

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA

ANÁLISE DA GESTÃO DO TRABALHO EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO TERCEIRIZADAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RECIFE
2019

ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA

**ANÁLISE DA GESTÃO DO TRABALHO EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO TERCEIRIZADAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: **Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto**

Coorientadora: **Md. Vanessa Gabrielle Diniz Santana**

RECIFE

2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

L732a Lima, Roberta Gomes Menezes de.
Análise da gestão do trabalho em unidades de pronto atendimento
terceirizadas do Sistema Único de Saúde/ Roberta Gomes Menezes de
Lima. — Recife: [s. n.], 2019.

203 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Pedro Miguel dos Santos Neto; Coorientadora:
Vanessa Gabrielle Diniz Santana

1. Trabalho. 2. Administração de Recursos Humanos em Saúde.
3. Parcerias Público-Privada. 4. Emergências. I. Santos Neto, Pedro
Miguel dos. II. Santana, Vanessa Gabrielle Diniz. III. Título.

CDU 331.47

ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA

**ANÁLISE DA GESTÃO DO TRABALHO EM UNIDADES DE PRONTO
ATENDIMENTO TERCEIRIZADAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 22/ 02/ 2019

BANCA EXAMINADORA

Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves
Departamento de Terapia Ocupacional/UFPE

A eles, que me reconstroem a cada dia, Daniel e Marianna

AGRADECIMENTOS

A Deus, antes de tudo, acima de todos, meu guia, minha fortaleza.

Obrigada a toda minha família, minha origem, meu cerne, minha essência, meu apoio.

A minha mãe, *in memoriam*, seu amor imenso me fortaleceu até o presente.

Ao Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, pela oportunidade e incentivo profissional.

Ao meu orientador Pedro pelo ensino e confiança, a minha Coorientadora Vanessa pelo incentivo e disponibilidade durante todo esse processo de construção, desde o início.

As minhas colegas de mestrado, por todos os saberes, aprendizados e experiências que trocamos nessa jornada, foi uma experiência ímpar compartilhar esse crescimento do saber com vocês.

Aos meus colegas de trabalho por sua compreensão em nossos processos diários durante esse período.

Agradeço de coração a minha querida colega e parceira de trabalho Ana Elizabete Jacob que se tornou uma fiel amiga nesse caminhar, cujos ensinamentos e contribuições foram extremamente valiosos e decisivos ao meu aperfeiçoar profissional.

A equipe da Secretária Acadêmica por sua presteza e a Franklin Semente pela atenção as minhas demandas durante o curso de Mestrado, muito obrigada.

A todos os que embora não citados, estiveram ao meu lado nessa importante fase de minha formação e comemorarão comigo o final desse ciclo.

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.

Paulo Freire

LIMA, Roberta Gomes Menezes. **Análise da Gestão do Trabalho em Unidades de Pronto Atendimento terceirizadas do Sistema Único de Saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

A Gestão do trabalho é pauta de discussão em diversas instâncias do SUS, a busca por condições dignas de trabalho nas suas áreas de atuação e desprecarização de vínculos nas instituições, tem sido um pleito contínuo dos trabalhadores da saúde. Em Pernambuco, desde 2009, foi adotado o modelo de gerenciamento de algumas unidades por Organizações Sociais de Saúde. Propusemos assim, um estudo de caso único, com distintas unidades de análise, documental onde foram estudados os contratos de gestão de unidades indicadas para a pesquisa; qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, com entrevistas semiestruturadas destinadas a atores considerados “informantes chave” nesse cenário, que analisou o funcionamento da gestão de pessoas de três Unidades de Pronto Atendimento do Estado de Pernambuco, tendo como norte a seguinte pergunta condutora: “Como se desenvolve a Gestão do Trabalho em Unidades de Pronto Atendimento, gerenciadas por OSS, no Estado de Pernambuco?”. Com o objetivo de discutir os aspectos relacionados à contextualização política, social e econômica, em que ocorre a implantação das UPAs em Pernambuco; descrever o processo de gestão do trabalho em saúde realizado nas Unidades de Pronto Atendimento, relativos a planejamento, contratação, carreira, negociação, tipos de vínculo, jornada de trabalho, rotatividade do profissional, faixa etária, direitos e deveres dos trabalhadores, avaliação do desempenho, remuneração, incentivo à qualificação e recursos financeiros investidos anualmente; bem como descrever os preceitos gerais para a gestão do trabalho no SUS, comparando com as práticas encontradas nas UPA. Ao final da pesquisa, observamos que não há política de Recursos Humanos estruturada conforme regem os preceitos do SUS nas unidades estudadas. Cada unidade gerida por OSS distinta tem sua política própria e não existe um monitoramento desses processos.

Palavras Chave: Trabalho. Gestão de pessoas. Parcerias público-privada. Urgência. Emergência.

LIMA, Roberta Gomes Menezes. **Analysis of work management in outsourced care units outsourced from the unified health system**. 2019 Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

The management of work is the subject of discussion in various instances of the SUS, the search for decent work conditions in its areas of activity and the lack of links in the institutions, has been a continuous struggle of health workers. In Pernambuco, since 2009, the management model of some units by Social Health Organizations has been adopted. We propose a unique case study with different units of analysis, documentary where the management contracts of indicated units for the research will be studied; qualitative, descriptive-exploratory type, with semi-structured interviews aimed at actors considered as "key informants" in this scenario, who will analyze the management of people from three Emergency Care Units of the State of Pernambuco, with the following guiding question: How is Work Management developed in Emergency Care Units managed by OSS in the State of Pernambuco? ". With the objective of discussing the aspects related to political, social and economic contextualization, in which the implantation of the UPAs in Pernambuco takes place; to describe the process of health work management carried out in the Ready Care Units, related to planning, contracting, career, negotiation, types of bond, working hours, professional turnover, age group, workers' rights and duties, performance evaluation , remuneration, qualification incentive and financial resources invested annually; as well as to describe the general precepts for the management of work in the SUS, comparing with the practices found in the UPA. At the end of the research, we observed that there is no Human Resources policy structured according to SUS precepts in the studied units. Each unit managed by different OSS has its own policy and there is no monitoring of these processes.

Keywords: Work. People management. Public-private partnerships. Urgency. Emergency.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Regiões de saúde em Pernambuco	59
Figura 2 - Caracterização do estado de Pernambuco de acordo com o porte populacional	59
Quadro 1 - Unidades de Pronto Atendimento, setembro, 2017	60
Quadro 2 - Unidades Hospitalares geridas pela Secretaria Estadual de Saúde, março, 2019	61
Quadro 3 - Serviços geridos pela Secretaria Estadual de Saúde, março, 2019	62
Figura 3 - Estrutura organizacional da Secretaria de Saúde	63
Quadro 4 - Entrevistados nas Unidades de Pronto Atendimento e SES/PE, novembro, 2018	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de Entidades sem Fins Lucrativos- Brasil - 2010.....	35
Tabela 2 - Número de Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APEVISA	Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação da Leis Trabalhistas
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
CNRHS	Conferência Nacional de Recursos Humanos na Saúde
DGMMAS	Diretoria Geral de Modernização Monitoramento da Assistência à Saúde
FTS	Força de Trabalho em Saúde
GERES	GERES - Gerência Regional de Saúde
HEMOPE	Fundação de Hematologia e Hemoterapia de
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central de Pernambuco
LAFEPE	Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC	Média e Alta Complexidade
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
Observa RH	Rede Observatório de Recursos Humanos de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OS	Organização Social
OSCIP	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PNI	Programa Nacional de Imunização
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RH	Recurso Humano
RHS	Recurso Humano em Saúde
RAU	Rede de Atenção as Urgências e Emergências
SEAF	Secretaria Executiva de Administração e Finanças
SEAS	Secretaria Executiva de Assistência à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
UE	Urgência e Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPAE	Unidade Pernambucana de Atenção Especializada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA.....	21
3 PRESSUPOSTOS.....	23
4 OBJETIVOS.....	24
4.1 OBJETIVO GERAL.....	24
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
5.1 TRABALHO EM SAÚDE	25
5.2 PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS E 3º SETOR.....	28
5.3 LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL	45
5.4 GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE	47
5.5 POLÍTICA NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	52
6 CAMINHO METODOLÓGICO	56
6.1 DESENHO DO ESTUDO.....	56
6.2 ÁREA DO ESTUDO	58
6.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO	63
6.4 PERÍODO DO ESTUDO.....	65
6.5 COLETA DE DADOS	65
6.6 ENTREVISTAS	65
6.7 PESQUISA DOCUMENTAL.....	66
6.8 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA	66
7 ANÁLISE DOS DADOS PROPOSTA.....	69
8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	71
9 RESULTADOS E DISCUSSÃO	72
9.1 CONTEXTUALIZANDO O CENÁRIO POLÍTICO, SOCIAL E ECONÔMICO, EM	

QUE OCORRE A IMPLANTAÇÃO DAS UPAS EM PERNAMBUCO.....	72
9.2 DESCRREVENDO O PROCESSO DE GESTÃO DO TRABALHO RM SAÚDE E SEUS PRECEITOS GERAIS NO SUS COMPARANDO COM AS PRÁTICAS ENCONTRADAS NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.....	75
9.2.1 Tipos de vínculo.....	79
9.2.2 Avaliação de desempenho.....	80
9.2.3 Recrutamento e seleção.....	81
9.2.4 Carreira.....	82
9.2.5 Negociação e reuneração.....	82
9.2.6 Recursos financeiros investidos anualmente.....	83
9.3 DESCRREVENDO O MODELO DE ATENÇÃO ADOTADO PELAS UPAS.....	84
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	98
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROPOSTO	101
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROPOSTO	103
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA	104
ANEXO B - PERECER COMITÊ DE ÉTICA.....	105
ANEXO C - CONTRATO DE GESTÃO Nº 004/2010 ENTRE A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CARUARU.....	107
ANEXO D - CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2010 ENTRE A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CAXANGÁ.....	129
ANEXO E - CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/2010 ENTRE A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA TORROES.....	170
ANEXO F - PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO DO COMPONENTE UNIDADE	

DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H), NOS PORTES I, II E III.....	182
ANEXO G - EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA EXERCÍCIO 2010 A 2017, UPA CARUARU	184
ANEXO H - EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA EXERCÍCIO 2010 2017, UPA CAXANGÁ	193
ANEXO I - EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA EXERCÍCIO 2010 A 2017, UPA TORRÕES.....	194
ANEXO J – RELATÓRIO TÉCNICO DA INTERVENÇÃO	195

1 INTRODUÇÃO

Adam Smith, desde o início de seus estudos e publicações no século XIX, explica que a “riqueza ou o bem-estar das nações é identificado com seu produto anual per-capita, determinado pela produtividade do trabalho “útil” ou “produtivo”, devendo ser entendido como aquele que produz um excedente de valor sobre seu custo de reprodução e pela relação entre o número de trabalhadores empregados produtivamente e a população total” (SMITH, 1996).

O trabalho, no decorrer da história, passou por diversas transformações e com a Revolução Industrial do século XVIII iniciada na Inglaterra, diante do fenômeno da industrialização e da urbanização, os processos de trabalho assumiram novas formatações (GUIRALDELLI, 2014).

No século XIX tais mudanças tiveram seu início com o modelo de produção Taylorista no qual o trabalho intelectual passou a ser competência da gerência, enquanto que coube ao operário o trabalho manual.

Igualmente, o conceito de trabalho elaborado por Karl Marx (1980), o descrevia como sendo um desígnio próprio do homem; ele afirmava ainda que este é o diferencial entre a humanidade e os demais seres. Já para Morin (2001) o trabalho representa valor importante nas sociedades ocidentais contemporâneas, ele revela paradoxos entre os milhares de pessoas que sofrem a falta de uma vaga e outras sofrem pelo fato de terem que trabalhar excessivamente. É possível observar, ainda, o desaparecimento de empregos permanentes e, simultaneamente, aparecem novas tecnologias e formas inovadoras de organização do trabalho.

Ricardo (1996) em sua obra “Princípios de economia política e tributação” datada de 1823 definiu o trabalho como a contribuição efetivamente social do homem e, portanto, a única fonte real de todo o valor no mercado. O autor também considerava o trabalho como “fundamento de todo valor e, a quantidade relativa de trabalho como determinante quase exclusivo do valor relativo das mercadorias”. Ricardo ainda desenvolveu a teoria do valor, definindo-o como tempo de trabalho incorporado à mercadoria, entretanto mudou sua investigação da origem do excedente para o da distribuição do produto entre assalariados, capitalistas e proprietários de terra.

Os modelos adotados na indústria no decorrer do século XX se caracterizaram pelo trabalho fragmentado e parcial, negando a criatividade, o saber e a capacidade

intelectiva dos trabalhadores, que executavam apenas determinadas operações do processo produtivo. Os modelos de produção (taylorismo e fordismo) foram difundidos nas economias capitalistas centrais no decorrer das duas guerras mundiais e a eles se agregou o Estado de Bem-Estar Social, que emerge ao fim da Segunda Guerra Mundial.

A categoria “trabalho” passou por diversas transformações no decorrer do tempo e, na saúde pública, vem sendo motivo de preocupação e discussão em diversas instâncias desde o início da Reforma Sanitária, bem como ao longo de todo o caminho de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), devido a sua importância frente ao desafio do fortalecimento e consolidação da gestão da atenção à saúde. Para compreender o trabalho contemporâneo em saúde é impreterível estabelecer a relação entre as transformações ocorridas no mundo do trabalho e o contexto político econômico, reconhecendo ainda as especificidades do campo da saúde.

Desde meados da década de 1950, alguns países já vinham construindo o processo de planejamento de recursos humanos para a saúde, como foi o caso da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) e de outros países socialistas. Entretanto, apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter promovido a discussão, entre seus países membros, sobre temas relacionados aos recursos humanos em saúde, desde 1948, ofertando dados estatísticos e indicadores de saúde (como mortalidade, morbidade, formação de pessoal e normas para planejamento), na América Latina, essas experiências só tomaram consistência e ganharam popularidade a partir dos anos 1970 (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Com a Constituição Federal (CF) de 1988, o papel do estado é revisado, estados e municípios, diante do processo de descentralização e autonomia destes entes, passam a assumir a responsabilidade pela oferta de políticas públicas, Medeiros (2011) ainda cita que esse contexto permite à incorporação um conjunto da sociedade historicamente excluída do acesso.

Senão vejamos desde a década de oitenta a crise econômica mundial resultou em um cenário de mudanças no Estado e na sua relação com a sociedade. A descentralização passa a fazer parte das agendas das nações. Ao final de duas guerras mundiais, os países da Europa e os Estados Unidos experimentaram tendências à descentralização, argumentando ser necessário o Estado possuir maior eficácia na oferta de serviços públicos no pós-estado de bem-estar social

(MEDEIROS, 2011).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, surgiu a necessidade de organizar o trabalho e a formação dos profissionais atuantes nos serviços de saúde do Sistema, conforme indica a Lei nº8080 (BRASIL, 1990) no Art. 6º parágrafo III: “Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS: I- a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde”.

Diante da posição estratégica da gestão do trabalho para a saúde pública, visto serem os trabalhadores da saúde peças essenciais para o funcionamento do Sistema, pois sem eles não haveria atendimento ao usuário, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS) ressalta o enfoque central do trabalho, destacando a necessidade da regulação das relações de trabalho e da valorização profissional. Ela expressa que a qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema, é mediada pelas condições de trabalho e pelo tratamento a que são submetidos os trabalhadores que nele atuam (BRASIL, 2005).

De acordo com Mendonça *et al.* (2010), gestão do trabalho no setor público de saúde, refere-se ao esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional dos agentes sociais e criação de condições adequadas de trabalho. O conjunto desses fatores deve dar suporte a um processo de trabalho diferenciado, que determina mudança no modelo assistencial.

A NOB/RH-SUS também aponta que a gestão do trabalho em saúde passou a ser considerada a questão mais complexa do Sistema Único de Saúde, identificando a imprescindibilidade de um resgate da relevância da gestão do trabalho em saúde como política pública, além disso, retoma a expectativa de que os trabalhadores atuem como agentes de mudança das práticas no setor público (BRASIL, 2005).

Um cenário de divergências se configurava no campo da gestão do trabalho em saúde, representadas pelo aumento do número de postos de trabalho, entretanto acompanhado pela adoção de relações trabalhistas flexíveis, precarização dos vínculos e alta rotatividade (KOSTER, 2012).

Para Malik (1998) a “administração” de Recursos Humanos (RH) trata com e de pessoas, onde nada é fácil e tudo pouco objetivo, existe para manter a organização produtiva, eficiente e eficaz, a partir da mobilização adequada das pessoas que ali trabalham.

Cabe destacar que a desregulamentação das regras do aparelho estatal que representaram a onda neoliberal da década de 90 mudou esse cenário. Nesse período, ocorreu a intensificação do processo de reestruturação produtiva, caracterizada pela introdução tecnológica, e, sob a justificativa das imposições macroeconômicas expressas pelas orientações de organismos financeiros internacionais, a redução do papel do estado que é alcançada por meio de processos de privatização, desregulação e terceirização (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Igualmente o documento do Chamado à Ação de Toronto (2006-2015) aponta como um de seus princípios que “*Os recursos humanos em saúde são a base do sistema de saúde*” e explica: O desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde conforma a base social e técnica dos sistemas de saúde e seu aperfeiçoamento, de acordo com o documento a contribuição dos trabalhadores de saúde é um fator essencial para a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.

Dentre as contradições existentes, a questão dos então chamados "Recursos Humanos" emerge como um problema para a reforma sanitária, invertendo a lógica preconizada, ou seja, de serem os trabalhadores peças-chave para a consolidação do SUS (MACHADO, 2009), e ainda conforme relata Pierantoni (2012), a força de trabalho é considerada a medula dos sistemas sanitários.

Já Feuerwerker (2005) ressaltou que o SUS vinha conseguindo superar obstáculos importantes em seu processo de implantação. Em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país e, a duras penas, conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor. Além disso, o sistema foi descentralizado, contando hoje com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem municipalização, instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social, apesar de que essa municipalização também, em diversos casos e categorias também foi atrelada à precarização de vínculos.

Institucionalmente, as estratégias relativas à força de trabalho devem focar três desafios principais: melhorar o recrutamento, ajudar a força de trabalho a melhorar seu desempenho e diminuir a rotatividade dos trabalhadores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

Teixeira, Martins e Silva (2014) mencionam que as relações de trabalho na

administração pública brasileira durante a década de 1990 e na primeira década dos anos 2000 são marcadas por fenômenos advindos de um contexto nacional e internacional de reestruturação da produção e de revisão do papel do Estado. Na atualidade isso se reflete na supressão de bens e direitos, que outrora eram garantidos pela esfera pública e passaram a ser adquiridos pela via do mercado.

Para Medeiros (2011), no cenário nacional à época, passa a coexistir um incentivo a descentralização do poder entre os entes federativos, não só para as políticas econômicas, como também as políticas sociais, como refere a autora:

Identifica-se uma conjunção simultânea de estímulo a mudanças, quais sejam: processos de redemocratização acompanhados de reconfiguração do poder entre as esferas, com redefinição do papel e responsabilidade na oferta e gestão de políticas sociais das unidades subnacionais. Salientando-se que, em alguns casos, tais políticas passam a ter caráter universal (MEDEIROS, 2017).

Conforme Santos e Ugá (2007) a descentralização representou o elemento central nas duas gerações do processo de reforma do Estado, à saber, nas décadas de 80 e 90. Já Aghón (1993) refere que a descentralização é um processo de transferência de competências e recursos da administração central (nacional) de um determinado Estado para as administrações subnacionais que, de acordo com o autor, nos países federativos, são os estados e municípios e, em nações constitucionalmente unitárias, as regiões.

