internação hospitalar, solicitação de procedimentos, termos de consentimentos livres e esclarecidos, prescrições de terapêutica e cuidados, evoluções da equipe de saúde e outros documentos definidos pela instituição.

#### **POLÍTICA DE GUARDA E MANUSEIO DOS PRONTUÁRIOS**

Acompanhar e promover o cumprimento das normas legais, institucionais e éticas sobre a guarda e manuseio dos prontuários.

#### **COMPOSIÇÃO MÍNIMA E FUNCIONAMENTO:**

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos, um enfermeiro e um membro do NAC (Núcleo de Atendimento ao Cliente), podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Unidade.

Para realização dos trabalhos da comissão, os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Geral. A composição da comissão em cada mandato deverá ser definida através de normativo a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pela Direção Geral da Instituição. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Direção para atualização e elaboração de novo normativo. A sede da comissão será definida por cada instituição e deverá conter uma infraestrutura básica, necessária para seu funcionamento.

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo realizada no mínimo 01 (uma) reunião mensal. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses resulta em sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão poderão realizar a reunião mantendo um quorum mínimo de 50% dos membros.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata e arquivada uma cópia contendo:

- a) data e hora da mesma;
- b) nome e assinatura dos membros presentes;
- c) resumo do expediente e
- d) decisões tomadas.

### Objetivo e Meta Qualitativa da Comissão para o 1º. Ano de Contrato

Fundamento:	Implantar a Comissão
Âmbito de desempenho	Qualidade e requisito legal
Tipo de Indicador	Contínuo
Fonte de Auditoria	Portaria de Constituição e registro de atas, mapas de risco implantados
Meta Inicial:	Comissão Implantada em até 03 meses com realização de pelo menos uma reunião no trimestre. Manual de Rotinas e procedimentos implantados (Instruções de Trabalho - ITS)
Meta Permanente:	Reunião semestral, com registro em ata e identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor da Instituição, pelo Presidente ou Vice-Presidente da Comissão, ou por quaisquer dos membros com justificativa da solicitação da reunião.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Técnica.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal para alimentar o sistema de Informação Hospitalar.

#### ATRIBUIÇÕES

- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anátomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- Zelar pelo sigilo ético das informações;
- Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- Assessorar a Direção de Processos Assistenciais da Instituição em assuntos de sua competência;
- Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

- f) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes para a Instituição;
- g) Recomendar inclusão, alteração e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando à qualidade dos mesmos.

O modelo de regimento e cronograma de atividades encontram-se no Anexo I deste projeto.

## QUADRO RESUMO DA PONTUAÇÃO

ITEM	CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO	PONTOS
12.2.1	<p>Tempo de atividade x nº de Unidades Forma de comprovação: mediante CNES, ou cópia de contratos, convênios ou congêneres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Até 01 ano: 04 unidades</b> - Contrato de gestão do Hospital de Solonópole; Contrato de Gestão da UPA de São Benedito; Contrato de gestão do Hospital de Ibiapina, Contrato de Gestão da UPA de Jaguaribe; <b>03 pontos</b></li> <li>• <b>1 a 5 anos: 06 unidades</b> - Contrato de gestão UPA Camocim; Contrato de Gestão Atenção Básica de Camocim; Contrato de gestão compartilhada de São Gonçalo do Amarante (Hospital Municipal e UPA Pecém); Contrato de Gestão Hospital Municipal de São Benedito; Hospital Municipal de Varjota. <b>06 Pontos</b></li> <li>• <b>+ de 5 anos: 02 unidades</b> – Hospital Distrital Dr. Fernandes Távora (CNES); Núcleo Hospitalar Práxis Parnaíba (CNES). <b>08 Pontos</b></li> </ul>	<b>17 pontos</b>
12.1.2	<p><b>Pontuação relativa a qualificações</b> <b>Possui Certificado de Entidade Beneficiária da Assistência Social – CEBAS</b> <b>Portaria nº 715, de 3 de outubro de 2022 – Defere a renovação do CEBAS do Instituto Práxis de Educação, Cultura e Ação Social.</b></p>	<b>20 pontos</b>
12.1.3.1	<p><b>Pontuação relativa a Capacidade Operacional.</b> Apresenta regulamento/manual próprio para compra e contratações <b>COMPROVANTE: Regulamento de Compras e Contratações de Serviços do Instituto Práxis</b></p>	<b>10 pontos</b>
12.1.3.2	<p><b>Pontuação relativa a Capacidade Operacional.</b> Apresenta regulamento/manual para contratação e remuneração de pessoal <b>COMPROVANTE: PORTARIA Nº 2019.07.001, DE 25 DE JULHO DE 2019 – Regulamenta as normas de contratação de pessoal e institui o Plano de Cargos, Carreiras e Salários dos empregados do Instituto Práxis de Educação, Cultura e Ação Social</b></p>	<b>10 pontos</b>
12.1.3.3	<p><b>Pontuação relativa a Capacidade Operacional.</b> Possui mecanismos de transparência das ações, através da publicização em site próprio do Contrato de Gestão, relatórios de atividades, processos de compras e contratação e prestação de contas <b>COMPROVANTE: prints do site institucional do Instituto Práxis, disponível no seguinte endereço eletrônico: <a href="http://www.praxisinstituto.org">www.praxisinstituto.org</a></b></p>	<b>10 pontos</b>
12.1.4.1	<p><b>Pontuação relativa ao conteúdo da proposta técnica</b> <b>COMPROVANTE: Proposta técnica atende o todos os requisitos do Edital e Termo de Referência</b></p>	<b>15 pontos</b>
12.1.4.2	<p>Organização das atividades de apoio relevantes para a execução das atividades descritas. <b>COMPROVANTE: Proposta técnica atende o todos os requisitos do Edital e Termo de Referência</b></p>	<b>15 pontos</b>
<b>TOTAL DE PONTOS</b>		<b>97 PONTOS</b>



CONTRATO DE GESTÃO Nº 2022.11.1801

CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SOLONÓPOLE/CE E A ENTIDADE QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL **INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL**, OBJETIVANDO A **GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUELY NOGUEIRA PINHEIRO DO MUNICÍPIO DE SOLONÓPOLE/CE.**

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de **SOLONÓPOLE/CE**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 07.733.256/0001-57, com sede neste município à Rua Dr. Queiroz Lima, 330, Centro, através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SOLONÓPOLE**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº **10.734.149/0001-58** com sede a Rua Dr. Queiroz Lima, 302, Centro, neste ato representado pela *Secretária Municipal*, a Sr.(a).*Anne Caroline Torres Lopes*, doravante denominada de **ÓRGÃO SUPERVISOR** e de outro **INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL**, entidade sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social pelo Município de **SOLONÓPOLE/CE** por meio do Decreto Municipal nº. 051/2022, de 18 de Outubro de 2022, com endereço na Av. Francisco Sá, nº 5445, Bairro Alvaro Weyne, Fortaleza/Ce, inscrita no CNPJ/MF sob nº **05.481.950/0001-07**, neste ato representada por seu Presidente Sr. *Luiz Fernando Porto Mota*, portador da cédula de identidade nº 92002085137 SSP-CE e do CPF 380.961.963-91, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal n.º 8.666 de 21 de junho de 1993 (com as alterações da Lei n.º 8.883/94), Lei Municipal 1625/2022, de 10 de junho de 2022, Portaria Municipal nº 802/2022GAP, de 21 de Junho de 2022 e demais legislações pertinente a matéria, e o processo da **CHAMADA PÚBLICA Nº 003.2022-SMS, RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente a **OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUELY NOGUEIRA PINHEIRO DO MUNICÍPIO DE SOLONÓPOLE/CE**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

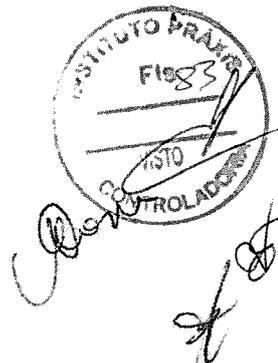
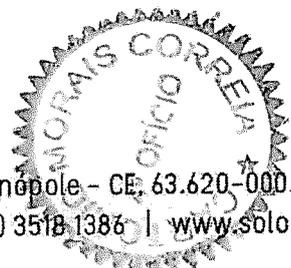
**CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO E DA FINALIDADE**

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das **AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA SUELY NOGUEIRA PINHEIRO**, conforme descrito no plano de trabalho em anexo, e conforme documentação apresentada no processo de **Chamada Pública nº 003.2022-SMS**.

