



**EDITAL FHEMIG PARA TERMO DE PARCERIA Nº 02/2022**

**ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA**

**1. INTRODUÇÃO**

Este ANEXO apresenta a especificação técnica das atividades e serviços de interesse público a serem desenvolvidos pelo termo de parceria a ser celebrado oriundo do presente processo de seleção pública. De forma adicional, visa orientar a elaboração das propostas das entidades sem fins lucrativos, apresentando as diretrizes gerais para a execução da política pública em questão, bem como permitir o entendimento acerca do termo de parceria a ser celebrado com a Fhemig.

**2. DESCRIÇÃO ATIVIDADE/SERVIÇO A SER EXECUTADO VIA TERMO DE PARCERIA**

**2.1. INTRODUÇÃO**

2.1.1. No Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI (2019 – 2030), quatro bandeiras foram definidas para marcar a identidade que se quer para Minas Gerais, dentre elas destaca-se a bandeira do “Governo focado em suas responsabilidades essenciais”, ou seja, um “governo direcionando seus melhores esforços na busca da excelência nas suas missões essenciais, produzindo saltos de qualidade. Novos arranjos que garantam a prestação de serviços públicos com qualidade, independentemente de quem seja o responsável pela prestação desses serviços”. A partir da visão de longo prazo para 2030 e das bandeiras, definiram-se dez objetivos estratégicos, dentre os quais destaca-se: “Proporcionar acesso a serviços de saúde de qualidade”, atrelada à supracitada bandeira do “Governo focado em suas responsabilidades essenciais”.

2.1.2. Uma das diretrizes estratégicas da área de Saúde no PMDI estabeleceu a necessidade de “Fortalecer a atenção secundária e terciária expandindo a oferta e melhorando a qualidade de serviços regionalizados.” O presente instrumento convocatório, atrelado a essa diretriz, busca uma gestão mais eficiente das unidades da Rede Fhemig, voltado para atenção secundária e terciária, buscando por meio dos compromissos, escopo e metas pactuados garantir a qualidade e a segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig, por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.



2.1.3 Dessa forma, objetivando aprimorar os atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde, bem como aumentar a eficiência na prestação dos serviços de saúde ofertados a este público, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pretende implantar um modelo de parceria com Oscip, para apoio à política pública de saúde, com a finalidade de ampliar a eficiência na gestão do serviço público.

2.1.4. A exemplo de outros entes da Federação que demonstraram bons resultados quando da implantação do modelo de gestão por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e por Organização Social, tendo como objetivo atingir resultados mais eficientes em atividades operacionalizadas pela administração pública, o Governo de Minas Gerais sancionou a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, a qual instituiu o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para Entidades do Terceiro Setor. Referenciais apontados pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais - Seplag<sup>1</sup> para a adoção desses modelos de parcerias:

- I. Transferência da execução para o setor público não estatal: publicização;
- II. Mais autonomia e responsabilidade para os executores das políticas públicas;
- III. Fortalecimento de práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade: controle Social;
- IV. Parcerias entre Organizações Estatais e entidades de direito privado sem fins lucrativos;
- V. Ganhos de eficiência e incremento da qualidade dos serviços.

2.1.5. Assim, tendo em vista a necessidade de melhorar o padrão de gestão das atividades e serviços de saúde oferecidos pelo Poder Público estadual à população e promover a excelência na qualidade do atendimento, decidiu-se pela celebração de termo de parceria com objetivo de operacionalizar a gestão e a execução ações e serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde que compõem os complexos hospitalares da rede Fhemig, como fruto da futura parceria a ser formalizada.

2.1.6. Sob a ótica do contexto trazido pelo instrumento de planejamento estadual supramencionado, o termo de parceria a ser firmado tem como objeto: gerenciar, operacionalizar e executar as ações e

---

<sup>1</sup> Fonte: [https://planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/planejamento-e-orcamento/parcerias-com-o-terceiro-setor/portfolio\\_modelos\\_de\\_parcerias\\_oscip\\_e\\_os\\_vf\\_dez2020.pdf](https://planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/planejamento-e-orcamento/parcerias-com-o-terceiro-setor/portfolio_modelos_de_parcerias_oscip_e_os_vf_dez2020.pdf)



serviços necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede Fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional. Visa ainda, por meio de um novo arranjo, maximizar a eficiência e eficácia na prestação de serviços de saúde, com o foco no objetivo estabelecido no PMDI de proporcionar à população acesso a serviços de saúde de qualidade.

2.1.7. Pretende-se com a parceria:

- I. Implantar uma cultura organizacional de melhoria contínua, modernização e desenvolvimento institucional nas unidades assistenciais da Rede Fhemig;
- II. Garantir qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig;
- III. Promover a inovação e a excelência na qualidade da execução dos serviços de saúde;
- IV. Melhorar o escopo de serviços especializados ofertados ao usuário SUS;
- V. Implantar um modelo de gestão voltado para resultados;
- VI. Ampliar oferta de atendimentos hospitalares de média e alta complexidade;
- VII. Buscar a eficiência, eficácia e efetividade na gestão na saúde a ser adotado no Estado de Minas Gerais obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS, atendendo às políticas públicas definidas para a regionalização da saúde, buscando atender os pacientes oriundos da demanda referenciada pelo Sistema Estadual de Regulação;
- VIII. Estimular a participação da sociedade civil nas atividades da administração pública e na execução de políticas públicas.

2.1.8. A estratégia de contratualização de resultados com parceiros que não possuem finalidade lucrativa visa alcançar os melhores resultados, conforme observado em experiências de outros estados, municípios e do próprio Estado de Minas Gerais, com mais de 18 anos (2003 - 2021) de aprendizados com as parcerias com o terceiro setor via termos de parceria com Oscip.



2.1.9. Os ganhos de eficiência podem ser atribuídos, entre outros fatores, a maior autonomia de gestão, melhor estruturação de processos, a contratualização por metas, otimização do uso de recursos públicos e a redução de desperdícios. A alternativa proposta pelo Governo do Estado de Minas Gerais busca atender as necessidades da população e assegurar que a obrigação do Poder Público em garantir serviços de saúde de qualidade para todos seja cumprida.

2.1.10. Os recursos públicos repassados através do termo de parceria deverão ser aplicados integralmente no seu objeto, atendendo às Políticas Nacional e Estadual de Saúde, definidas por meio das normas do Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) e diretrizes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

2.1.11. A parceria desenvolvida entre a Oscip e o Estado de Minas Gerais observará indicadores e metas de produção, desempenho e qualidade. Farão o monitoramento, a avaliação e a fiscalização desta parceria a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Estado de Minas Gerais, o Conselho Estadual de Saúde, a sociedade civil e os órgãos de controle interno e externo do estado de Minas Gerais.

## **2.2. PROJETO #ACREDITAFHEMIG**

“A qualidade apresenta-se como via de diversas mãos que interage com diversos sujeitos que atuam nos hospitais. Esse processo é dinâmico, influenciando e sendo influenciado em seu planejamento e execução, fato que possibilita contribuições, construções e reconstruções que podem agregar valor e resignificar conceitos, aproximando cada vez mais as ações do hospital à realidade do sistema de saúde e mobilizando para a busca da transformação deste segmento”. (BONATO, 2007.p.48<sup>2</sup>)

2.2.1. Criada pela Lei Estadual nº 7.088, de 3 de outubro de 1977, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) foi formada pela fusão de três fundações estaduais de assistência à saúde: Feal (leprocomial), Feap (psiquiátrica) e Feamur (médica de urgência). A instituição é uma das maiores gestoras

---

<sup>2</sup> BONATO, V. L. Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais. 1. ed. São Paulo: Icone, 2007. 119 p.



de hospitais públicos do país e tem como competência prestar serviços de saúde e assistência hospitalar de importância estratégica estadual e regional, em níveis secundário e terciário de complexidade, por meio de unidades assistenciais organizadas e integradas ao SUS, e participar da formulação, do acompanhamento e da avaliação da política de gestão hospitalar, em consonância com as diretrizes definidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

2.2.2. Reconhecida nacionalmente por diversos serviços prestados à população mineira, a Fhemig conta com mais de 13 mil profissionais e possui 20 unidades assistenciais distribuídas em Belo Horizonte, região metropolitana e no interior do estado, que estão organizadas em:

**I - Urgência e Emergência:** Hospital João XXIII (HJXXIII), Hospital Maria Amélia Lins (HMAL) e Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), em Belo Horizonte.

**II - Hospitais de Referência:** Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), em Patos de Minas; Hospital Regional Dr. João Penido (HRJP), em Juiz de Fora; Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRB-JA), em Barbacena; Maternidade Odete Valadares (MOV) e Hospital Eduardo de Menezes (HEM), em Belo Horizonte.

**III - Hospitais de Especialidades:** Hospital Alberto Cavalcanti (HAC) e Hospital Júlia Kubitschek (HJK), em Belo Horizonte.

**IV - Reabilitação e Cuidados Integrados:** Casa de Saúde Padre Damião (CSPD), em Ubá; Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), em Bambuí; Casa de Saúde Santa Fé (CSSFe), em Três Corações; Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI), em Betim e Hospital Cristiano Machado (HCM), em Sabará.

**V - Saúde Mental:** Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), em Barbacena; Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), Centro Psiquiátrico da Adolescência e Infância (Cepai) e Instituto Raul Soares (IRS), em Belo Horizonte.

**VI - Estadual de Transplantes:** MG Transplantes.

2.2.3. A Fundação participou de importantes processos históricos de mudança - entre eles o marco zero da reforma psiquiátrica; a transformação dos sanatórios (ex-colônias) em casas de saúde destinadas à reabilitação e ao cuidado ao idoso e a reintegração social de pacientes de tuberculose e hanseníase<sup>3</sup>. A Fhemig se destaca também por sua relevância e contribuição para a saúde pública de Minas Gerais.

---

<sup>3</sup> Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>



Somente no ano de 2019, foram realizados, 61.927 internações, 5.543 internações de terapia intensiva, 24.697 cirurgias, 345.347 consultas de urgência, 265.644 consultas eletivas, 10.922 partos e outros procedimentos obstétricos, 88.093 diárias de tratamentos intensivos, além de terem sido disponibilizados 2.392 leitos de internação. A instituição possui ainda papel importante em ensino e pesquisa, sendo que em 2019 foram 63 artigos e resumos publicados, além de ser um dos grandes centros formadores de profissionais de saúde pública no Estado, com 474 programas de residência médica e 114 programas de residência e área profissional da saúde. Mais atualmente, a Fundação desempenhou papel de relevância no atendimento da epidemia de H1N1 em 2009 e na pandemia de Coronavírus em 2020 e 2021, dedicando diversas unidades para o seu atendimento.

2.2.4. Com essa responsabilidade, a Fhemig está ciente que fazer frente às expectativas dos pacientes, de suas famílias, e de todos aqueles que se relacionam com a Fundação, implica estar preparado para enfrentar com competência os desafios da modernidade, que a impele em olhar os negócios e operações de maneira muito mais ampla e integrada à sociedade.

2.2.5. A atuação da Fhemig deve estar perfeitamente alinhada aos interesses da sociedade, para a qual ela serve e por quem trabalha, as decisões devem conduzir a um futuro sólido e sustentável, que leve em conta os impactos das operações e serviços, e as escolhas devem pautar-se pela integridade, de modo que todos os atos produzidos estejam em estreita conformidade com o ambiente regulatório no qual está inserida e que reflitam os mais altos padrões éticos e morais, a fim de que seja exemplo, não só pelos resultados que entrega, mas acima de tudo, pela forma como o faz<sup>4</sup>.

2.2.6. Posto isso, a Fhemig tem buscado implantar práticas de sucesso, experimentadas em entes públicos e na iniciativa privada, no intuito de garantir um atendimento sistematizado, seguro e eficiente à população. Para tal, uma das iniciativas foi preconizar a Gestão da Qualidade como modelo de gestão para prestação de seus serviços, baseado na padronização, monitoramento, melhoria contínua dos processos e satisfação do cliente<sup>5</sup>.

2.2.7. A qualidade ganhou importância em um longo processo de evolução do seu conceito e prática, vista hoje como um fator estratégico para a melhoria da competitividade e da produtividade das organizações

---

<sup>4</sup> Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/plano-de-integridade>

<sup>5</sup> Fonte: FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Política de gestão da Qualidade - POL QLD 001 – Gestão da Qualidade na FHEMIG. 1. ver. Belo Horizonte; FHEMIG, 2020.



(CARPINETTI, 2016), deixando de ser apenas um diferencial para, em muitos casos, ser um fator de sobrevivência<sup>6</sup>.

2.2.8. Em 2019, fundamentada nas diretrizes do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – PMDI, Conselhos de Saúde e diretrizes governamentais, legislações vigentes, dados socioeconômicos, dados epidemiológicos, dados globais relacionados à saúde e dados específicos da Fundação, a Fhemig revisou seu Planejamento Estratégico (PE) 2020-2023, bem como sua vocação, identidade institucional e objetivos estratégicos. Estabeleceu-se então novo Mapa Estratégico, tendo como um dos objetivos “Fortalecer a Gestão da Qualidade para certificação”<sup>7</sup>.

2.2.9. Uma das estratégias escolhidas pela Fhemig para o alcançar o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelo Poder Público estadual aos usuários do SUS, envolve a gestão da qualidade, pelo Projeto #AcreditaFhemig, e a execução descentralizada de serviços, por meio de parceria com entidades sem fins lucrativos. A busca pela qualidade e, conseqüentemente, o alcance do objetivo estratégico de “Fortalecer a gestão da qualidade para certificação”, perpassa uma transformação no olhar e no modus operandi do sistema de saúde.

2.2.10. O Institute of Medicine (organização não governamental sem fins lucrativos dos Estados Unidos), publicou, em 2001, o relatório intitulado “Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century” (em tradução livre: “Cruzando o Abismo da Qualidade: um Novo Sistema de Saúde para o Século 21). O relatório provoca uma reflexão sobre a necessidade de transformação do sistema de saúde, e relata que problemas de qualidade ocorrem devido à forma como o cuidado está organizado (IOM, 2001)<sup>8</sup>. Corroborando sobre essa transformação na saúde, Vicente Falconi Campos, em seu livro “Gerenciamento da Rotina de Trabalho no Dia a Dia”, apresenta um fluxograma da caminhada para a excelência por meio de fases que são desde entendendo seu trabalho, arrumando a casa, ajustando a máquina, até caminhando para o futuro. Durante as fases, propõe a padronização dos processos, a eliminação das anomalias, a implantação de melhorias e o monitoramento. (CAMPOS, 2002)<sup>9</sup>.