No Brasil o Governo Federal tem incorporado à gestão, para melhoria de seus resultados, a qualidade e produtividade, métodos empregados em organizações privadas. O Modelo de Excelência em Gestão Pública está fundamentado, dentre outros, na cultura da inovação, liderança e constância de propósitos, gestão baseada em processos e informações, visão de futuro, geração de valor, comprometimento das pessoas, foco no cidadão e na sociedade, desenvolvimento de parcerias, responsabilidade e controle social e gestão participativa (FERREIRA, 2012).

Essa abordagem reconfigurou os paradigmas da administração pública brasileira e exigiu, em consequência, a busca por novos métodos e práticas de gestão. Passou-se a buscar a construção de um Programa de Qualidade no Serviço Público que estivesse alinhado com as novas propostas e que tivesse foco em resultados e no cidadão.

Santos (2014) menciona que para melhor compreender a gestão pública e sua associação com o fenômeno dos modelos de gestão apontados como alternativas

para o exercício da atenção hospitalar no SUS, é relevante ressaltar as influências dos debates internacionais sobre gestão pública na América Latina e no Brasil. Evidencia-se, nesse contexto, a relevância histórica da correlação brasileira com os processos reformistas do aparelho público e as relações entre o público e o privado moldando as funções do Estado na atualidade.

Diante do exposto, iremos abordar como a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) acompanha o gerenciamento de profissionais de saúde, contratados por OSS, nas Unidades de Pronto Atendimento. Podem existir ainda nessas unidades profissionais concursados, regidos pelo estatuto do servidor, que pertençam à Administração Pública Estadual e estão cedidos, profissionais terceirizados, contratados por empresas privadas e ou profissionais contratados por OSS, ambos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), esses profissionais passam a ser geridos por modelos privados, baseados em práticas não utilizadas na administração pública direta.

Nesse contexto, este estudo tem como pergunta condutora: Como se desenvolve a Gestão do Trabalho em Unidades de Pronto Atendimento, gerenciadas por OSS, no Estado de Pernambuco?

2 JUSTIFICATIVA

Na perspectiva da interferência da Gestão do Trabalho na qualidade do serviço oferecido à sociedade usuária do mesmo, tornou-se relevante o conhecimento sobre esses processos nas Unidades de Pronto Atendimento gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde, visto que esse tem sido o modelo adotado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco desde o ano de 2009. Além disso, nesse estado existem poucos estudos acerca dessa temática, o que já constitui um grande desafio.

Na SES/PE existem hospitais sob gestão direta e outros sob gestão das OSS. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) passaram a integrar a rede estadual de urgência e emergência em janeiro de 2010, com a inauguração da unidade do município de Olinda. O programa foi implantado para preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS.

Conforme dados da SES/PE de agosto de 2017, a rede estadual de saúde conta com 31 hospitais administrados pela Secretaria Estadual de Saúde. Desses 23 estão sob gestão direta, 06 passaram a serem gerenciados por OSS, e 04 hospitais metropolitanos foram construídos (Hospital Metropolitano Miguel Arraes, Hospital Metropolitano Dom Helder, Hospital Metropolitano Pelópidas da Silveira, e Hospital Metropolitano Mestre Vitalino), todos também sob o gerenciamento de OSS. No período de 2010 a 2014 foram inauguradas 15 Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), cada UPA atende uma média de 500 pacientes por dia, com percentual de resolutividade de aproximadamente 95% dos casos.

Em meio ao plano econômico de cunho neoliberal dos anos 1990 demandante de uma postura fiscal mais conservadora emergiu a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que refletia um conjunto de normas sobre finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, amparada nos pilares de planejamento, transparência, controle e responsabilização no uso dos recursos públicos. Com a proposta de descentralização vigente no SUS os estados ampliaram sua rede de saúde, o que implicou no aumento do aporte de recursos necessários para administrar essa realidade.

Em virtude da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) gestores estaduais e municipais passaram a ter limites para a gestão de suas receitas e despesas, especialmente as de pessoal (MEDEIROS *et al.*, 2017). Com o propósito de “ajustar” as finanças subnacionais, geradoras de grande desequilíbrio nas contas públicas

nacionais, a LRF objetiva proporcionar o equilíbrio entre receita e despesa nas esferas nacional, estadual e municipal, direcionando especial atenção no limite e controle dos gastos com pessoal. Por essa razão, é apontada pelos gestores como indutora de vínculos precários e obstáculo à consolidação da política de saúde.

Era relevante uma análise, no cenário atual, da atuação das organizações sociais gestoras de serviços de saúde em Pernambuco, a partir da experiência desenvolvida no Estado. Compreendemos, ademais, ser este estudo importante visto ainda existirem poucas pesquisas propostas a aprofundar conhecimentos na área de gestão do trabalho em saúde, especialmente em unidades gerenciadas por OSS e que estudem a estrutura organizacional existente nesses serviços de saúde, a saber: planejamento, seleção, contratação, carreira, negociação, tipos de vínculo, jornada de trabalho, rotatividade do profissional, faixa etária, investimentos na estrutura, direitos e deveres dos trabalhadores, avaliação do desempenho, remuneração, incentivo à qualificação e recursos financeiros investidos anualmente.

Por seu valor para a política de saúde pública do Estado, o presente trabalho, além disso, foi justificado face à mudança de estrutura da prestação de serviços no SUS e o significativo aporte de recursos repassados anualmente pela Secretaria de Saúde de Pernambuco às Organizações Sociais. E, por fim, destacou-se o interesse da pesquisadora sobre o tema porque existem ainda poucos estudos da área de gestão do trabalho em saúde que abordem gerenciamento estatal e não estatal, bem como para identificar possíveis fragilidades nos processos de gestão do trabalho e buscar atuar junto às mesmas e saná-las.

3 PRESSUPOSTOS

- a) A Gestão do Trabalho existe na realidade das UPA gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde, entretanto não está configurada conforme os preceitos do SUS.
- b) Os contratos de gestão seguem a fundamentação da Administração Pública Gerencial, para gestores essa é uma forma de se enquadrar na Lei de Responsabilidade Fiscal e repassar às OSS esse gerenciamento.
- c) O trabalho nas Organizações Sociais de Saúde apresenta por vezes, precariedade do vínculo, alta rotatividade, sobreposição de vínculos, baixa remuneração e alto desempenho exigido no seu dia-a-dia de trabalho sem garantias de estabilidade no serviço.
- d) A baixa remuneração acaba levando os profissionais a ter diversos vínculos para melhorar a sua renda.

4 OBJETIVOS

Tendo o propósito de aprofundar as pesquisas sobre gestão do trabalho em nosso Estado, construímos os seguintes objetivos.

4.1 Objetivo geral

Analisar a gestão do trabalho em Unidades de Pronto Atendimento, gerenciadas por distintas Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco.

4.2 Objetivos específicos

- a) Discutir os aspectos relacionados à contextualização política, social e econômica, em que ocorre a implantação das UPA em Pernambuco;
- b) Descrever o processo de gestão do trabalho em saúde realizado nas Unidades de Pronto Atendimento, relativos a planejamento, contratação, carreira, negociação, tipos de vínculo, jornada de trabalho, rotatividade do profissional, faixa etária, direitos e deveres dos trabalhadores, avaliação do desempenho, remuneração, duplicidade de vínculos, incentivo à qualificação e recursos financeiros investidos anualmente;
- c) Descrever os preceitos gerais para a gestão do trabalho no SUS, comparando com as práticas encontradas nas UPA;
- d) Propor modos de intervenção, nos contratos de gestão, que visem adaptar a gestão do trabalho aos preceitos do SUS.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Diante do problema anteriormente abordado e do objetivo desse estudo, o nosso referencial teórico será pautado nos temas: trabalho em saúde, lei de responsabilidade fiscal, parcerias público-privadas, gestão do trabalho em saúde e política nacional de urgência e emergência.

5.1 Trabalho em saúde

O trabalho é uma extensão da personalidade de cada ser, é o que confere identidade ao cidadão no mundo atual. Em seu livro O Capital I, Marx (1980) também explica:

O trabalho não é senão o uso da força de trabalho, cujo conteúdo consiste nas aptidões físicas e intelectuais do operário. Sendo assim, o salário não paga o valor do trabalho, mas o valor da força de trabalho, cujo uso, no processo produtivo, cria um valor maior do que o contido no salário.

Todo trabalho é um dispêndio de força de trabalho humano, no sentido fisiológico, e é nessa qualidade, de trabalho humano igual, ou abstrato, que ele constitui o valor das mercadorias.

Ainda para Marx (1996, p. 297) trabalho é “[...] um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza”. Nessa relação, o homem atua sobre a natureza que o cerca, modificando-a, ao mesmo tempo em que modifica a si próprio (MARX, 1996). O autor infere o trabalho numa forma pertencente exclusivamente ao homem, ao final do processo de trabalho, obtém-se um resultado já imaginado pelo trabalhador, e ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural, bem como transforma a matéria natural em seu objetivo previamente determinado (MARX, 1996).

Entretanto, de acordo com Merhy (2008) trabalho em saúde é o trabalho vivo em ato: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado.

Para Nogueira (1983), pensar em força de trabalho, nos remete a pensar em produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego,

assalariamento, etc. Opostamente, quem se refere a recurso humano, pensa em planejamento, seleção, capacitação, plano de cargos e salários, e outros.

Existem, dessa forma, duas maneiras de tratar a realidade, uma visa expor e elucidar teoricamente, enquanto a outra tenciona submetê-la a uma ação gerencial. O autor referencia que dentro da atribuição de planejar e administrar, em qualquer setor de uma sociedade moderna, a força de trabalho é necessariamente um recurso, ou seja, “colocado nos termos da economia clássica, um valor de uso para a gerência, entretanto, indispensável”. Visto isso, para o autor, não é certo recusar a expressão recurso humano em nome de um “pseudo-humanismo” que não admite a redução do trabalhador a um instrumento gerenciável, seria semelhante a negar que, a força de trabalho não pode ser considerada uma mercadoria, no mercado capitalista. “As relações político-institucionais, assim como as econômicas, são inteiramente objetivas e devem ser reconhecidas como tais para que possamos transformá-las e verdadeiramente humanizá-las” (NOGUEIRA, 1983). O trabalho permanece sendo, como cita Marx (1996):

O componente fundamental e estruturante da sociabilidade humana, em que homens/mulheres transcendem sua forma meramente biológica e constituem também uma natureza social, tornando-se seres sociais. Pelo trabalho, o homem se diferencia das demais espécies animais, tendo em vista sua capacidade teleológica, ou seja, sua ação consciente e projetiva, ele idealiza o trabalho antes de executá-lo.

O trabalho, desde seus primórdios, passou por diversas transformações. Com a Revolução Industrial do século XVIII iniciada na Inglaterra, diante do fenômeno da industrialização e da urbanização, os processos de trabalho assumiram novas formatações, (GUIRALDELLI, 2014).

Na década de 1950, com o surgimento das análises sobre formação médica estimuladas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), começa a surgir a noção de recursos humanos em saúde (RHS), Vieira (2011), considera que somente nos anos 1960 se iniciam os estudos que buscam identificar a força de trabalho inserida no setor e que abordam a falta, a distribuição inadequada de trabalhadores de saúde e a necessidade de medidas voltadas para a sua capacitação. Como consequência com a profissionalização dos trabalhadores inseridos nos serviços da saúde viabilizou a qualificação profissional em centros formadores, o que conferiu a essa formação características de formação

profissional.

Contudo, conforme Vieira (2011) é a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e desencadeada pela Reforma Sanitária, que o campo de RHS adquire maior definição. Nesse momento, marcado pela reformulação das políticas de saúde no país, a área de RHS institucionaliza-se, e é desencadeado um processo particular de análise de suas temáticas próprias. Como recomendação dessa conferência, realizou-se também em 1986 a Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) (BRASIL. Ministério da Saúde, 1986), que definiu uma agenda específica com base em análises dos principais aspectos identificados para a implantação do SUS.

Tais aspectos foram em grande parte pautados nas reivindicações dos trabalhadores da saúde e levaram em conta a baixa qualificação profissional, baixa remuneração dos trabalhadores, as condições de trabalho pouco favoráveis, a existência de relações de trabalho distintas em relação a níveis salariais, carga horária, níveis de autonomia no processo de trabalho etc. e os conflitos relacionados a esse rol de problemas.

De acordo com a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (2003), é nesse contexto que acabar com a precarização do trabalho passa a se tornar necessário à própria viabilidade do sistema, uma vez que a valorização do trabalho constitui princípio fundamental na construção da identidade do trabalhador.

Tendo em vista as alterações substantivas no mundo do trabalho que incidem na degradação das condições de vida da população como sublinha Guiraldelli (2014), é relevante destacar que esse processo, também conhecido por reestruturação produtiva, se expande no cenário de mundialização do capital e representa uma nova fase de formatação do capitalismo mundial.

Diante do grande contingente de força de trabalho na saúde, bem como da proposta de qualificação e de ampliação da rede assistencial no setor público, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), que estabeleceu as diretrizes nacionais da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (OLIVEIRA, 2013). Vale destacar que a SGTES assumiu a responsabilidade de elaborar políticas públicas orientadoras da gestão, formação e, qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

Após uma reestruturação organizacional de sua gestão, Pernambuco adotou

esse modelo e criou a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde que tem o papel de administrar os recursos humanos e a educação em saúde dos hospitais e demais órgãos vinculados à Rede Estadual de Saúde (DINIZ, 2011; LIMA, 2011). Em 2008 o Estado assumiu um novo modelo de Gestão Pública intitulado de *Todos por Pernambuco*, com o objetivo de elevar a eficiência, a eficácia e a efetividade da ação do governo (PERNAMBUCO, 2015).

De acordo com Santos *et al.* (2014), esse novo modelo de gestão pública exercido pelo governo de Pernambuco, definiu a incorporação de padrões do gerencialismo público, como produtividade, transparência e definição de metas, acompanhadas pela gestão estadual e, com isso, inferiu novos rumos para a política de saúde, com ênfase, na inserção de novos arranjos jurídicos na administração de serviços públicos, estimulando o servidor da saúde a buscar melhores resultados em seu trabalho.

No Brasil, onde desde a monarquia existiu uma classe dominante da economia e política do país, além de uma classe oprimida, ao longo da história a verdadeira democracia não se instalou. Recentemente foi destituído do poder um governo legitimamente eleito pelo povo. Para manter a concentração de riqueza e poder, ocorrem as tentativas de desmanche das conquistas sociais e os direitos constitucionalmente adquiridos pelas classes trabalhadoras, desde a década de 30, no governo de Getúlio Vargas e a privatização a galope. O ciclo vicioso da concentração da riqueza e do poder se perpetua nos Modelos de Gestão Indireta.

5.2 Parcerias Público-Privadas e 3º Setor

Após a II Guerra Mundial, a reforma da administração pública ganha força a partir dos anos 1970, a crise capitalista dessa década propiciou o surgimento de outras formas de gestão e organização do trabalho. O Estado passou a rever medidas que supostamente lhe geravam ônus e, assim, reduziu sua intervenção na esfera econômica e social. Isso resultou em um processo de privatização do patrimônio público, transferindo os encargos e responsabilidades da gestão socioeconômica para o âmbito privado, resultando numa fase regida pela lógica de mercado (GUIRALDELLI, 2014). Com a crise do petróleo e do sistema econômico de acumulação de capital se observou em parte da Europa e no Japão a incorporação

do modelo de produção Toyotista, baseado na filosofia de uma empresa “enxuta” e flexível que, conforme sublinha Alves (2005, p. 30-33), captura a subjetividade dos trabalhadores e não rompe, necessariamente, com a base taylorista/fordista. O toyotismo surge para atender às necessidades de acumulação, reprodução e valorização do capital em um período de crise de superprodução.

Tem início a crise do Estado nos anos 1980 e, foi atribuída ao Estado de Bem-Estar Social a responsabilidade pela mesma, assim como a ineficiência em responder às demandas sociais do mundo em transformação.

Para Bresser-Pereira (1996) em consequência disso, inicia-se uma grande revolução em direção à administração pública gerencial que tinha como contornos a descentralização política e administrativa, de poucos níveis hierárquicos, com busca por resultados e voltada para o atendimento ao cidadão; Reino Unido, Nova Zelândia e Austrália foram os países em que essa revolução foi mais profunda (BRESSER-PEREIRA, 1996).

Nessa década predominou a concepção do Estado mínimo, onde o mercado era responsável pelo crescimento econômico e resolução das necessidades da sociedade. Terceiro setor e mercado respondiam pela produção de bens e serviços. Entre os anos de 1995 e 1998, modelos alternativos de administração foram propostos como resultado do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), o qual estabeleceu a existência do Terceiro Setor, como estratégia para a administração pública no Brasil, buscando maior eficiência e agilidade nos processos de gestão pública.

De acordo com Fernandes (2005) “a expressão foi traduzida do inglês (third sector) e faz parte do vocabulário sociológico corrente nos Estados Unidos”, no Brasil, ainda é utilizada em círculos restritos. Da Europa Continental, vem o uso da expressão “organizações não governamentais” (ONGs), cuja origem está na nomenclatura do sistema de representações das Nações Unidas.

Cabral (2004) menciona que as Organizações do Terceiro Setor atuam na prestação de serviços e na abordagem de problemas sociais, de natureza pública, que dizem respeito a interesses sociais e concepções de desenvolvimento. Em contrapartida, como iniciativa privada, representa interesses dos grupos que buscam seus objetivos específicos e não os da coletividade.

Já Amaral e Cosac (2009) explicam que nessa discussão está implícita a ideia de que uma sociedade pode ser dividida em áreas de atividades ou setores. Pode-

se, dessa forma, considerar a existência de um setor chamado de Público Estatal que reúne as atividades das diferentes esferas públicas, municipal, estadual e federal, bem como as atividades inerentes aos três poderes: Legislativo, Judiciário e Executivo.

As atividades ligadas às organizações com finalidade lucrativa e mercantil caracterizam o setor privado ou mercado, enquanto o conjunto amplo de atividades que não são mercado, nem Público Estatal são denominadas de Terceiro Setor. Segundo os autores, é correto afirmar que, sem o mercado, os bens e os serviços produzidos no "terceiro setor" tenderiam a reduzir-se às dimensões da caridade e do mecenato. A dinâmica expansiva das organizações sem fins lucrativos é, para eles, complementar à dinâmica do mercado.

Alavancado pela primordialidade de suplantar limitações tributárias e orçamentárias, que o impossibilitavam de obter suporte de pessoal e insumos essenciais ao funcionamento de novos hospitais, o Estado de São Paulo foi pioneiro na adesão de OS para execução dos serviços de Saúde, por meio da Lei Complementar 846/1998 (FERNANDES, 2017).

Em Pernambuco no triênio entre 2007-2010, Eduardo Campos, candidato ao governo do Estado, nas suas propostas, expôs um novo modelo de gestão das estruturas públicas do governo estadual a ser construído, que seria orientado por três eixos: o da organização gerencial, o da democratização da relação com servidores públicos, e o do sistema de controle das funções estatais (LEITE, 2014).

O novo formato organizacional e o arranjo jurídico de gerenciamento por OS, bem como sua condição de instituição pública não estatal, despontaram com o intuito de fundamentar a mudança de fronteiras entre público e privado, propiciando o eminente risco de uma privatização dissimulada, pudemos constatar isso diante do exemplo das falas de um gestor entrevistado:

Atuei na parte de gestões empresariais, na área de saúde eu vinha como *Controller* há pouco mais de um ano e me foi delegado agora o desafio de assumir e gerir uma UPA há pouco mais de um mês apenas (E1). [...] Esse recurso é anual, não, nós recebemos mensal, mas não necessariamente, existe um reajuste ano a ano, mas todo fechamento de exercício, a gente presta conta à SES mensalmente e no final, a gente apura se o convênio foi superavitário ou deficitário. [...] Porque nós recebemos o recurso, que é um recurso fixo, e a gente não pode jamais ter uma receita e gastar e planejar mais do que a receita vai vir. Então seria realmente um orçamento deficitário e não se fecha orçamento deficitário (E1).