Parágrafo Primeiro: Para o alcance de sua finalidade, o presente Contrato de Gestão específica, como parte desta avença, um Plano de Trabalho (ANEXO I) a ser executado pela **CONTRATADA**, com metas a atingir, a previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a utilizar, indicadores de verificação e as atividades a realizar, com respectivos cronogramas e orçamentos pertinentes.

Parágrafo segundo: Fazem parte integrante deste contrato de gestão:

- a) O Anexo Técnico I – Plano de Trabalho;
- b) O Anexo Técnico II – Descrição dos Serviços;
- c) O Anexo Técnico III – Sistema de Pagamento;
- d) O Anexo Técnico IV – Acompanhamento e Avaliação;
- e) O Anexo Técnico V – Relação Servidores Cedidos;





f) O Anexo Técnico VI – Termo de Permissão de Uso.

**CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

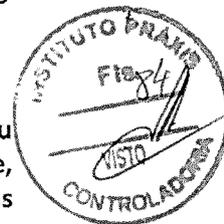
2.1. São da responsabilidade da **CONTRATADA** as obrigações constantes das especificações técnicas (Anexos Técnicos I, II, III, IV, V e VI, partes integrantes deste **CONTRATO DE GESTÃO** e das estabelecidas na legislação referente ao **SUS**, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

- a) Garantir a Universalidade de acesso aos serviços de saúde;
- b) Promover a integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;
- c) Assegurar a Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- d) Preservar a autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- e) Contribuir para promoção da Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- f) Prestar serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz;
- g) Fomentar meios para participação da comunidade na tomada de decisões e nos processos de avaliação de atendimentos;
- h) Garantir o sigilo dos dados e informações relativas aos Usuários;
- i) Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público
- j) Adotar uma identificação especial (crachá) para todos os seus empregados, assim como assegurar a frequência e pontualidade, com a manutenção do sistema de controle de ponto por via eletrônica, devendo ser adotados mecanismos que impeçam quaisquer fraudes na marcação do registro, bem como a boa conduta profissional;
- k) Implementar metodologia da gestão da qualidade, seus conceitos e princípios por meio de um conjunto de processos, capazes de dotar as unidades de saúde, de ferramentas e instrumentos que possibilitem a melhoria de desempenho de seus serviços.
- l) A **CONTRATADA** deverá comprovar a existência de programa de integridade no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da contratação. O Programa de Integridade consiste, no âmbito de uma pessoa jurídica, no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes com o objetivo de detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a Administração Pública.
- m) A **CONTRATADA** deverá realizar consulta prévia a **CONTRATANTE** para fins de utilização dos montantes correspondentes aos valores de investimento previstos na planilha de preços. Os recursos somente poderão ser utilizados para fins de investimento pela **CONTRATADA** quando devidamente autorizados pela **CONTRATANTE**.

Demais obrigações e responsabilidades:

2.2. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, e apenas nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

2.3. Restituir, em caso de desqualificação ou ao término do presente contrato, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos não utilizados para os fins





deste contrato, bem como os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, nos termos previstos nos respectivos instrumentos de Permissão de Uso celebrados.

2.4. Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público.

Parágrafo Único. A **CONTRATADA** poderá, desde que previamente avaliado e autorizado pela **CONTRATANTE**, permutar os bens móveis públicos permitidos para uso por outros de igual ou maior valor, desde que os novos bens integrem o patrimônio da **CONTRATANTE**.

2.5. Responsabilizar-se pela conservação, manutenção preventiva e corretiva dos bens móveis e imóveis, inclusive equipamentos, disponibilizados para o desenvolvimento das atividades previstas no Plano de Trabalho, valendo-se de recurso financeiro apontado no Plano Operativo elaborado conforme solicitado no Plano de Trabalho (Anexo I).

2.6. Comunicar à **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência.

2.7. Eventual aquisição de bem que ultrapasse o valor do contrato somente poderá ser efetuada mediante anuência prévia da **CONTRATANTE** e após aditamento ao contrato.

2.8. Todas as obras e ampliações da área física deverão ser previamente aprovadas pela **CONTRATANTE** e, caso ultrapassem o valor do contrato, somente poderão ser realizadas após o devido aditamento do contrato.

2.9. Transferir, integralmente, à **CONTRATANTE**, em caso de sua desqualificação como Organização Social de Saúde no âmbito do Município de **SOLONÓPOLE/CE**, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços ora contratados.

2.10 - Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários e fiscais, resultantes da execução do objeto desta avença.

2.11 - Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2.12 - Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços.

2.13 - Afixar aviso nas recepções da **UNIDADE DO MUNICÍPIO DE SOLONÓPOLE/CE**, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

2.14 - Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

2.15 - Assegurar aos pacientes o direito de assistência religiosa e espiritual por ministro de qualquer culto religioso, em conformidade com a Portaria nº 010/SMS/05 de 09/11/2005 e legislação regente.

2.16 - Comunicar de imediato à **CONTRATANTE** a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente contrato, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.

2.17 - Manter a documentação concernente à prestação de contas, relacionada a este Contrato, arquivada por no mínimo 10 (dez) anos, ficando a mesma disponível, sempre que solicitado, para atendimento da legislação vigente e auditorias da **CONTRATANTE** e demais órgãos de controle externo.

### CLÁUSULA TERCEIRA: DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

3.1. Para a execução, pela **CONTRATADA**, dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

a) Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;





- b) Designar, por meio de Portaria, um **GESTOR** do **CONTRATO** para orientar a **CONTRATADA**, acompanhando o desenvolvimento das suas atividades, segundo programa, objetivos e metas definidos no **CONTRATO DE GESTÃO** e garantindo todo o suporte político-institucional, como representante do Município, na execução e supervisão deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- c) Monitorar mensalmente e fiscalizar, nos termos da legislação pertinente, as atividades da **CONTRATADA**, relativas à execução das metas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como verificar a manutenção da capacidade e das condições enquanto entidade qualificada como Organização Social na área da saúde desta Municipalidade, para confirmar, mediante emissão de atestado, se a mesma continua a dispor de suficiente capacidade jurídica e nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

#### **CLÁUSULA QUARTA: DA CESSÃO DE SERVIDORES**

4.1. Até que sejam assumidas todas as obrigações referentes ao presente contrato, serão abatidos, do montante devido à **CONTRATADA**, os valores correspondentes à remuneração dos servidores públicos exercendo atividades nas respectivas unidades, a partir de sua vigência.

4.2. A **CONTRATANTE** poderá ceder servidores públicos municipais para prestar seus serviços junto à **CONTRATADA**, ficando garantido a esses servidores o vínculo original com a **CONTRATANTE**, bem como todos os direitos daí decorrentes, não ensejando, portanto, vínculo trabalhista com a **CONTRATADA** ou solidariedade, mesmo sob a subordinação desta.

Parágrafo Primeiro - Os servidores públicos municipais cedidos à **CONTRATADA** terão seus vencimentos pagos diretamente pela **CONTRATANTE**.

#### **CLÁUSULA QUINTA: DA PERMISSÃO DO DIREITO DE USO E DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS**

5.1. Os bens móveis e imóveis, equipamentos e instalações deverão ser objeto de inventário e avaliação por parte da **CONTRATANTE**, para que, mediante formalização de **CONTRATO** específico a ser assinado, possam ser cedidos à **CONTRATADA**, a título de Permissão de Uso e pelo prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, cabendo ao permissionário mantê-los em perfeito estado de conservação e usá-los exclusivamente para os fins previstos neste instrumento.

Parágrafo Único – Os bens móveis, instalações e equipamentos cedidos ou que venham a ser cedidos na forma prevista no caput desta Cláusula, bem como aqueles adquiridos pela **CONTRATADA** poderão, mediante prévia avaliação e manifesta autorização da **CONTRATANTE**, ser alienados e substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem concomitantemente, mediante termo de doação expresso, o patrimônio do Município, sob administração da **CONTRATANTE**.

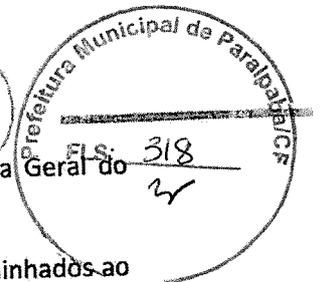
#### **CLÁUSULA SEXTA: DA FISCALIZAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

6.1. A Comissão de Avaliação constituída em conformidade com a Lei nº 1625, de 10 de junho de 2022 e Decreto Municipal de nº 802, de 21 de junho de 2022, será a responsável por fiscalizar, acompanhar e avaliar a execução dos serviços, objeto deste contrato de gestão, e procederá a verificação quadrimestral do desenvolvimento das atividades e dos resultados obtidos pela **CONTRATADA** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando para tanto relatório circunstanciado.