---

<sup>6</sup> Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

<sup>7</sup> Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>.

<sup>8</sup> Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

<sup>9</sup> FALCONI, Vicente C. Gerenciamento da Rotina do Trabalho do Dia-a-Dia. Belo Horizonte. Editora de Desenvolvimento Gerencial. 2002.



2.2.11. A Avaliação da Qualidade na saúde no mundo iniciou-se no século passado, em meados de 1924 pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), mas avaliações em Hospitais dos Estados Unidos datam desde 1918. Dentre outras iniciativas, em 1951 foi criada nos Estados Unidos, a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAHA) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*.

2.2.12. No Brasil, possivelmente, o primeiro estudo no sentido de melhorar a qualidade na organização dos hospitais tenha sido de Odair Pedroso em 1935, ao conceber uma Ficha de Inquérito Hospitalar (Quadro 1) para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde<sup>10</sup>.

**Quadro 1 – Ficha de Inquérito Hospitalar. São Paulo, 1935.**

1. Corpo clínico organizado, com obrigatoriedade de médico plantonista residente
  2. Corpo administrativo.
  3. Corpo de Enfermeiros e auxiliares em número proporcional à capacidade e serviços clínicos do hospital, inclusive para plantão noturno.
  4. Serviços radiológico e fisioterápico.
  5. Laboratório clínico.
  6. Necrotério com equipamento para necropsia.
  7. Salas de operações com equipamentos suficientes e anexos.
  8. Farmácia.
  9. Serviços auxiliares (cozinha, lavanderia, desinfecção).
- 1) Chefia: A administração do Centro cirúrgico será exercida por uma enfermeira, devidamente treinada.
  - 2) Pessoal: Deverá ter número suficiente, devidamente treinado.
  - 3) Regulamento: O regulamento do Centro cirúrgico deverá fazer parte do Regulamento do Hospital.
  - 4) Rotinas: Deverá ser assegurado o seu bom funcionamento e divulgado a todos.
  - 5) Avaliação do trabalho profissional: Será organizado um fichário contendo elementos que permitam avaliar a capacidade profissional do cirurgião.
  - 6) Prontuário médico: a) nenhum doente poderá ser operado sem possuir prontuário médico que deverá conter o diagnóstico provisório; b) ao citado prontuário serão anexados: descrição do ato cirúrgico, ficha

<sup>10</sup> Feldman, Liliane Bauer, et al. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. São Paulo. 2005;18(2):213-9.





de anestesia, diagnóstico operatório e evolução pós-operatória, devendo o prontuário ser assinado pelo médico responsável.

**Fonte:** Carvalho L. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev Paul Hosp. 1973; 21(3): 107.

2.2.13. As discussões sobre acreditação e qualidade no mundo ocorriam de forma isolada, mas isso começa a mudar quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) firmou um acordo com a Organização Pan-Americana da saúde (Opas) para a elaboração de um Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe.

2.2.14. No Brasil, anos depois o então ministro da Saúde, Carlos Albuquerque, convidou o médico Humberto Novais para atuar como consultor em um projeto que resultaria na criação de um Manual de Acreditação brasileiro único. Assim, baseado no Manual original da Opas, nas metodologias internacionais existentes, nos trabalhos e na experiência dos grupos regionais, surgiu o Manual Brasileiro de Acreditação de Hospitais, publicado em 1998, e, inicialmente, testado em 17 hospitais espalhados por todas as regiões do Brasil. Foi ainda na fase de testes que o MS entendeu que, para além da elaboração do Manual, seria necessário desenvolver um Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), que precisaria ser gerido por uma instituição criada para esse fim. Nascia, assim, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1º de junho de 1999. A fundação da ONA foi oficializada em 2001, por meio de uma portaria do MS que reconheceu as atribuições da organização.

2.2.15. A história da Acreditação está vinculada às iniciativas do SUS nos anos 1990. A Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) são entidades contemporâneas, diretamente conectadas com a construção do que hoje é o SUS e com as políticas nacionais de saúde, em especial, os serviços de saúde<sup>11</sup>. A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem como principais objetivos a implantação e implementação nacional de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados de qualidade, dentro do Processo de Acreditação (FELDEMAN, 2005<sup>12</sup>).

---

<sup>11</sup> Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

<sup>12</sup> Feldman, Liliane Bauer, et al. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. São Paulo. 2005;18(2):213-9



2.2.16. A Acreditação é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. Para ser acreditada, a organização precisa comprovadamente atender aos padrões definidos pela ONA, reconhecidos internacionalmente.

2.2.17. Realizado de forma voluntária e reservada, o método de avaliação para Acreditação não tem caráter fiscalizatório e constitui, essencialmente, um programa de educação continuada das organizações prestadoras de serviços de saúde, revisto periodicamente para estimular a melhoria contínua<sup>12</sup>. É uma metodologia de gestão específica para organizações de saúde que visam resultados, segurança da assistência prestada, sustentabilidade e minimização do risco (FHEMIG, 2011<sup>13</sup>).

2.2.18. As Instituições Acreditadoras são empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que têm a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional. A organização prestadora de serviços de saúde que aderir ao processo de acreditação estará revelando a sua responsabilidade e o seu comprometimento com segurança, com a ética profissional, com procedimentos que realiza e com a garantia da qualidade do atendimento à população. O objetivo dos padrões da Acreditação é ficar à frente dos últimos progressos técnicos nas organizações hospitalares. Se permitirmos que os padrões sejam mínimos, não teremos progressos técnicos (FELDEMAN, 2005<sup>14</sup>).

2.2.19. Os termos Acreditação ou Certificação são recursos fundamentais para consolidar e atestar a qualidade dos serviços e produtos oferecidos pelas organizações. Apesar de ambas estarem relacionadas ao cumprimento de normas e regulamentos técnicos específicos, são estratégias diferentes, mas que se complementam e promovem a melhoria contínua.

2.2.20. A certificação é um atestado emitido por um órgão imparcial após um processo de avaliação. Ele assegura que determinado produto ou serviço da organização em questão atende aos requisitos estabelecidos. As certificações têm condições genéricas e são aplicáveis a qualquer tipo de instituição. Além disso, “a empresa define o escopo de certificação, se serão envolvidos todos os processos da empresa ou não” (SOARES, 2016<sup>15</sup>). O desígnio desse parecer é definido pela empresa.

---

13 FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Projeto de expansão do processo de Acreditação na rede Fhemig. Belo Horizonte, FHEMIG, 2011.

14 Idem 11.

15 SOARES, Fernando. Qualidade em saúde, como alcançar? CMT Tecnologia. Junho. 2016. Disponível em: <https://blog.cmttecnologia.com.br/qualidade-em-saude-como-alcancar/#:~:text=Acredita%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20um%20sistema%20de,acordo%20com%20crit%C3%A9rio%20pr%C3%A9%20definidos>



2.2.21. Acreditação, assim como a certificação, está relacionada ao cumprimento de métodos preestabelecidos. No entanto, além de avaliar a metodologia e a gestão da empresa, ela também avalia os quesitos técnicos do processo, atesta a competência técnica da organização de exercer de forma segura e qualificada o que se dispõe. Seu escopo é definido pela Norma de Acreditação. Durante este investimento, as avaliações são bem aprofundadas e criteriosas, já que envolvem toda a sociedade científica, técnica e/ou clínica. Portanto, as organizações conseguem, por meio das auditorias, identificar falhas técnicas mais específicas de sua área de atuação. Com isso, é possível promover melhorias constantes nos processos, no gerenciamento das atividades e na eficiência do método oferecido<sup>16</sup>.

2.2.22. A Acreditação deve ser entendida, portanto, em duas dimensões: a) Educacional, pois leva as instituições prestadoras de serviços de saúde a adquirirem a cultura da qualidade para implementação da gestão de excelência; e, b) Qualitativa, pois analisa e atesta o grau de desempenho alcançado pela instituição de acordo com padrões pré-definidos.

2.2.23. Esse movimento em direção à qualidade reflete a necessidade de mudanças fundamentais nas organizações. Isso porque, a valorização dos indivíduos e a atenção às relações sociais tornam-se imprescindíveis para a aquisição do título de excelência. Ainda nesse cenário, os profissionais da saúde emergem como o cerne da política de qualidade. Pois, têm papel essencial na garantia e na manutenção do processo<sup>17</sup>.

2.2.24. A escolha pela Acreditação reforça o compromisso de estabelecer uma cultura de qualidade a médio e longo prazo e a melhoria contínua exercida de forma integral, contemplando todos os processos da Instituição. Possibilita ainda, empregar uma norma específica para serviços de saúde, setor com tantas especificidades e que tem como objeto o que há de mais sensível: a vida humana.

2.2.25. O Manual Brasileiro de Acreditação, por advir de uma organização nacional, possibilita também considerar perfis e desafios regionais. Em levantamento realizado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) em mais de 15.000 hospitais em toda a América Latina, o resultado foi bastante heterogêneo, com impressões tanto sobre instituições mais avançadas quanto com a descoberta de locais com falta de condições mínimas até para prevenção de infecção hospitalar. De acordo com o médico e

---

<sup>16</sup> Fonte: <https://acredite.se>

<sup>17</sup> <https://star.med.br/acreditacao-hospitalar-da-oncologia-certificacao-himss-e-iso-9001-tudo-o-que-voce-precisa-saber/>



consultor Humberto Novaes, uma “quantidade razoável” desses hospitais “não resistiria a uma mínima avaliação para garantir uma qualidade permanente em todos seus serviços” (NOVAES, 2015<sup>18</sup>).

2.2.26. Para responder às diferentes necessidades, a Organização Nacional de Acreditação (ONA) utiliza de níveis de acreditação em seu Manual, para que o processo possa ter melhor adesão entre as diferentes instituições de saúde. Para a realidade brasileira da época, a incorporação dessas fases no sistema de qualidade foram fundamentais para o engajamento do processo<sup>19</sup>.

2.2.27. O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) está consolidado em um conjunto de Fundamentos de Gestão em Saúde. As práticas e fatores de desempenho das organizações de saúde acreditadas devem demonstrar estes fundamentos.

**Quadro 02: Fundamentos de Gestão em Saúde**

<b>FUNDAMENTO</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>
Visão sistêmica	Forma de entender a organização como um sistema integrado de todas as áreas de negócio e entender as relações de interdependência entre elas, olhando para os ambientes interno e externo. Referência: (FNQ)
Liderança	Mecanismos de liderança, estratégia e controle colocados em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com atuação de forma aberta, participativa, inovadora e motivadora. Orientação de esforços, interesses e recursos organizacionais, compreendendo os fatores que afetam a organização no curto e no longo prazo, visando à sua sustentabilidade. Referência: TCU, 2014
Gestão por processos	Gestão baseada na melhoria contínua dos processos críticos alinhados à visão e às estratégias da organização, focando constantemente nas necessidades dos clientes. Objetiva a tomada de decisão e a execução de ações, com base na medição e análise do desempenho dos resultados dos processos, considerando as informações disponíveis e os riscos identificados.

18 NOVAES, H M. História da acreditação hospitalar na América Latina: o caso Brasil. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v. 12, n. 14, p. 49-61, 2015. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2693>. Acesso em: 7 dez. 2020.

19 Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.



FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
Desenvolvimento de pessoas	Engajamento ativo que promove a realização profissional e as relações humanas, através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e habilidades e da educação permanente, potencializando o desempenho pessoal e organizacional.
Cuidado centrado no paciente	Realizado por meio de um tratamento individualizado, integral, planejado e efetivo, mediante tomada de decisão compartilhada e comunicação eficiente com o paciente, buscando a dignidade, a compaixão e o respeito às tradições culturais, às preferências e aos valores pessoais do paciente e de seu acompanhante. Referência: IHI e NHS.
Foco na segurança	Promoção de um ambiente seguro, mediante a adoção de ações preventivas, desenvolvendo a capacidade da organização de se antecipar às situações indesejáveis. Identificação, análise, planejamento e implementação de melhorias para redução contínua dos riscos de danos, associados à assistência em saúde. Referência: OMS, 2009
Responsabilidade socioambiental	Relação responsável, ética e transparente da organização, por meio da potencialização de impactos positivos e minimização de impactos negativos de suas atividades na sociedade e no meio ambiente, promovendo o uso racional e adequado de recursos.
Cultura da inovação	Promoção de um ambiente favorável à melhoria de seu desempenho e de sua vantagem competitiva, com a implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, a partir de um embasamento referenciado na ética, em boas práticas e em evidências científicas.
Melhoria contínua	Compromisso de identificar, analisar e avaliar a situação existente, de forma sistemática e planejada, com base em dados e informações, visando aprimorar



FUNDAMENTO	DESCRIÇÃO
	produtos, serviços ou processos que possam desenvolver a organização, objetivando melhor desempenho.
Ética e transparência	Condição implícita vinculada à formação do indivíduo com parâmetros de honestidade, decência e respeito a todos os públicos interessados.
Natureza não prescritivo	Ausência de recomendação sobre métodos, técnicas e ferramentas a serem escolhidos para alcançar os padrões estabelecidos (ONA, 2018 <sup>20</sup> ).

### 2.2.1. ACREDITAÇÃO ONA

2.2.1.1. A Acreditação ONA é a única no país com certificações em diferentes níveis, o que permite avaliar a melhoria contínua na gestão e nos processos das organizações de saúde.

**Quadro 03: Níveis de Acreditação ONA**

<b>ONA 1</b> Acreditado	<u>Princípio: Segurança</u> Trata a segurança (estrutura) em um conceito abrangente que aborda desde espaço físico até recursos humanos em quantidade e qualificação compatíveis com a complexidade do serviço, legislação, conformidade regulamentar, entre outros. Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais.	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.
<b>ONA 2</b> Acreditado Pleno	<u>Princípio: Gestão Integrada</u> Estabelece requisitos para a organização (processo). Verifica a organização da assistência, conferindo documentação, treinamento dos trabalhadores, rotinas, uso de indicadores para a tomada de decisão clínica e gerencial, e prática de auditoria interna. As	Tem validade de 2 anos e recebe visita de manutenção a cada 8 meses.