As OS podem admitir sua face pública e/ou privada, de acordo com sua conveniência, Fernandes (2017), ademais geralmente não se submetem ao controle social, tampouco aquiescem ao princípio da equidade no acesso aos bens e serviços. Dessa forma, Almeida (2004) alega que “as OS podem ter sido uma “manobra” adotada por setores políticos neoliberais para que o Estado atuasse apenas administrativamente em alguns serviços, sob fiscalização “flexibilizada” nos procedimentos públicos do seu regime jurídico”.

Quando se vislumbra a possibilidade que as OS tem de contratar, diretamente, pessoas para trabalharem nos serviços públicos, sem garantir os direitos e obrigações inerentes ao concurso público, essa concepção fica evidente. É irrefutável ainda o fato das OS não necessitarem se submeter a processos licitatórios de bens e serviços (Lei nº 8.666/1993), entretanto podem escolher fornecedores oportunos e mais profícuos à instituição (FERNANDES, 2017).

Há diversas outras inquirições quanto à autenticidade de tal dispositivo de Gestão, à concessão dos títulos de filantropia, aos gastos elevados, à lucratividade excessiva. Existem ainda diversos registros em que o Ministério Público investiga e apresenta Ação Civil Pública por ilegalidades nesse tipo de contratação em vários Estados Brasileiros. Diante desse, vários setores da sociedade civil organizada, em distintos Estados brasileiros, têm se mostrado contrários à terceirização dos serviços públicos de saúde. Há relatos de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, confederações, associações, federações, sindicatos, parlamentares que tem feito questionamentos e defendido pesquisas que mostram números e situações reais ocorridas em parcerias entre Governos e Organizações Sociais de Saúde.

Muito foi questionado sobre a Lei nº 9.637/1998 (Lei das OS), e o inciso XXIV do artigo 24 da Lei nº 8.666/1993 (Lei das Licitações), afirmando ser ilegal a dispensa de licitação em contratos entre a União e Organizações sociais, como também indagando a transferência de responsabilidade do Poder Público a particulares, extrapolando os princípios do concurso público e da legalidade na gestão de pessoas.

Segundo relata Fernandes (2017), foi decidido, a 16 de abril de 2015, pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que o repasse de recursos públicos para organizações sociais é constitucional. A maioria dos ministros (7 votos a 2) entendeu que “entidades da área de educação, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação ao meio ambiente, cultura e saúde podem

receber recursos financeiros do governo para executar políticas nas áreas em que atuam”.

Dessa forma foi reafirmada a validade da Lei das Organizações Sociais e condicionada à observância dos critérios de fiscalização previstos no art. 37 da Constituição Federal, que descreve os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Sendo assim, tal decisão possibilitou a continuidade da celebração lícita de convênio com tais entidades, assim como ratificou o poder do Ministério Público e do Tribunal de Contas da União (TCU) no exercício de fiscalização da aplicação correta dos recursos recebidos por essas entidades.

Todavia, Leite (2014) citou que, no contexto do atual paradigma da administração pública, novos serviços e programas também têm sido implementados em busca de preencher os vazios assistenciais existentes no SUS. Para a autora, as organizações sociais foram consideradas, então, uma forma de atribuir mais autonomia e flexibilidade às entidades prestadoras de serviços, visto que elas empregam recursos públicos por meio de uma lógica de mercado, visando à ação pública mais ampla e eficiente. Por conseguinte, a principal estratégia de abordagem da crise, na forma de administrar do Estado, consistiu em transferir a gestão de serviços públicos para o terceiro setor, representado, em grande parte, por organizações sociais. O que a autora explica é reiterado pela fala do entrevistado abaixo:

[...] a gente viveu muito isso nos quatro últimos anos de gestão onde, as dificuldades financeiras e orçamentárias no país inteiro, e não foi diferente no Estado de Pernambuco, é..possibilitaram muitas vezes que esse balanceamento acontecesse na Rede pela dificuldade que o público vinha tendo, não só a dificuldade financeira e orçamentária ela traz dificuldade, repercute na dificuldade de compra porque além de você ter a lentidão do processo de compra e você ter a dificuldade de honrar os pagamentos nos dia previstos, você tem dificuldade de licitar e daquele fornecedor querer participar dos processos licitatórios (E8).

A justificativa para esse processo é respaldada nos relatos de ganhos de qualidade e eficiência dentro serviços públicos transferidos, assim como na otimização do emprego de recursos públicos e na implementação da avaliação de desempenho. Exercendo o Estado o controle estratégico sobre essas instituições, através dos contratos de gestão, que estipulam os resultados a serem atingidos com a finalidade de alcançar os objetivos das políticas públicas vigentes (LEITE, 2014).

Tem-se um novo momento para Druck *et al.* (2016):

Seja no campo histórico mais geral, de um novo padrão de desenvolvimento do capitalismo, seja no âmbito das novas práticas de organização e gestão do trabalho, no interior das quais se encontra a terceirização como uma das principais.

Dentro desse contexto, e ainda não sem resistência, as organizações sociais têm conquistado espaços nos novos arranjos institucionais que vêm sendo formulados em diversos Estados da federação, com o intento de assegurar melhores resultados dos sistemas de saúde. Como corrobora a fala do entrevistado a seguir:

Então eu acho que é um equilíbrio né? De, de gestões diferentes, mas com a mesma proposta, a finalidade é a mesma e que dentro do Estado, pela legislação arcaica, pela, pela dificuldade mesmo de, de compor as escalas, pela dificuldade das compras, da maior lentidão que você tem na administração direta, exatamente pelo número maior de amarras que você tem de legislação, é um modelo que equilibrado ele funciona, eu acho, que complementando (E8).

Mudando a forma de prover serviços e o gerenciamento dos sistemas de saúde, principalmente de organizações complexas como os serviços públicos de média e alta complexidade, que são objeto dessas reformas (LEITE, 2014).

Isto posto, nos declara Fernandes (2017) que para além da vasta lista de polêmicas e discordâncias que poderiam ser enumeradas sobre esse veredito

a gestão dos serviços de saúde por OS tornou-se legalizada e o número de estabelecimentos submetidos a esse tipo de gestão tende a crescer ainda mais. As OS têm ganhado espaço e estão gerindo cada vez mais tipos e quantidades de serviços públicos de saúde, inclusive os hospitalares (FERNANDES, 2017).

Druck *et al.* (2016) informa que, no Brasil, os primeiros estudos sobre a terceirização remontam do início dos anos 1990, reflexo de um processo em curso que marcava as transformações no mundo do trabalho no país, sob a égide da reestruturação produtiva, da globalização e das políticas neoliberais. Invariavelmente os resultados de estudos e pesquisas sobre a terceirização no Brasil enfatizam a associação entre este fenômeno e a precarização do trabalho em todos os segmentos investigados nos últimos 25 anos.

Os autores afirmam que resultantes de pesquisas, diversos indicadores expressaram a proporção na qual o trabalho foi impactado em suas dimensões: “no desrespeito aos direitos trabalhistas, nas más condições de trabalho, nos baixos salários, na piora das condições de saúde, nos maiores índices de acidentes e na vulnerabilidade política dos trabalhadores que, dispersos e fragmentados, têm dificuldades para se organizar coletivamente”.

Pesquisas que estudem casos de terceirização no serviço público através da subcontratação de empresas prestadoras de serviços, a saber, limpeza, manutenção, portaria, segurança, são recentes, tanto quanto as perquisições a respeito de outras formas de terceirização, como no exemplo das organizações sociais (OS), que foram amplamente empregadas na área da saúde, para assumirem a gestão de hospitais públicos. Sendo mais escassas ainda pesquisas que tenham como objeto de estudo os trabalhadores terceirizados (DRUCK *et al.*, 2018).

Igualmente foi relatado, pelo IBGE (2012), que em pesquisa realizada no ano de 2010 existiam oficialmente no Brasil 290,7 mil Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos - FASFIL. Sua importância é revelada pelo fato desse grupo de instituições representarem mais da metade (52,2%) do total de 556,8 mil entidades sem fins lucrativos e uma parcela significativa (5,2%) do total de 5,6 milhões de entidades públicas e privadas, lucrativas e não lucrativas, que compunham o Cadastro Central de Empresas (CEMPRE) do IBGE neste mesmo ano (Tabelas 1 e 2). Estes não foram os únicos números disponíveis, mas permitiu visualizar a importância econômica do chamado Terceiro Setor.

Tabela 1 - Número de Entidades sem Fins Lucrativos- Brasil – 2010

(continua)

		Número de Entidades sem Fins Lucrativos
	Total	556 846
	COPNI ampliada	
Grupo 01 – Habitação		6 029
01.0	Habitação	292
Grupo 02 – Saúde		36 921
02.1	Hospitais	2 132
02.2	Outros serviços de saúde	3 897
Grupo 03 - Cultura e recreação		87 948
03.1	Cultura e arte	11 995
03.2	Esporte e recreação	24 926
Grupo 04 - Educação e pesquisa		30 414
04.1	Educação infantil	2 193
04.2	Ensino fundamental	4 475
04.3	Ensino médio	2 107
04.4	Educação superior	82 853
04.5	Caixas escolares e similares	1 395
		76 642
		70 284
04.6	Estudos e pesquisas	2 059
04.7	Educação profissional	531
04.8	Outras formas de educação/ensino	4 904
Grupo 05 - Assistência social		
05.0	Assistência social	2 242
Grupo 06 – Religião		42 463
06.0	Religião	
Grupo 07 - Partidos políticos, sindicatos, associações patronais e profissionais		82 853
07.1	Partidos políticos	12 889
07.2	Sindicatos, federações e confederações	18 814
07.3	Associações empresariais e patronais	4 559
07.4	Associações profissionais	17 450
07.5	Associações de produtores rurais	22 930
Grupo 08 - Meio ambiente e proteção animal		
08.0	Meio ambiente e proteção animal	2 242
Grupo 09 - Desenvolvimento e defesa de direitos		
09.1	Associações de moradores	13 101
09.2	Centros e associações comunitárias	20 071
09.3	Desenvolvimento rural	1 522
09.4	Emprego e treinamento	507
09.5	Defesa de direitos de grupos e minorias	5 129
09.6	Outras formas de desenvolvimento e defesa de direitos	2 133

**Tabela 1 - Número de Entidades sem Fins Lucrativos- Brasil – 2010
(conclusão)**

		Número de Entidades sem Fins Lucrativos
Grupo 10 - Outras instituições privadas sem fins lucrativos		191 042
10.1	Condomínios	153 441
10.2	Cartórios	8 059
10.3	Sistema S	1 215
10.4	Entidade de mediação e arbitragem	81
10.5	Comissão de conciliação prévia	15
10.6	Conselhos, fundos e consórcios municipais	1 163
10.7	Cemitérios e funerárias	193
10.8	Outras instituições privadas sem fins lucrativos não especificadas anteriormente	26 875

Fonte: IBGE (2010).

Tabela 2 - Número de Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos, segundo a classificação das entidades sem fins lucrativos - Brasil – 2010

(continua)

Classificação das entidades sem fins lucrativos	Número de Associações sem Fins Lucrativos Fundações Privadas
Total	290 692
Habitação	292
Habitação	292
Saúde	6 029
Hospitais	2 132
Outros serviços de saúde	3 897
Cultura e recreação	36 921
Cultura e arte	11 995
Esportes e recreação	24 926
Educação e pesquisa	17 664
Educação infantil	2 193
Ensino fundamental	4 475
Ensino médio	2 107
Educação superior	1 395
Estudos e pesquisas	2 059
Educação profissional	531
Outras formas de educação/ensino	4 904
Assistência social	30 414
Assistência social	30 414
Religião	82 853
Religião	82 853

Tabela 2 - Número de Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos, segundo a classificação das entidades sem fins lucrativos - Brasil – 2010

Classificação das entidades sem fins lucrativos	(conclusão)
	Número de Associações sem Fins Lucrativos Fundações Privadas
Associações patronais e profissionais	44 939
Associações empresariais e patronais	4 559
Associações profissionais	17 450
Associações de produtores rurais	22 930
Meio ambiente e proteção animal	2 242
Meio ambiente e proteção animal	2 242
Desenvolvimento e defesa de direitos	42 463
Associação de moradores	13 101
Centros e associações comunitárias	20 071
Desenvolvimento rural	1 522
Emprego e treinamento	507
Defesa de direitos de grupos e minorias	5 129
Outras formas de desenvolvimento e defesa de direitos	2 133
Outras instituições privadas sem fins lucrativos	26 875
Outras instituições privadas sem fins lucrativos não especificadas anteriormente	26 875

Fonte: IBGE (2010).

Neste contexto, surgem as Organizações Sociais (OS), pertencentes ao 3º setor, regulamentadas pela Lei n. 9637/98, definidas como personalidades jurídicas de direito privado, com ações dirigidas ao ensino, pesquisa, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (RODRIGUES, SPAGNUOLO, 2014). Ainda de acordo com Spagnuolo (2014) as OS podem ser associações sem fins lucrativos ou fundações de direito privado, qualificadas pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada. Têm por objetivo principal oferecer mais flexibilidade e autonomia ao serviço público, permitindo aumento da eficiência e qualidade do mesmo, sendo fomentadas pelo Estado, o qual tem obrigação de controlar os resultados, via contrato de gestão preestabelecido, que deve conter metas de desempenho e aporte de recursos necessários para execução das atividades pactuadas.

O poder público repassa, para o gerenciamento do modelo de gestão por OSS, os recursos necessários e delega o serviço público às entidades do terceiro setor. Em contrapartida, exige da OSS o cumprimento de algumas metas na prestação desses serviços. O contrato de gestão é o instrumento onde estão definidos os objetos, os resultados desejados, as metas a serem cumpridas, as formas de avaliação de

desempenho e dos resultados, e os recursos públicos comprometidos. Portanto, a execução das ações e serviços de saúde pelas organizações sociais de saúde dar-se-á por meio dos contratos de gestão firmados entre o Estado, por meio de sua Secretaria de Saúde e da entidade filantrópica qualificada como OSS, o qual discriminará atribuições, responsabilidades e obrigações das partes signatárias (BRASIL. Presidência da República, 2000, art. 14).

O gerenciamento através das Organizações Sociais de Saúde (OSS) em Pernambuco iniciou em 2009, a partir da implantação do Hospital Miguel Arraes de Alencar cuja OSS responsável é Fundação Martiniano Fernandes/IMIP HOSPITALAR, sendo tal modelo de gestão, vigente até os dias atuais também em outros serviços de saúde do Estado.

No contrato de gestão deverão estar estipulados as metas e os resultados a serem alcançados, critérios objetivos de avaliação de desempenho por meio de indicadores de produtividade e de qualidade, além de outras cláusulas essenciais previstas no art. 3º da Lei nº 11.743/00, (PERNAMBUCO, 2000). A Lei nº 11.743/00, em seu art. 22, determina que a execução do objeto desses instrumentos de ajuste seja acompanhada e fiscalizada por órgão da área de atuação correspondente à atividade fomentada, em nosso Estado o responsável é a Agência Regulatória de Pernambuco (ARPE) que conta com o auxílio do órgão estadual de controle interno (PERNAMBUCO, 2000). De acordo com a Resolução nº 005/2010, as principais atividades executadas pela ARPE, no exercício da fiscalização das OSS, OSCIP e Hospitais Filantrópicos, são: análise prévia dos instrumentos de pactuação (edital de seleção, contrato de gestão, termo de parceria, plano de trabalho, termo aditivo, regulamento de compras e contratação, etc.); monitoramento (acompanhamento das metas pactuadas nos instrumentos de parceria); fiscalização das atividades e análise da prestação de contas (PERNAMBUCO, 2010).

Em Pernambuco foi criada uma Diretoria específica no organograma da Secretaria Estadual de Saúde: a Diretoria Geral de Modernização Monitoramento da Assistência à Saúde (DGMMAS) responsável, na prática, pelo acompanhamento e fiscalização dos contratos de gestão na área da saúde. Essa diretoria tem as seguintes responsabilidades:

- a) É responsável pela formulação, coordenação e implementação das ações de modernização administrativa e de tecnologias de gestão na assistência à saúde, orientando a implantação das ações de modernização nas unidades

públicas e promovendo a disseminação de novas práticas de gestão, com foco no resultado.

- b) Acompanha e avalia os indicadores de assistência à saúde. Responde também pela implantação e monitoramento dos novos modelos de gestão da rede estadual de assistência à saúde, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Pernambucanas de Atendimento Especializado (UPAE) e os hospitais Metropolitanos, respondendo por todas as questões de convênios com as organizações sociais de saúde (OSS) que administram as unidades e licenciamento das mesmas junto ao Ministério da Saúde (MS).
- c) Além disso, a diretoria monitora os hospitais regionais sob gestão de OSS (PERNAMBUCO, 2014) conforme relato de entrevistado a seguir:

Existe um setor administrativo dentro da Diretoria que foi criado, quando da minha chegada em 2016, algumas pessoas que estavam nesses dois setores, que eram únicos na Diretoria, assistência e financeiro, foram desmembradas algumas pessoas desses setores para criar um Núcleo administrativo pra tratar, diante da enormidade de demandas, que existem aqui dentro são.. pra tratar das questões administrativas juntos às unidades. Questões relacionadas à logística, a jurídico, a apoio éhh de seção de equipamento, da transferência de equipamentos; financeiro – a parte de repasse para as unidades, de acompanhamento junto à SEAF – Secretaria Executiva de Administração e Finanças, então fez-se um Núcleo administrativo para tratar(E8).

Devido à importância do papel desempenhado pela administração pública, sua forma de organização passou por mudanças ao longo dos anos em busca de aprimoramento. As críticas aos modelos adotados deram origem a alguns processos de reforma que se disseminaram entre muitos países. O Brasil também sofreu o reflexo desse processo (BRULON; OHAYON; ROSENBERG, 2012). Para Silva (2014), as transformações produzidas pela globalização econômica na relação Estado-sociedade-economia impulsionaram a formulação e implantação de Reformas Administrativas, inspiradas na *New Public Management* desde meados da década de 1980, nos países centrais, e na América Latina na década seguinte.

Nas décadas de 1980 e 1990 o *thatcherismo*, modelo inglês de administração do Estado, conquistou importante notoriedade na reforma do setor saúde, caracterizando-se pela adoção de novos instrumentos de gestão que buscavam a melhoria da eficiência, responsabilização das organizações nos sistemas de saúde, administrativa pública com um maior escopo de flexibilidade e adoção de contratualizações.

As seguintes mudanças ocorreram na gestão hospitalar, quanto a seu objetivo

voltado à microeficiência: restrição da autonomia de decisão médica; constituição de exequibilidades em busca de melhoria da qualidade e infraestrutura através de serviços terceirizados; flexibilidade na divisão de trabalho; adoção de novos métodos de controle, incorporação de tecnologias e metas contratuais; e fortalecimento do pagamento perante aos hospitais. Essa via levou à constituição do quase mercado e de contratualização na gestão da saúde (CAPOBIANGO *et al.*, 2013).

A partir dos anos noventa no Brasil, se inicia o debate quanto à necessidade de uma dada reestruturação do Estado, esse período para Ribeiro *et al.* (2013), correspondeu à quarta reforma administrativa do Estado Brasileiro, iniciada no Governo Collor, em 1990, e defendia a ideia de Estado mínimo; combate aos marajás e ao “Estado-elefante”. O autor relata ainda que a reforma da era Collor visava à desestatização e a redução dos gastos públicos. Assim, foi adotada uma política de enxugamento da máquina administrativa resultando em exoneração e demissão de funcionários públicos. Também foi instituído o Programa Nacional de Desestatização que deu início ao processo de privatização de algumas estatais. No governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) foi proposto, pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), o PDRAE-Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PACHECO, 2014).