Parágrafo Primeiro - A Comissão de Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório anual conclusivo do desempenho da **CONTRATADA**, em até 30 dias, ao final do período de 12 (doze) meses do contrato.



*Handwritten signatures and initials*



Parágrafo Segundo - A comissão de avaliação deverá encaminhar à Controladoria Municipal relatório conclusivo sobre a avaliação procedida.

Parágrafo Terceiro - Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário Municipal de Saúde para subsidiar a decisão do Prefeito Municipal acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA**

7.1. O presente Contrato de Gestão terá vigência de **12 (doze) meses**, contados da data de 01/12/2022, e é passível de prorrogação mediante o cumprimento de Plano de Trabalho, até 60 (sessenta) meses.

7.2. Os serviços serão iniciados imediatamente após a assinatura do presente contrato, devendo a contratada seguir os prazos e etapas estabelecidas no cronograma proposto.

**CLÁUSULA OITAVA: DOS RECURSOS FINANCEIROS E ECONÔMICOS**

8.1. Para a execução deste **CONTRATO DE GESTÃO**, Lote 01 ficará estipulado o valor de R\$ **7.421.344,20 (sete milhões, quatrocentos e vinte e um mil, trezentos e quarenta e quatro reais e vinte centavos)**, sendo que os recursos serão transferidos pela **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** nos termos do orçamento do contrato e cronograma de desembolso.

Parágrafo Primeiro - Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, correspondente ao presente exercício financeiro, onerará a seguinte rubrica orçamentária, destinada a custear o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, podendo ser suplementada, se necessário for, em particular na ocorrência de eventos não previstos, devidamente justificados, que levarem ao desequilíbrio econômico e financeiro deste Contrato de Gestão:

Dotação Orçamentária / Elemento de despesas: 0401.10.302.0013.2.020 – Manutenção da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar - 3.3.90.39.00 – Outros Ser. De Terc. Pessoa Jurídica. Fonte de recursos: 1500100200 Receita de Imposto e Trans. – Saúde; 1600000000 – Transferência SUS Bloco de Manutenção; 1602000000 – Trans. SUS Bloco de Manutenção – COVID19; 1621000000 - Transferência SUS de Governo Estadual..

Parágrafo Segundo - Os recursos repassados à **CONTRATADA** pela **CONTRATANTE**, disponíveis em conta corrente específica e exclusiva, deverão ser aplicados no mercado financeiro, e os resultados dessa aplicação reverter-se-ão exclusivamente aos objetivos deste contrato.

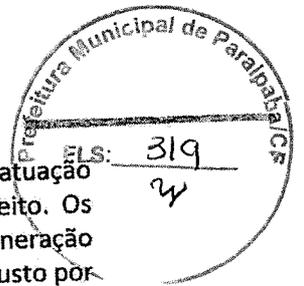
Parágrafo Terceiro - Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão, também, ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da **CONTRATADA** e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da **CONTRATADA**.

Parágrafo Quarto - A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o **INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL**, sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **CONTRATADA**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.



Parágrafo Quinto - Os dispêndios com remuneração de pessoal próprio, feitos pela **CONTRATADA** na execução deste Contrato de Gestão, não excederão 70% (setenta por cento) do total da sua dotação orçamentária.





Parágrafo Sexto - Somente será admitida a remuneração de dirigentes que tenham atuação efetiva na gestão executiva, não podendo exceder a remuneração salarial do Prefeito. Os membros do Conselho de Administração da **CONTRATADA** não devem receber remuneração pelos serviços que, nesta condição, prestarem à **CONTRATADA**, ressalvada a ajuda de custo por reunião de que participarem.

Parágrafo Sétimo - Os membros do Conselho de Administração não poderão exercer qualquer função executiva nas atividades deste Contrato e, tampouco, ter qualquer vínculo com fornecedores da **CONTRATADA**.

Parágrafo Oitavo - A ocorrência de alteração de valores poderá implicar revisão das metas pactuadas, assim como a alteração das metas poderá implicar a revisão do valor global pactuado, nos termos da legislação aplicável.

Parágrafo Nono - Os bens móveis e imóveis permissionados à **CONTRATADA** de acordo com a Cláusula Terceira são considerados como valor econômico aportado pela **CONTRATANTE** a este Contrato de Gestão.

Parágrafo Décimo - Após um ano de vigência contratual, será aplicado o índice financeiro IGPM/FGV para fim de reajuste de seu valor, ou outro que venha a substituí-lo.

#### CLÁUSULA NONA: CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

9.1. O valor devido à **CONTRATADA**, nos termos do "caput" da cláusula sétima, será transferido conforme cronograma de desembolso.

9.2. A **CONTRATADA** deverá encaminhar, à **CONTRATANTE**, comprovante de pagamento de obrigações do INSS e FGTS/GFIP/SEFIP, imediatamente após o cumprimento da obrigação, observando-se os prazos legais, sob pena de retenção dos pagamentos devidos pela **CONTRATANTE**.

9.3. O pagamento da primeira parcela será realizado 05 (cinco) dias após a assinatura do contrato de gestão, mediante a apresentação da respectiva nota fiscal, através de ordem bancária em nome da Contratada, desde que esta indique o banco, agência e conta corrente.

9.4. As demais parcelas deverão ser pagas até o 5º dia útil subsequente ao da prestação dos serviços, mediante a apresentação da prestação de contas e da respectiva nota fiscal, através de ordem bancária em nome da Contratada, desde que esta indique o banco, agência e conta corrente.

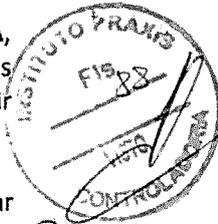
9.5. O valor devido à **CONTRATADA** será transferido conforme cronograma de desembolso proposto na proposta financeira.

#### CLÁUSULA DÉCIMA: DA RESCISÃO

10.1. A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93.

Parágrafo Primeiro - Em caso de rescisão unilateral decorrente da iniciativa da **CONTRATADA**, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis, a mesma obriga-se a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da renúncia do Contrato.

Parágrafo Segundo - A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data do encerramento de suas atividades, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.





Parágrafo Terceiro - Verificada qualquer hipótese ensejadora de rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a revogação da permissão de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA** nos termos da cláusula quinta, não cabendo à **CONTRATADA** direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

Parágrafo Quarto - Se a **CONTRATANTE** vier a descumprir injustificadamente as cláusulas do presente contrato, em especial a cláusula sétima, a **CONTRATADA** poderá considerar rescindido o presente contrato e cessar a prestação dos serviços após 90 (noventa) dias da ocorrência da irregularidade, sem prejuízo das sanções aplicáveis pela legislação vigente, ficando a **CONTRATANTE** responsável pelo pagamento de encargos trabalhistas, previdenciários e civis decorrentes da execução deste Contrato de Gestão. Em qualquer hipótese deverá ser preservada a segurança e integridade dos pacientes.

Parágrafo Quinto - Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE** ou término do contrato ou rescisão amigável, esta arcará com os custos trabalhistas, previdenciários e civis da execução deste contrato assegurando-se, entretanto, o direito de regresso contra o responsável no caso de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA: DAS PENALIDADES PELO DESCUMPRIMENTO DO CONTRATO**  
11. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88, da Lei Federal nº 8.666/93, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa de até 5% (cinco por cento) do valor contratual;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

Parágrafo Primeiro - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

Parágrafo Segundo - As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a da alínea "b".

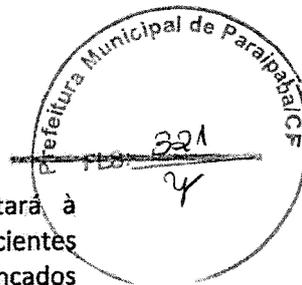
Parágrafo Terceiro - Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido à Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Quarto - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-se pleno direito de defesa.

Parágrafo Quinto - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal ou ética do autor do fato.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA: DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**





12.1. Durante a vigência deste Contrato de Gestão a **CONTRATADA** apresentará à **CONTRATANTE** relatórios administrativos de desempenho e produção, com dados suficientes para o acompanhamento e avaliação, com ênfase na comparação dos resultados alcançados com as metas previstas, acompanhados de demonstrações documentadas do uso adequado dos recursos públicos pela **CONTRATADA** e de análises gerenciais referentes ao desempenho, em até 20 dias após o encerramento de cada quadrimestre.