	<p>exigências deste nível contemplam evidências de interação entre os processos bem como o acompanhamento e avaliação dos seus resultados, alinhado às estratégias definidas, promovendo ações de melhoria.</p> <p>Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.</p>	
<p><b>ONA 3</b> Acreditado com Excelência</p>	<p><u>Princípio: Excelência em Gestão</u></p> <p>As exigências deste nível contemplam evidências de uma gestão em excelência, utilizando o conhecimento e o aprendizado para tomada de decisão, bem como o relacionamento com todas as partes interessadas, buscando a sustentabilidade, a responsabilidade socioambiental, a melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e melhores resultados na assistência<sup>21</sup>.</p> <p>Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.</p>	<p>Tem validade de 3 anos e recebe visita de manutenção a cada ano</p>

**Fonte:** Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, 2018

2.2.1.2. Organizações de todo perfil, porte ou complexidade podem se tornar acreditadas ou qualificadas, desde que cumpram os padrões estabelecidos pela ONA. Para participar do processo de acreditação, a organização prestadora de serviços de saúde precisa cumprir minimamente requisitos de elegibilidade exigidos pela ONA: estar legalmente constituída há pelo menos 1 (um) ano; possuir alvará de

<sup>21</sup> Fonte: <https://www.ona.org.br/>.

Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.21: Ruggiero, André Minervino. A jornada da acreditação: série 20 anos. Colaboradores científicos: André Minervino Ruggiero; Gilvane Lolatto. – São Paulo: ONA, 2021.

SOARES, Fernando. Qualidade em saúde, como alcançar? CMT Tecnologia. Junho. 2016. Disponível em: <https://blog.cmttecnologia.com.br/qualidade-em-saude-como-alcancar/#:~:text=Acredita%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20um%20sistema%20de,acordo%20com%20crit%C3%A9rio%20pr%C3%A9%2Ddefinidos.>



funcionamento; possuir licença sanitária; possuir licenças pertinentes à natureza da atividade; e, possuir registro do responsável técnico, conforme o perfil da organização.

2.2.1.3. O processo de avaliação para acreditação consiste em um conjunto de atividades inter-relacionadas que verifica, nos diversos processos da organização, o atendimento aos padrões e requisitos estabelecidos no Manual específico, e por consequência o nível de acreditação alcançado.

2.2.1.4. O Manual Brasileiro de Acreditação (MBA) é o instrumento de avaliação desenvolvido para verificar a qualidade da assistência à saúde em todas as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (OPSS), tendo como base padrões e requisitos de complexidade crescente (Nível 1, Nível 2 e Nível 3). É a referência nacional e formalmente reconhecido internacionalmente, para ser utilizado pelas Instituições Acreditadoras Credenciadas (IAC) do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e é periodicamente atualizado em seus níveis, padrões e requisitos<sup>22</sup>.

2.2.1.5. Para cada tipo de OPSS existem as normas para o processo de avaliação (NA), que sistematizam a elegibilidade e a metodologia de avaliação e possuem um papel fundamental, na medida em que incorporam as seções e subseções de aplicação obrigatória independente da característica ou conforme a característica da organização de saúde.

2.2.1.6. Para Organizações Hospitalares aplica-se a NA de Serviços Hospitalares. Uma vez definida a NA da Organização, o Manual apresenta os requisitos exigidos para avaliação desses serviços, divididos em seções e subseções. Para cada seção, existem em média 9 subseções com, aproximadamente, 15 requisitos para Nível 1 e, aproximadamente, 10 requisitos para Nível 2 que devem ser executados pela Instituição<sup>23</sup>.

2.2.1.7. Segue exemplo da Seção 1 - Gestão Organizacional, suas subseções e requisitos:

---

<sup>22</sup> Fonte: <https://www.ona.org.br/>

Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.

<sup>23</sup> Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.





Subseção	Na												
	Serviços Hospitalares	Hospital-dia	Serviços de Hemoterapia	Serviços Laboratoriais	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Crônica	Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva – Aguda	Serviços de Diagnóstico por Imagem, Radioterapia e Medicina Nuclear	Serviços Ambulatoriais	Serviços de Pronto Atendimento	Serviços de Atenção Domiciliar – Assistência	Serviços de Atenção Domiciliar – Internação	Serviços Oncológicos	Serviços de Medicina Hiperbárica
1.1 Liderança Organizacional	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.2 Gestão da Qualidade e Segurança	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.3 Gestão Administrativa e Financeira	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.4 Gestão de Pessoas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.5 Gestão de Suprimentos e Logística	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.6 Gestão da Informação e Comunicação	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.7 Gestão do Acesso ao Cuidado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.8 Gestão da Segurança Patrimonial	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.9 Gestão da Infraestrutura e Tecnologia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ : Aplicação obrigatória  
○ : Aplicação obrigatória conforme característica da organização  
— : Não se aplica

2.2.1.8. Subseção 1.1: Liderança Organizacional.

2.2.1.9. Padrão Nível 1: Determina a direção da organização estabelecendo objetivos, modelo de gestão e políticas institucionais com foco na segurança e a qualidade do cuidado, acompanhamento e provendo recursos necessários para sustentar seu cumprimento.

2.2.1.10. Requisitos Nível 1:

- Gerencia os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento às solicitações emergenciais e em situações de contingência;
- Define as diretrizes para gestão da tecnologia de acordo com as necessidades dos serviços, atendendo aos critérios de seleção, aquisição, utilização, inativação e substituição;
- Acompanha o gerenciamento dos riscos organizacionais, apoiando as ações para mitigação, eliminação e implantação de melhorias;
- Estabelece e acompanha os processos estratégicos da organização e suas interações;
- Gerencia os resultados dos processos e de suas relações, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria;
- Acompanha os indicadores de resultados dos processos;



- Estabelece mecanismos para acompanhamento e desdobramento do planejamento estratégico;
- Revisa sistematicamente o planejamento estratégico considerando o cenário interno, externo e legislações vigentes;
- Acompanha os resultados dos indicadores do planejamento estratégico para a tomada de decisão;
- Utiliza as informações gerenciais para tomada de decisão e atualização das estratégias;
- Oferece suporte ao gerenciamento e acompanha os resultados dos protocolos institucionais sustentados pelas boas práticas referenciadas;
- Estabelece mecanismos para acompanhamento e monitoramento de todas as políticas institucionais;
- Acompanha o desempenho e apoia as comissões, utilizando suas informações para as ações de melhoria;
- Acompanha de forma sistemática a cultura de segurança do paciente dentro da organização;
- Divulga para os colaboradores e para as partes interessadas os padrões de conduta e estratégia organizacional;
- Define um sistema de gestão considerando o negócio, estabelecendo atribuições e responsabilidades para a tomada de decisão;
- Acompanha o gerenciamento da satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios, apoiando a implantação de melhorias;
- Utiliza informações essenciais da gestão organizacional, considerando as necessidades e as expectativas das partes interessadas, para o planejamento de ações e tomada de decisões;
- Acompanha a gestão dos contratos com base na política de qualificação de fornecedores, apoiando a implantação de ações de melhoria;
- Acompanha a gestão da segurança da informação, apoiando a implantação de ações de melhoria;
- Acompanha a gestão do uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e pessoas, apoiando a implantação de ações de melhoria.

2.2.1.11. Padrão Nível 2: Promove o acompanhamento do desempenho dos seus resultados organizacionais de acordo com o modelo de gestão e políticas definidas

2.2.1.12. Requisitos Nível 2:

- Gerencia os recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento às solicitações emergenciais e em situações de contingência;



- Define as diretrizes para gestão da tecnologia de acordo com as necessidades dos serviços, atendendo aos critérios de seleção, aquisição, utilização, inativação e substituição;
- Acompanha o gerenciamento dos riscos organizacionais, apoiando as ações para mitigação, eliminação e implantação de melhorias;
- Estabelece e acompanha os processos estratégicos da organização e suas interações;
- Gerencia os resultados dos processos e de suas relações, de acordo com as estratégias definidas, promovendo ações de melhoria;
- Acompanha os indicadores de resultados dos processos;
- Estabelece mecanismos para acompanhamento e desdobramento do planejamento estratégico;
- Revisa sistematicamente o planejamento estratégico considerando o cenário interno, externo e legislações vigentes;
- Acompanha os resultados dos indicadores do planejamento estratégico para a tomada de decisão;
- Utiliza as informações gerenciais para tomada de decisão e atualização das estratégias;
- Oferece suporte ao gerenciamento e acompanha os resultados dos protocolos institucionais sustentados pelas boas práticas referenciadas;
- Estabelece mecanismos para acompanhamento e monitoramento de todas as políticas institucionais;
- Acompanha o desempenho e apoia as comissões, utilizando suas informações para as ações de melhoria;
- Acompanha de forma sistemática a cultura de segurança do paciente dentro da organização;
- Divulga para os colaboradores e para as partes interessadas os padrões de conduta e estratégia organizacional;
- Define um sistema de gestão considerando o negócio, estabelecendo atribuições e responsabilidades para a tomada de decisão;
- Acompanha o gerenciamento da satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios, apoiando a implantação de melhorias;
- Utiliza informações essenciais da gestão organizacional, considerando as necessidades e as expectativas das partes interessadas, para o planejamento de ações e tomada de decisões;
- Acompanha a gestão dos contratos com base na política de qualificação de fornecedores, apoiando a implantação de ações de melhoria;



- Acompanha a gestão da segurança da informação, apoiando a implantação de ações de melhoria;
- Acompanha a gestão do uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e pessoas, apoiando a implantação de ações de melhoria;

2.2.1.13. Os requisitos de Nível 3 são aplicados a todas as seções para todas as Normas de Processos de Avaliação. Quando a organização de saúde cumpre com os requisitos dos níveis 1, 2 e 3, conforme tabela de percentual para acreditação, é qualificada na condição de Acreditada com Excelência.

2.2.1.14. Padrão Nível 3: Apresenta maturidade na gestão promovendo melhoria contínua em termos de: estrutura, tecnologias, atualização técnico profissional, e boas práticas assistenciais. Evidências objetivas da utilização do conhecimento e do aprendizado para tomada de decisão, bem como a interação com todas as partes interessadas, utilizando as informações para o alcance de melhores resultados, a sustentabilidade, sustentados pelos ciclos de melhoria.

2.2.1.15. Requisitos Nível 3:

- Apresenta práticas de gestão inovadoras, proativas, disseminadas e integradas à estratégia;
- Sustenta a estratégia de gestão definida pela instituição;
- Demonstra que as tomadas de decisão promovem a sustentabilidade da organização;
- Utiliza informações gerenciais para a tomada de decisão, promoção de melhorias e o alcance de resultados alinhados à estratégia;
- Utiliza as informações de todas as partes interessadas nos ciclos de melhoria;
- Demonstra responsabilidade com o ambiente e o contexto onde está inserida;
- Demonstra que a gestão de riscos e suas informações são utilizadas para promoção de ciclos de melhoria;
- Promove ações de melhoria voltadas para a cultura de segurança do paciente;
- Promove ações de melhoria voltadas para atingir melhores resultados para a segurança do paciente;
- Promove cultura justa frente ao erro humano;
- Promove e sustenta ações que permitam à organização atingir resultados assistenciais favoráveis frente ao perfil da população atendida;
- Promove ações para o cuidado centrado na pessoa e analisa a experiência do paciente/cliente, utilizando-a como ferramenta para a criação de valor tanto para o cliente quanto para a organização;



- Promove ações voltadas para as necessidades da comunidade;
- Promove ações voltadas para a sustentabilidade socioambiental;
- Estabelece processo transparente de divulgação de resultados institucionais para a sociedade;
- Promove um relacionamento ético no ambiente organizacional e em suas interfaces com o ambiente externo, baseado no código de ética e conduta institucional; utilizando-o como ferramenta de gestão na tomada de decisões que envolvem dilemas éticos;
- Promove processo transparente de divulgação de incidentes relacionados à segurança para os pacientes/ clientes, incluindo mecanismos de apoio para pacientes/clientes, acompanhantes e prestadores de cuidados. (ONA, 2018<sup>24</sup>).

2.2.1.16. A adequação das áreas físicas faz-se necessária para cumprimento, primeiramente, de requisitos legais, mas também dos Fundamentos de Gestão em Saúde, previstos no Manual da ONA, e de requisitos que aparecem em várias seções e suas subseções do Manual, mais explicitamente nos requisitos de Nível 1 e 2, na seção 1 – Gestão Organizacional, subseção 1.9 – Gestão da Infraestrutura e Tecnologia mas também em todas as subseções da seção 2 – Atenção ao Paciente e seção 3 – Diagnóstico e terapêutica:

2.2.1.17. Subseção 1.9: Gestão da Infraestrutura e Tecnologia: \_Planejamento e gerenciamento da estrutura físico-funcional das instalações, mobiliário, equipamentos e integração com a monitoração do ambiente tecnológico (servidores, armazenamento e rede comunicação). A gestão deve abranger os processos de comissionamento predial, de infraestrutura e tecnologia seguindo com os aspectos gerenciais da operação, a gestão da comunicação e os aspectos de segurança, de saúde e ambientais.

2.2.1.18. Padrão Nível 1: Controle e manutenção da infraestrutura predial e tecnológica apropriada ao perfil e a complexidade da organização, promovendo segurança estrutural da informação.

2.2.1.19. Requisitos Nível 1:

- Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura;
- Planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações, mobiliários e equipamentos, incluindo calibração;



- Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluídos a calibração;
- Monitora o desempenho de fornecedores críticos alinhado à política de gestão dos fornecedores de serviços e produtos;
- Dispõe de plano de contingência para atender as situações de emergência;
- Provê local adequado para o manejo de resíduos;
- Estabelece periodicidade para realização da inspeção de instalação;
- Monitora a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de informática;
- estabelece mecanismos e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura e a realização de *backup*;
- Estabelece plano de contingência para a recuperação de dados dos sistemas de informação;
- Capacita os usuários periodicamente para utilização correta dos sistemas de informática e *software*;
- Identifica e planeja e implementa ações de aquisição, manutenção e atualização de *software* e hardware, com participação de equipe multidisciplinar;
- Estabelece o plano de contingência para a recuperação de dados dos sistemas de informação.
- Estabelece critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias.

2.2.1.20. Padrão Nível 2: Gerencia as condições de infraestrutura institucional e tecnológica, buscando um constante e contínuo de acompanhamento na forma de atingir melhorias nas organizações

2.2.1.21. Requisitos Nível 2:

- Acompanha e avalia as condições de infraestrutura institucional, promovendo melhorias;
- Avalia o impacto das obras de reforma nas práticas assistenciais e no negócio da instituição gerando aprendizado;
- Gerencia os equipamentos de infraestrutura de forma a atender as necessidades do tipo de serviço seguindo os critérios de seleção, aquisições, instalação e funcionamento;
- Gerencia a manutenção preventiva e corretiva das instalações e equipamentos;
- Gerencia as demandas promovendo ações de melhoria dos sistemas informatizados;
- Utiliza dados dos sistemas de informática e estrutura de tecnologia para promover ações de melhoria.