O PDRAE definiu objetivos e estabeleceu diretrizes para a Reforma da Administração Pública Brasileira. Afirmava-se, naquele momento, que esta necessitava de instrumentos eficientes para garantir êxito frente aos desafios postos à gestão pública pela globalização e pela redefinição do papel do Estado. Assim, de acordo com Silva (2014), foram incorporados à agenda do governo federal os fundamentos de uma “Nova Gestão Pública”, afinada com a intensa abertura ao capital estrangeiro e permeada pela liberalização econômica.

De acordo com Pereira (2004), a saúde suplementar se fortalece e desenvolve diante das próprias fragilidades das políticas inclusivas e universalistas de saúde, ou seja, as falhas de governo consolidam o setor privado de saúde suplementar. Cerca de 39 milhões de brasileiros estavam cobertos por pelo menos um plano de saúde, de acordo com estimativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2007, o que correspondeu a 20% da população do país à época. Até março de 2017 esse número chegou a 47.606.341 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2017).

Para Bresser Pereira (2010) a Reforma Gerencial surge como consequência administrativa da consolidação do Estado Social e ao mesmo tempo como instrumento e fator fundamental de sua legitimação. O aumento do custo dos serviços do Estado foi mais um fator a impor a adoção da Reforma Gerencial. Essa imposição, porém, não era apenas fiscal, mas também política.

Para que o Estado Social se mantivesse legitimado em face da ofensiva neoliberal era necessário tornar suas ações substancialmente mais eficientes. Fundamental proceder à Reforma Gerencial. Apesar da reforma gerencial não ter sido concluída, o modelo gerencial de administração assumiu papel importante na administração pública atual (BRULON; OHAYON; ROSENBERG, 2012). Essa modificou a forma de administrar a oferta dos serviços, tornando os gerentes dos serviços responsáveis por resultados, ao invés de obrigados a seguir regulamentos rígidos; premiando os servidores por bons resultados e os punindo pelos maus; realizando serviços que envolvem poder de Estado através de agências executivas e reguladoras; e mantendo o consumo coletivo e gratuito, mas transferindo a oferta dos serviços sociais e científicos para Organizações Sociais (OS), ou seja, para provedores públicos não estatais que recebem recursos do Estado e são controlados através de contrato de gestão.

Poderão ser indicadas como OS, pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde (BRASIL, 1997).

Segundo Bresser-Pereira (2008), a implantação da reforma gerencial, um novo modelo de gestão pública, visa alcançar a capacidade de formular políticas públicas e exercer atividades de regulação e controle do Estado na provisão dos serviços. Com a Lei nº 11.079, (BRASIL, 2004) constituiu-se um novo regime de contratação de serviços por meio de parcerias do setor público com a iniciativa privada em setores de infraestrutura, iniciando-se um processo de rediscussão dos papéis do Estado, sociedade e iniciativa privada na provisão de serviços e investimentos (Barbosa e Malik, 2015). Entre as diretrizes principais que regem o modelo, estabelecidas no art. 4º da lei, estão o compartilhamento de riscos e benefícios, o respeito aos interesses de usuários, a sustentabilidade fiscal, a indelegabilidade das funções primárias de Estado e a transparência de procedimentos e decisões (BRASIL, 2004; CARRERA, 2014).

Após a criação das Organizações Sociais sua Medida Provisória de instituição foi posteriormente convertida na Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. As Organizações Sociais constituem uma inovação institucional, embora não representem uma nova figura jurídica, inserindo-se no marco legal vigente sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Estarão, portanto, fora da Administração Pública, como pessoas jurídicas de direito privado. A novidade será, de fato, a sua qualificação, mediante decreto, como Organização Social, em cada caso.

Qualificada como Organização Social, a entidade estará habilitada a receber recursos financeiros e a administrar bens e equipamentos do Estado. Em contrapartida, ela se obrigará a celebrar um contrato de gestão, por meio do qual serão acordadas metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público (BRASIL, 1998).

O modelo de gestão por organizações sociais adotado sustenta-se no pressuposto de que, por essa via, em comparação com a gestão direta dos serviços pelo Estado, haveria maior flexibilidade administrativa e autonomia, foco no cidadão, controle social e compromisso por resultados, fomentando assim, questionamento quanto à possibilidade de a governança pública adquirir tais características (FILHO, 2012).

No que se refere às Organizações Sociais de Saúde no SUS, não há instrumentos eficazes para o controle da sociedade sobre entidades de direito privado como são as OSS. É válido salientar, este modelo se distancia dos princípios da Reforma Sanitária ao propor a adoção de princípios e de recomendações oriundas da administração empresarial privada, compatíveis com as recomendações do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (BRASIL, 1995), ele cria o conflito Integralidade do cuidado X Número de procedimentos.

Segundo Barbosa e Malik (2015), o desenvolvimento de projetos de Parcerias Público Privadas (PPP) no setor saúde caracteriza-se pela complexidade e pelo envolvimento de múltiplos atores e interesses. Representa também uma oportunidade especial de melhoria da assistência à saúde com investimentos em novas estruturas que venham a suprir as deficiências crônicas do setor, do ponto de vista de disponibilidade de recursos assistenciais, conforme relata a fala do entrevistado na pesquisa:

Em Pernambuco a gente não consegue ter, é, a possibilidade dessa

comparação como você tem nos hospitais. Diferente disso nas UPA desde que elas nasceram, a partir de 2010 as primeiras, já passaram a ser de uma gestão éhh da administração indireta geridas por Organização Social desde as inaugurações. Então a gente não tem a possibilidade de comparação; ela é positivo, ela é positiva, na minha análise, pelo fato dela hoje éhh exercer o papel dela. A Unidade de Pronto Atendimento hoje, em Pernambuco, eu acho que ela extrapola o papel dela, éhh se você for pra a proposta da Política feita pelo MS, nós especializamos essas UPA para além do atendimento de urgência e emergência. [...] Então hoje, eu acho que a gente tem uma assistência qualificada, nas UPA, são unidades que dão resposta para além, muitas delas, para além do estimado em contrato. Então muitas delas extrapolam as metas contratuais previstas inicialmente, apesar da, da lógica da porta de entrada da urgência e emergência não ser um a lógica quantitativa o importante, e é assim que a gente monitora na Diretoria tem as metas numéricas quantitativas, mas a gente monitora e da ênfase muito mais na obrigatoriedade da porta aberta 24h com escala completa, não é?!(E8).

Resolver os entraves destes projetos demanda conhecimento das necessidades e do sistema de saúde, objetivos e interesses do setor privado, interação com agentes públicos e de controle social e uma capacidade de diálogo e comunicação incomuns. Na resolução dessas questões reside a evolução do programa para uma próxima fase em que a sociedade esteja mais envolvida com o “problema” saúde, com opções claras, estáveis e estimulantes da melhoria das condições de vida de nossa população.

Para Ximenes (2015), esse projeto privatista, que possui interesses econômicos na área da saúde, tem muita influência interna no Estado e é responsável pelo funcionamento de parte dos serviços do SUS. Em virtude disso, existe um maior interesse que a política de saúde seja subfinanciada para existir um mercado complementar nesse campo e, com isso, possa absorver cada vez mais os recursos do SUS.

A terceirização hoje é um fenômeno mundial, afirma Druck *et al.* (2016), que se estendeu para todas as atividades e tipos de trabalho – nas áreas urbanas e rurais; na indústria, no comércio, nos serviços e nos setores público e privado –, apresentando diversas modalidades e formas de regulação e legislação. No Brasil, sua origem foi no trabalho rural, onde as contratações são temporárias, apoiadas no trabalho sazonal que acontece na agricultura até os dias atuais. Sendo ainda uma forma de contratação utilizada desde os primórdios da industrialização nas áreas urbanas.

Os estudos consultados nessa área, em sua maioria, têm por objeto discutir a regulamentação, os limites constitucionais e o crescimento da terceirização, assim como casos de ilícitos que não obedecem aos princípios constitucionais da

responsabilidade do Estado sobre os serviços públicos. Inseridos no campo do direito trabalhista, tais estudos conferem preciosa contribuição à compreensão dos limites, das incongruências e do desrespeito à legislação e à Constituição, ajudam ainda a elucidar os mecanismos e instrumentos de privatização do Estado e dos serviços públicos.

As pesquisas que estudam casos de terceirização no serviço público, por meio da subcontratação de empresas prestadoras de serviços (limpeza, manutenção, portaria, segurança) são recentes, relata Druck *et al.* (2016), assim como as investigações sobre outras formas de terceirização, temos como exemplo as organizações sociais (OS), que foram amplamente utilizadas na área da saúde, para assumirem a gestão de hospitais públicos. Mais escassas ainda são as pesquisas que tenham como objeto os trabalhadores terceirizados.

Observa-se, entretanto que, apesar de existir um considerável campo de estudos sobre precarização e terceirização nestas últimas décadas no Brasil, ainda é pequeno o quantitativo de pesquisas sobre a terceirização no serviço público no campo da sociologia do trabalho. Há estudos em empresas públicas, que participam do chamado “setor público”, como exemplo temos os casos da Petrobras e do Banco do Brasil, mas são raros os que se debruçam sobre os serviços públicos.

Um fenômeno velho e novo simultaneamente, assim é a terceirização, sua peculiaridade é a centralidade que ocupa no capitalismo tal como no seu crescimento e generalização, constituindo uma genuína epidemia descontrolada, embora, no caso brasileiro, existisse regulação proibitiva à terceirização na atividade-fim das empresas ou instituições públicas. Contudo, a liberalização da terceirização para todas as atividades e segmentos foi deliberada sem restrições com a aprovação da Lei 13.429, em março de 2017.

No Brasil, os primeiros estudos sobre a terceirização datam de início dos anos 1990. Refletindo uma era marcada por transformações no mundo do trabalho no país, sob a égide da reestruturação produtiva, globalização e das políticas neoliberais.

Os novos padrões de organização do trabalho, com a adoção do toyotismo – que tem nas redes de subcontratação uma das principais práticas do modelo japonês, especialmente adotada pelas empresas do setor industrial –, se disseminaram para os demais setores e atividades da economia, adaptando-se às especificidades de cada um (DRUCK *et al.*, 2016).

Nesse contexto questionamos o patrimonialismo, a terceirização da gestão, a busca por resultados, os modelos de atenção e gestão, bem como as reformas previdenciárias vislumbradas por gestores de Estado.

5.3 Lei de Responsabilidade Fiscal

As medidas de cunho neoliberal introduzidas no Brasil, assim como existiam em outros países, nos anos 1990 exigiram uma postura fiscal mais conservadora do Governo Federal, reflexo do contexto mundial. Diante desse cenário, surgiu a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que refletindo normas sobre gastos públicos voltados a responsabilidade na gestão fiscal, está amparada no arcabouço do planejamento, transparência, controle e responsabilização no uso dos recursos públicos.

Conforme subscreve o Art. 18 da LRF

[...] entende-se como despesa total com pessoal: o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros do Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência (BRASIL, 2000).

Alguns segmentos atribuem à LRF “engessamentos” administrativos, particularmente frente ao desafio de ofertar políticas públicas, como no caso da saúde. Para Medeiros *et al.* (2017):

Conforme as especificidades da produção no setor saúde, que acontece majoritariamente na forma de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação, por meio de ações fragmentadas, com alto grau de dependência entre os trabalhadores e elevada dependência de inserção de mão de obra humana, limites rígidos para contratação de mão de obra, apontam em impedimentos para a oferta de serviços de saúde à população.

Todavia, Medeiros (2011) declara: “a Lei de Responsabilidade Fiscal não deve ser responsabilizada pelo processo de precarização do trabalho no setor saúde, pois há outras dimensões que precisam ser incorporadas na análise desse problema, como a sustentabilidade ou grau de autonomia econômico financeira dos municípios”. Ao contrário, tem-se atribuído à LRF a construção de uma cultura política de responsabilização fiscal coibidora do emprego de práticas irresponsáveis perante as contas públicas.

Leite (2014) afirma que a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) tornou permanente a preocupação com a dimensão fiscal do planejamento no Estado de Pernambuco, consubstanciada na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Santos e Alves (2011) defendem que a LRF deve ser vista como uma ação do Estado brasileiro em busca de controlar e tornar mais eficientes as ações do poder público. A Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000 (LRF), espelha um grupo de leis que objetivam a prevenção e responsabilização pelo endividamento público de estados, municípios e da União em todos os seus âmbitos, poderes e órgãos, apoiada nos pilares do planejamento, transparência, controle e responsabilização no uso dos recursos públicos. É uma normatização sobre finanças públicas direcionada à responsabilidade na gestão fiscal, que propõe ratificar uma relação equilibrada entre Receita e Despesa no orçamento público. Perante ela todos estão sob mesmas normas, condições e limites, cada ente da federação passa a ser responsável por seus atos e prestação de contas à sociedade e às instituições pertinentes.

Diante da Lei, infere Fernandes (2017), cabe ao gestor público o planejamento orçamentário dentro da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) onde existe um delineamento de metas fiscais, e a Lei Orçamentária Anual (LOA), ambas são instrumentos do processo orçamentário das contas públicas, iniciativa essa privativa do Poder Executivo.

A autora ainda afirma que transferir à iniciativa privada sem fins lucrativos suas atividades não exclusivas parece bastante vantajoso para o Estado, justificam os governos, além de facilitar o cumprimento da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000). Isso se justificaria porque o recurso financeiro empregado seria menor e poder-se-ia oferecer melhor atendimento à população por meio das instituições que, se o governo o fizesse diretamente. Contudo, não foram encontradas pesquisas que comprovem tais declarações serem verdadeiras.

Medeiros (2011) aponta em suas pesquisas que o registro da Precarização na Gestão em Saúde no SUS é apontado como problema relevante desde a década de 90 e que o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS em 2006 abordou, pela primeira vez, a questão da precarização dos vínculos trabalhistas no SUS como reflexo da LRF. Posteriormente foi estabelecida uma relação de causa e efeito entre LRF e contratação de trabalhadores de forma precária, ou melhor, a precarização de vínculos foi resultado da necessidade de cumprir a LRF e diante disso tornou-se obstáculo ao desenvolvimento dos sistemas de saúde em âmbito local.

A autora, em sua pesquisa, concluiu que a LRF, com suas regras e penalidades trouxe desafios aos gestores públicos em diversas esferas da administração pública, entretanto, na política de saúde inaugurou uma agenda de problemas e resultou novos desafios.

5.4 Gestão do Trabalho em Saúde

Para Santini *et al.*, (2017), “a gestão da força de trabalho é um fator determinante para a consolidação da universalização da cobertura e garantia da equidade e integralidade das ações do Sistema Único de Saúde”. As características do trabalho em saúde exigem um contato constante não só entre profissionais, como também entre profissionais e usuários, são coletivo, multidisciplinar e relacional, razões pelas quais os trabalhadores exercem papel um estratégico no SUS em busca do alcance seus princípios e diretrizes. Tais características também reforçam a relevância e a complexidade da gestão do trabalho no SUS, exigindo mais atenção nas agendas políticas e técnicas e maior reconhecimento sobre a importância da força de trabalho em saúde (FTS).

Fernandes *et al.* (2017) cita que “manifestamos o valor de um sistema de saúde público e de qualidade quando enfatizamos a importância dada às pessoas que trabalham neste sistema”, para a autora “pesquisar e refletir sobre este assunto tão relevante é mais uma oportunidade de defender a ideia de que a saúde tem em seus trabalhadores sua parte mais importante, sua maior potência.”

Na perspectiva de municipalização, com a criação do SUS na década de 1980, a gestão do trabalho e da educação em saúde ganhou relevância nacional e tornou-se elemento crucial para a implantação e consolidação do SUS. No entanto, com o passar do tempo e com o avanço desse processo, a realidade que se apresenta para área de Recursos Humanos remete a mais dois momentos distintos caracterizados por instantes de grande guinada da proposta da Reforma Sanitária, ou seja, o primeiro considerado de antirreforma e o segundo, de reafirmação da reforma (MACHADO, 2008).

A transição, no Brasil, para um novo padrão de gestão do trabalho, começa no início dos anos 1980, como resposta à crise do fordismo, ainda que restrita a algumas indústrias dinâmicas. Mas a generalização do toyotismo, no quadro do processo de reestruturação produtiva, ocorre nos anos 1990, resultante da implementação das políticas neoliberais no

país e da inserção do Brasil na globalização da economia (DRUCK, 2016).

Durante a década de 1990 aconteceu o momento antirreforma, caracterizado pela adoção dos preceitos neoliberais em detrimento aos da reforma sanitária. No decorrer da década, isso transformou a questão de Recursos Humanos em um enorme problema para a reforma sanitária, invertendo toda a lógica preconizada, de serem os trabalhadores (recursos humanos) peças-chave para a consolidação do SUS. Fato de grande relevância nesse período foi a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005), definindo princípios e diretrizes para uma NOB que teve como objetivo principal a discussão da centralidade do trabalho, do trabalhador, da valorização profissional e da regulação das relações de trabalho em saúde.

A gestão do trabalho em saúde tem merecido atenção por parte dos gestores e instituições que buscam a correta adequação entre as necessidades da população usuária e os objetivos institucionais (BATISTA *et al.*, 2015). A Constituição Federal (CF) de 1988 consagrou a cidadania e a dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais. Esses ideais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde, na medida em que ordena ser a saúde um direito fundamental do homem (BRASIL, 2005).

A Carta Política, ao organizar e estruturar o Sistema Único de Saúde no contexto da Seguridade Social estabeleceu como seus princípios fundamentais a universalidade, a igualdade, a descentralização, o atendimento integral, além de outros, entre os quais destacamos a participação da comunidade na gestão, fiscalização e acompanhamento das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988, art. 194 e 198). Ao se elaborar uma proposta de Princípios e Diretrizes Gerais para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) procurou-se obedecer a esses princípios já consagrados.

No Brasil, ao longo das últimas décadas, a área de recursos humanos em saúde (RHS) destaca-se como campo de enfrentamento de problemas do sistema. Em que pese o avanço do SUS, particularmente quanto à diretriz de descentralização e da ampliação da cobertura das ações e serviços de saúde, alguns desafios persistem (MAGNAGO *et al.*, 2017).

Segundo a NOB/RH-SUS, Recursos Humanos é a expressão utilizada, normalmente, para designar e especificar os trabalhadores, em relação a outros recursos necessários ao desenvolvimento de uma ação, uma operação, um projeto,

um serviço, etc., tais como os recursos físicos, recursos materiais, recursos financeiros, dentre outros. A Gestão do Trabalho no SUS é considerada a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários, até as atividades-meio necessárias ao seu desenvolvimento.

Em 2003, na reestruturação do Ministério da Saúde (MS), foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) como principal instrumento federal para mobilizar as ações gerenciais no campo do trabalho e da formação, visando valorizar e qualificar os trabalhadores da área (BRASIL, 2003). A construção da agenda positiva da SGTES constitui marco importante para a área de Recursos Humanos em Saúde, na medida em que incorpora temas acumulados e discutidos em décadas anteriores nas conferências de saúde e relacionados nos Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH), a saber: diretrizes para a elaboração de plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) da saúde; Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; Mesas de Negociação Permanente do SUS (MNP-SUS); qualificação da gestão do trabalho e da educação no SUS, entre outras (MAGNAGO *et al.*, 2017).