Parágrafo Primeiro - Ao término do contrato, a **CONTRATADA** deverá apresentar relatório final referente à execução do Plano de Trabalho.

Parágrafo Segundo - A **CONTRATADA** deve apresentar à **CONTRATANTE**, no prazo de 20 (vinte) dias, contados do término de execução de cada mês, prestação de contas, através de envio de arquivo digitalizado onde constarão as seguintes informações:

- planilha de prestação de contas, relacionando todos os pagamentos efetuados no período;
- notas fiscais de serviços, recibos e outros comprovantes legais de pagamentos efetuados com as despesas realizadas. Todos os comprovantes legais devem ser emitidos em nome da **CONTRATADA**;
- planilha com dados quanto à aquisição de bens permanentes no período;
- planilha com dados do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados;
- extrato bancário da conta específica do Contrato de Gestão (conta corrente e aplicação);
- relatório completo da folha de pagamento da **CONTRATADA**.

12.2. A **CONTRATADA** deverá manter, em perfeitas condições, os originais dos documentos acima mencionados, devendo ser disponibilizados à **CONTRATANTE** pelo prazo de 10 (dez) anos.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA: DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. É vedada a cobrança, do paciente, por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida.

13.2. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de Termo Aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

13.3. Eventuais despesas realizadas pela **CONTRATANTE**, e que sejam de responsabilidade da **CONTRATADA**, poderão ser efetivadas, devendo ser descontadas nos repasses subsequentes.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA: DA PUBLICAÇÃO

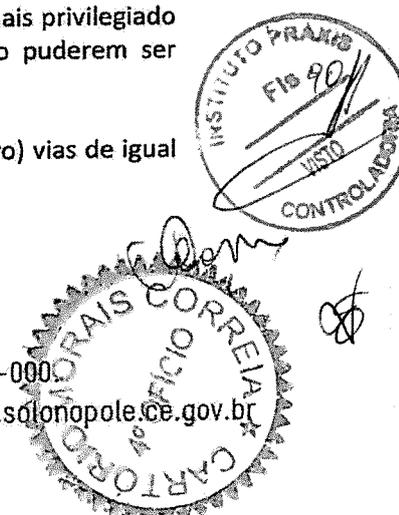
14.1. O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado pela **CONTRATANTE** no Quadro de Avisos e Publicações da Prefeitura Municipal de **SOLONÓPOLE**, e no Diário Oficial da União (DOU), no prazo determinado nos termos da legislação vigente, contados da data de sua assinatura.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DO FORO

15.1. Fica eleito o Foro desta comarca, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

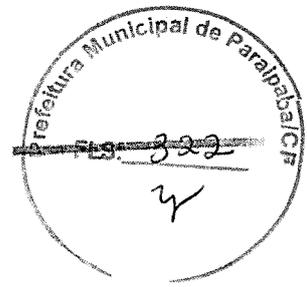
SOLONÓPOLE/CE, 18 de Novembro de 2022.





PREFEITURA DE  
**Solonópole**

Secretaria  
da Saúde



*Wenny*  
ANNE CAROLINE TORRES LOPES  
SECRETÁRIA MUNICIPAL  
SECRETARIA DE SAÚDE

*Luiz Fernando Porto Mota*  
Luiz Fernando Porto Mota  
CPF 380.961.963-91

INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
CNPJ/MF Nº 05.481.950/0001-07

Testemunhas:

MARIA ERIDA PINHEIRO  
RG: 2007310113-8  
CPF: 052.928.473-13

KELTON SOUSA SILVA  
RG: 2003015105445  
CPF: 036.510.673-94

*Angela*  
*Angela*

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MORAIS CORREIA - 4º OFÍCIO DE NOTAS E 2º RTDPJ  
TABELIA: ANGELA MARIA ARAUJO MORAIS CORREIA - CNPJ: 06.573.000/0001-67  
Rua Major Facundo, 676 - Centro - CEP: 63.025-100 - Fortaleza - CE - Tel: (85) 3512-5900  
E-mail: m.or\_iscorreia@m.oraiscorreia.com.br

AUTENTICAÇÃO Nº 291639. A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas Notas Públicas. O referido é verdade. Dou fé. Fortaleza, 25 de outubro de 2023. Emolumentos R\$ 3,20 - SELO 3 AUTENTICAÇÃO

( ) - Francisco de A. M. Correia - ( ) - Rafael Paz Lima Barbosa  
( ) - Ariene L. Rodrigues - ( ) - Matheus Martins Costa - Escrivante

Op.: JONATHAN - VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.

MORAIS CORREIA  
OFÍCIO DE NOTAS E RTDPJ  
INSTITUTO PRÁXIS  
Fis 9  
VISTO  
CONTROLODA

A gente faz. a gente  
**cuida**

Rua Dr. Queiroz Lima, 330, Centro, Solonópole - CE, 63.620-000.  
CNPJ: 07.733.256/0001-57 | Fone: (88) 3518 1386 | www.solonopole.ce.gov.br

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 26/10/2023

CNES: 2328119 Nome Fantasia: HOSPITAL MATERIDADE MARIA SUELLY NOGUEIRA PINHEIRO CNPJ: -  
 Nome Empresarial: PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLONOPOLE Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
 Logradouro: RUA DEPUTADO ALFREDO BARREIRA FILHO Número: 128 Complemento: -  
 Bairro: CENTRO Município: 231300 - SOLONOPOLE UF: CE  
 CEP: 63620-000 Telefone: (88) 3518-1133 Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: 0008  
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: - Gestão: MUNICIPAL  
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: CIRIO REGES CAVALCANTE SILVA  
 Cadastrado em: 30/10/2001 Atualização na base local: 18/09/2023 Última atualização Nacional: 12/10/2023  
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Caracterização

Atividade ensino/pesquisa	Código/natureza jurídica
UNIDADE SEM ATIVIDADE DE ENSINO	1244 - MUNICIPIO

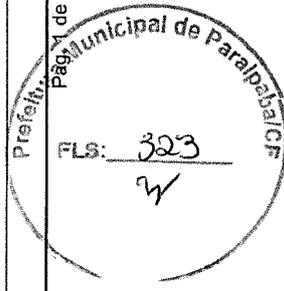
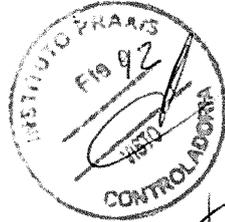
Infraestrutura

Nenhum resultado para a consulta realizada.

Atividade

Atividade	Nível de atenção	Gestão
AMBULATORIAL	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).



Atividade	Nível de atenção	Gestão
HOSPITALAR	MEDIA COMPLEXIDADE	MUNICIPAL

**Atendimento**

Tipo de atendimento	Convênio
AMBULATORIAL	SUS
INTERNACAO	SUS
SADT	SUS
URGENCIA	SUS
VIGILANCIA EM SAUDE	SUS

**Fluxo de clientela**

03 - ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

**Endereço Complementar**

Nenhum resultado para a consulta realizada.

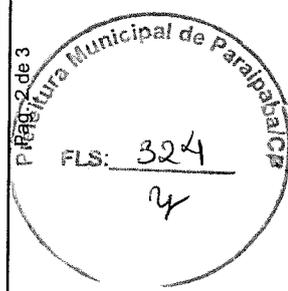
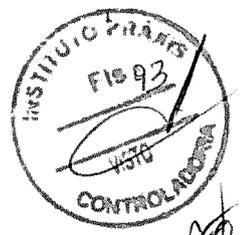
**Classificação Estabelecimento**

Atividade Principal  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE 009 - INTERNACAO

**Grupo > Atividade Secundária**

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 001 - CONSULTA AMBULATORIAL  
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 002 - APOIO DIAGNOSTICO

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).



*[Handwritten mark]*

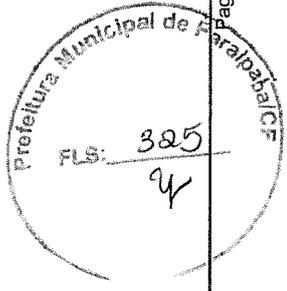
*[Handwritten signature]*

01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 007 - ASSISTENCIA A EMERGENCIAS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 008 - ENTREGA/DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS
01 - ASSISTENCIA A SAUDE > 017 - IMUNIZACAO
03 - GESTAO DA SAUDE > 022 - ADMINISTRACAO

**Classificação Estabelecimento Saúde**

006 - HOSPITAL

Data desativação: -- Motivo desativação: --



Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).