2.2.1.22. Seção 2 – Apoio ao Paciente e Seção 3 – Diagnóstico e terapêutica: O Requisito abaixo aparece no Nível 1 de todas as 14 subseções da seção 2 em todas as 7 subseções da seção 3: “*Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura*” (ONA, 2018<sup>25</sup>).

2.2.1.23. Atualmente, são 1015 Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde acreditadas no Brasil, com um crescimento médio de 15% de instituições certificadas ao ano. Em Minas Gerais, são 148 OPSS certificadas, sendo 48 Hospitais entre públicos, privados e filantrópicos<sup>26</sup>.

## **2.2.2. FHEMIG E A BUSCA PELA EXCELÊNCIA**

2.2.2.1. Em 2007 a Fhemig assumiu um grande desafio de implantar a Acreditação Hospitalar. Optou-se pela Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) por se tratar de uma norma nacional, específica do setor saúde, que opera os processos de forma integral e que possibilita o desenvolvimento institucional e da gestão em diferentes níveis, conforme já descrito neste projeto. Os requisitos pontuados no Manual da ONA, corroboram ainda para a regulamentação municipal das Unidades Assistenciais e para o alcance de diferentes objetivos estratégicos em diferentes eixos estabelecidos no Mapa Estratégico da Fundação.

2.2.2.2. Para iniciar o processo, elegeu três de suas unidades assistenciais para dotar dos requisitos necessários à obtenção da Certificação, conforme os critérios estabelecidos pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). As três unidades da rede escolhidas para o projeto piloto foram: O Hospital Regional Antônio Dias (HRAD), o Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) e o Hospital Regional João Penido (HRJP). Uma consultoria externa foi contratada visando à implantação e o acompanhamento do processo de Acreditação. Ressalta-se, conforme descrito neste estudo de Termo de Referência, a complexidade dos requisitos do Manual da ONA e que o atendimento a esses requisitos demanda o cumprimento de etapas sequenciais, com tempos distintos e, nem sempre, de curto prazo.

2.2.2.2. Após o cumprimento do cronograma proposto e com as ferramentas da qualidade implantadas, as três unidades foram submetidas, no primeiro semestre de 2010, à Auditoria Diagnóstica. Esse

---

<sup>25</sup> Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo. Organização Nacional de Acreditação. 2018. Versão 2018.

<sup>26</sup> Fonte: <https://www.ona.org.br/>. Pesquisa realizada em janeiro/2022.



procedimento gerou um relatório retratando o funcionamento das unidades e os pontos a serem trabalhados para a Auditoria de Certificação.

2.2.2.3. O relatório da Auditoria Diagnóstica é um importante instrumento de avaliação da realidade funcional da unidade e configura-se como um norteador para a gestão, apontando situações de não conformidade, o que permite aos gestores definirem suas metas e estratégias de superação de curto, médio e longo prazo.

2.2.2.4. Em dezembro de 2010, o Hospital Regional Antônio Dias foi submetido à Auditoria de Certificação, sendo o relatório entregue em fevereiro de 2011. O Relatório apontou algumas não conformidades, pelo não cumprimento de alguns requisitos, que já haviam sido detectados na Auditoria Diagnóstica. Contudo, os auditores, considerando o empenho da unidade em solucionar as irregularidades e entendendo as dificuldades inerentes ao serviço público, concederam o Certificado ONA Nível 1- Acreditado, para o HRAD.

2.2.2.5. O HRJP também passou pela Auditoria de Certificação, também com apontamentos de não conformidades, mas que naquele momento, não impactaram na não acreditação da Instituição, sendo essa também Acreditada ONA Nível 1.

2.2.2.6. O HIJPII, em Auditoria Diagnóstica, apresentava inúmeras não conformidades relacionadas à infraestrutura, que, quantitativamente, impediriam a certificação dessa Unidade. Por esse motivo, optou-se em não realizar auditoria para pleito da certificação desse hospital<sup>27</sup>.

2.2.2.7. As Unidades HRJP e HRAD continuaram, com bastante empenho, a busca por Níveis mais elevados de Acreditação, e foram Acreditadas ONA Nível 2 em 2012 e 2013, respectivamente. Todavia, as peculiaridades da gestão pública, como, turnover da alta gestão, a morosidade na contratação de serviços de manutenção, as dificuldades para finalização de obras, foram alguns fatores que levaram essas Unidades a não sustentar seus certificados, sendo esses suspensos em 2016 e 2017.

2.2.2.8. Apesar da considerável perda e dentro das possibilidades, as 3 Unidades mantiveram o sistema de gestão da qualidade implantado visando manter a qualidade de seus processos e do cuidado prestado ao paciente.

---

<sup>27</sup> FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Projeto de expansão do processo de Acreditação na rede Fhemig. Belo Horizonte, FHEMIG, 2011.





2.2.2.9. A Fhemig na tentativa assídua de agregar valor para seus profissionais e satisfação para seus pacientes, tem trabalhado várias estratégias ao longo desses anos para consolidar e expandir o sistema de gestão da qualidade com vistas à Acreditação de seus hospitais.

2.2.2.10. Atualmente a Fhemig possui em sua estrutura organizacional o Núcleo de Qualidade na Assessoria de Gestão Estratégica e Projetos, na Administração Central (ADC) que, alinhado à análise de cenário, identidade institucional e objetivos estratégicos, fornece as diretrizes para implantação da Qualidade nas Diretorias da Administração Central e Unidades Assistenciais<sup>28</sup>.

2.2.2.11. Muitos foram os avanços na mudança de cultura, na disseminação do planejamento estratégico, no desenho e padronização dos processos, na proposição de melhorias a partir de um instrumento robusto para monitoramento de indicadores e resultados, na implantação de políticas. Mas ainda é o início de uma longa jornada para alcance da excelência na gestão e na assistência aos pacientes. A partir da experiência já adquirida, é possível elencar os facilitadores e os dificultadores do processo para Acreditação das Unidades Fhemig.

2.2.2.12. Fatores Facilitadores do processo para Acreditação das Unidades Fhemig:

- a) O apoio da Alta Gestão, indispensável para definição de diretrizes e apoio ao processo, assegurando os meios para sua implantação e a replicação dessa cultura em toda a instituição;
- b) Construção de uma estrutura organizacional que garante a comunicação e a assessoria contínua em Qualidade da Alta Gestão até a ponta;
- c) Revisão a cada 4 anos do Planejamento Estratégico e definição dos objetivos estratégicos sendo um deles “Fortalecer a gestão da qualidade para certificação”;
- d) Estabelecimento da Identidade Institucional da Fundação tendo como um dos valores a Qualidade;
- e) Padronização das ferramentas da Qualidade para toda a rede;
- f) Determinação de Políticas prioritárias como a Política de Gestão de Riscos.

2.2.2.13. Fatores Dificultadores do processo para Acreditação das Unidades Fhemig:

- a) Insuficiência nos quadros de Recursos Humanos, em relação aos parâmetros preconizados, em áreas administrativas e assistenciais;
- b) Turnover de gestores ocupantes de cargos estratégicos;

---

<sup>28</sup> FHEMIG - Fundação Hospitalar de Minas Gerais. Política de gestão da Qualidade - POL QLD 001 – Gestão da Qualidade na FHEMIG. 1. ver. Belo Horizonte; FHEMIG, 2020.



- c) Deficiência na relação ADC e Unidades para formulação de diretrizes;
- d) Consolidação da Gestão da Qualidade como modelo de gestão da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais;
- d) Ausência de lideranças (Responsáveis Técnicos devidamente habilitados e registrados em seus respectivos conselhos de categoria), principalmente em setores estratégicos e prioritários;
- e) Deficiência na estruturação de diversos serviços/setores em desacordo com as legislações vigentes, a exemplo da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Engenharia Clínica, implicando na necessidade de contratação de profissionais e ou serviços especializados;
- f) Não cumprimento dos requisitos exigidos pelas normas técnicas e legislações específicas por inadequação de áreas físicas<sup>29</sup>.

2.2.2.14. Especialmente este último fator, é hoje um dos maiores obstáculos para a Fhemig.

2.2.2.15. As estruturas antigas, a pouca resolutividade da Fundação para atividades destoantes de sua atividade fim e a morosidade para essas resoluções no serviço público, fazem com que a concretização das Acreditações Hospitalares se torne um objetivo distante, e a Fhemig seja alvo de notificação de órgãos reguladores.

2.2.2.16. As Unidades da Fhemig, em sua maioria, não apresentam Alvará de localização e funcionamento nem Alvará Sanitário, documento expedido por intermédio de ato administrativo privativo do órgão sanitário competente, contendo permissão para o funcionamento dos estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário (art. 23 da Lei Estadual nº 13.317, de 1999). O que torna esses hospitais inelegíveis para o processo de Acreditação<sup>30</sup>.

2.2.2.17. Muito se avançou em termos de gestão e assistência ao longo dos mais de 40 anos da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. E grande parte se deve aos contínuos esforços de pessoas, que da Alta Gestão à ponta, buscam diariamente prestar um atendimento mais humanizado e seguro para a população usuária do Sistema Único de Saúde. Porém o caminho ainda é longo para onde se quer chegar.

2.2.2.18. O processo de qualidade desenvolvido na rede vem somar forças para melhorar a assistência ao paciente e o ambiente de trabalho para os servidores públicos. O processo de Acreditação possibilita um grau de amadurecimento assistencial e administrativo que confere maior segurança e confiabilidade aos processos, com melhor gerenciamento dos riscos e busca de soluções de contingenciamento. O resultado

---

<sup>29</sup> FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Projeto de expansão do processo de Acreditação na rede Fhemig. Belo Horizonte, FHEMIG, 2011.

<sup>30</sup> Fonte: [svs@saude.mg.gov.br](mailto:svs@saude.mg.gov.br)



desta conquista reflete diretamente na assistência do cidadão-paciente, que é a razão da existência da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

2.2.2.19. Por esse motivo, tendo em vista a necessidade de promover a qualidade e a segurança da assistência oferecida pela Fhemig à população, decidiu-se pela celebração de parceria com entidade sem fins lucrativos, com objetivo de obtenção de acreditação de qualidade nas unidades que compõem os complexos hospitalares da rede Fhemig, iniciando pelo Complexo Hospitalar de Barbacena como fruto da futura parceria a ser formalizada.

### **2.2.3. OBJETIVOS PROJETO #ACREDITA FHEMIG**

2.2.3.1. O Público alvo no primeiro ciclo do Projeto #AcreditaFhemig são os usuários dos serviços assistenciais da Fhemig e os servidores públicos em exercício nas unidades assistenciais do Complexo Hospitalar de Barbacena.

2.2.3.2. Busca-se com as ações do Projeto #AcreditaFhemig atender a necessidade de melhoria nas condições de trabalho dos servidores em exercício nas unidades e promover a ampliação da qualidade e a segurança da assistência oferecida pela Fhemig à população.

2.2.3.3. As Unidades Assistenciais contempladas no primeiro ciclo do projeto #AcreditaFhemig são:

a) Complexo Hospitalar de Barbacena (CHB):

1 – Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo;

2 – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena;

2.2.3.4. Optou-se por esse recorte porque o CHB é o complexo mais novo da Rede Fhemig, criado em 07/04/2022 por meio do decreto 48.403/2022, e se encontra ainda em processo de consolidação, tanto administrativamente quanto assistencialmente. É portanto, um momento oportuno para implantação de mudanças e padronização de processos. Além disso, dentre todas as unidades assistenciais da Fhemig, o Complexo é possui o menor nível de evolução da gestão da qualidade. É desejável que toda a Rede caminhe de forma homogênea rumo a excelência na qualidade e segurança assistencial.

2.2.3.5. Por fim, vale ressaltar que optou-se pela Acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) por se tratar de uma norma nacional, específica do setor saúde, que opera os processos de forma



integral e que possibilita o desenvolvimento institucional e da gestão em diferentes níveis, conforme já descrito neste projeto. Os requisitos pontuados no Manual da ONA, corroboram ainda para a regulamentação municipal das Unidades Assistenciais e para o alcance de diferentes objetivos estratégicos em diferentes eixos estabelecidos no Mapa Estratégico da Fundação.

#### 2.2.3.6. Etapas do Projeto #AcreditaFhemig:

- 1ª Etapa – Avaliação (auditoria interna)
- 2ª Etapa – Capacitações, intervenções e melhorias de processos
- 3ª Etapa – Avaliação diagnóstica para acreditação
- 4ª Etapa – Acreditação ONA
- 5ª Etapa – Manutenção da acreditação

2.2.3.7. Consonante ao descrito anteriormente neste Termo de Referência, com mais de 40 anos de existência, é de se esperar que as Unidades da Fhemig, datem também deste período.

2.2.3.10. O complexo hospitalar de Barbacena, é formado pelo: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), inaugurado em 1903; e, Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRBJA), criado na década de 1990 com a proposta de ampliar os serviços oferecidos pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB)<sup>31</sup>.

2.2.3.11. Por se tratarem de construções antigas, para além das certificações, as Unidades da Fhemig são frequentemente notificadas, pelos órgãos fiscalizadores, sobre sua infraestrutura que pode comprometer a assistência prestada e a segurança do paciente e dos colaboradores.

2.2.3.12. Nesse contexto, torna-se imperioso buscar alternativas para auxiliar o gestor a encontrar e corrigir processos ineficientes dentro do hospital e a ampliar a eficiência na gestão do serviço público. O caminho definido pela Fhemig foi a gestão da qualidade, por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional. Dessa forma, foi desenvolvido o Projeto #AcreditaFhemig, que busca a acreditação hospitalar como instrumento para ampliar e aperfeiçoar a segurança e qualidade na prestação do serviço público de saúde.

---

<sup>31</sup> Fonte: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>.



2.2.3.13. Em suma, o papel da acreditação hospitalar é justamente padronizar processos e exigir deles o nível de excelência, visando reduzir a zero os erros nos processos de atendimento ao paciente, ao mesmo tempo que garantem maior eficiência da equipe e reduzem os custos desnecessários aos serviços de saúde.