Com a expansão do SUS, a descentralização tornou-se oficial e prioritária, dotando os entes federados de responsabilidade pela organização, coordenação e execução dos sistemas locais de saúde. Anteriores e em paralelo a esse processo de descentralização situam-se as transformações sociais e econômicas, principalmente no que compete ao campo do trabalho. Estas se tornam mais evidentes a partir do processo de reestruturação produtiva, caracterizado, sobretudo pela incorporação de tecnologias e outras inovações, almejando-se uma organização e gestão do trabalho mais flexível (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Em geral, os órgãos de RH das Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, em especial os das capitais, vêm colocando em prática instrumentos da agenda positiva da SGTES, ainda que ocorram variações expressivas na amplitude e extensão dessa execução. Confirmando tratar-se de um universo composto de unidades díspares, caracterizado por profundas desigualdades regionais e de um grande número de municípios fiscal e administrativamente frágeis (MAGNAGO *et al.*, 2017).

Pensar em gestão do trabalho como política estratégica significa prognosticar

a garantia de requisitos básicos para a valorização do profissional da saúde e do seu trabalho, tais como carreira, salários, formas e vínculos de trabalho com proteção social; negociação constante das relações de trabalho em saúde, capacitação e educação permanente dos trabalhadores; humanização da qualidade do trabalho, adequadas condições de trabalho, ética profissional, entre outros (BAPTISTA *et al.*, 2015).

Como discorre Fernandes (2017), compreendendo serem as unidades assistências geridas por OSS a representação do governo na efetivação do SUS, os trabalhadores dos serviços de saúde são, ou deveriam ser considerados um segmento de extrema relevância no SUS, indispensáveis à prática do cuidado em saúde. Tornase, dessa forma, imprescindível investigar se as orientações, normativas e regulamentos concernentes à gestão de pessoas nessas unidades estão sendo executadas, visto que tais regras são instrumento determinante para a consolidação do sistema universal, como também ressaltam a importância do trabalho em saúde, da regulação das relações de trabalho, da necessidade da valorização dos trabalhadores na implantação dos modelos assistenciais.

A autora acredita ser de grande relevância se debruçar sobre a Política de Recursos Humanos nas Unidades do SUS geridas por OSS, tendo o contrato de gestão como instrumento chave desse tipo de contratação, as normativas e regulamentos pertinentes aos trabalhadores da saúde, bem como compreender de que forma repercutem esses instrumentos no trabalho em saúde.

Duas outras leis também estimularam e referendaram a terceirização da atividade-fim no serviço público: a Lei nº 9.637/1998 (BRASIL, 1998) estabelecendo a contratação, pelo Poder Executivo, de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, para atuar nas áreas de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde; e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), de 2000 – cujo principal objetivo é o controle das contas públicas através da redução de despesas com o funcionalismo público –, isso inibiu a realização de concursos públicos e incentivou a terceirização, pois as despesas com a subcontratação de empresas, contratação temporária, emergencial e de comissionados não são computadas como gasto com “pessoal” na esfera pública (BRASIL, 2000).

Assim como demonstrado por estudos sobre a terceirização (DRUCK *et al.*, 2016), essa modalidade de contratação gera, nas empresas contratadas, um alto grau

de rotatividade, o que contribui para a não garantia de direitos trabalhistas aos terceirizados. Estudo realizado, pelos autores, em um Estado do Nordeste mostrou que diversos desses direitos são desrespeitados. Existe uma práxis comum entre empresas terceirizadas e as instituições, em que a empresa contratada, muitas vezes antes de completar um ano de serviços prestados, declara falência e rompe o contrato, sem quitar os direitos trabalhistas, e os mesmos trabalhadores são contratados por outra empresa terceirizada que a substitui iniciando um novo ciclo de contratação, sem respeitar os prazos instituídos por lei.

A pesquisa revelou ainda que profissionais terceirizados gostariam de trabalhar como contratados diretos, pois, segundo eles, teriam mais estabilidade/segurança no trabalho; melhor remuneração; mais direitos; mais benefícios (plano de saúde, por exemplo); seriam mais valorizados em seus empregos; teriam seus direitos respeitados, melhores condições de vida e menor jornada de trabalho (DRUCK *et al.*, 2016).

Já Machado *et al.*, (2016) nos relataram que a inauguração acelerada das UPA, sob indução normativa e financeira federal, implicou na contratação de muitos profissionais de diversas áreas, trazendo desafios gerais da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), como dificuldades de fixação, remuneração e desigualdades na distribuição de algumas categorias profissionais. Isso aconteceu em um contexto onde formas de terceirização cresciam na gerência de serviços e na contratação dos profissionais de saúde, com ênfase para a adesão do modelo de gerenciamento por Organizações Sociais (OS), que vinha se ampliando desde os anos 90.

Somados aos problemas de gestão do trabalho no SUS estão as especificidades do trabalho em serviços de urgência. Esses serviços demandam profissionais com alta qualificação técnica, para assegurar atendimento oportuno e adequado. Ademais, há uma dinâmica própria de atividades, o ritmo de trabalho é acelerado e intenso, com alto risco de desgaste físico e emocional.

DRUCK *et al.*, (2016) propõem que o estrangulamento do funcionalismo público, substituído progressivamente pela terceirização, tem se tornado um indicador importante de precarização, assim como o número de terceirizados irregulares, ou seja, em funções que fazem parte da estrutura de cargos do funcionalismo público e que, pela legislação, não poderiam ser terceirizados, comprovado na fala do entrevistado a seguir:

Então você tem o presidente, a superintendência, a coordenação geral da UPA, o jurídico, a ouvidoria, a assessoria de comunicação, e quando chega na UPA, propriamente dita, a coordenação geral UPA, a coordenação de administração financeira, a coordenação médica, a coordenação de enfermagem com todos os seus, as suas áreas envolvidas (E4).

O estudo de Druck *et al.*, (2016) mostrou também que o número de profissionais terceirizados vem crescendo, gradativamente ano a ano e conclui: “A terceirização no serviço público é um fenômeno de fundamental importância para se compreender as transformações que o aparelho de Estado brasileiro vem passando desde meados dos anos 1990, notadamente no que diz respeito à condição atual e ao futuro do funcionalismo público”.

5.5 Política Nacional de Urgência e Emergência

A assistência hospitalar no Brasil não é uma realidade recente. Desde o Brasil Colônia, as Santas Casas foram as primeiras unidades hospitalares criadas, tinham como característica a dependência de subsídios advindos do governo da colônia, situação preservada até a primeira república (PAIM, 2009).

No decorrer da história da saúde brasileira até o século XX, e dentro de um contexto mundial, distintos eventos e situações levaram o modelo de saúde a uma formatação predominantemente assistencialista-médico-hospitalocêntrico. A partir de 2003 foram pautadas diversas estratégias governamentais destinadas à reestruturação do nível de atenção hospitalar, advindas do Plano de Reforma da Atenção Hospitalar (BRASIL, 2004).

Buscando melhorar a atenção às condições agudas e eventos de agudização das doenças crônicas, foi implantada no país a rede de atenção às urgências e emergências. No Brasil o MS, com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS, implantou redes temáticas prioritárias para o alcance desses objetivos. Dentre essas, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAU) se destaca, devido às situações clínicas envolvidas. Em julho de 2011, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600, reformulando a Política Nacional de Atenção às Urgências, de 2003 e, instituindo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAU) no SUS (BRASIL, 2013).

A RAU é uma complexa rede que atende a diferentes condições clínicas,

cirúrgicas e traumatológicas, composta por distintos pontos de atenção que direcionam diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência (BRASIL, 2013). Sua finalidade é articular e integrar todos os equipamentos de saúde do SUS, ampliando e qualificando o acesso integral dos usuários em situação de urgência. Essa rede preconiza a atenção às urgências em todos os níveis de atenção, contemplando a assistência desde a Atenção Primária à Saúde (APS); a atenção pré-hospitalar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e assistência hospitalar, assim como a atenção domiciliar (JORGE *et al.*, 2014).

O Componente da Atenção Hospitalar da RAU no SUS foi instituído pela Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 e está organizado por meio de portas hospitalares de urgência e emergência; enfermaria de retaguarda Clínica; unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados; leitos de terapia intensiva; organização das linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2011). Uma das estratégias prioritárias na RAU é a proposta de qualificar as portas hospitalares de urgência e emergência (BRASIL, 2013). A atenção à Urgência e Emergência merece evidência como um dos desafios a ser enfrentado pelo SUS, uma vez que sua ausência ou inadequação pode gerar incapacidade ou óbito do indivíduo (BRASIL, 2002).

Questões como mudanças demográficas e aumento populacional com conseqüente maior número de acidentes, contribuem para a intensificação da demanda por serviços de saúde, em especial os de urgência, indicando sua fundamental estruturação pela gestão da saúde (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

No Brasil, a magnitude de um sistema de Urgência e Emergência (UE) foi anunciada pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 2048 (2002), que instituiu princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, normas e critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços (BRASIL, 2002). Dentro dessa concepção, foi estabelecido que cada estado organizaria seu sistema de UE, cuja estruturação seria fundamental a execução dos princípios do SUS (BRASIL, 2002).

Para Torres, Belisário e Melo (2015) a concretização dessa proposta pressupunha que o sistema de UE seria organizado sob a forma de rede e esta incorporaria serviços de diversas complexidades. Para os autores a atenção às

urgências ascendeu na agenda política, foi reiterada a promessa de credenciamento de leitos hospitalares com apoio financeiro, seguiu-se à publicação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e de Regulação do SUS, Pacto de Gestão, reformulação dos critérios de participação complementar (das instituições privadas ou sem fins lucrativos) no âmbito do SUS.

Conforme refere Machado *et al.* (2016) “ o desenho abrangente da Política Nacional de Atenção às Urgências, como também sua implantação se caracterizou pela expansão de serviços específicos, marcada por três momentos: 1998-2002 – regulamentação inicial; 2003- 2008 – ênfase nos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); a partir de 2009 – ênfase nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como componente fixo da atenção pré-hospitalar às urgências”.

O documento do CONASS (Brasil, 2015) expõe que “as UPA têm o objetivo de diminuir as filas nas emergências dos hospitais. Segundo Ministério da Saúde, onde as UPA 24h já estão em funcionamento, a necessidade de o paciente buscar atendimento em hospital foi reduzida em 96%. A implantação das unidades, classificadas em três diferentes portes, privilegia regiões metropolitanas com, no mínimo, 50 mil habitantes”. “A primeira UPA nasceu em janeiro de 2010”, conforme relato de um entrevistado: “A UPA foi inaugurada em 2010, desde então eu estou aqui” (E6).

Outras 13 foram inauguradas nos dois anos seguintes. De acordo com o CONASS em uma lógica de intermediação da U/E de média e alta complexidade com os prontos-socorros dos grandes hospitais, para Pernambuco foi idealizado, à época, um desenho de “Cinturão da Saúde” contornando a capital, com o braço norte e o sul, cada qual servido por três UPA e um hospital metropolitano de referência (BRASIL, 2015).

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e são implantadas em locais estratégicos para a configuração da Rede de Atenção às Urgências, com Acolhimento e Classificação de Risco em todas as unidades, seguindo as especificações de estrutura física estabelecidas pelo Ministério da Saúde e em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Conforme estabelece a Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017 que redefine as

diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências em seu artigo Art. 2º (BRASIL, 2017):

- I - UPA 24h: estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da RAU;
- II - UPA 24h Nova: UPA 24h construída com recursos de investimento federal;
- III - UPA 24h Ampliada: UPA 24h construída, a partir do acréscimo de área com adequação física dos estabelecimentos de saúde denominados Policlínica; Pronto Atendimento; Pronto Socorro Especializado; Pronto Socorro Geral; e, Unidades Mistas, já cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- IV - Gestor: Chefe do Poder Executivo estadual, distrital ou municipal ou Secretário de Saúde estadual, distrital ou municipal;
- V - Classificação de Risco: ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes;
- VI - Acolhimento: diretriz da Política Nacional de Humanização - PNH que determina o cuidado do paciente que envolva a sua escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização; e
- VII - Segurança do Paciente: é a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde, para um mínimo aceitável.

Nesse contexto as UPA desempenham importante papel no atendimento de média complexidade, e contribuem assim para a menor demanda por atendimento em hospitais de grande porte. Tais unidades são porta de entrada para os serviços de alta complexidade podendo, em casos necessários, encaminhar o usuário do sistema à internação hospitalar ou redirecioná-lo para a atenção básica (SILVA et al., 2012).

6 CAMINHO METODOLÓGICO

Considerando a proposição deste estudo, exporemos nos tópicos em seguida o caminho metodológico a ser percorrido.

6.1 Desenho do estudo

A pesquisa realizada foi caracterizada como um estudo de caso único, com distintas unidades de análise, documental, qualitativo, do tipo descritivo-exploratório, com entrevistas semiestruturadas, que analisou como funciona a gestão do trabalho de três Unidades de Pronto Atendimento do Estado. A utilização do estudo de caso foi indicada devido à possibilidade de um maior aprofundamento sobre o modelo de gestão adotado no Estado e suas repercussões. Sendo ele um estudo empírico que investigou um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidências (YIN, 2005).

Segundo Tobar e Yalour (2001), o estudo de caso é aquele circunscrito a poucas unidades de análise como pessoas, famílias, comunidades, regiões e países. Por ser aplicado a poucas unidades de análise, sua riqueza não se encontra na extensão, mas na profundidade deste tipo de pesquisa. Os autores relatam, além disso, que a pesquisa exploratória é realizada em áreas sobre as quais há escasso ou nenhum conhecimento sistematizado, ela não parte de nenhuma hipótese e sim propõe, ao final do estudo, novas hipóteses. Sendo ainda uma das vantagens da pesquisa documental a forma elaborada do conteúdo e o fato de uma vez estando acessível ao pesquisador, o documento se encontra disponível para ser analisado.

Por ser descritiva e documental, expõe peculiaridades e fenômenos de uma dada população, sendo realizada com base em documentos como regulamentos, circulares, registros, legislação e outros, buscou ainda identificar informações significativas para a análise da política de gestão do trabalho em saúde praticada nas unidades estudadas.

Para Yin (2005), o estudo de caso pode ser empregado como estratégia de pesquisa, em diversas situações, nas quais se incluem: política, ciência política e pesquisa em administração pública; sociologia e psicologia comunitária; estudos organizacionais, gerenciais e outros. Gil (2008) refere que o estudo de caso vem

sendo utilizado com frequência cada vez maior pelos pesquisadores sociais. O autor afirma que, pesquisas desse tipo têm como primordial objetivo a descrição das características de uma população determinada ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.

Segundo Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis, é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade (MINAYO, 2002).

A pesquisa qualitativa, ainda de acordo com Richardson (1989), possibilita descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de determinadas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais contribui no processo de mudança de determinado grupo e possibilita em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Perez e Navarete (2008) corroboram com essa afirmação quando declaram que a pesquisa qualitativa é capaz de identificar a existência de múltiplas realidades, portanto, os conhecimentos desenvolvidos são também múltiplos, reconhecendo a variedade de perspectivas dos diferentes atores sociais.

Tais metodologias foram escolhidas para o presente estudo, entendendo-se tratar da melhor forma de buscar a compreensão das relações estabelecidas entre as políticas e práticas de Recursos Humanos presentes em UPA no SUS e a capacidade de resposta dessas às demandas de assistência da média complexidade. Durante a pesquisa de campo foram aprofundados dados dos setores de recursos humanos das unidades, além de toda estrutura gestora e área de cobertura a partir do perfil das unidades.

6.2 Área do estudo

O estudo foi realizado no Estado de Pernambuco situado na Região Nordeste, limitando-se ao Norte com a Paraíba e o Ceará, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste e ao Sul com o Piauí, a Bahia e Alagoas. O Estado está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife - RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 Regiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2012).

A figura 1 ilustra a distribuição dessas regiões de saúde. O Estado possui uma extensão territorial de 98.146,32 km², sendo dividido em 184 municípios e um distrito estadual (Fernando de Noronha). Com relação ao porte dos municípios, observa-se que 81% são considerados de pequeno porte, 12,4% de médio porte, 5,9% de grande porte e uma metrópole (PERNAMBUCO, 2012).

A figura 2 ilustra a distribuição dos municípios de acordo com o porte populacional. De acordo com o Censo 2010, a população pernambucana foi de 8.796.448 habitantes, naquele ano, sendo composta de 4.230.681 (48,10%) homens e 4.565.767 mulheres (51,90%) (PERNAMBUCO, 2012). O Estado tem sua disposição territorial da saúde organizada segundo a lógica da regionalização, com 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), 04 macrorregiões e 11 microrregiões de saúde.

Dados do SUS em Pernambuco indicam que: cerca de 7,5 milhões de usuários (88% da população); 3.277 unidades pertencentes às esferas federal (8), estadual (88) e municipal (3.181); 19 mil leitos, sendo 4.789 mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde; a produção anual do SUS no Estado: 40 milhões de procedimentos ambulatoriais, 600 mil internações e 150 mil partos.

Figura 1- Regiões de saúde em Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2012)

Caracterização do Estado de Pernambuco de acordo com o porte populacional.

Figura 2 -Municípios de acordo com o porte populacional



Fonte: Pernambuco (2012)

Abaixo o quadro com as - Unidades de Pronto Atendimento de Pernambuco:

Quadro 1 - Unidades de Pronto Atendimento, setembro, 2017.

UNIDADES DE SAÚDE	GESTÃO	LOCALIDADE
UPA – Gregório Lourenço Bezerra	Imip Hospitalar	Olinda
UPA – Honorata de Queiroz Galvão	Imip Hospitalar	Igarassu
UPA – Geraldo Pinho Alves	Imip Hospitalar	Paulista
UPA – Maria Esther Souto Carvalho	Instituto Pernambucano de Assistência à Saúde (Ipas)	Imbiribeira
UPA – Escritor Paulo Cavalcanti	Fundação Manoel da Silva Almeida	Caxangá
UPA - Professor Fernando Figueira	Imip Hospitalar	São Lourenço da Mata
UPA – Dulce Sampaio	Santa Casa de Misericórdia	Torrões
UPA – Médico Fernando de Lacerda	Hospital Tricentenário	Curado
UPA – Wilson Campos	Imip Hospitalar	Barra de Jangada
UPA – Carlos Wilson	Imip Hospitalar	Jaboatão dos Guararapes
UPA – Dr. Horácio Florêncio	Imip Hospitalar	Caruaru
UPA– Deputado Francisco Julião	Imip Hospitalar	Cabo de Santo Agostinho
UPA– Solano Trindade	Fundação Manoel da Silva Almeida	Nova Descoberta
UPA – Pediatra Zilda Arns	Hospital Tricentenário	Ibura
UPA – Dr. Emanuel Alírio Brandão	Imip Hospitalar	Petrolina

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados da Secretaria da Saúde – PE, setembro de 2017.

A Secretaria administra diretamente 57 centros de atendimento médico, entre hospitais, 15 UPA (Quadro1, pág.61) e 9 UPAE geridas por diversas OSS, sendo esses coordenados pela Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde (SEAS), além de 29 unidades da Farmácia de Pernambuco. A rede ainda conta com o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (Lafepe),

Laboratório Central de Pernambuco (Lacen), Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope), Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), Central de Transplantes, Programa Nacional de Imunização e Serviço de Verificação de Óbito (SVO), Quadros 2 e 3 abaixo.

Quadro 2 - Unidades Hospitalares geridas pela Secretaria Estadual de Saúde, março, 2019.