4

Handwritten signature



**CONTRATO DE GESTÃO Nº 20230225**

**CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE ATUAÇÃO DE ATENÇÃO EM SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO - CE, PARA O GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H PORTE I DO MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO - CE, NA FORMA E CONDIÇÕES A SEGUIR:**

Pelo presente instrumento, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO - CE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob 07.778.129/0001-74, com sede na Rua Paulo Marques, nº 378, bairro Centro - CEP: 62.370-000, São Benedito, Ceará, através da Secretaria Municipal de Saúde, na qualidade de entidade supervisora, neste ato representada pela Secretário, **Sr. Luís Carlos do Nascimento**, portador(a) da cédula de identidade nº 29783281, expedida por SSP/CE e inscrito no CPF/MF sob o nº 230.351.963-20, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL** com sede na Av. Francisco Sá, nº 5445, CEP: 60.310-002, Álvaro Weyne, Fortaleza, Ceará, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 05.481.950/0001-07 com Estatuto arquivado no Cartório de 1º Registro Civil das Pessoas Jurídicas Pergentino Maia, sob o nº 160413, neste ato representado por seu **Diretor-Presidente Luiz Fernando Porto Mota**, brasileiro, advogado, portador da Cédula de Identidade RG nº 92002085137 órgão expedidor SSP/CE e registro no CPF nº 380.961.963-91, residente e domiciliado na Rua Monsenhor Bruno, 550, apto 202, Meireles, Fortaleza/CE, CEP: 60.115-190, doravante denominado **CONTRATADO**, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, para o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h PORTE I, SITUADA NA AV. TABAJARA, S/N, BAIRRO CORRENTE, CEP: 62370-000, SÃO BENEDITO - CE**, ficando o cumprimento deste contrato vinculado ao termo do ato que o autorizou, e à proposta da contratada, e seus anexos, os quais constituem parte deste instrumento, independentemente de sua transcrição.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO FUNDAMENTO LEGAL**

1.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, com permissão de uso de bens móveis, imóveis, materiais e equipamentos, rege-se por toda a legislação aplicável, Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, nas normas do Sistema Único de Saúde, na Lei Federal nº 8.080/90 (SUS), Lei Federal nº 8.142/90 (Gestão do SUS), Portaria GM/MS nº 2.567, de 25 de novembro de 2016 (participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde - SUS), Portaria Nº 10, de 03 de janeiro de 2017 do MS, Lei Municipal n.º 1.139/2018, de 17 de Maio de 2018, com alterações subsequentes, regulamentada pelo Decreto Municipal n.º 28/2019 de 03 de Julho de 2019 e demais normativos vigentes.

1.2 A presente contratação decorre do processo de Chamamento Público, Edital nº 004/2022.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO E DA FINALIDADE**

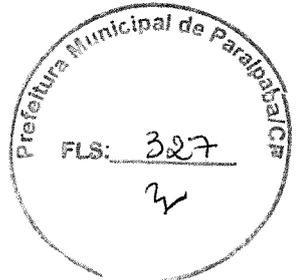
2.1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, tem por objeto **GERENCIAMENTO**,



Handwritten mark resembling a stylized 'S' or '7'



Handwritten signature



OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h PORTE I, SITUADA NA AV. TABAJARA, S/N, BAIRRO CORRENTE, CEP: 62370-000, SÃO BENEDITO - CE, em conformidade com os padrões de eficácia e qualidade orientados pela OMS e pela Anvisa e conforme especificações do Termo de Referência – Anexo I do edital de Chamamento Público, Edital nº 004/2022.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO**

- 3.1. Prestar, à população usuária do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 3.2. Dar atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, nos termos da legislação vigente.
- 3.2.1. Dar atendimento exclusivo aos usuários que testarem positivo para o Covid-19 e que necessitem de atendimento emergencial e que tenham cumprido o fluxo estabelecido para entrada de pacientes, conforme os protocolos exigidos pelo Ministério da Saúde;
- 3.3. Assegurar a organização, administração e gerenciamento do Unidade de Pronto Atendimento 24h de São Benedito, objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através de técnicas adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do seu pleno funcionamento.
- 3.4. Zelar pelos bens móveis, imóveis, equipamentos e instalações em conformidade com o disposto no respectivo Termo de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público, assim como aplicar os recursos financeiros que lhe forem repassados exclusivamente com o propósito de atender as definições constantes no Termo de Referência e dos Anexos e demais disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO**.
- 3.4.1 O CONTRATADO compromete-se a contratar seguro para cobertura, em caso de furto, roubo, incêndio ou danos nos bens objeto deste instrumento sob sua guarda e inteira responsabilidade, figurando como beneficiária a Prefeitura de São Benedito, que deverá vigorar até a devolução do prédio;
- 3.5. Responsabilizar-se pela contratação de serviços de terceiros necessários à manutenção das atividades no Unidade de Pronto Atendimento 24h de São Benedito, inclusive pelos encargos fiscais e comerciais decorrentes, em obediência aos preceitos legais.
- 3.6 Em cumprimento ao que foi pactuado, cabe ao CONTRATADO, além das obrigações constantes das especificações explicitadas no Termo de Referência e daquelas estabelecidas na legislação federal e municipal que regem a presente contratação e as seguintes:
- 3.7 Zelar pelos bens móveis, imóveis, equipamentos e instalações em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público, assim como aplicar os recursos financeiros que lhe forem repassados exclusivamente com o propósito de atender as definições constantes no Termo de Referência e dos ANEXOS e demais disposições deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 3.8 Responsabilizar-se integralmente pela contratação, dispensa e pagamento de pessoal do CONTRATADO, inclusive pelos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, em obediência aos preceitos legais;
- 3.9 Manter sempre atualizado os boletins médicos dos pacientes. O arquivo deverá ser mantido em meio eletrônico por prazo indeterminado, e em papel, por no mínimo 20 anos;
- 3.10 Atender os pacientes com dignidade e respeito, de forma humanizada e igualitária, primando sempre pela excelência na qualidade da prestação dos serviços;
- 3.11 Elaborar e submeter à aprovação do Conselho de Administração da Organização Social e



encaminhar à CONTRATANTE os Relatórios Gerenciais de Atividades, na forma e prazos por esta estabelecidos;

3.12 Disponibilizar à CONTRATANTE acesso irrestrito a toda base de dados e informações necessárias ao monitoramento das áreas, objeto do CONTRATO DE GESTÃO;

3.13 Apresentar, ao término de cada exercício, ou a qualquer momento, quando a CONTRATANTE assim o determinar, Relatório de Gestão pertinente à execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, contendo comparativos específicos das metas propostas com os resultados alcançados e iniciativas desenvolvidas pela CONTRATADA;

3.14 Aplicar os recursos financeiros que lhe forem repassados em estrita obediência às disposições deste CONTRATO DE GESTÃO;

3.15 Comunicar por escrito à CONTRATANTE qualquer alteração que venha a ser feita em seu Estatuto Social, que altere as condições inicialmente estabelecidas na sua qualificação como Organização Social;

3.16 Abrir conta bancária específica, em banco da rede oficial, para fins de movimento dos recursos oriundos deste CONTRATO DE GESTÃO, os quais somente poderão ser movimentados para pagamento das despesas pertinentes às metas e atividades previstas no Plano de Trabalho, anexo deste instrumento;

3.17 Disponibilizar à CONTRATANTE a qualquer momento o relatório dos custos e acompanhamento dos pacientes.

3.18 Manter os pacientes informados sobre seus direitos e sobre assuntos pertinentes aos serviços prestados;

3.19 Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

3.20 Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

3.21 Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente, por ministro representante de qualquer culto religioso;

§ 1º - Os bens móveis, instalações e equipamentos cedidos ou que venham a ser cedidos na forma prevista no item 3.4 desta Cláusula, bem como aqueles adquiridos pelo CONTRATADO poderão, mediante prévia avaliação e manifesta autorização da CONTRATANTE, ser devolvidos, alienados e/ou substituídos por outros de igual ou maior valor, condicionado a que os novos bens integrem concomitantemente, mediante termo de doação expresso, o patrimônio do Município, sob administração da CONTRATANTE.