2.2.3.14. Além disso, no atual panorama de crescente demanda por saúde pública, é necessário também providenciar meios para superar os entraves burocráticos existentes na Administração Pública, advindos principalmente de um anacrônico arcabouço legal. Neste sentido, a Fhemig prioriza no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig a parceria com entidades sem fins lucrativos para a sua execução, uma vez que tal modelo de gestão tem se mostrado como uma opção potencialmente favorável à operacionalização das políticas públicas, facultando maior autonomia e flexibilidade na atuação estatal, com foco na maior eficiência na prestação de tais serviços.

### **3. JUSTIFICATIVA PARA EXECUÇÃO VIA TERMO DE PARCERIA**

3.1. Segundo Di Pietro (2010, p. 410<sup>32</sup>) descentralização “[...] é distribuição de competências de uma para outra pessoa, física ou jurídica”. Portanto, é um compartilhamento de competências entre pessoas distintas, ou seja, para fora da entidade detentora original da competência.

3.2. A descentralização pode ser política ou administrativa, na descentralização política “[...] o ente descentralizado exerce atribuições próprias que não decorrem do ente central [...]” (DI PIETRO, 2010, p. 410), como é o caso dos Estados e municípios brasileiros. A descentralização administrativa, por sua vez, ocorre quando “[...] as atribuições que os entes descentralizados exercem só têm o valor jurídico que lhes empresta o ente central; suas atribuições não decorrem com força própria, da constituição, mas do poder central” (DI PIETRO, p. 411, 2010).

3.3. As principais justificativas para a instituição de formatos descentralizados de administração pública é a busca por maior autonomia administrativa, especialização e a proximidade com a política pública a ser executada estando o mais próximo possível do local de execução. Sobre o benefício da especialização Di Pietro (2010) afirma que: “*A descentralização, além de aliviar o órgão central de certo número de*

---

<sup>32</sup> Di Pietro, Maria Sylvia Zanella. Direito administrativo - 23.ed. Rev., atual – São Paulo: Atlas, 2010.



*atividades, ainda traz o benefício da especialização; com a criação da entidade, formar-se-á (ou deveria formar-se) um corpo técnico, especializado na execução do serviço que lhe foi confiado” (DI PIETRO, 2010, p. 414).*

3.4. O Estado de Minas Gerais sancionou a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, a qual instituiu o Programa de Descentralização da Execução de Serviços para Entidades do Terceiro Setor, a ser implementado por meio da parceria entre o Estado e as entidades qualificadas como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip, como Organização Social (OS) e como Serviço Social Autônomo (SSA). O referido Programa objetiva “a promoção da qualidade e da eficiência na prestação dos serviços públicos e no atendimento ao cidadão, com a adoção de mecanismos que possibilitem a integração entre o setor público, a sociedade e o setor privado”, conforme art. 3º da Lei Estadual supramencionada.

3.5. A Organização Social e a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público são qualificações concedidas pelo Poder Público a entidades de natureza privada sem fins lucrativos, associações e fundações, que habilita tais entidades a celebrarem, respectivamente, contratos de gestão e termo de parceria para atuarem na execução de políticas públicas em parcerias com o Estado.

3.6. Conforme parágrafo único do art. 2º da Lei Estadual nº 23.081, de 2021, as Organizações Sociais selecionadas para celebração de contrato de gestão poderão assumir a gestão e execução de atividades e serviços de interesse público. Esse é um formato de co-execução, no qual a entidade parceira será responsável pela execução de todas ou das principais ações do serviço ou política pública.

3.7. O formato de parceria com Organização da Sociedade Civil de Interesse Público possui objeto voltado para atividades o apoio à execução da política pública, o órgão continua sendo responsável pela execução da política pública, sendo a entidade parceira responsável por atividades ou execução de projetos específicos, que não se caracterizem como prestação continuada de serviços.

3.8. O Serviço Social Autônomo – SSA é pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos de interesse coletivo e de utilidade pública, instituído pelo poder público a partir de lei autorizativa específica, que poderá atuar mediante a celebração de convênio ou contrato de gestão em parceria com a administração pública estadual na execução de políticas públicas.



3.9. Importante destacar que o poder público mantém a titularidade do serviço que será prestado por meio das parcerias previstas na Lei Estadual nº 23.081, de 2021, o patrimônio permanece público assim como a prestação do serviço. Os modelos propostos dispõem de forma de atuação autônoma e flexível, mas controlada pelo Poder Público.

3.10. A estratégia de contratualização de resultados com parceiros privados que não possuem finalidade lucrativa visa alcançar os melhores resultados com a utilização do modelo de gestão. Os ganhos de eficiência e as melhorias assistenciais podem ser atribuídos, entre outros fatores, à maior autonomia e flexibilidade de gestão, à contratualização por metas possibilitando respostas tempestivas às necessidades gerenciais e, assim, maior eficiência na prestação do serviço.

3.11. Muito embora se traga o relato acerca de modelos de parceria entre a administração pública e o terceiro setor, notadamente os derivados do movimento de publicização iniciado na década de 1990, é necessário ressaltar que a história da prestação de assistência à saúde pelo Terceiro Setor no Brasil remonta ao século XVI, com a criação das Santas Casas de Misericórdia. A Constituição Brasileira reconhece as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos como parceiras fundamentais do Estado na assistência prestada pelo SUS: *“Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º – As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (CF/1988. Grifo nosso).*

3.12. Tendo em vista os objetivos do Sistema Único de Saúde, bem como as necessidades dos cidadãos, evidencia-se a percepção de BARATA e MENDES (2007, p. 1): *“(…) se cabe aos governos garantir os serviços de saúde para todos, não há razão para considerar que estes serviços não possam buscar mais eficiência em sua gestão, mantendo o caráter público com novas modalidades gerenciais”*. De fato, a participação do terceiro setor tem sido fundamental na expansão de serviços de assistência à saúde, de modo que, em 2020, no Brasil, as entidades sem fins lucrativos foram responsáveis por mais de 4,2 milhões das internações do SUS (cerca de 41,31% do total), conforme dados do DATASUS.

3.13. A lógica de contratualização por resultados, com uma estrutura pública de monitoramento, avaliação e a fiscalização da parceria é a tônica das parcerias previstas na Lei Estadual nº 23.081, de 2018.



3.14. Em conformidade com a Lei Estadual nº 23.081, de 2018, com o Decreto Estadual 47.553, de 2018, bem como com as diretrizes emanadas do Estado de Minas Gerais, a Fhemig optou celebrar termo de parceria com entidade sem fins lucrativos qualificada com o título de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

3.15. A Fhemig já estuda e realiza estudos acerca da descentralização administrativa de serviços por meio da parceria com entidades sem fins lucrativos desde 2019.

3.16. Estudo do TCE/SC aferiu que os aspectos organizacionais presentes no modelo de gestão por OS, como maior autonomia decisória, estabelecimento de metas de produção, prestação de contas, flexibilização na gestão dos recursos humanos e maior exposição ao mercado e à concorrência, tornam os hospitais geridos por estas entidades mais eficientes que os hospitais geridos diretamente pelo Estado<sup>33</sup>.

3.17. Estudo<sup>34</sup> comparativo, datado de 2017, que buscou apresentar resultados dos hospitais gerais da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, vinculados à Administração Direta e daqueles gerenciados por Organizações Sociais, no período compreendido entre os anos de 2013 e 2016, em relação aos indicadores de desempenho mostrou que as unidades hospitalares gerenciadas por OS apresentaram melhores resultados quanto a tempo de permanência, taxa de ocupação, utilização da sala de operação, renovação de leitos, taxa de cesáreas, infecção hospitalar e gastos em relação a produção.

3.18. Os autores do supracitado estudo concluíram que o modelo de OS tem se mostrado uma alternativa válida e de sucesso em relação ao modelo de administração direta de serviços. Segundo os autores, os melhores resultados das unidades geridas por Organizações Sociais podem ser atribuídos à maior autonomia de gestão, melhor estruturação de processos, como os de aquisição de bens e insumos e à contratualização por meio da definição de metas.

3.19. Em outro exemplo, o Estado de Goiás adotou em 2002 o modelo de gestão por OS para o setor da saúde. Dados e informações levantados por estudo<sup>35</sup> mostraram vantagens competitivas do modelo de OSS no Estado, quais sejam: flexibilidade no processo de aquisição de bens e serviços; implantação da

---

<sup>33</sup> Tribunal de Contas de Santa Catarina. Análise econométrica da eficiência dos hospitais estaduais de Santa Catarina: um comparativo entre modelos de gestão. Florianópolis, 2017.

<sup>34</sup> Mendes, JDV e Bittar OJNV. Hospitais Gerais Públicos: Administração Direta e Organização Social de Saúde. 2017.

<sup>35</sup> As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso Huana. Barbosa *et al* (2014).





cultura de monitoramento e avaliação de desempenho; estabelecimento de metas em relação ao uso de recursos.

3.20. Os diferentes modelos de gestão hospitalar também foram objeto de estudo<sup>36</sup> comparativo no Estado do Espírito Santo. Foram comparados dois hospitais, com características semelhantes, um administrado diretamente pelo Estado e outro por Organização Social. Observou-se no hospital gerido por OS: maior volume de produção, maior eficiência, melhor gestão de recursos humanos e melhor gerenciamento de processos em relação ao hospital gerido pela Administração Direta. Ademais, como resultado da avaliação de desempenho dos hospitais, encontrou-se que a maior parte dos funcionários e pacientes do hospital gerido por Organização Social tendem a concordar ou concordam quanto à eficiência, à modernidade, ao atendimento das necessidades e à qualidade do serviço prestado.

3.21. Conclui-se, a partir de todo exposto, que a utilização da parceria com Organizações Sociais tem alto potencial de aprimorar a gestão de serviços públicos que o Estado precisa garantir, mas não consegue fazê-lo em decorrência de dificuldades inerentes a sua natureza jurídica.

3.22. Para além do estudo das legislações que tratam de Organizações Sociais em outros entes, importante ressaltar o esforço da Fhemig empenhado em conhecer, na prática, o funcionamento dos contratos de gestão em Estados que mostraram bons resultados ao longo dos anos na parceria com o Terceiro Setor. Visitas técnicas foram realizadas nos estados de São Paulo, Goiás, Santa Catarina e Bahia. Também foram realizadas visitas em Uberlândia e Betim, municípios mineiros com experiências com resultados exitosos.

3.23. Tendo em vista as similaridades das vantagens na aplicação dos modelos de parcerias com OS e Oscips, como apontado pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão em documento disponibilizado em seu site<sup>37</sup>, a Fhemig acredita que a troca de experiências com os gestores destes Estados e municípios permitiram a identificação de oportunidades de melhoria em relação à utilização do modelo e a incorporação de boas práticas em todo o processo de implementação de parcerias com entidades sem fins lucrativos pela Fhemig.

---

<sup>36</sup> GAIGHER, Marcelle. Modelo de gestão em organização social e na administração direta: um estudo comparativo de dois hospitais estaduais no Espírito Santo. 2017.

<sup>37</sup> Fonte: [https://planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/planejamento-e-orcamento/parcerias-com-o-terceiro-setor/portfolio\\_modelos\\_de\\_parcerias\\_oscip\\_e\\_os\\_vf\\_dez2020.pdf](https://planejamento.mg.gov.br/sites/default/files/documentos/planejamento-e-orcamento/parcerias-com-o-terceiro-setor/portfolio_modelos_de_parcerias_oscip_e_os_vf_dez2020.pdf)



3.24. A Nota Técnica nº 2/SEPLAG/DCTP/2022 (id. 42982263), concluiu pela viabilidade da execução do objeto do Termo de Parceria ou contrato de gestão:

Ante o exposto, restando atendido o enquadramento a uma das áreas elencadas nos art. 5º e 43 da [Lei Estadual nº 23.081/2018](#) e tendo sido cumpridos os requisitos mínimos exigidos no art. 8º do do [Decreto Estadual nº 47.554/2018](#) e no art. 10 do [Decreto Estadual nº 47.553/2018](#), não se identifica óbice à manifestação favorável da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais quanto à viabilidade de execução do objeto proposto por meio de termo de parceria ou, ainda, se pertinente, de contrato de gestão. Nota Técnica nº 2/SEPLAG/DCTP/2022 (id. 42982263)

3.25. A Fhemig deliberou pela celebração de termo de parceria com Oscip, considerando que a o objeto e as atividades previstas não envolvem a gestão de equipamento público e nem a co-gestão de política pública, mas sim o apoio à política pública de saúde, visto que a Fhemig continua sendo responsável pela execução das principais ações da política pública de saúde, sendo a entidade parceira responsável pela execução de atividades no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig.

3.26. Os resultados esperados do Projeto #AcreditaFhemig compreendem o treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional. O resultado final será a obtenção e manutenção da Acreditação ONA.

3.27. Conforme Nota Técnica nº 2/SEPLAG/DCTP/2022 (id. 42982263), observa-se a vinculação do objeto proposto às áreas da qualificação como Oscip, necessária à celebração do termo de parceria, cabe destacar que o art. 5º da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, prevê as atividades referentes à estudos e pesquisas, desenvolvimento de tecnologias, produção e divulgação de informações e conhecimentos técnicos e científicos, além da saúde gratuita como áreas de qualificação das entidades sem fins lucrativos como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip.



3.28. O art. 22 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018, estabelece que a vigência do termo de parceria, incluindo seus aditivos, será de até cinco anos. Considerando que o Projeto #AcreditaFhemig compreende etapas planejadas com início e fim bem delimitados, não representando uma atividade contínua, a vigência 48 meses proposta para a parceria está adequada para a vigência máxima permitida para termos de parceria na Lei Estadual nº 23.081, de 2018.

3.29. A qualificação como Oscip é concedida pelo Estado de Minas Gerais a pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, habilitando essas entidades a celebrarem termo de parceria com o Estado para atuarem na execução de políticas públicas, com o objetivo de melhorar os serviços oferecidos à sociedade.

3.30. Essa qualificação funciona como uma etapa prévia de avaliação pelo poder público da capacidade e regularidade da entidade sem fins lucrativos. Para obtê-la, a entidade precisa comprovar que atende a todos os requisitos legais e procedimentos exigidos na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e do Decreto nº 47.554, de 2018. Os requisitos legais exigidos – por exemplo, ato constitutivo registrado em cartório, a finalidade social de seus objetivos, a não distribuição de lucros ou excedentes, a adoção de práticas necessárias para coibir a obtenção, individual ou coletiva, de benefícios ou vantagens pessoais em decorrência de participação nas atividades da entidade e a comprovação de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária – visam demonstrar sua atuação regular. Além disso, a entidade precisa comprovar que atua em prol da coletividade e que possui experiência na execução direta de projetos, programas ou planos de ação relacionados às áreas de atividade em que pretende se qualificar ou à prestação de serviços intermediários de apoio a outras organizações ou entidades privadas e ao setor público em áreas afins, por, no mínimo, dois dos últimos cinco anos anteriores à data do requerimento de qualificação.