UNIDADES DE SAÚDE	LOCALIDADE
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES	I GERES
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA	I GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA	I GERES
HOSPITAL COLONIA VICENTE GOMES DE MATOS	I GERES
HOSPITAL COLÔNIA ALCIDES CODECEIRA	I GERES
HOSPITAL CORREIA PICAÇÃO	I GERES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO	I GERES
HOSPITAL DOM MALAN	INTERIOR
HOSPITAL DOM MOURA	INTERIOR
HOSPITAL E POLICLINICA JABOATÃO DOS PRAZERES	I GERES
HOSPITAL ERMÍRIO COUTINHO	INTERIOR
HOSPITAL GERAL DE AREIAS	I GERES
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS	I GERES
HOSPITAL JESUS NAZARENO	INTERIOR
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS	I GERES
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENOM MAGALHÃES	INTERIOR
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	INTERIOR
HOSPITAL REGIONAL DOUTOR SILVIO MAGALHÃES	INTERIOR
HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA	INTERIOR
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA	INTERIOR
HOSPITAL REGIONAL INÁCIO DE SÁ	INTERIOR
HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALSA	INTERIOR
HOSPITAL REGIONAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA	INTERIOR
HOSPITAL RUI DE BARROS CORREIA	INTERIOR
HOSPITAL SÃO LUCAS	I GERES
HOSPITAL ULYSSES PERNAMBUCANO	I GERES
SANATÓRIO PADRE ANTÔNIO MANUEL	I GERES
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE – MIGUEL ARRAES DE ALENCAR	I GERES
HOSPITAL METROPOLITANO OESTE – PELÓPIDAS SILVEIRA	I GERES
HOSPITAL METROPOLITANO SUL – DOM HELDER CAMARA	I GERES

FONTE: Elaborado pela autora a partir dos dados da Secretaria da Saúde – PE, março de 2019.

Quadro 3 - Serviços geridos pela Secretaria Estadual de Saúde, março, 2019.

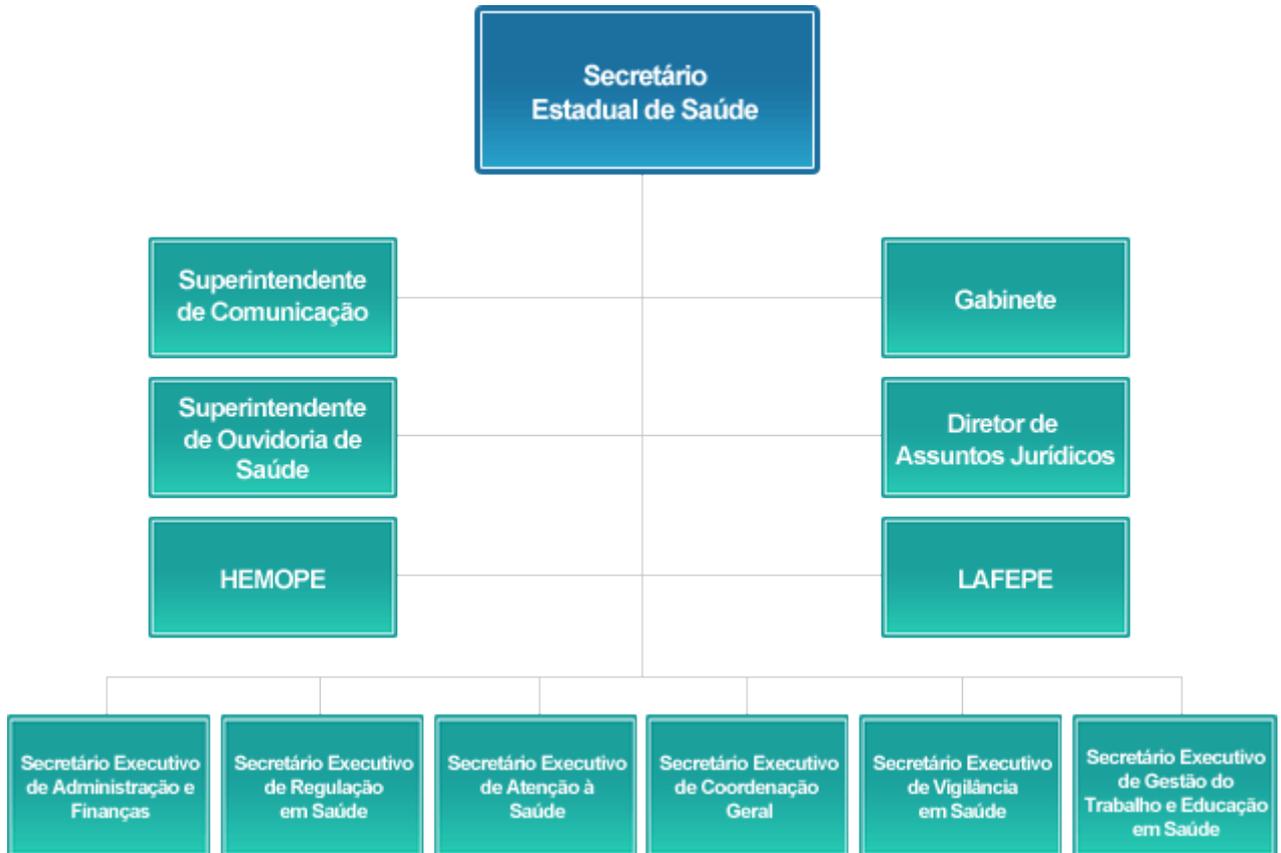
UNIDADES DE SAÚDE	LOCALIDADE
CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR	I GERES
CENTRAL DE TRANSPLANTES DE PERNAMBUCO	I GERES
CENTRO DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA - CEATOX	I GERES
COORDENAÇÃO DE AUDITORIA	I GERES
LABORATÓRIO DA MULHER DRA MERCÊS PONTES CUNHA	I GERES
LABORATÓRIO II GERES	INTERIOR
LABORATÓRIO V GERES	INTERIOR
LABORATÓRIO VIII GERES	I GERES
LACEN	I GERES
SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE OBITOS	I GERES
UNIDADE DE TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO	I GERES
FUNDAÇÃO HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE PERNAMBUCO-HEMOPE	I GERES
AGÊNCIA PERNAMBUCANA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - APEVISA	I GERES

FONTE: Elaborado pela autora a partir dos dados da Secretaria da Saúde – PE, março de 2019.

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) é o órgão gestor do Sistema Único de Saúde no Estado, fundada em 1949, por mais de 40 anos funcionou na Boa Vista, no Centro da Capital (PERNAMBUCO, 2017c). De acordo com Decreto do Governador Nº 36.622 de 08/06/2011 a Secretaria de Saúde, órgão integrante da Administração Direta do Poder Executivo, tem por finalidade planejar, desenvolver e executar a política sanitária do Estado; orientar e controlar as ações que visem ao atendimento integral e equânime das necessidades de saúde da população; exercer as atividades de fiscalização e poder de polícia de vigilância sanitária; e coordenar e acompanhar o processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2011). Localizada no Bairro do Bongi (zona oeste do Recife) desde 2010, a SES/PE é o maior órgão do Governo do Estado e a segunda maior secretaria estadual de saúde do Brasil, atrás apenas da pasta similar do Rio de Janeiro.

A seguir, figura 3 com Estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE).

Figura 3 - Estrutura Organizacional da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE)



Fonte: Pernambuco (2012)

Em média, mais de 30 mil trabalhadores atuam na SES/PE, dos quais 26 mil, aproximadamente, são efetivos (1,5 mil lotados no Nível Central). As unidades e órgãos vinculados à SES estão distribuídos em 12 Gerências Regionais de Saúde e beneficiam, com seus serviços, 7,5 milhões de pernambucanos – aproximadamente 88% da população do Estado – que têm no SUS seu único plano de saúde (PERNAMBUCO, 2017b).

6.3 População do estudo

O objeto do estudo foi a Gestão do Trabalho e o seu desenvolvimento em Unidades de Pronto Atendimento gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde no Estado de Pernambuco, sendo esse gerenciamento monitorado pela Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS) subordinada

à Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS). Nossas entrevistas foram realizadas com 8(oito) participantes, que concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE antes do início da entrevista.

As entrevistas realizadas durante o estudo foram classificadas conforme quadro a seguir:

Quadro 4 - Entrevistados nas Unidades de Pronto Atendimento e SES/PE, novembro, 2018.

Entrevistas	Unidade
Entrevista 1	UPA 1
Entrevista 2	UPA 1
Entrevista 3	UPA 1
Entrevista 4	UPA 2
Entrevista 5	UPA 2
Entrevista 6	UPA 3
Entrevista 7	UPA 3
Entrevista 8	SES

Fonte: Elaborado pela autora com dados da pesquisa. Novembro, 2018

Foi analisada a gestão do trabalho em saúde desenvolvida nessas unidades considerando as fases realizadas na rotina organizacional das mesmas, observando o recrutamento e seleção, admissão, designação e avaliação, realizados.

A seleção das unidades estudadas foi intencional, de acordo com as questões de interesse do estudo de caso.

Critérios de inclusão:

- a) UPA gerenciadas por OSS distintas, sendo 2 em Recife e 1 no interior do Estado, para que pudessemos visualizar realidades e perfis assistenciais diversos;
- b) Gestores de saúde das UPA e da SES, entrevistados para a realização da pesquisa qualitativa sobre a compreensão da Política e desenvolvimento da Gestão do Trabalho. Foram incluídos gerentes dos recursos humanos, e gestores da Secretaria Estadual de Saúde lotados na Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS), na SEGTES e na Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS), totalizando 8 gestores, convidados para a participação nas

entrevistas e que assinaram o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TLCE).

Critérios de exclusão:

- a) UPA gerenciadas por mesma OSS;
- b) Não fazer parte da equipe de Gestão do Trabalho das unidades selecionadas;
- c) Não aceitar participar da pesquisa.

6.4 Período do estudo

Para o desenvolvimento do estudo foram coletados dados secundários dos contratos e relatórios de gestão das unidades selecionadas para a pesquisa e legislação que regulamenta os contratos de gestão por OSS, referentes ao período de janeiro de 2010 até 2018, e foram também analisadas informações concernentes à gestão do trabalho desde a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado.

6.5 Coleta de dados

A opção pelo período anteriormente indicado considerou o ano em que as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) passaram a integrar a Rede Estadual de Urgência e Emergência em Pernambuco. Os dados foram coletados por meio de observação direta, pesquisa documental e bibliográfica, além de realização de entrevistas semiestruturadas para os gerentes de pessoas e gestores das UPA, e gestores da Secretaria Estadual de Saúde lotados na, Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS) pertencente à Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS) e na SEGTES. As entrevistas foram realizadas durante o período de setembro a dezembro de 2018 com os gestores das Unidades respectivamente selecionadas.

6.6 Entrevistas

As 8 (oito) entrevistas semiestruturadas, pré-agendadas, realizadas com os

sujeitos da pesquisa, gestores das UPA Caruaru, gerida pelo IMIP; UPA Caxangá gerida pela Fundação Manoel da Silva Almeida; UPA Torrões gerida pela Santa Casa de Misericórdia e da SES/PE, ocorreram no período de setembro a dezembro de 2018. As entrevistas individuais buscaram a compreensão da Política e do desenvolvimento da Gestão do Trabalho nas UPA selecionadas. Essas foram nomeadas por ordem de realização, então a primeira entrevista foi denominada por ordem numérica, e assim conseqüentemente até a finalização da pesquisa. As entrevistas foram gravadas em equipamento digital e posteriormente transcritas e analisadas pela pesquisadora.

6.7 Pesquisa documental

Inicialmente a pesquisa documental foi realizada na legislação que trata da regulamentação das organizações sociais de saúde em Pernambuco, bem como da Lei Orgânica que disciplina a prestação de contas dos contratos de gestão firmados com OSS.

A segunda e última etapa consistiu na coleta de documentos referentes aos contratos de gestão firmados entre as organizações sociais e a SES/PE, como também dos relatórios de avaliação/monitoramento/auditoria realizados Diretoria Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS) pertencente à Secretaria Executiva de Atenção à Saúde (SEAS), além de notícias veiculadas na mídia.

Com a utilização da observação direta, pesquisa documental e bibliográfica, além de realização de entrevistas teve-se o cuidado de não analisar apenas uma fonte de dados, visto que dessa forma não há termo de comparação com outras, comprometendo assim a fidedignidade dos resultados encontrados.

6.8 Pesquisa bibliográfica

No decorrer do período da pesquisa foram identificadas e estudadas referências bibliográficas que pudessem contribuir com este estudo. Explorar e compreender o que foi escrito e publicado sobre o tema proposto e seus antecedentes, foi um processo incessante e de fundamental importância para a construção dessa dissertação, ademais que “a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no

fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002).

Ao recordar o trajeto do SUS vivido nos últimos anos, como também o caminho da administração pública, com destaque para a Reforma do Estado, comprovamos que diversos serviços públicos de saúde passaram a ser geridos por instituições privadas e nos debruçamos sobre os reflexos dessa ‘nova’ forma de gestão para os trabalhadores da saúde.

Artigos de periódicos também foram de grande peso para a pesquisa bibliográfica, visto que constituem a mais significativa e atualizada fonte para o meio científico. Propiciam eles informes dos resultados de pesquisas originais bem como, a preservação do padrão de qualidade na investigação científica.

Durante a investigação da literatura científica, foram empregados descritores listados nos Descritores em Ciências da Saúde-DeCS: trabalho, gestão de pessoas, parcerias público-privadas, organização social, urgência e emergência. Bases de dados como LILACS, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, foram pesquisadas com a mesma prática, inserindo termos de busca empregando o idioma português, visto tratar-se de um modelo de gestão adotado no Brasil.

Embora não façam parte do conjunto de descritores do DeCS, todavia listadas em outras pesquisas, artigos científicos e livros que tratam da temática em questão, utilizamos outras palavras-chaves em busca de bibliografia para esta pesquisa: gestão do trabalho, gestão do trabalho em saúde, trabalho em saúde, profissionais de saúde, organizações sociais de saúde.

Conforme relatado por nós anteriormente, Fernandes (2017) também declara acreditar que a escassez de materiais abordando o referido tema ocorra, possivelmente, por se tratar de um “fenômeno relativamente recente, contudo, aceleradamente crescente. Em muitos casos, já consolidado e apresentando-se como tendência”. A autora destacou ainda que estudos sobre gestão do trabalho em hospitais estaduais gerenciados por OSS são raros. Sendo encontrados nos bancos de dados pesquisados apenas três até o momento atual: em São Paulo, realizado por Duarte (2009); em Pernambuco alcançado por Santana (2015); em Goiás, por Barbosa (2010). Tal citação reitera o pioneirismo de nossa proposta ao estudar gestão do trabalho, em unidades de média complexidade, do SUS em Pernambuco.

Sendo assim, a pesquisa bibliográfica foi fundamental a esse estudo, possibilitando a contextualização política e histórica de todo o processo, elucidando

diversos pontos de vistas, viabilizando identificação, análise e analogia com pesquisas semelhantes. Portanto, esteve presente no decorrer de todo o estudo, desde o início até sua finalização.

7 ANÁLISE DOS DADOS

Buscando contemplar as categorias de análise e suas variáveis, para obtenção dos objetivos específicos do estudo, foi necessário lançar mão de duas formas de análise de dados: análise documental e análise de narrativa das entrevistas.

A análise documental buscou identificar, nas fontes utilizadas, informações relevantes para a compreensão do processo de gestão do trabalho em saúde, além de entender como está estruturado esse modelo de gestão adotado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Contemplando dessa forma os 1º e 3º objetivos específicos.

A narrativa pode ser definida segundo relatam Bastos e Biar (2015), “pré teoricamente, como o discurso construído na ação de contar histórias em contextos cotidianos ou institucionais, em situações ditas espontâneas ou em situação de entrevista para pesquisa social”. Para os autores “dados não falam por si, nem descrevem uma realidade”; o conhecimento produzido em campo é sempre produzido por um pesquisador, sendo ele próprio um ator social, que de acordo com suas experiências e contextos particulares, olha seu objeto de pesquisa por uma determinada perspectiva, construindo assim uma narrativa única.

As pessoas através da narrativa, para Lira *et al.* (2003), lembram de acontecimentos e colocam suas experiências em uma ordem sequencial jogando com a cadeia de episódios que constroem a vida individual e social. Ainda para Castellanos (2014) “as narrativas permeiam nossas vidas, em diferentes instâncias, em diferentes lugares, compondo a espessura do viver”. Conforme refere o autor:

As narrativas mantêm íntima relação com o domínio da cultura, uma vez que empregam sinais diacríticos (gráficos) do próprio sistema social/simbólico e que acionam formas narrativas culturalmente ordenadas, em que são delimitadas identidades, juízos morais, categorias classificatórias que orientam e conformam nossas experiências e interpretações sociais (CASTELLANOS, 2014).

As ciências sociais e humanas em saúde passaram a ser de grande interesse para os estudos narrativos, trazendo diversas formas de incorporar as contribuições desses estudos na pesquisa qualitativa em saúde (CASTELLANOS, 2014).

No escopo dos estudos da linguagem, as narrativas foram estudadas

pioneiramente por Labov e Waletzky (1968) em termos de sua estrutura e características formais. “Na abordagem laboviana, a narrativa é definida como forma de se recapitular discursivamente experiências passadas a partir de uma articulação sequencial de orações”, essa técnica foi empregada para alcançar o 2º objetivo específico. Labov identificou funções estruturantes dirigidas não apenas à análise interna da narrativa, como também a sua dimensão avaliativa.

Para Castellanos (2014), a narrativa é uma ação social e deve ser analisada dentro dos contextos específicos de interação em que é produzida, bem como levando-se em consideração as relações de poder e de distribuição social dos capitais envolvidos nos contextos narrativos. As narrativas colocam em destaque os contextos de produção e os processos de legitimação de diferentes interpretações inscritas nos contextos sociais onde são produzidas. “É importante reconhecer que boas narrativas também podem ser geradas em entrevistas em profundidade ou semiestruturadas” (CASTELLANOS, 2014).

8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado em conformidade com os itens da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, do MS, que estabelece as normas para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos. Considerou a Resolução do CNS 510 de 07 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os e os existentes na vida cotidiana.

Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/IAM) da Fiocruz e aprovado sob o parecer nº 2.809.356, com a finalidade de garantir que sua realização ocorresse respeitando a integridade física e moral dos participantes, o sigilo das informações geradas através dos dados primários e secundários utilizados durante o estudo.

Foram incluídas todas as pessoas elegíveis que aceitaram participar da pesquisa e que, após serem informados sobre a pesquisa, seus principais objetivos e importância do estudo para o sistema de saúde, concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A). As informações coletadas foram armazenadas em absoluto sigilo e os dados obtidos utilizados apenas para fins de pesquisa científica.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nossas entrevistas foram realizadas com 8(oito) entrevistados, que concordaram em participar do estudo e assinaram o TCLE antes do início da entrevista. Acabamos por entrevistar em uma das unidades pesquisadas 1 gestor a mais, entretanto em outra unidade “perdemos” um entrevistado que achou, por motivos próprios, que não poderia contribuir com a entrevista, totalizando ao final 8(oito) entrevistas. As narrativas foram ouvidas pela pesquisadora e transcritas *ipsis litteris* pela mesma, os entrevistados eram todos funcionários das UPA, exceto o representante da SES/PE, sendo dois de nível técnico e os demais com nível superior completo. Os resultados e discussão foram desenvolvidos levando em consideração os objetivos específicos, discorreremos assim, sobre eles, nos tópicos que seguem.

9.1 Contextualizando o cenário política, social e econômico, em que ocorreu a implantação das UPA em Pernambuco

A partir dos anos 1990, diante dos dinâmicos processos de transição demográfica e epidemiológica, com o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas e degenerativas, da explosão da violência urbana nos municípios de médio e grande porte e o incremento acentuado de acidentes em rodovias estaduais e federais; a assistência hospitalar regionalizada passa a ser a primeira referência para causas externas, agravos agudos e eventos agudos de doenças crônicas.