§ 2º - Com vistas ao cumprimento desta Cláusula, caberá à CONTRATANTE deverá:

a) Comunicar ao CONTRATADO as normas e procedimentos formais e operacionais para o controle do acervo patrimonial e técnico mencionado no caput desta Cláusula;

b) Manter, através do CONTRATADO sistema informatizado para o controle dos bens patrimoniais citados no caput desta Cláusula;

c) Controlar a distribuição, a localização e o remanejamento de bens permanentes entre os diversos ambientes da unidade hospitalar;

d) Comunicar ao CONTRATADO, em tempo hábil para o cumprimento, os prazos de realização e encaminhamento do inventário periódico de bens móveis e imóveis.

§ 3º O CONTRATADO poderá vir a pleitear recursos, de forma complementar e não continuada, com órgãos do Poder Executivo da União, do Estado do Ceará, ou do Município de São Benedito/CE, mediante termo de fomento, termo de parceria ou instrumento congênere, com a finalidade de adquirir equipamentos e materiais permanentes, bem como para realizar obras e serviços de engenharia destinados exclusivamente para a melhoria da UPA 24h de São Benedito - CE.



9

13

#### **CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

- 4.1 Acompanhar juntamente ao contratado a execução do contrato cumprindo as normas exigidas pela ANVISA.
- 4.2 Designar, por meio de portaria, um gestor do CONTRATO para orientar a CONTRATADA, acompanhando o desenvolvimento das suas atividades;
- 4.3 Programar, nos elementos financeiros específicos do orçamento do Município, os recursos necessários para custear a execução do objeto contratual, de acordo com a SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO.
- 4.4 Assegurar, mediante prévio acompanhamento a execução e o cumprimento do cronograma de desembolso dos recursos financeiros necessários, pactuado e constante deste CONTRATO DE GESTÃO;
- 4.5 Constituir Comissão de Acompanhamento e Avaliação, composta por representantes da CONTRATANTE que se reunirá, trimestralmente, para a avaliação do cumprimento da execução dos serviços;
- 4.6 Orientar, sempre que necessário às ações a serem desenvolvidas, emitindo notas técnicas durante a sua execução e parecer conclusivo, sobre o cumprimento da prestação dos serviços previstos neste **CONTRATO DE GESTÃO**;
- 4.7 Inventariar e avaliar as condições dos bens móveis e imóveis, que para execução desse CONTRATO DE GESTÃO, possam vir a ser objeto de permissão de direito de uso pelo CONTRATADO;
- 4.8 Prover o **CONTRATADO** dos recursos materiais permanentes e de infraestrutura necessários à consecução das ações/metast definidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, inclusive aqueles indispensáveis à manutenção e guarda dos bens móveis e imóveis permitidos em uso.
- 4.9 Arcar com todos os encargos e multas, de qualquer natureza, seja de natureza tributária, previdenciária, trabalhista, administrativas, judiciais e outras que venham a incidir sobre o **CONTRATADO** em virtude de atraso, nas parcelas deste **CONTRATO DE GESTÃO**
- Parágrafo único:** É facultada a **CONTRATANTE** a cessão especial de servidor público municipal para o **CONTRATADO**, com ônus para a origem, nos termos da legislação municipal.

#### **CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS**

5.1. A Contratante repassará, pela prestação dos serviços objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, especificados no termo de referência, no projeto de GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24H DO MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO - CE, no prazo e condições constantes neste instrumento, e de acordo o Cronograma de Desembolso do Plano de Trabalho e disposições financeiras, a **parcela mensal no valor de R\$ 571.184,00 (quinhentos e setenta e um mil, cento e oitenta e quatro reais)** totalizando um valor global de **R\$ 13.708.416,00 (treze milhões, setecentos e oito mil, quatrocentos e dezesseis reais)** para o período de 24 (vinte e quatro) meses, para custeio das atividades de gerenciamento, operacionalização, manutenção das instalações físicas e execução das ações e serviços, consoante perfil da unidade de saúde;

§ 1º - A alteração do montante constante no "caput" desta Cláusula implicará na revisão do Plano de Trabalho e cronograma de desembolso e deverá ser firmada em competente Termo Aditivo.

§ 2º - As despesas com o presente CONTRATO DE GESTÃO correrão por conta da seguinte dotação:

#### **RECURSOS PRÓPRIOS**



Handwritten mark resembling a stylized 'P' or a signature.

Handwritten mark resembling a signature.

Exercício 2023 Projeto 0502.10.302.0634.2.028 Gerenciamento e Manutenção da Unidade de Pronto Atendimento - UPA I, Classificação Econômica 3.3.90.39.00 Outros serv. de terc. pessoa jurídica. Fonte de Recursos: 1500100200 - Receita de Imposto e Trans. - Saúde (R\$ 7.680.825,48 - sete milhões, seiscentos e oitenta mil, oitocentos e vinte e cinco reais e quarenta e oito centavos).

#### **RECURSOS FEDERAIS**

Exercício 2023 Projeto 0502.10.302.0634.2.028 Gerenciamento e Manutenção da Unidade de Pronto Atendimento - UPA I, Classificação Econômica 3.3.90.39.00 Outros serv. de terc. pessoa jurídica. Fonte de Recursos: 1500100200 - Receita de Imposto e Trans. - Saúde (R\$ 4.017.936,73 - quatro milhões, dezessete mil, novecentos e trinta e seis reais e setenta e três centavos)

#### **RECURSOS ESTADUAIS**

Exercício 2023 Projeto 0502.10.302.0634.2.028 Gerenciamento e Manutenção da Unidade de Pronto Atendimento - UPA I, Classificação Econômica 3.3.90.39.00 Outros serv. de terc. pessoa jurídica. Fonte de Recursos: 1500100200 - Receita de Imposto e Trans. - Saúde (R\$ 2.009.653,79 - dois milhões, nove mil, seiscentos e cinquenta e três reais e setenta e nove centavos)

§ 3º - Os Repasses financeiros poderão ser oriundos de recursos próprios, emendas parlamentares de custeio, recursos federais, estaduais e outras fontes.

§ 4º - A CONTRATANTE poderá suspender os repasses dos recursos destinados a este CONTRATO DE GESTÃO, caso sejam constatados, por ocasião dos trabalhos de avaliação, acompanhamento, monitoramento ou auditoria, irregularidades ou desvios na aplicação dos recursos na forma do que determina o artigo 116. Parágrafo 3º da lei nº 8.666/93 e suas alterações.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DA VIGÊNCIA E DAS ALTERAÇÕES DO CONTRATO**

6.1. O prazo de vigência inicial do contrato será de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir de sua assinatura, passível de renovação anual mediante cumprimento de Plano de Trabalho, até o máximo de 60 (sessenta) meses nos termos da lei.

6.2. O presente contrato poderá ser alterado, nos casos previstos no artigo 65 da Lei Nº 8.666/93, desde que haja interesse da Administração, com a apresentação das devidas justificativas.

6.3. Com exceção do seu objeto, este CONTRATO DE GESTÃO poderá ser modificado em quaisquer das suas cláusulas e ou disposições, mediante Termo Aditivo e de comum acordo entre as partes contratantes, deste que tal interesse seja previamente manifestado por uma das partes, por escrito, em tempo hábil para tramitação do referido Termo, obedecendo à validade deste Instrumento.

6.3.1. A repactuação, parcial ou total deste CONTRATO DE GESTÃO, formalizada mediante Termo Aditivo é, necessariamente, precedida de justificativa da CONTRATANTE e poderá ocorrer, a qualquer tempo dentro da vigência do contrato, para:

6.3.1.1. Adequação do PROGRAMA DE TRABALHO às demandas do sistema de saúde, como decorrência de avaliações específicas de resultados obtidos em sua execução;

6.3.1.2. Adequação da Lei Orçamentária Anual;

6.3.1.3. Ajuste das metas resultantes de relatórios, pareceres e reuniões das partes através de Coordenadoria Supervisora da Organização Social e a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

6.3.1.4. Adequação das condições contratuais às novas políticas de governo que possam inviabilizar a execução do CONTRATO DE GESTÃO nas condições originalmente pactuadas;

6.3.1.5. Cumprimento dos dissídios coletivos das categorias contratadas como prestadoras de serviços essenciais e corpo funcional da instituição;

6.3.1.6. Cumprimento dos reajustes de preço das contas públicas, dos serviços e dos materiais necessários à execução deste CONTRATO DE GESTÃO.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO CONTRATADO**



7.1. Elaborará e apresentará, à CONTRATANTE, relatórios circunstanciados, trimestralmente, ou a qualquer momento, sempre que solicitado, de execução deste CONTRATO DE GESTÃO, acompanhados dos demonstrativos financeiros da adequada utilização dos recursos públicos, da avaliação da execução do CONTRATO DE GESTÃO, das análises gerenciais cabíveis e de parecer técnico conclusivo sobre o período em questão.