3.31 De dezembro de 2003 a julho de 2018, foi vigente o modelo de parcerias com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), e, em 2018, o arcabouço normativo foi completamente revisto, resultando na publicação da Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, e dos Decretos Estaduais nº 47.553 e nº 47.554, ambos de 07 de dezembro de 2018. Esta renovação possibilitou o refinamento do modelo, por meio do aprimoramento do modelo de parcerias com Oscip, e a instituição do modelo de parcerias com Organizações Sociais (OS). Este histórico denota ampla experiência do



Governo do Estado de Minas Gerais na temática e constante compromisso com a evolução e o aprimoramento dos modelos de parcerias com o Terceiro Setor.

3.32. O intervalo de praticamente vinte anos entre a publicação das Leis Federais nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (instituiu as parcerias com OS) e nº. 9.790, de 23 de março de 1999 (instituiu as parcerias com Oscip) e a Lei Estadual nº 23.081, de 10 de agosto de 2018, permitiu ao estado de Minas Gerais a implementação de uma legislação mais moderna, que buscou os aprendizados vivenciados pelos quinze anos de adoção da publicização, mediante termos de parceria com Oscip em Minas Gerais e as conclusões do julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923 e as experiências dos diversos entes da federação que implementaram o modelo de Organização Social e celebraram contratos de gestão ao longo deste período. A análise das experiências de parcerias vivenciadas em diversos estados e municípios permitiu ao legislador estadual evitar questões problemáticas já vivenciadas em outras esferas e incorporar à legislação mineira elementos que potencializam o uso dos modelos.

3.33. Dessa forma, objetivando aprimorar os atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde, bem como aumentar a eficiência na prestação dos serviços de saúde ofertados a este público, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais pretende implantar um modelo de execução compartilhada de atividades com uma Oscip, que atenda às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do Sistema de Saúde.

3.34. A principal justificativa para a instituição de formatos descentralizados de administração pública é a busca por maior autonomia administrativa, especialização e a proximidade com a política pública a ser executada a ser enfrentado, o mais próximo possível do local de execução.

3.35. A estratégia de contratualização de resultados com parceiros que não possuem finalidade lucrativa visa alcançar os melhores resultados, conforme observado em experiências de outros estados, municípios e do próprio Estado de Minas Gerais, com mais de 18 anos (2003 - 2021) de aprendizados com as parcerias com o terceiro setor via termos de parceria com Oscip.

3.36. Dessa forma, por meio da formalização da parceria com entidade sem fins lucrativos para gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços necessários para a obtenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde que compõem os complexos hospitalares da rede Fhemig, espera-se que ampliar



a eficiência na gestão do serviço público por meio da gestão da qualidade, implantando uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

3.37. Devido à sua natureza jurídica privada, atuando em parceria com o poder público, a entidade sem fins lucrativos possui maior flexibilidade gerencial e agilidade nas compras e contratações que confere a esse modelo de gestão grande potencial para a otimização dos serviços públicos e redução do custo administrativo, permitindo maior eficiência no uso dos recursos, que terá como efeito a ampliação da oferta de serviços e melhoria na qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS.

3.38. Muitas são as dificuldades enfrentadas pelas unidades objeto da parceria proposta, que executam os serviços de saúde de forma direta. Dentre elas estão: 1) Ausência de quadro de pessoal especializado suficiente e dificuldades de contratação com salários competitivos com o mercado, em função da necessidade de cumprir o disposto na Lei de Responsabilidade Fiscal; e, 2) Processos burocráticos que não atendem às peculiaridades do setor de saúde em relação à agilidade e urgência, inclusive sanitárias, de algumas contratações e aquisições, que dificultam o atendimento de padrões exigidos pelas regras para obtenção e manutenção da acreditação hospitalar.

#### **4. OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS DO TERMO DE PARCERIA**

**4.1. Objeto:** GERENCIAR, OPERACIONALIZAR E EXECUTAR AS AÇÕES E SERVIÇOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO E MANUTENÇÃO DE ACREDITAÇÃO DE QUALIDADE EM UNIDADES DE SAÚDE DA REDE FHEMIG NO ÂMBITO DO PROJETO #ACREDITAFHEMIG, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

**4.2. Locais de execução do objeto:**



<b>Complexo Hospitalar de Barbacena</b>	Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo	Avenida 14 de agosto, s/nº. Bairro Floresta - Barbacena/MG
	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena	Praça Presidente Eurico Gaspar Dutra, 374. Bairro Grogotó - Barbacena/MG

#### **4.3. Perfil das Unidades Assistenciais contempladas no primeiro ciclo do projeto #AcreditaFhemig**

##### **4.3.3. Complexo Hospitalar de Barbacena**

###### **Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo**

4.3.3.1. O Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo foi criado com a proposta de ampliar os serviços oferecidos pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), uma vez que a Reforma Psiquiátrica e os novos modelos assistenciais tiveram como resultado o fim da cronificação de pacientes portadores de transtornos mentais e a intensificação do processo de desospitalização dos antigos moradores da "ex-colônia".

4.3.3.2. Assim, na década de 1990, teve início a reestruturação física dos antigos pavilhões situados no departamento B do CHPB, denominados "Afonso Pena", "Arthur Bernardes" e "Noraldino Lima". Esses espaços foram desativados para a construção de um hospital destinado à população da região, que já sofria com a defasagem de leitos clínicos, em especial os de tratamento intensivo.

4.3.3.3. A partir de 2000, foram empenhados esforços para finalizar as obras do Hospital Regional de Barbacena. O hospital foi inaugurado em 20 de setembro de 2005, ainda como anexo do CHPB, com a proposta assistencial de ser o primeiro hospital público da região. A partir da reestruturação organizacional da Fhemig, em janeiro de 2007, o hospital tornou-se unidade independente, integrada ao Complexo de Hospitais Gerais.

4.3.3.4. Atualmente, o HRBJA é referência no atendimento em Traumatologia, Ortopedia e linha de cuidado do paciente de acidente vascular cerebral (AVC) para a população de Barbacena e dos outros 51 municípios que compõem a região ampliada de saúde Centro-Sul, que reúne, aproximadamente, 800 mil habitantes. O HRBJA é também porta de urgência e emergência na microrregião de Barbacena, que conta com 14 municípios. Possui leitos credenciados no SUS, distribuídos entre o centro de tratamento intensivo adulto, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, além do pronto atendimento.



#### 4.3.3.5. Perfil assistencial:

- O HRBJA oferece pronto atendimento clínico adulto aos usuários da microrregião de Barbacena. As consultas e cirurgias eletivas são realizadas por meio de encaminhamento da central de regulação do SUSFácil;
- No ambulatório de egresso são realizadas consultas de retorno pós-operatório em Ortopedia, Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Vascular e Plástica para pacientes atendidos no HRBJA, após alta hospitalar, encaminhados pelo próprio hospital.

4.3.3.8. Especialidades: Atendimento em urgência e emergência; Atendimento em Clínica Médica, Cirurgias Gerais, Vasculares, Ortopédicas, de Trauma e Bucomaxilofacial de urgência; Atendimento em casos de acidentes com animais peçonhentos; e, Tratamento médico para adultos que necessitam de cuidados intensivos e intermediários.

#### **Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena**

4.3.3.9. O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena (CHPB), localizado a 165 km de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1903. Primeiro hospital psiquiátrico público de Minas Gerais, atuava na assistência aos "alienados", em área anteriormente ocupada por sanatório particular destinado ao tratamento de casos de tuberculose. Em 1911, a instituição se tornou "hospital colônia", tendo o trabalho como principal forma de terapia.

4.3.3.10. O CHPB pertencia à Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (Feap) e passou a integrar a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) em 1977, ano de sua criação.

4.3.3.11. Na década de 1980, foi realizada a reestruturação física e implementada a humanização do atendimento, visando reintegrar o paciente ao convívio social. Foram criadas estruturas alternativas, como internações de curto prazo (ambulatorios), hospital-dia, centros de convivência, oficinas terapêuticas e módulos residenciais.

4.3.3.12. Em 16 de agosto de 1996, foi inaugurado o "Museu da Loucura" - referência cultural dentro do hospital, com o objetivo de resgatar a memória da assistência à saúde mental e mostrar a história do antigo manicômio por meio da exibição de equipamentos, acervos e, ainda, documentação coletada em todo o estado. A iniciativa também destaca o contraste com a atual abordagem do tratamento que vem sendo oferecido aos pacientes da saúde mental, promovendo sua autonomia e reinserção social.



4.3.3.13. A partir de 2000, os avanços no processo de desospitalização e o empenho para finalizar as obras do hospital regional desencadearam um novo rumo para o CHPB. A elaboração do planejamento estratégico, construído com a comunidade hospitalar, definiu os rumos e as ações para a continuação dos projetos de humanização e de desospitalização, bem como os caminhos para estabelecer parcerias para a conclusão do Hospital Regional de Barbacena.

4.3.3.14. Em 2016 foi implantado o projeto "Casa Lar" - residência transitória, onde moradores convivem em um espaço mais próximo de um lar, possibilitando à equipe intensificar a reabilitação psicossocial e a independência dos usuários.

4.3.3.15. Em janeiro de 2020 foi implantada a Unidade de Cuidados Continuados Integrados - UCCI, que oferece, atualmente, 15 leitos clínicos de retaguarda para o Hospital Regional de Barbacena prestar assistência àqueles usuários que, apesar de estarem em condição de receber alta hospitalar, necessitam de cuidados especializados para sua reabilitação física.

4.3.3.16. Perfil assistencial:

- Internação;
- Atendimento psiquiátrico a pacientes agudos;
- Usuários de longa permanência;
- Ambulatório de saúde mental (consultas eletivas).

4.3.3.17. Serviços:

- Ambulatório de saúde mental: consultas eletivas em Psicologia, Assistência Social e Psiquiatria adulto e infantil. O encaminhamento ocorre por meio da central de marcação de consultas de Barbacena ou das unidades básicas de saúde. Após a primeira consulta, o próprio profissional responsável pelo atendimento faz o agendamento dos retornos;
- Internação adulto: atendimento psiquiátrico a pacientes agudos e usuários de longa permanência. O encaminhamento é por meio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Municipal de Barbacena. Funcionamento 24 horas;





- Atendimento em reabilitação clínica multidisciplinar (Unidade de Cuidados Continuados Integrados - UCCI). O encaminhamento é realizado pela central de marcação de consultas de Barbacena ou pelas unidades básicas de saúde.

**4.4.** As atividades previstas no termo de parceria não se limitam à acreditação da atual situação da unidade assistencial, mas devem considerar as mudanças no perfil assistencial, estrutura e capacidade das unidades.

#### **4.5. Áreas temáticas do programa de trabalho:**

##### **4.5.1. ÁREA TEMÁTICA: Avaliação (auditoria interna)**

4.5.1.1. Esta área temática constitui a primeira etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.1.2. Realização da visita de avaliação inicial, baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, em todos os serviços realizados nas unidades, bem como os terceirizados. A avaliação do terceirizado é dispensável se este possuir certificação em qualidade. Esta avaliação terá como objetivo o levantamento de não conformidades aos requisitos técnicos do manual da ONA que deverão ser registrados, de forma pormenorizada, em relatório pela Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

4.5.1.3. A Oscip parceira deverá realizar de forma direta a avaliação diagnóstica.

4.5.1.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

##### **4.5.2. ÁREA TEMÁTICA: Capacitações, intervenções e melhorias de processos**

4.5.2.1. Esta área temática constitui a segunda etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.2.2. Realização das capacitações dos servidores baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, assim como intervenções na infraestrutura visando adequação às exigências sanitárias e de segurança, regularização imobiliária e ambiental.

4.5.2.3 Realização de capacitações dos servidores nas ferramentas da Qualidade para implantação/manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, seguindo as diretrizes do Manual da Qualidade e do Núcleo de Qualidade da Fhemig, bem como nos requisitos normativos para acreditação hospitalar baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA e nos requisitos normativos para



adequação às exigências sanitárias e de segurança, incluindo regularização imobiliária e ambiental, assim como intervenções na infraestrutura.

4.5.2.4. Além dos processos unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #Acredita Fhemig, a Oscip deverá considerar a necessidade de adequação de processos da administração central da Fhemig que possam vir a interferir na obtenção da acreditação.

4.5.2.5. A Oscip deverá executar as atividades previstas no termo de parceria considerando os instrumentos e padrões de gestão da qualidade já implantados pela Fhemig nas unidades assistenciais atendidas pelo Projeto #Acredita Fhemig.

4.5.2.6. A Oscip parceira deverá realizar de forma direta as capacitações e melhoria de processos ou proceder com a contratação de serviços para esta finalidade, desde que atenda aos objetivos propostos neste edital.

4.5.2.7. A Oscip parceira poderá contratar a execução de projetos e obras para as intervenções necessárias.

4.5.2.8. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

#### **4.5.3. ÁREA TEMÁTICA: Avaliação diagnóstica para acreditação**

4.5.3.1. Esta área temática constitui a terceira etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.3.2. Realização da avaliação para acreditação baseada no Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, em todos os serviços das unidades bem como os terceirizados. As Unidades serão auditadas de acordo com plano de auditoria acordado com a direção da unidade e instituição acreditadora contratada, a partir da apresentação e discussão dos relatórios de não conformidades apontadas na avaliação de auditoria interna.

4.5.3.3. A Oscip parceira deverá realizar de forma direta uma nova avaliação interna ou realizar a contratação de uma instituição acreditadora para avaliação diagnóstica.

4.5.3.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

#### **4.5.4. ÁREA TEMÁTICA: Acreditação ONA 1**



4.5.4.1. Esta área temática constitui a quarta etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.4.2. Contratação de instituição acreditadora, ou realização direta caso a organização seja uma instituição certificadora, para realização da auditoria e obtenção da acreditação.

4.5.4.3. A Oscip parceira poderá contratar a instituição acreditadora e deverá conduzir todo o processo para a acreditação.