Entre as redes de atenção prioritárias do Ministério da Saúde, segundo relata Marques (2014) “[...] a RAU foi constituída considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a”, a um serviço, devidamente referenciado, de maior complexidade, em um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências como elos de uma rede de manutenção da vida.

Nas grandes cidades do país os índices de violência vêm aumentando como um dos reflexos do crescimento desordenado e da falta de planejamento frente às demandas da vida moderna, atrelado a isso o crescimento e envelhecimento populacional. O aumento do número de acidentes de trânsito e as doenças crônicas

da atualidade resultou em uma sobrecarga de atendimentos e superlotação nas emergências dos grandes hospitais. A média complexidade ao longo dos últimos 20 tornou-se um nó crítico da assistência no SUS, era necessário o investimento nesse elo da Rede de Atenção à Saúde para que tal segmento da população, nas metrópoles e regiões metropolitanas, fosse minimamente assistido.

Recordemos um pouco da trajetória de criação e articulação do arcabouço jurídico e de organização da Rede de Urgência no Brasil desde então. Em 05 de novembro de 2002 o Ministério da Saúde divulgou a Portaria nº 2048/2002, aprovando o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência que instituiu princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, normas e critérios de funcionamento e a classificação e cadastramento de serviços (Brasil, 2002). Já em 29 de setembro de 2003 foi publicada a Portaria n.º 1.863/GM, instituindo a Política Nacional de Atenção às Urgências; quando foi publicada também a Portaria n.º 1.864/GM, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – Samu 192, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde. No ano de 2004 foi ainda publicada a Portaria GM nº 1.828, que estabelecia incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional, estruturando essas Centrais para seu pleno suporte e funcionamento dentro da Rede.

Em seu livro, *Redes de Atenção à Saúde*, Mendes (2011) refere:

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma conseqüente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Ainda cita o autor que a solução aplicada tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias.

Silva *et al.* (2012) declara em seu artigo que trata da RUE em Pernambuco: A superlotação e seu impacto negativo para os pacientes retrata um motivo de crítica ao modelo assistencial à saúde no Brasil, e causa, como conseqüência, problemas de difícil gerenciamento. Da mesma forma a autora menciona “As médias e grandes regiões metropolitanas têm optado pela organização de uma rede assistencial às urgências através da atenção básica seguindo as Políticas Nacionais de Atenção às

Urgências (PNAU) e de Humanização (PNH). ”

Em Pernambuco as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) tiveram sua inserção na rede estadual de saúde em janeiro de 2010. “O programa foi implantado para preencher a carência de atendimento de emergência de média complexidade no SUS, atuando em conjunto com as equipes de Saúde da Família (ESF) e as policlínicas municipais, as UPA ajudaram a desafogar as grandes emergências com um atendimento rápido, de qualidade e humanizado” (PERNAMBUCO, 2017a).

O processo de implantação das UPA em PE, para Mello e Ribeiro (2015), teve início no período de reorganização da Rede de Atenção às Urgências (RAU), por conseguinte a implantação das UPA pode ser compreendida, na opinião dos autores, apenas no contexto dessa Rede.

Segundo a SES/PE as UPA funcionam 24h por dia e podem dispor das especialidades de Ortopedia, Clínica médica, Pediatria e Odontologia, ofertadas de acordo com o perfil de cada região. Sua estrutura compreende consultórios, área de acolhimento com classificação de risco, leitos de enfermaria (alguns destinados à estabilização de casos graves) e salas de raio-x e inalação coletiva (nebulização) conforme relato de um entrevistado:

Então a gente procura ouvir, a ortopedia mesmo, eles me pediram, eu fiz uma revisão de todo o material deles. Compramos todo o material novo e adequado, de acordo com as especificações que eles pediram [...] na unidade, quando a gente entrou o laboratório era feito fora, externo, eles pediram um laboratório interno. Então um exame que passava 5 horas pra ter o resultado, a gente tem em 1 hora e meia a duas. Temos um laboratório dentro da unidade (E4).

As unidades estão equipadas, como mencionam Mello e Ribeiro (2015), para realizar exames laboratoriais básicos e RX simples; bem como outras necessidades especializadas. A sala vermelha, relatam os autores, é destinada ao suporte de emergências, incluindo medicação vasoativa, desfibrilador e ventilação mecânica. Para a retaguarda de pacientes estabilizados que ficam em observação por até 24 horas há a sala amarela, divididas em leitos ambientes adultos masculinos e femininos e pediátrico.

Existem ainda alguns vazios assistenciais e outras áreas de grande concentração de serviços, apesar dos investimentos na descentralização, caracterizando uma distribuição variável na rede. No tocante ao perfil administrativo, as UPAs foram implantadas no estado já seguindo o modelo de “contratos de gestão”

em parceria com Organizações Sociais de Saúde (OSS).

9.2 Descrevendo o processo de gestão do trabalho em saúde e seus preceitos gerais no SUS comparando com as práticas encontradas nas Unidades de Pronto Atendimento

Segundo Machado *et al.* (2016) “a inauguração acelerada das UPA, sob indução normativa e financeira federal, exigiu a contratação de muitos profissionais, expressando desafios gerais da gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), como dificuldades de fixação, remuneração e desigualdades na distribuição, principalmente de médicos”. Esse fenômeno, para o autor, se deu diante de um contexto de aumento das formas de terceirização na gerência de serviços e na contratação dos profissionais de saúde, com ênfase para a adoção do modelo de Organizações Sociais (OS), proposto no âmbito da Reforma do Estado dos anos 1990 e expandido durante os anos 2000.

As particularidades do trabalho em serviços de urgência são acrescidas aos problemas de gestão do trabalho no SUS esses serviços requerem profissionais com alta qualificação técnica, para a garantia de atendimento oportuno e adequado. Além disso, têm uma dinâmica própria de atividades, caracterizada pelo trabalho em ritmo acelerado e intenso, com alto risco de desgaste e sofrimento (MACHADO, 2016).

Para Bastos (2005) estudar histórias contadas é uma maneira de compreender a vida em sociedade, para ela, na atividade de narrar, nós mostramos quem somos e tecemos relações com o mundo ao nosso redor.

Frente à análise de narrativa das entrevistas realizadas, pudemos constatar que a **gestão do trabalho** nas UPA do Estado segue os princípios adotados em empresas do setor privado, tal como nas OSS. Os trabalhadores que pleiteiam uma vaga se cadastram no site da OSS e quando há necessidade são chamados pelo setor de Recursos Humanos para participar de um processo seletivo, junto a outros candidatos, que pode constar de prova de conhecimento técnico, bem como entrevista. Isso pode ser comprovado em algumas falas dos entrevistados que trata de **Política de Recursos Humanos** instituída:

Sim, nós temos um manual, que temos que seguir, que esse manual ele é remetido lá pelo Estado pra gente e que lá tem todas as normas de turnover e de tudo o mais. Essa política de RH, ela rege, também, a da OSS que está

gerindo, que em nosso caso, é a (OSS) (E1).

Sim, nós temos um fluxo pra contratação, no caso o meu de profissional né? Mas todos eles passam por esse processo, o médico, o enfermeiro, o técnico. Ele cadastra, como os outros também profissionais, assistente sociais, recepcionistas. Cadastram o currículo pelo site, então quando eu preciso, eu faço um formulário de requisição de vaga.

[...] e o RH vai selecionar os médicos, entrevista e manda todos pra mim, a análise da psicologia de lá... Aí eu analiso, chamo todos pra entrevista, entrevisto, sinalizo pra eles qual se adequou mais ao perfil e eles dão andamento na seleção à contratação (E2).

Existe, existe uma política de RH, que já tava(estava) até estruturada quando eu cheguei aqui né [...] eu iniciei em fevereiro, tem pouco tempo, mas essa política já existia e ela se aplicava tanto à UPA, quanto às demais unidades da (OSS) de forma geral(E3).

Observamos que **não há Política de Recursos Humanos estruturada conforme regem os preceitos do SUS nas unidades estudadas**. Cada unidade gerida por OSS distinta tem sua política própria e não existe um monitoramento desses processos, como também previstos nas políticas institucionais do sistema, isso é demonstrado na fala seguinte:

Hoje a Diretoria não tem é [...] acompanhamento direto na Política de Gestão do Trabalho que é feito pelas unidades ou pela Organização Social, internamente entre a Organização Social e as unidades que elas têm sob Gestão, as Unidades Estaduais que estão sob gestão dela, **a gente não faz o acompanhamento direto** (E8).

Segundo Pierantoni (2004) **o planejamento e o gerenciamento de recursos humanos da saúde são pontos essenciais para o equacionamento dos problemas relacionados aos indicadores de saúde negativos de alguns países**, de maneira particular aqueles que têm baixa implementação dessas políticas setoriais.

Quando questionados sobre sua percepção acerca da gestão do trabalho na unidade, seguem os pontos de vista relatados:

Nós temos todas as plaquinhas de identificação muito bem posicionadas, nós temos um pop de cada funcionário, quando ele ingressa na nossa instituição ele, ele passa a 1ª semana colada com uma funcionária mais antiga e ele recebe um popzinho com todas as atribuições que ele deve fazer, isso facilita muito. Então a gente tem um perfeito andamento da unidade [...] Então, a boa sinalização éhh os trâmites e os processos muito bem introduzidos na cabeça de cada funcionário faz com que as normas de procedimentos, elas sigam, que o trâmite siga, da melhor forma possível e a gente faz com que a população éhh aceite melhor, né?! (E1).

Veja, é[...] a UPA tem muita oportunidade, é uma unidade que funciona dia e noite, o quantitativo de pessoas que trabalham lá é grande, temos mais de 250 pessoas trabalhando na UPA XX, é muita gente! Ela funciona dia e noite,

não pára. Eu vejo ehh os coordenadores, a gente tem coordenador de enfermagem, tem coordenador médico, tem coordenador geral, na UPA né?! E um coordenador administrativo; eu vejo eles muito abertos, ao trabalho, certo?! Ao nosso trabalho; tudo que eles vão fazer o que eles precisam, eles tão o tempo todo conosco, em contato, ou eles vem aqui, ou a gente vai lá também, tem essa presença e aí eu percebo que é um trabalho que eles valorizam, tanto que muitas vezes eles tão o tempo todo querendo passar demanda e a gente tá agora com um trabalho de ó, não é o RH não o problema é de vocês, quem gere os funcionários são vocês. E capacitando os gestores, aí eles vêm fazem treinamento, a gente conversa com eles e tal, existe uma abertura, existe um acreditar, que é importante pra que a gente faça o trabalho né?! Seria isso (E3).

Ah, eu acredito que houve realmente um crescimento, então é[...] a gente tem muita preocupação com a satisfação do funcionário, porque a gente acredita que se o funcionário trabalhar satisfeito, não é?! Porque você só dá o que você tem, não é?! (risos). Você não dá o que você não tem, então se você trabalha de forma satisfeita, isso vai ter um reflexo muito grande na população e a população lhe dá um retorno [...] A gente tem um médico do trabalho que acompanha, tem a segurança do trabalho, então a gente tem essa preocupação com o funcionário. [...] Direito é direito não tem problema, quando você precisa de ajuda é bem interessante, a gente tem um retorno (E4).

Então, a partir do momento que a gente fez essa implantação do *Compliance* onde tem todas as regras, todas as normas, tudo que deve ser seguido, tudo que deve ser feito na instituição, isso ajudou bastante! E também a gente agora teve a vinda do e-social e então com o e-social, a gente teve que se organizar mais ainda pra puder a gente atender todas as exigências. Então hoje, eu lhe digo! A gente tá muito mais organizado! Bem mais estruturado mesmo! Porque a gente teve que se adequar a tudo que vem acontecendo e essas coisas que vão acontecendo, e o e-social foi um dos porque a gente tem que tá com tudo bem direitinho, bem redondinho(E6).

De acordo com Carvalho *et al.* (2013) “ao se analisar, historicamente, as políticas de saúde voltadas à gestão e ao planejamento da força de trabalho no contexto pós-constitucional, é possível identificar que o Estado se omitiu das questões relacionadas aos trabalhadores de saúde que compõem o SUS – desde a formação até a distribuição desses trabalhadores pelo sistema de saúde, mediante as necessidades prioritárias e os direitos sociais e de saúde conquistados pela população e indicados regularmente em todas as conferências de saúde”.

Ainda inferem os autores que o agravamento dos problemas envolvendo a Força de Trabalho em Saúde, é resultado da coexistência de situações recentes, à saber, as formas de contratação, tipos de vínculo e mecanismos de remuneração, sendo reflexo das mudanças ocorridas no mundo e na América Latina, nas décadas anteriores, como a deficiência de pessoal qualificado, a distribuição desigual da força de trabalho no país, o desequilíbrio entre a oferta e a demanda nos serviços públicos de saúde. No tocante ao planejamento, rotatividade do profissional, tipos de vínculo,

incentivo à qualificação, avaliação do desempenho, carreira, negociação, e remuneração identificamos nas entrevistas os relatos a seguir:

O planejamento engloba bastante coisa, nós temos um planejamento orçamentário, que não seria de pessoas mas que todos os seus integrantes em seu departamento, fazem e aí a gente termina compilando tudo isso e faz o orçamento prévio com 3 meses, a gente tá trabalhando nisso, 3 meses de antecedência do mês ou do exercício que está por vir né?! Esse é o planejamento orçamentário, esse mostra toda a nossa previsão de substituição de pessoas. Porque isso gera custo e também tem que estar contemplado no orçamento é[...] aumento de quadro, a questão de treinamento [...] tudo isso é, de forma minuciosa, planejado no ano(E1).

A gente tem um planejamento no sentido de é[...] nós fazemos o processo seletivo e aí depois disso nós fazemos a avaliação de experiência dele, éhh o gestor, a gente lá na UPA tem uma área de treinamento, então, a gente tem uma enfermeira na educação permanente na UPA. Então elas fazem os treinamentos para desenvolvimento desses colaboradores pra que eles realizem bem as atividades [...] Veja, eu vejo como muito importante o planejamento, até porque o caso da UPA é uma unidade muito intensa, então a sensação é que tá tudo mundo muito correndo o tempo todo, principalmente porque não param de chegar pacientes, e a gente quer prestar um serviço de qualidade [...] Então lá, tudo que a gente vai fazer tem que ser muito bem planejado porque senão a gente não consegue, vamos dizer assim, parar um pouco a rotina pra poder executar o trabalho, que também é importante, de gestão das pessoas(E3).

Para Bastos e Biar (2015) analisando histórias podemos alcançar e aprofundar inteligibilidades sobre o que acontece no contexto social, compondo problematizações diversas sobre a natureza situada e interacional dos dados gerados em campo, tendo em vistas que as análises são de natureza qualitativa e interpretativa, voltadas, como dito anteriormente, para os acontecimentos da vida social. Como também tem sido destaque, na atualidade, as narrativas oriundas de entrevistas, semiestruturadas ou abertas, formuladas de maneira a estimular esse aflorar de relatos. Quanto à rotatividade do profissional encontramos os seguintes relatos:

Engraçado, a gente não tem uma rotatividade muito alta, eu sempre ouvir falar que a área de saúde tinha muita rotatividade, mas praticamente, as pessoas que entraram na UPA, elas vão permanecendo. Então, o que acaba a gente fazendo mais processo seletivo, em alguns momentos, é pra substituição de férias, tirar uma licença maternidade, são casos que acabam sendo contratos temporários, por conta de uma ausência de um nosso funcionário(E3).

O médico, sempre, em todas as unidades (E2).

Eu acredito que seja o médico

[...] então, a ortopedia e a pediatria é mais estável, mas a clínica médica tem maior rotatividade. A administração daqui é bem antiga, a enfermagem eu

não sei dizer com certeza, também tem uma rotatividade grande, maior, mais acredito que os médicos são maiores(E4).

É o profissional médico, esse existe uma maior rotatividade (E5).

Aqui na unidade é o profissional médico [...] então o que a gente tem mais rotatividade é o médico mesmo (E6).

Para Pierantoni (2004) o processo de mundialização das economias, ao contrário do ideal, não possibilitou uma melhor divisão das riquezas e um mundo mais equânime, aumentou sim as desigualdades entre os países, elevando os escalões de pobreza de um conjunto de nações que concentram dois terços da população mundial e estabelecendo novas formas de organização do Estado e de reestruturação produtiva que estão fundamentadas em três grandes eixos: novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e novas formas de gerenciamento. A autora ainda ressalta que

a globalização contornou uma nova divisão internacional do trabalho, estabelecendo uma concorrência desleal entre países centrais e periféricos. Ela afirma que as forças do mercado não operam no sentido da igualdade, mas por estímulo a padrões concorrenciais de eficiência definidos pela racionalidade do modelo econômico capitalista (PIERANTONI, 2004).

Em nossa pesquisa buscamos observar como se configuram os tipos de vínculo, avaliação do desempenho, carreira, negociação e remuneração dos profissionais de saúde das unidades estudadas, retratados no quadro e falas dos entrevistados abaixo:

9.2.1 Tipos de vínculo

Os vínculos profissionais são todos CLT e ou terceirizados, seguindo as regras do mercado. Negri (2002) relata que em estudos realizados a partir do final dos anos 1990 revelaram nos setores públicos estaduais e municipais a propensão a eleger diversos mecanismos para contratação de pessoal, abandonando a forma contratual estatutária típica da administração pública direta, adotando uma maior flexibilização em seus contratos de trabalho, o que refletiu uma tendência de **desregulamentação** do emprego na economia em geral, bem como na área da saúde. Seguem falas que ratificam esse cenário.

Todos são CLT, certo. Todos os nossos funcionários são CLT e, a gente tem alguns contratos terceirizados pontuais. Manutenção do RX, isso a gente não

vai ter aqui um funcionário capacitado pra fazer, a gente vai buscar no mercado. Faz cotações, no mínimo 3, barganha o preço e fecha o contrato, assina, procedendo tudo direitinho(E1).

Todos os funcionários daqui todos os cargos, são celetistas todos pela CLT (E2).

A grande maioria é CLT, dos nossos funcionários, eu diria que todos os nossos funcionários são CLT, com raras exceções quando tiram férias de médico(E3).

É[...] a grande maioria ela é CLT né?! Então, a parte médica é CLT, junto com a parte de enfermagem e o administrativo também, éhh interno, a gente tem empresas terceirizadas de segurança e de portaria, éhhh e temos, associações não! (E4).

Nós temos a CLT né, é a preponderante de pessoal, como temos também a terceirizada (E5).

9.2.2 Avaliação do desempenho

A avaliação de desempenho não é uma prática instituída nas unidades conforme é feito na rede estadual de saúde, existe uma tentativa de implantação, entretanto, ainda não foi estabelecida como rotina dos serviços, a avaliação é realizada, normalmente, apenas no chamado período de experiência dos profissionais.

Existe, até teve uma mudança do RH da OSS de dezembro pra cá, e eles mudaram o formulário. Eu até recebi agora por e-mail, uma outra médica pra fazer avaliação. Éhhh quando vence os 90 dias de experiência a gente faz essa avaliação e tá programada uma anual(E2).

Quando eu entrei não existia uma avaliação de desempenho, certo? Ehhh a gente tá concluindo o formulário da avaliação de desempenho dos funcionários e o nosso objetivo é que ainda em 2018, nesses dois últimos meses do ano, o gestor consiga avaliar seus funcionários (E3).

Na verdade, a gente faz é um diagnóstico rápido participativo, onde eles se avaliam e avaliam a chefia, e a chefia também avalia é o funcionário e aí a gente faz reunião. Esse diagnóstico na verdade é feito uma vez por ano, o rápido participativo(E4).