Parágrafo Único: A CONTRATANTE poderá exigir, a qualquer tempo, que o CONTRATADO forneça informações complementares e apresente o detalhamento de tópicos constantes dos relatórios.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO**

8.1. O acompanhamento e a fiscalização da execução do contrato consistem na verificação da conformidade da prestação dos serviços, dos materiais, técnicas e equipamentos empregados, de forma a assegurar o perfeito cumprimento do ajuste, que serão exercidos por um ou mais representantes da Contratante, especialmente designados, na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993.

8.2. A execução do contrato de gestão será acompanhada e fiscalizada pela Secretaria Municipal Contratante, com auxílio da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização.

8.3. Os representantes da Administração anotarão em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

8.4. As decisões e providências que ultrapassarem a competência dos representantes deverão ser solicitadas a seus superiores em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

8.5. As atividades de gestão do contrato serão realizadas pelo(a) servidor(a) João Paulo Moura Medeiros, designado(a), na forma dos arts. 67 e 73 da Lei nº 8.666, de 1993.

#### **CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO E DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

9.1. O presente CONTRATO DE GESTÃO poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes ou, administrativamente, sem prejuízo das medidas legais cabíveis, nas seguintes hipóteses:

9.1.1. Se houver descumprimento, ainda que parcial, das cláusulas, do programa, dos objetivos e das metas, decorrente da má gestão, culpa, dolo ou violação de lei ou Estatuto Social do CONTRATADO;

9.1.2. Não atendimento às recomendações da fiscalização, sem as devidas motivações e esclarecimentos;

9.1.3 Se forem praticados atos não justificados que ponham em risco a fiel execução do objeto, o alcance dos objetivos, a consecução dos resultados e o cumprimento de metas definidas neste CONTRATO DE GESTÃO;

9.1.4. Se houver alterações do Estatuto da CONTRATADA que impliquem em modificações nas condições de sua qualificação como Organização Social ou na execução do presente CONTRATO DE GESTÃO;

9.1.5. Se a utilização dos recursos, oriundos deste CONTRATO, estiver em desacordo com os objetivos estabelecidos no CONTRATO DE GESTÃO;

9.1.6. Pela superveniência de norma legal que o torne formal ou materialmente inexecutável.

§ 1º - A rescisão administrativa será precedida de processo administrativo, assegurando o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da Organização Social.



9

§ 2º - Fica assegurado ao CONTRATADO o pagamento de parcelas ainda não inadimplidas, sobre os serviços efetivamente realizados.

§ 3º - No caso de rescisão administrativa e/ou extinção, o CONTRATADO deverá de imediato:

- a) Devolver ao Patrimônio do Município os bens cujo uso lhe foi permitido;
- b) Entregar a CONTRATANTE os móveis, utensílios e equipamentos adquiridos com os recursos financeiros repassados através deste CONTRATO DE GESTÃO;
- c) Devolver a CONTRATANTE os valores referentes à parte do objeto não executado.

#### CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICIDADE

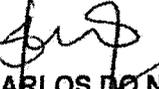
10.1. O presente instrumento será publicado pela CONTRATANTE, no Diário Oficial do Município de São Benedito, dentro do prazo previsto na legislação em vigor;

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

11.1. Fica eleito o foro de São Benedito-CE, para dirimir quaisquer dúvidas ou solucionar questões que não possam ser resolvidas administrativamente, renunciando as partes, de logo, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e acordadas, firmam, as partes, o presente CONTRATO DE GESTÃO em 04 (quatro) vias de igual teor e forma e para os mesmos fins de direito e que, depois de lido e achado conforme, vai assinado pelas partes e pelas testemunhas abaixo, para que produza seus efeitos jurídicos e legais.

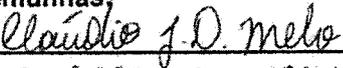
São Benedito – CE, 27 de fevereiro de 2023.

  
**LUÍS CARLOS DO NASCIMENTO**  
SECRETARIA DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO/CE  
CNPJ/MF nº 07.778.129/0001-74  
**CONTRATANTE**

**LUIZ FERNANDO PORTO** Assinado de forma digital por LUIZ FERNANDO PORTO  
MOTA:38096196391  
Data: 2023.02.27 16:02:30 -01'00'  
Versão do Adobe Acrobat Reader: 2022.003.20322  
MOTA:38096196391

**LUIZ FERNANDO PORTO MOTA**  
DIRETOR-PRESIDENTE  
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL  
CNPJ/MF nº 05.481.950/0001-07  
**CONTRATADO**

Testemunhas:

  
RG: 20085638212 SSPDS/ICE  
CPF 845.543.713-87

  
RG: 200929983-08  
CPF: 611436.113-05





**ANEXO I AO CONTRATO  
TERMO DE PERMISSÃO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS**

**TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS Nº. 001 /2023  
EDITAL CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 004/2022**

**TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL, ABAIXO QUALIFICADA, PARA O FIM QUE NELE SE DECLARA.**

O **MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ n.º 07.778.129/0001-74, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representada pelo Secretário Municipal de Saúde, Sr. Luís Carlos do Nascimento, doravante denominada **PERMITENTE**, e o **INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL**, inscrito no CNPJ n.º 05.481.950/0001-07, com sede na Av. Francisco Sá, n.º 5445, CEP: 60.310-002, Álvaro Weyne, Fortaleza, Ceará, na condição de Organização Social qualificada junto ao Município de São Benedito, conforme decreto municipal n.º 61/2021, neste ato representado pelo seu representante legal **Diretor-Presidente Luiz Fernando Porto Mota**, brasileiro, advogado, portador da Cédula de Identidade RG n.º 92002085137 órgão expedidor SSP/CE e registro no CPF n.º 380.961.963-91, residente e domiciliado na Rua Monsenhor Bruno, 550, apto 202, Meireles, Fortaleza/CE, CEP: 60.115-190, doravante designado simplesmente **PERMISSIONÁRIO(A)**, tem entre si justa e acordada a celebração do presente **TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS E IMÓVEIS** a título precário, na forma da instrução processual referente aos autos do processo de Chamamento Público em Epígrafe, e em razão da celebração do **Contrato de Gestão n.º 20230225**, que se regerá pelas seguintes normas, mediante as cláusulas e condições a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

Constitui objeto desta permissão os bens móveis e imóveis de propriedade do Município de São Benedito, localizados na Unidade de Pronto Atendimento 24h de São Benedito, conforme inventário parte deste instrumento.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA DESTINAÇÃO**

2.1 Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, a **PERMITENTE** cede à **PERMISSIONÁRIA**, a título precário, as instalações e o(s) prédio(s) descrito(s) no Contrato de Gestão n.º. 20230225, única e exclusivamente para o fim nele especificado.

2.2 Os bens que terão o uso permitido através do presente instrumento destinar-se-ão, exclusivamente, à operacionalização e execução dos serviços e ações relacionados ao Contrato de Gestão n.º. 20230225, vedada a sua destinação para finalidade diversa, sob pena de rescisão de pleno direito do presente instrumento.

2.3 É vedado à **PERMISSIONÁRIA** realizar quaisquer alterações nos bens que tiverem o uso permitido, sejam estas de que natureza forem, sem prévia e expressa autorização da **PERMITENTE**.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

A presente permissão de uso será válida apenas enquanto estiver em vigor o Contrato de Gestão n.º. 20230225, do qual é parte integrante.

**CLÁUSULA QUARTA – DA CONSERVAÇÃO DOS BENS**

Obriga-se a **PERMISSIONÁRIA** a conservar os bens que tiverem o uso permitido, mantendo-os permanentemente limpos e em bom estado de conservação, incumbindo-lhe, ainda, nas mesmas condições, a sua guarda, até a efetiva devolução.

**CLÁUSULA QUINTA – DAS MODIFICAÇÕES**

É vedado à **PERMISSIONÁRIA** realizar quaisquer alterações nos bens que tiverem o uso permitido, sejam estas de que natureza forem, sem prévia e expressa autorização da **PERMITENTE**, devendo-se subordinar eventual montagem de equipamentos também às autorizações e aos licenciamentos específicos das autoridades municipais competentes.