4.5.4.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

#### **4.5.5. ÁREA TEMÁTICA: Manutenção da acreditação**

4.5.5.1. Esta área temática constitui a quinta etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig.

4.5.5.2. Manutenção da acreditação obtida, garantindo qualidade e segurança da assistência universal e gratuita ofertada à população pela Fhemig por meio da implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional.

4.5.5.3. A Oscip parceira poderá contratar serviços especializados para a manutenção da acreditação.

4.5.5.3 A Oscip parceira poderá contratar serviços, bem como profissionais especializados para tratamento de pontos de melhoria e de não conformidades que porventura a Instituição apresente, visando a manutenção da acreditação ou o seu *upgrade*.

4.5.5.4. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

#### **4.5.6. ÁREA TEMÁTICA: Impacto da gestão da qualidade nos indicadores das unidades atendidas**

4.5.6.1. A gestão da qualidade visa definir e padronizar os processos de trabalho, otimizar a interação entre os mesmos e sua melhoria contínua, no intuito de garantir um atendimento sistematizado, seguro e eficiente à população. Os indicadores dessa área temática têm a importância de mensurar os impactos das ações do Projeto #AcreditaFhemig nas unidades contempladas pelo projeto. Através desses indicadores será possível demonstrar a melhoria dos resultados assistenciais da unidade com a execução do termo de parceria, bem como garantir o comprometimento da entidade parceria com esses resultados.

4.5.6.2. A apuração dos indicadores dessa área temática será realizada diretamente pela Fhemig a partir da quinta etapa de atividades do Projeto #AcreditaFhemig, quando entendemos que os processos de



gestão da qualidade estarão implantados e começando a apresentar efeitos concretos na atuação das unidades assistenciais.

4.5.6.3. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

#### **4.5.7. ÁREA TEMÁTICA: Gestão da Parceria**

4.5.7.1. Valores fundamentais para a gestão de qualquer política pública, a legalidade e a transparência também devem ser constantemente monitoradas e promovidas no âmbito do termo de parceria.

4.5.7.2. Os indicadores que compõem essa área temática estão disponíveis com respectivos descritivos e metas no anexo ANEXO IV deste Edital.

#### **4.6. RESPONSABILIDADES DOS ATORES ENVOLVIDOS**

4.6.1. Espera-se que a Oscip parceira contribua para implantação de uma cultura organizacional de melhoria contínua, da modernização e do desenvolvimento institucional, por meio do gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços necessários para a obtenção de acreditação de qualidade nas unidades assistenciais do Complexo Hospitalar de Barbacena, contempladas no primeiro ciclo do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo no escopo:

4.6.1.1. treinamento e capacitação de servidores;

4.6.1.2. melhoria de processos;

4.6.1.3. diagnóstico da infraestrutura das unidades e proposição de intervenções;

4.6.1.4. execução de projetos, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e à segurança e ambiental;

4.6.1.5. regularização imobiliária;

4.6.1.6. obtenção e manutenção de acreditação ONA, para as unidades dos complexos;

4.6.1.6. promoção de melhoria contínua de estrutura, tecnologias, atualização técnico profissional, e boas práticas assistenciais com vistas à manutenção da acreditação obtida.

4.6.2. Além do escopo específico de entregas da parceria apresentado acima, destacamos que complementam esse rol responsabilidades as previstas no ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA



E SEUS ANEXOS, deste Edital, na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

4.6.3. No âmbito desta parceria, a Fhemig permanecerá com suas responsabilidades e competências relacionadas à política pública de saúde e à prestação do serviço, incluindo a gestão das unidades hospitalares que serão atendidas pelo projeto. Nesse sentido, destacamos suas principais responsabilidades:

4.6.3.1. Elaborar e conduzir a execução da política pública executada por meio da parceria;

4.6.3.2. Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução da parceria, devendo zelar pelo alcance dos resultados pactuados e pela correta aplicação dos recursos a ele vinculados;

4.6.3.3. Prestar o apoio necessário e indispensável à entidade parceria para que seja alcançado o objeto do instrumento jurídico celebrado em toda sua extensão e no tempo devido;

4.6.3.4. Repassar à entidade parceira os recursos financeiros previstos para a execução do instrumento jurídico celebrado, de acordo com o cronograma de desembolsos previsto;

4.6.4. Além desse das responsabilidades apresentadas acima, destacamos que complementam esse rol responsabilidades as previstas no ANEXO IV – MINUTA DO TERMO DE PARCERIA E SEUS ANEXOS, deste Edital, na Lei Estadual nº 23.081, de 2018, e no Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

#### **4.7. DIRETRIZES E RESPONSABILIDADES DA ENTIDADE PARCEIRA – EIXO GESTÃO**

4.7.1. A entidade vencedora deverá executar todas as atividades inerentes à implementação do termo de parceria, baseando-se no princípio da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da eficiência, e zelar pela boa qualidade das ações e serviços prestados, buscando alcançar eficácia, efetividade e razoabilidade em suas atividades.

4.7.2. Obedecer toda a legislação que organiza o Sistema Único de Saúde, suas instâncias e o relacionamento entre elas, respeitando as portarias e normas operacionais do SUS, emanadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Estadual de Saúde, pelos Conselhos de Saúde, pela FHEMIG ou por outros órgãos competentes.



4.7.3. Utilizar os bens imóveis e bens permanentes, custeados com recursos do termo de parceria no objeto pactuado, podendo, somente em casos excepcionais e devidamente justificados e autorizados, ser utilizados em outras ações vinculadas ao cumprimento do objeto social da entidade sem fins lucrativos.

4.7.4. Manutenção/implantação de padronização visual da unidade de saúde da Fhemig, conforme orientações da FHEMIG.

4.7.5. Assegurar o cumprimento do termo de parceria através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas.

4.7.6. Em relação ao acesso e arquivamento de informações e documentos de caráter público, a entidade vencedora deverá observar e seguir todas as normativas vigentes e pertinentes, nos termos da Lei 8.159/1991, e regulamentos complementares, bem como determinações do Conselho Federal de Medicina que versa sobre normas técnicas para a guarda, manuseio e tempo de guarda do Prontuário Médico.

4.7.7. A entidade vencedora deverá observar, no transcorrer da execução de suas atividades, todas as orientações emanadas pelo OEP, pela SEPLAG e pelos órgãos de controle interno e externo.

4.7.8. No que tange a transparência e acesso à informação, devem ser observadas e respeitadas pela entidade vencedora as previsões existentes na Constituição Federal e na Legislação vigente, bem como regulamentos complementares, e diretrizes da Controladoria Geral da União dentro do programa Brasil Transparente e da Controladoria Geral do Estado - CGE.

4.7.9. A entidade vencedora deverá providenciar, implantar e adotar plataforma eletrônica de prestação de contas que permita integração e interfaceamento com os sistemas de gestão hospitalar, sistema financeiro e demais sistemas que se façam necessários para a alimentação dos dados de controle e monitoramento do termo de parceria.

4.7.10. O Sistema de Prestação de Contas deverá ser disponibilizado em até 90 dias a contar da assinatura do contrato de gestão e permitir a alimentação, por meio de assinatura digital diária dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas. O referido módulo deve prover o registro completo dos dados para subsidiar o monitoramento e acompanhamento financeiro e contábil do contrato de gestão, dos registros relativos a todas as obrigações contraídas e pagas, garantindo a segurança jurídica da legislação



aplicável bem como a importação, exportação e armazenamento de todos os documentos pertinentes a execução financeira.

4.7.11. . A referida plataforma eletrônica de prestação de contas deverá gerar e transmitir os seguintes relatórios para a prestação de contas dos repasses recebidos pela entidade vencedora:

- 4.7.11.1. resumos financeiros, aplicações financeiras e conciliação bancária;
- 4.7.11.2. repasses e pagamentos efetuados;
- 4.7.11.3. centro de custo e gastos com colaboradores;
- 4.7.11.4. relação de fornecedores de materiais e serviços e fornecedores médicos;
- 4.7.11.5. grupo de despesas / itens de despesas;
- 4.7.11.6. demonstrativo imobilizado;
- 4.7.11.7. relação de contratos;
- 4.7.11.8. controle de estoque;
- 4.7.11.9. demonstrativo de depreciação;
- 4.7.11.10. folha de pagamento de pessoal, de dirigentes e servidores, bem como seus encargos e rescisões trabalhistas;
- 4.7.11.11. demonstrativo de pagamento custo fixo e recibo de pagamento autônomo;
- 4.7.11.12. relação de bens móveis e bens inservíveis;
- 4.7.11.13. relatório contábil de demonstração do resultado do exercício;
- 4.7.11.14. balancetes analíticos e sintéticos;
- 4.7.11.15. balanço patrimonial;
- 4.7.11.16. investimento em reforma de imóvel e aquisição de equipamentos;
- 4.7.11.17. boletim financeiro, com fluxo de caixa e pagamentos de juros;
- 4.7.11.18. metas de produção e declarações;
- 4.7.11.19. demandas judiciais;



- 4.7.11.20. registro diário de todos os fatos contábeis;
- 4.7.11.21. razão contábil.
- 4.7.12. Armazenar e disponibilizar no primeiro dia útil após cada movimentação financeira, acesso a toda documentação referente às despesas realizadas, tais como:
  - 4.7.12.1. extrato bancário;
  - 4.7.12.2. contratos;
  - 4.7.12.3. relatórios de medição,
  - 4.7.12.4. recibo de prestação autônomo; RPA;
  - 4.7.12.5. guia de recolhimento do fundo de garantia;
  - 4.7.12.6. notas fiscais e cupons fiscais;
  - 4.7.12.7. comprovante de pagamento e recibos;
  - 4.7.12.8. boletos;
  - 4.7.12.9. orçamentos;
  - 4.7.12.10. certidões negativas de débito;
  - 4.7.12.11. guias de recolhimento do documento de arrecadação de Receitas Federais – DARF;
  - 4.7.12.12. guias de recolhimento do documento de arrecadação estadual - DAE.
- 4.7.13. A plataforma eletrônica de prestação de contas deverá dispor de software integrador para elaboração dos demonstrativos e indicadores econômico-financeiros, evidenciando as movimentações contábeis e financeiras referentes termo de parceria.
- 4.7.14. A plataforma eletrônica de prestação de contas deverá dispor de módulo para certificação digital dos documentos eletrônicos que serão transmitidos à FHEMIG, com segurança e transparência.
- 4.7.15. Dispor de módulo de acompanhamento e fiscalização, que possibilite à Comissão Supervisora do Termo de Parceria analisar e classificar os registros, bem como notificar a entidade vencedora de eventuais inconsistências.





4.7.16. Os arquivos transmitidos e assinados digitalmente deverão ser criptografados pelo emitente contador legalmente habilitado e descriptografados no recebimento das prestações de contas com o objetivo de conferir segurança à transmissão de dados.

4.7.17. Os relatórios gerenciais emitidos pelo módulo financeiro devem ser compatíveis com a memória de cálculo do termo de parceria celebrado, com os modelos de Relatórios Gerenciais específicos do termo de de parceria e demais condições que serão postas pela FHEMIG, relativas aos trabalhos de monitoramento, avaliação e prestação de contas.

4.7.18. A FHEMIG deverá ter acesso total aos sistemas, com usuários e senhas próprios, de modo a permitir o monitoramento contínuo das operações, podendo ser propostas, quando houver necessidade, medidas corretivas.

4.7.19. A entidade parceira, quando solicitada pela FHEMIG, deverá fornecer quaisquer dados e/ou informações, bem como garantir plena disponibilidade dos sistemas informatizados adotados. A FHEMIG poderá solicitar à entidade parceira novas funcionalidades para os sistemas informatizados, cuja disponibilidade será previamente pactuada entre as partes.

4.7.20. Cumprir a legislação sobre a privacidade de dados nos termos da Lei 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção a Dados).

4.7.21. No cumprimento do termo de parceria, garantir a segurança patrimonial e pessoal dos usuários do Sistema Único de Saúde, dos servidores e trabalhadores terceirizados na unidade de saúde, bem como de seus empregados.

4.7.22. . Disponibilizar em seu sítio eletrônico, estatuto social atualizado, a relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade sem fins lucrativos, ato de qualificação ou ato de renovação da qualificação da entidade sem fins lucrativos como OSCIP, termo de parceria e a respectiva memória de cálculo, regulamentos próprios que disciplinam os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações e de concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas, relatórios gerenciais de resultados, relatórios de monitoramento e os relatórios da comissão de avaliação, no prazo de cinco dias úteis a partir da assinatura dos referidos documentos.

4.7.23. A entidade vencedora deverá realizar todas as atividades quantificadas no termo de parceria, atendendo aos parâmetros de qualidade exigidos.



4.7.24. A entidade vencedora deverá estabelecer rotinas administrativas de funcionamento, adotando documentos de Gestão da Qualidade (Protocolos, Procedimentos Operacionais Padrão, Matriz de Registro, Guia e Manuais, Fluxogramas, dentre outros), devidamente atualizados e anuídos pelo Responsável Técnico.

4.7.24.1. As rotinas deverão abordar todos os processos envolvidos, contemplando desde os aspectos organizacionais até os operacionais e técnicos.

4.7.24.2. Todos os documentos citados deverão obedecer a Política de Gestão da Qualidade da FHEMIG.

4.7.25. A entidade vencedora deverá garantir mecanismos e procedimentos de adoção de Compliance, promovendo segurança e minimização de riscos, garantindo o cumprimento dos atos, regimentos e normativas estabelecidas interna e externamente.

4.7.26. A entidade vencedora deverá remeter imediatamente ao Supervisor do termo de parceria as intimações e as notificações administrativas e/ou judiciais, com o concomitante encaminhamento das informações, dos dados e documentos necessários para a defesa dos interesses da FHEMIG.

4.7.27. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados ao Órgão Estadual Parceiro, usuários e/ou terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução do termo de parceria.

4.7.28. A entidade vencedora deverá garantir mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de irregularidades e da aplicação efetiva de códigos de ética e conduta.

4.7.29. A entidade vencedora deverá assegurar que toda divulgação das ações objeto do termo de parceria seja realizada com o consentimento prévio e formal do OEP, e conforme as orientações e diretrizes acerca da identidade visual do Governo do Estado.

4.7.30. A entidade vencedora deverá manter registro, arquivos e controles contábeis específicos para os dispêndios relativos ao termo de parceria.