*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*

#### CLÁUSULA SEXTA – DA FISCALIZAÇÃO

Obriga-se a PERMISSONÁRIA a assegurar o acesso aos bens que tenham o uso permitido aos servidores da PERMITENTE, ou de quaisquer outras repartições municipais incumbidos de tarefas de fiscalização geral, ou em particular, da verificação do cumprimento das disposições do presente Termo.

#### CLÁUSULA SÉTIMA- DAS OBRIGAÇÕES COM TERCEIROS

O Município de São Benedito não será responsável por quaisquer compromissos ou obrigações assumidas pela PERMISSONÁRIA com terceiros, ainda que vinculados ou decorrentes do uso dos bens objeto deste Termo. Da mesma forma, não será responsável, seja a que título for, por quaisquer danos ou indenizações a terceiros, em decorrência de atos da PERMISSONÁRIA ou de seus empregados, visitantes, subordinados, prepostos ou contratantes e contratados.

#### CLÁUSULA OITAVA – DOS ENCARGOS

A PERMISSONÁRIA fica obrigada a pagar toda e qualquer despesa, tributos, tarifas, custas, emolumentos ou contribuições federais, estaduais ou municipais, que decorram direta ou indiretamente deste termo ou da utilização dos bens e da atividade para a qual a presente permissão é outorgada, inclusive encargos previdenciários, trabalhistas, securitários, cabendo à PERMISSONÁRIA providenciar, especialmente, os alvarás e seguros obrigatórios e legalmente exigíveis.

#### CLÁUSULA NONA – DAS RESTRIÇÕES NO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DE PERMISSÃO

A PERMISSONÁRIA reconhece o caráter precário do presente Termo de Permissão, procedendo:

- a) a restituição dos bens móveis ao Município de São Benedito, nas condições previstas neste Termo, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento do aviso que lhe for dirigido, sem que haja necessidade do envio de qualquer interpelação ou notificação judicial;
- b) a não utilização dos bens senão na finalidade prevista na Cláusula Segunda deste Termo;
- c) a não cessão, transferência, arrendação, bem como emprestar a terceiros, no todo ou em parte, os bens objeto desta permissão ou os direitos e obrigações dela decorrentes, salvo com expressa e prévia decisão autorizativa da PERMITENTE e assinatura de Termo de Aditivo para tal finalidade.

#### CLÁUSULA DÉCIMA – DAS CONDIÇÕES DE DEVOLUÇÃO

Poderá, a qualquer tempo, ser finalizada a presente permissão de uso, devendo a PERMISSONÁRIA restituir os bens em perfeitas condições de uso e conservação.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Qualquer dano porventura causado aos bens que tiveram o uso permitido será indenizado pela PERMISSONÁRIA, podendo a PERMITENTE exigir a reposição das partes danificadas ao estado anterior ou o pagamento do valor correspondente ao prejuízo em dinheiro, de modo que melhor atenda ao interesse público.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RESCISÃO DE PLENO DIREITO

O presente Termo estará rescindido de pleno direito com o término da vigência do Contrato de Gestão nº. 20230225.

§ 1º Além do término do Contrato de Gestão epigrafado do *caput* desta Cláusula, o descumprimento, pela PERMISSONÁRIA, de qualquer das obrigações assumidas dará à PERMITENTE o direito de considerar rescindida de pleno direito a presente permissão, mediante aviso com antecedência de 30 (trinta) dias.

§ 2º Rescindida a permissão, à PERMITENTE, de pleno direito, se reintegrará na posse dos bens móveis e imóveis afetados à permissão, oponível inclusive a eventuais cessionários e terceiros.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS NOTIFICAÇÕES E INTIMAÇÕES

A PERMISSONÁRIA será notificada das decisões ou dos despachos proferidos ou que lhe formularem exigências através de qualquer uma das seguintes formas:

- a) Publicação no Diário Oficial do Município;
- b) Por via postal, mediante comunicação registrada e endereçada à PERMISSONÁRIA, com aviso de recebimento - AR;
- c) Pela ciência que do ato venha a ter a PERMISSONÁRIA:  
I - no processo, em razão de comparecimento espontâneo ou a chamado de repartição municipal ou;  
II - através do recebimento de auto de infração ou documento análogo.

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DAS CONDIÇÕES JURÍDICAS E PESSOAIS

A PERMISSONÁRIA apresenta, neste ato, toda a documentação legal comprovando o atendimento das condições jurídicas e pessoais indispensáveis à lavratura deste Termo, que, lido e achado conforme, é rubricado e assinado pelas partes interessadas, pelas testemunhas e por mim que o lavrei.



Handwritten signature at the bottom right.



**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO**

Fica eleito o foro da Comarca de São Benedito, Estado do Ceará, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões relativas à execução deste Termo. E, por assim se acharem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem.

SÃO BENEDITO – CE, 27 de fevereiro de 2023.

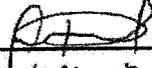
  
**LUÍS CARLOS DO NASCIMENTO**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**MUNICÍPIO DE SÃO BENEDITO/CE**  
**PERMITENTE**

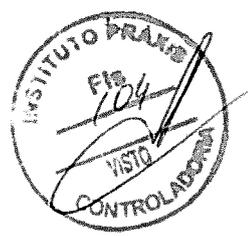
**LUIZ FERNANDO PORTO** Assinado de forma digital por LUIZ FERNANDO PORTO  
MOTA:38096196391  
Data: 2023.02.27 16:03:14 -03'00'  
Versão do Adobe Acrobat Reader: 2012.003.20322  
**MOTA:38096196391**

**LUIZ FERNANDO PORTO MOTA**  
**DIRETOR-PRESIDENTE**  
**INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA E AÇÃO SOCIAL**  
**CNPJ/MF n° 05.481.950/0001-07**  
**PERMISSIONÁRIO(A)**

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
CPF: 845.543.713-87

  
\_\_\_\_\_  
CPF: 611.439.113-05





**ANEXO II**  
**PLANILHA DEMONSTRATIVA DAS DESPESAS DE CUSTEIO**

DESCRIPTIVO DA DESPESA	ITEM	VALOR MENSAL	VALOR GLOBAL (24 MESES)
PESSOAL	SERVIÇOS MÉDICOS	167.440,00	4.018.560,00
	FOLHA DE PAGAMENTOS (CLT) + PROVISIONAMENTO 13º SALÁRIO + FÉRIAS	134.331,15	3.223.947,60
	IMPOSTOS FEDERAIS, FGTS E INSS	30.886,00	741.264,00
	PROVISÕES PARA RESCISÕES TRABALHISTAS	18.530,00	444.720,00
	<b>SUBTOTAL 1</b>	<b>351.187,15</b>	<b>8.428.491,60</b>
SERVIÇOS	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO (LABORATÓRIO DE ANÁLISES)	12.980,00	311.520,00
	SERVIÇOS ESSENCIAIS (ÁGUA, ENERGIA, COMUNICAÇÕES)	16.468,47	395.243,28
	HOSPEDAGEM E TRANSPORTE (LOCAÇÃO DE VEÍCULOS E COMBUSTÍVEL)	5.638,00	135.312,00
	SERVIÇOS DE ENXOVAL E LAVANDERIA	6.780,00	162.720,00
	DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL (CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA)	2.800,00	67.200,00
	PRESTADORES DE SERVIÇOS (LOCAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS)	12.650,00	303.600,00
	MANUTENÇÕES GERAIS (MANUTENÇÃO PREDIAL E INSTALAÇÕES)	11.050,00	265.200,00
	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS (ASSESSORIAS E SISTEMAS)	8.480,00	203.520,00
	<b>SUBTOTAL 2</b>	<b>76.846,47</b>	<b>1.844.315,28</b>
MATERIAIS	MATERIAL MÉDICO-HOSPITALAR	24.300,00	583.200,00
	MEDICAMENTOS	29.350,08	704.401,92
	GASES MEDICINAIS	12.014,00	288.336,00
	MATERIAL DE EXPEDIENTE E MATERIAL GRÁFICO	6.100,00	146.400,00
	GÊNEROS ALIMENTÍCIOS E SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO	17.200,00	412.800,00
	<b>SUBTOTAL 3</b>	<b>88.964,08</b>	<b>2.135.137,92</b>
	DESPESAS ADMINISTRATIVAS	54.186,30	1.300.471,20
	<b>SUBTOTAL 4</b>	<b>54.186,30</b>	<b>1.300.471,20</b>
	<b>VALOR TOTAL</b>	<b>571.184,00</b>	<b>13.708.416,00</b>