4.7.31. A entidade vencedora deverá permitir e facilitar o acesso de técnicos do OEP, do conselho de saúde, da comissão de avaliação, da SEPLAG, da CGE e de órgãos de controle externo a todos os documentos relativos à execução do objeto do termo de parceria, devendo conceder o acesso imediato à informação disponível ou, não sendo possível, prestar todas e quaisquer informações solicitadas em até



15 dias ou em caso de demandas judiciais com prazos menores, no prazo estipulado no ofício; ou, não sendo possível, prestar todas e quaisquer informações solicitadas no prazo fixado quando da solicitação.

4.7.32. A entidade vencedora deverá zelar pela boa execução dos recursos vinculados ao termo de parceria, observando sempre sua vinculação ao objeto pactuado; prestando contas ao OEP, acerca do alcance dos resultados e da correta aplicação de todos os recursos vinculados ao termo de parceria e bens de origem pública destinados à OS.

4.7.33. Elaborar relatório gerencial de resultados conforme modelos disponibilizados pela OEP e entregá-los à comissão supervisora em até dez dias úteis após o término de cada período avaliatório.

4.7.34. Indicar ao OEP um representante para compor a comissão de avaliação, prevista no art. 32 da Lei Estadual 23.081/2018, em até cinco dias úteis após a celebração do contrato de gestão.

4.7.35. A entidade vencedora deverá, após a extinção do termo de parceria, manter arquivados, organizados e devidamente identificados com o número do termo de parceria, à disposição do Órgão Estatal Parceiro – OEP e dos órgãos de controle interno e externo:

4.7.35.1. Os arquivos e controles contábeis, os originais das faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas relativos ao termo de parceria emitidos em nome da entidade vencedora, pelo prazo mínimo de cinco anos após a aprovação da prestação de contas ou finalização da tomada de contas especial pelo TCEMG;

4.7.35.2. Os documentos relativos às movimentações de pessoal referentes ao termo de parceria, por tempo determinado em legislação específica;

4.7.35.3. As fontes de comprovação dos indicadores e produtos, pelo prazo mínimo de cinco anos após a aprovação da prestação de contas ou finalização da tomada de contas especial pelo TCEMG.

## **5. LIMITES E DIRETRIZES FINANCEIRAS PARA A CELEBRAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA**

5.1. O valor total estimado a ser repassado pela Fhemig por meio do termo de parceria é de **R\$ 32.253.229,22 (trinta e dois milhões, duzentos e cinquenta e três mil, duzentos e vinte e nove reais e vinte e dois centavos)**. O valor aqui estimado é correspondente à vigência integral do termo de parceria, de 48 (quarenta e oito) meses, contados a partir da publicação do seu extrato no Diário Oficial dos Poderes do Estado.



5.1.1. Compõem o valor estimado a ser repassado por meio do termo de parceria os valores necessários para custear todas as atividades e entregas previstas e necessárias para a execução do objeto do termo de parceria: gastos gerais, contratação de pessoal, aquisição de bens permanentes e os custos de desmobilização.

5.2. Poderão ser constituídas pela entidade sem fins lucrativos vencedora do presente processo de seleção pública, receitas arrecadadas, conforme disposto no art. 85 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018.

5.2.1. O termo de parceria não definirá como meta recursos financeiros a serem arrecadados, dessa forma a Oscip deverá solicitar aprovação prévia ao OEP para iniciativas de arrecadação relacionadas ao objeto do termo de parceria.

5.2.2. As receitas arrecadadas pela Oscip, nos termos do item 5.2.1, serão obrigatoriamente aplicadas na execução do objeto do instrumento jurídico, nos termos do art. 85 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, devendo sua execução ocorrer conforme regulamentos próprios da Oscip – que disciplinem os procedimentos que deverão ser adotados para a contratação de obras, serviços, pessoal, compras, alienações, concessão de diárias e procedimentos de reembolso de despesas – e sua demonstração constar dos relatórios de monitoramento e prestações de contas.

5.2.3. As receitas arrecadadas pela Oscip, nos termos do item 5.2 deste Termo de Referência, poderão ser revertidas ao cumprimento do objeto social da entidade sem fins lucrativos, desde que aprovado previamente pelo OEP e pela Seplag.

5.2.4. As unidades assistenciais do Complexo Hospitalar de Barbacena, contempladas no primeiro ciclo do Projeto #AcreditaFhemig, arrecadam receita por procedimentos hospitalares e ambulatoriais executados, contratados pelo Município e que sejam devidamente faturados. Este processo oriundo de contrato firmado entre a Fhemig (prestadora) e o gestor SUS, é regulamentado pela Portaria nº 3.410, de 2013, do Ministério da Saúde. Esses valores recebidos pela Fhemig por força de contratualização do Hospital com outros entes, não constituem receitas arrecadadas pela Oscip e continuarão sendo recebidos diretamente pela Fundação, sendo que sua arrecadação não altera as diretrizes financeiras previstas neste Edital.

5.4. As despesas dos exercícios contemplados pela vigência do termo de parceria estão acobertadas pelo Plano Plurianual de Ação Governamental – PPAG – 2020-2023 correspondente ao Programa 099 - Execução descentralizada e autônoma das ações e serviços de saúde, Ação: 4263 - Desenvolvimento das



ações de saúde no âmbito da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig, com dotações próprias a serem fixadas. Para os exercícios subsequentes, faz-se necessária a previsão e atualização no PPAG e na DCO baseada na Lei Orçamentária Anual – LOA, quando da abertura dos novos exercícios financeiros contemplados pela execução do contrato de gestão.

5.5. A síntese do planejamento das receitas provenientes de repasses da Fhemig que irão compor o termo de parceria está apresentada na tabela a seguir.

<b>Receita</b>	<b>Valor máximo previsto (R\$)</b>
Valor máximo de repasse da FHEMIG	<b><u>R\$ 32.253.229,22</u></b>

5.6. Caso a entidade vencedora do certame possua ou venha a obter a imunidades/isenções tributárias após a assinatura do termo de parceria, o valor correspondente às isenções conferidas poderão ser descontados do valor do repasse financeiro previsto acima ou remanejados para o cumprimento do objeto do termo de parceria, bem como incremento ou qualificação das entregas previstas, mediante avaliação da Fhemig.

5.7. Após a homologação do resultado do edital, em fase de celebração, a Fhemig e a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverão elaborar memória de cálculo do termo de parceria, prevista no inciso II do art. 21 da Lei Estadual nº. 23.081, de 2018, e no inciso XII do art. 31 do Decreto Estadual nº 47.554, de 2018, e deverão ser observadas as diretrizes expostas neste anexo, sendo admitidas revisões, de acordo com o interesse público e desde que preservados os critérios para avaliação das propostas e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

## **5.8. Gastos com Pessoal**

5.8.1. No momento da celebração do termo de parceria, a Fhemig e a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverão planejar os gastos com pessoal para fins da execução do objeto do termo de parceria.

5.8.2. Quando da celebração do termo de parceria, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá apresentar o valor global de salários e bolsa estágio, detalhando o quantitativo de profissionais com o valor de salários, encargos e benefícios trabalhistas. Para cada categoria



profissional, deverá ser calculado o valor dos respectivos encargos trabalhistas (para cada encargo, deverá ser demonstrada e calculada a alíquota e a base normativa e legal) e benefícios trabalhistas (para cada benefício, deverá ser demonstrado o fator de cálculo unitário). Ao final, chegar-se-á ao valor global dos gastos com pessoal planejados para o termo de parceria em comum acordo com a Fhemig, considerando as diretrizes e limites financeiros previstos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.8.3. A entidade PROPONENTE deve estar ciente de que o planejamento dos gastos com pessoal deve estar alinhado à Convenção Coletiva de Trabalho – CCT – da categoria a qual está vinculada, apresentando valores salariais compatíveis aos praticados no mercado da região e de acordo com o seu perfil, para cada categoria prevista para atuar no termo de parceria.

5.8.4. A compatibilidade entre o valor de cada cargo e o valor constante na(s) pesquisa(s) de salário, exigida pelo inciso II do art. 21 da Lei 23.081, de 2018, será verificada durante o processo de celebração do termo de parceria. Considerar-se-á comprovada a compatibilidade de cada valor de remuneração (dos dirigentes e trabalhadores das entidades sem fins lucrativos) caso este esteja entre o valor mínimo e o valor máximo verificado na pesquisa de salário e/ou nas informações adicionais pertinentes à composição de cada valor proposto.

5.8.5. A pesquisa de salário a ser apresentada pela entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública, durante o processo de celebração do termo de parcerias, deverá ser emitida em até 12 (doze) meses anteriores à data de publicação do Edital.

5.8.6. Detalhamento mínimo das categorias profissionais de especialistas para atuar no termo de parceria:

5.8.6.1. Gerente de projetos;

5.8.6.2. Analista de qualidade;

5.8.6.3. Engenheiro clínico;

5.8.6.4. Arquiteto hospitalar;

5.8.6.5. Engenheiro hospitalar;

5.8.6.6. Engenheiro ambiental;

5.8.6.7. Engenheiro sanitarista;



5.8.6.8. Engenheiro de segurança;

5.8.6.9. Engenheiro civil;

5.8.6.10. Engenheiro eletricitista;

5.8.6.11. Engenheiro mecânico.

5.8.7. Para definição das funções previstas deve-se utilizar as resoluções dos respectivos conselhos CAU | CREA | CONFEA, Resolução CAU nº 51/2013, Resolução Confea nº 1048/2013.

5.8.8. O profissional Analista de Qualidade deverá possuir formação superior completa em áreas da saúde, gestão da qualidade, administração ou engenharia de produção; especialização em Gestão da Qualidade; experiência de atuação profissional em Gestão da Qualidade; e, conhecimento das normas ONA, ISO 9001-2015 e ISO 31000-2018. Além disso, é desejável que a equipe de analistas da qualidade conte com profissional da área da saúde.

5.8.9. A entidade sem fins lucrativos deverá propor novas categorias, além das previstas nesta seção, quando considerá-las necessárias para a execução do objeto do termo de parceria, a proposição das novas categorias profissionais será apresentada e avaliada quando da celebração do termo de parceria e a inclusão destes na memória de cálculo deverá ser autorizada pela Fhemig.

5.8.10. As categorias profissionais mínimas de especialistas previstas acima, bem como as demais categorias apresentadas pela entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública como necessárias para a execução do objeto do termo de parceria no momento da sua celebração, deverão constar na memória de cálculo do termo de parceria.

## **5.9. Gastos Gerais**

5.9.1. Quando da celebração do termo de parceria, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá prever os Gastos Gerais planejados para execução do instrumento jurídico. Em comum acordo com a Fhemig, será definido o valor global dos gastos gerais planejados para o termo de parceria, considerando as diretrizes e limites orçamentários definidos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.



5.9.2. Estarão contempladas nesta categoria todas as despesas relativas às atividades finalísticas, ligadas diretamente ao objeto do termo de parceria, e despesas típicas de área meio.

5.9.3. As atividades finalísticas dialogam diretamente com as “Áreas temáticas” previstas no programa de trabalho do termo de parceria a ser celebrado, oriundo do presente processo de seleção pública. As “áreas temáticas” estão descritas no item 4 deste ANEXO I – TERMO DE REFERÊNCIA.

5.9.4. A seguir estão detalhadas as Atividades a serem realizadas na execução do programa de trabalho do contrato de gestão, relacionando-as ao perfil dos gastos planejados:

5.9.4.1. “Área Fim – Atividades e gastos”: Atividades e gastos necessários para a obtenção e manutenção de acreditação de qualidade em unidades de saúde da rede Fhemig no âmbito do Projeto #AcreditaFhemig, incluindo ações de treinamento e capacitação de servidores, melhoria de processos, regularização imobiliária, regularização ambiental, obras e adequação da estrutura às exigências sanitárias e de segurança, equipamentos e tecnologias. Os gastos planejados como “Área Fim – Atividades e gastos” serão classificados conforme as etapas do projeto #Acredita Fhemig, detalhadas no item 4.4. Áreas temáticas do programa de trabalho, deste Termo de Referência: Avaliação (auditoria interna); Capacitações, intervenções e melhorias de processos; Avaliação diagnóstica para acreditação; Acreditação ONA; e Manutenção da acreditação.

5.9.4.2. “Área Meio – Atividades e Gastos”: Atividade e gastos relacionados ao suporte e apoio das atividades finalísticas.

5.9.5. As despesas típicas de área meio referem-se a todo serviço ou custo necessário para a execução do objeto do termo de parceria, mas que não possui relação direta com as atividades finalísticas e objetivos principais, previstos no Programa de Trabalho do instrumento jurídico. É o caso, por exemplo, de serviços administrativos, tais como Aluguel; Condomínio; IPTU; Energia Elétrica; Água e Esgoto; Serviços de Internet (Web Design, Hospedagem de Site, outros); Assessoria Contábil; Assessoria Jurídica; Auditoria Externa; Manutenção e Reparos em Redes e Computadores; Serviços de Instalação e Manutenção Elétrica e Hidráulica; Manutenção e Reparos em Ar Condicionado; Locação de Equipamentos e Máquinas; Serviços de Manutenção em Equipamentos e Máquinas; Serviços de Motoboy; Serviços de Segurança; Despesas Bancárias; Material de Limpeza; Material de Copa e Cozinha; Material de Escritório; entre outros.





#### **5.10. Aquisição de bens permanentes**

5.10.1. Quando da celebração do termo de parceria, a entidade sem fins lucrativos vencedora do processo de seleção pública deverá prever os bens permanentes a serem adquiridos para fins da execução do objeto do instrumento jurídico. Em comum acordo com a Fhemig, será definido o valor de aquisição de bens permanentes planejado, considerando os limites orçamentários definidos neste Edital, o interesse público e os aspectos que norteiam este processo de seleção pública.

5.10.2. Esta categoria de gasto engloba a previsão para aquisição de bens necessários para a execução do termo de parceria, tais como equipamentos médicos hospitalares, máquinas, aparelhos, utensílios, equipamentos de comunicação e telefonia; equipamentos de informática; softwares, equipamentos de som, vídeo, equipamentos de uso administrativo; mobiliário; veículos; coleção e materiais bibliográficos; equipamentos de segurança eletrônica; material didático; entre outros materiais permanentes.

5.10.3. Durante a vigência do termo de parceria, poderão ser disponibilizados pela Fhemig bens, instalações e equipamentos públicos necessários ao cumprimento dos objetivos do termo de parceria à entidade sem fins lucrativos vencedora, nos termos dos arts. 34 e 35 da Lei Estadual nº 23.081, de 2018.