Essas avaliações elas existem no início e durante todo o período que você tá na unidade, inicialmente dos 45 a 90 dias você vai ser avaliado pra seu contrato ficar definitivo e logo após esse período são avaliados por cada coordenação que acompanha aquele funcionário (E7).

9.2.3 Recrutamento e seleção

Para Druck *et al.* (2018) “a terceirização é uma das principais formas ou dimensões da flexibilização do trabalho, pois ela consegue reunir e sintetizar o grau

de liberdade que o capital dispõe para gerir e, desta forma, dominar a força de trabalho. Liberdade que é verificável através da flexibilização dos contratos e, principalmente, da transferência de responsabilidade de gestão e de custos trabalhistas para um «terceiro».

Nessas unidades não é adotado nenhum processo de seleção ampla para contratação de profissionais como reportam as entrevistadas.

É nós publicamos, em jornais de grande circulação, todas as vezes que existe a vaga, né, com o perfil da vaga, a partir daí eles são orientados a enviar o currículo, é o currículo, é feita uma pré-seleção de currículo, se realmente se encaixa na vaga oferecida, é feita uma prova e depois da prova é feito um trabalho com a gestão de pessoas e uma entrevista com o coordenador responsável, a partir daí ele tem 3 notas, e a partir da nota, a maior média é chamada e assim por diante(E4).

É todo recrutamento é feito através da (OSS), é toda pessoa que tem interesse em trabalhar na unidade se inscreve no portal, através do site do OSS; e quando a gente precisa de um funcionário, a gente avisa ao setor de seleção do (OSS) eles fazem a captação desse pessoal através do portal pra aí, aí sim, a partir daí fazer a seleção (E6).

Como eu tinha dito anteriormente né?! Através da seleção da OSS sede, no portal onde todos os candidatos que tem interesse, cadastra o seu currículo lá e através desse cadastramento é que são chamado pra o processo de seleção de seleção, as provas, tanto escrita como a entrevista (E7).

[...] nós temos um fluxo pra contratação, no caso o meu de profissional né? Mas todos eles passam pro esse processo, o médico, o enfermeiro, o técnico, ele cadastra como os outros também profissionais, assistente sociais, recepcionistas. Cadastram o currículo pelo site da OSS, a OSS tem um portal, pra que se adeque ao Portal da Transparência do Tribunal de Contas do Estado, cadastram e aí quando tem abertura de vagas, o RH da OSS seleciona aquelas pessoas que se cadastraram e chamam pra entrevista(E2).

Para Santana (2015), em seu estudo, o que chamou atenção foi o fato de haver maior motivação da inserção do **Terceiro Setor** na Secretaria Estadual de Saúde visto ser a contratação dos funcionários feita através do **regime CLT**; dessa forma a Administração Pública Direta não ultrapassa o limite fiscal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal, porque os profissionais **não são empregados diretos do Estado e sim das OSS**.

A autora também relatou que em relação aos Processos Seletivos constatou-se haver interferência política nesses processos nas unidades gerenciadas por OSS, e que “as admissões não são orientadas apenas por critérios de competências, sendo realizada a avaliação posteriormente à entrada, isto é, quando o profissional não produz adequadamente o mesmo é demitido da Instituição a qual está vinculado” (SANTANA, 2015).

9.2.4 Carreira

Em nossos achados constatamos que não existe uma carreira a ser percorrida pelos profissionais que trabalham nessas unidades, entre profissionais de uma mesma categoria, de unidades distintas, não há um consenso sobre o assunto, fato reiterado pelas declarações abaixo:

Infelizmente não(E2).

Veja, existe, por exemplo, ah! eu tenho uma vaga de enfermeiro, então a própria gestora da enfermagem, né, ela também é gestora dos técnicos de enfermagem, então ela consegue acompanhar, bem de perto, quando um técnico tá fazendo um curso de enfermagem, daí quando o técnico já concluiu e ele mesmo sinaliza que ele tem interesse, isso na área de saúde né?! Acaba sendo muito de técnico de enfermagem para enfermeiro [...]. Então eu vejo que existe uma possibilidade, não muito ampla, mas eu vejo(E3).

É assim, eu não sei se a gente pode chamar de carreira né?! Mas eu tenho, tenho os médicos e tem o líder, então ele tem uma promoção nesse sentido, então todo plantão eu tenho um médico que é o líder. Ele tem a promoção da função em si, e também financeiro, né?!(E4).

Na realidade não existe uma carreira profissional, mas a gente pratica ascensão aqui na unidade [...] (E6).

9.2.5 Negociação e remuneração

As negociações salariais existentes obedecem ao que regulamenta o sindicato de cada categoria, seguindo o dissídio anual:

Aqui a gente rege o dissídio das categorias né?! Em cima da folha da OSS, então assim, existe o dissídio que é obrigatório né?! E eventualmente, pode haver aumentos salariais decorrente de um bom desempenho, decorrente de uma necessidade, de uma vaga acima, então as pessoas vão sendo promovidas e vão aproveitando as oportunidades, né?! Mas a periodicidade não é uma coisa muito comum(E1).

Todas as categorias têm sindicato, tem o sindicato dos médicos, o sindicato de enfermagem e os outros é [...] eles entram no sindicato dos trabalhadores de UPA, os técnicos, os maqueiros, os porteiros, todos eles entram por esse outro sindicato que é um sindicato bem forte. E tem o dissídio que é um aumento salarial anual(E2).

O dissídio, ele acontece anualmente, quem acompanha mais de perto não sou eu, como RH, a gente tem um Departamento Pessoal e é o coordenador de lá que fica participando das reuniões, daquele momento que vai ser definido né?! Pela categoria, e aí a gente tem vários tipos de profissionais né?! Então há o que foi definido na parte da enfermagem, o que foi definido, cada um segue a sua profissão, também tem isso né, mas é anualmente(E3).

Diante do uso do termo Departamento Pessoal, questionei: Qual a diferença entre departamento pessoal e RH? Obtive como resposta:

O departamento pessoal, ele fica com folha de pagamento, fica com a parte dos benefícios, é [...] fica fazendo o controle dos pontos, é [...] acompanha vale transporte, os benefícios, aquela coisa toda. E a área de Recursos Humanos fica com recrutamento e seleção, treinamento, desenvolvimento, planejamento de pessoal, essas outras coisas. Ele fica mais como se fosse a área, um departamento de pessoal mesmo da empresa(E3).

9.2.6 Recursos financeiros investidos anualmente

Encontram-se publicadas no site da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) todas as informações referentes aos repasses financeiros feitos mensalmente às Organizações Sociais de Saúde do Estado, com todos os contratos de gestão, relatórios trimestrais e anuais, sendo também publicados anualmente em Diário Oficial. A SES/PE informou em seu link da Transparência, com a última atualização realizada em 21/01/2019, o cenário disposto: “Atualmente o Contrato de Gestão, no âmbito da saúde é regulado pela Lei Estadual nº 15.210/2013, de 19 de dezembro de 2013, posteriormente alterada pela Lei nº 16.155/17, de 05 de outubro de 2017. A qualificação como OSS no nosso Estado é concedida através da publicação de Decreto Estadual às Entidades que pleiteiam o título, desde que atendam aos requisitos legais e que tenham reconhecida expertise em gestão de saúde.

Um dos instrumentos que fazem o acompanhamento das Organizações Sociais de Saúde-OSS é o relatório trimestral. Esse é a consolidação dos dados fornecidos mensalmente pelas contratadas, além de também ser o produto final da avaliação trimestral dos indicadores assistenciais contidos nos contratos de gestão, realizados entre Secretaria Estadual de Saúde e Organização Social de Saúde. O instrumento é preconizado pela Lei 15.210/13 e alterações, e é utilizado como objeto de análise para instâncias de controle interno e externo, a exemplo a Comissão Mista de Avaliação e Tribunal de Contas Estadual. A validação destes relatórios é realizada pela Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão, por meio de emissão de parecer, e análise conclusiva realizada através de parecer da Comissão Mista de Avaliação. A publicização destas informações proporciona a

melhoria do controle social e garante idoneidade ao processo de monitoramento e avaliação dos Contratos de Gestão” (PERNAMBUCO, 2019).

Há um acompanhamento financeiro mensal realizado pela DGMMAS/SES, intitulado Parecer Financeiro Mensal, cujo objetivo é **relatar a análise da Prestação de Contas referente às exigências de regularidade contratual, fiscal e tributária**, demonstrando as despesas não acatadas e o saldo final mensal superavitário/deficitário, validado pela SES, como ainda encaminhar orientações acerca de economicidade e eficiência do gasto público. Os contratos de gestão e relatórios anuais encontram-se como anexo deste estudo.

9.3 Descrevendo o modelo de atenção adotado pelas UPAs

De acordo com Paim (2008) “a **Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) têm difundido a noção de modelo de atenção**, seja como expressão da prestação de serviços, seja como componente do sistema de serviços de saúde, mediante a proposta de Sistemas Locais de Saúde”. Assim, na década de 1980, a expressão ‘**modelos assistenciais**’ referia-se às **formas de organização dos serviços de saúde**, envolvendo unidades com distintas complexidades tecnológicas relacionadas entre si nos diferentes espaços e populações.

Mendes (2011) reporta que os **modelos de atenção às condições agudas** também podem prestar-se a atenção das **agudizações de doenças crônicas**. Sendo o objetivo de um modelo de atenção às condições agudas.

Identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências.

Dentre os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços, o **Sistema Manchester de classificação de risco (Manchester Triage System – MTS)** que opera com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cores e que é usado em vários países da Europa, foi o adotado nas UPA do nosso Estado. Esse sistema de classificação de risco foi criado pelo Grupo de Triagem de

Manchester, em 1994, com objetivo de definir um **consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência**. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para avaliação médica diferentes. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria (MENDES, 2011).

Não é objetivo da classificação dos riscos definir um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando assim a **gestão da clínica e a gestão do serviço** no dia-a-dia. O diagnóstico não está ligado à prioridade, o método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal, para propiciar um atendimento rápido e seguro.

O modelo adotado pelas UPA em todo o Estado Brasileiro segue as diretrizes de **acolhimento** vigentes na **Política de Humanização do SUS**, adotando protocolos clínicos de atendimento e de procedimentos administrativos, provendo apoio técnico e logístico para o funcionamento adequado da UPA 24h, bem como assegurando a continuidade do cuidado do paciente por meio da **referência e contra referência**, articulando com os pontos da **Rede de Assistência à Saúde**, considerando a territorialização da região assistida.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme estabelecido nos Contratos de Gestão firmados entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Organizações Sociais de Saúde contratadas para gerir as UPA estudadas, **as mesmas são responsáveis pela contratação de pessoal para execução de suas atividades**, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais comerciais e securitários dos profissionais da unidade.

As UPA devem entregar trimestralmente à SES/PE:

- a) relatórios contábeis financeiros;
- b) relatórios referentes aos indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- c) relatórios de custos;
- d) pesquisa de satisfação de paciente e acompanhantes;
- e) censo de origem dos pacientes atendidos e outras a serem definidas.

Consta ainda, que em todas as unidades contratualizadas devem garantir nas 24 horas do dia o exercício da UPA, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definido, como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa.

Percebeu-se durante a pesquisa e de acordo com algumas entrevistas realizadas nesse estudo, que há um equívoco de conceitos diante do que se entende por organização da gestão do trabalho nessas unidades. O entendimento geral é que o organograma de cargos da unidade ou de sua OSS gestora representa essa organização de gestão do trabalho. Entretanto, como referido anteriormente, a gestão do trabalho perpassa pela gestão e gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento das unidades estudadas, bem como na organização dos processos de trabalho de seus profissionais em suas rotinas no serviço.

Concluímos ser necessária uma **mudança de paradigma** no modo de organizar a gestão do trabalho nas UPA em Pernambuco promovendo uma adaptação daquela aos preceitos do SUS. Afinal, a qualidade das ações e serviços de saúde oferecidos aos usuários do sistema é mediada pelas condições de trabalho

e pelo tratamento a que são submetidos os trabalhadores que nele atuam (NOB/RH-SUS, 2005).

Sugerimos como Intervenção instituir uma política de Gestão do Trabalho única para as UPA do Estado seguindo o preconizado pelo SUS, posto tratarem-se de unidades públicas de atendimento à população usuária do sistema, bem como o monitoramento de indicadores criados por equipe técnica contemplando a avaliação dessas unidades, visto serem todas gerencialmente acompanhadas pela SES/PE.

Instituir ainda a Avaliação de Desempenho no processo de trabalho do profissional de saúde dessas unidades, nos moldes do que já é realizado nas demais Unidades de Estaduais de Saúde da administração direta, enfocando a perspectiva de alcançar melhorias contínuas na organização dos serviços, buscando instituir a valorização profissional através da educação permanente, do monitoramento dos indicadores e do estímulo ao alcance de melhores resultados em sua rotina de trabalho, refletindo nos serviços prestados ao usuário do SUS. Realizar seleção pública para contratar e manter o quadro de pessoal necessário ao funcionamento das UPA que hoje funciona apenas com profissionais contratados através de seleção curricular não publicizada.

Enfim, como o tema estudado ainda foi pouco pesquisado, recomendamos a execução de outras pesquisas nesta área, visando novas descobertas, avaliação e aperfeiçoamento da saúde pública em nosso Estado, com a finalidade de serem construídos e divulgados conhecimentos sobre as questões que perpassam a gestão do trabalho no SUS.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2008.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Caderno de Informação da saúde suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 15 out. 2017.
- AGHÓN, G. **Descentralización fiscal**: marco conceptual. Santiago do Chile: Cepal: Pnud, 1993. (Série Política Fiscal, n. 4).
- ALMEIDA, K. S. Organizações sociais: (des) controle social e restrições ao direito à saúde. **Revista do Serviço Social**, Brasília, n. 15, p. 115-140, jul./dez. 2004.
- ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2005.
- AMARAL, R. G.; COSAC, C. M. D. O terceiro setor e desenvolvimento sustentável. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 18, n. 2, p. 81-106, 2009.
- BAPTISTA, T. W. F. *et al.* **Abordagens e Métodos de Pesquisa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.
- BARBOSA, N.B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2497-2506, 2010.
- BARBOSA, A. P.; MALIK, A. M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5. p. 1143-1165, set./out. 2015.
- BASTOS, L. C. Contando histórias em contextos espontâneos e institucionais – uma introdução ao estudo da narrativa. **Calidoscópio**: Revista de Linguística Aplicada, São Leopoldo, v. 3, n. 2, p. 74-87, maio/ago. 2005.
- BASTOS, L. C.; BIAR, L. A. Análise de narrativa e práticas de entendimento da vida social. **D.E.L.T.A.**, Rio de Janeiro, v. 31, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/delta/v31nspe/1678-460X-delta-31-spe-00097.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2017.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080, de 20 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 18055, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 26 ago. 2017.

BRASIL. Secretaria da Reforma do Estado Organizações sociais. **Organizações Sociais**. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. 74 p. (Cadernos MARE da reforma do estado, v. 2). Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/os/caderno2.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2017. 514p. Atualizada até a EC n. 96, 2017. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm>. Acesso em: 4 ago. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei complementar nº 101 de maio de 2000**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lcp%20101-2000?Opendocument>. Acesso em: 26 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002. p. 32-54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jun. 2003. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/normativos-519>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

BRASIL. Lei 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parcerias público-privadas no âmbito da administração pública. **Diário Oficial – República Federativa do Brasil**. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº- 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências

no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, n. 130, 8 de julho de 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011**. Organiza o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa arquitetônico mínimo do componente Unidade de Pronto Atendimento (upa 24H), nos portes I, II e III**. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/20/Programa-arquitetonico-minimo-UPA-24h.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 10 de 3 de janeiro de 2017**. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BRULON, V.; OHAYON P.; ROSENBERG, G. A reforma gerencial brasileira em questão: contribuições para um projeto em construção. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 63, n.3, p. 265-284 jul. /set. 2012.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, jan./abr. 1996. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.admpublicaburocraticaagerencial.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

BRESSER-PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de gerência pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 391-410, abr. 2008.

CABRAL, Eloísa Helena de Souza Cabral. **Reptos para o Terceiro Setor**: pertinência ao espaço público não estatal da perspectiva da gestão social. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2004.

CAMPOS, A. G. **Terceirização do trabalho no Brasil**: novas e distintas perspectivas para o debate/organizador. Brasília: Ipea, 2018.

CARNEIRO, J. N. **O setor público não estatal**: As organizações sociais como possibilidades e limites na gestão Pública da saúde. 2002. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CARRERA, Mariana B. M. **Parceria público-privada (PPP)**: análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil. 2014. Tese (Doutorado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo,

2014.

CARVALHO, M.; SANTOS, N. R.; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CASTELLANOS, M.E.P. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1065 -1076, April 2014.

CONGRESSO CONSAD, 5., 2012, Brasília. [**Trabalhos apresentados**]. Brasília: CONSAD, 2012. Disponível em: <http://organizacaoessociais.seduc.ce.gov.br/pdfs/15_anos_de_organiza%C3%A7%C3%B5es_sociais_o_modelo_baiano.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPA)**. Brasília, 2015.

DINIZ, S. S. **A informação como recurso estratégico na gestão de trabalho e da educação em saúde**: um estudo na SES/PE. 2011. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e Educação no SUS) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

DRUCK, G. *et al.* A terceirização no serviço público: particularidades e implicações. novas e distintas perspectivas para o debate. In: CAMPOS, A.G. **Terceirização do trabalho no Brasil**. Brasília: IPEA, 2018. p. 113-141.

DRUCK, M. G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p.15-43, 2016.

DUARTE, I.G., BOTAZZO, C. Gestão de pessoas nas Organizações Sociais de Saúde: algumas observações. **Revista Administração Saúde.**, Rio de Janeiro, v.11. n. 45, 2009.

FALCONER, A. P. **A promessa do terceiro setor**: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão. São Paulo: Centro de Estudos em Administração do Terceiro Setor, Universidade de São Paulo, 1999.

FERNANDES, L. E.M. **Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória, 2017.

FERNANDES, R. C. **3º Setor Desenvolvimento Social Sustentável**. 3. ed. Rio de Janeiro: GIFE, Paz e Terra, 2005. Disponível em:

<[http://docplayer.com.br/12173671- O-que-e-o-terceiro-setor.html](http://docplayer.com.br/12173671-O-que-e-o-terceiro-setor.html)>. Acesso em: 15 maio 2017.

FERREIRA, A.R. Modelo de excelência em gestão. **Revista Eixo**, Brasília, n. 1, v. 1, p. 31- 43 p. jan./jun. 2012.

FEUERWERKER, L. M. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D. Agenda nacional de Recursos Humanos em Saúde: diretrizes e prioridades. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 289-322.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIRALDELLI, R. Trabalho, trabalhadores e questão social na sociabilidade capitalista. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v. 17, n. 1, p.101-115, 2014.

IBGE. **As Fundações privadas e associações sem fins lucrativos no Brasil: 2010**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/economicas/outras-estatisticas-economicas/9023-as-fundacoes-privadas-e-assocacoes-sem-fins-lucrativos-no-brasil.html?&t=series-historicas>>. Acesso em: 11 dez. 2017.

JORGE, A. O. *et al.* M. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.125-145, out. 2014.

KOSTER, I.; MACHADO, M. H. A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 33-44, maio 2012.

LABOV, W. J. WALETZKY. Narrative Analysis: Oral versions of personal experience. In: June Helm. (Ed.) **Essays on the verbal and visual arts**. Seattle: University of Washington Press, 1967. Disponível em: <<http://www.ling.upenn.edu/~wlabov/Papers/FebOralNarPE.pdf>>. Acesso em: 11 dez 2017.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LEITE, A. M. G. N. **Organizações sociais de saúde e controle externo: uma análise a**

partir do Tribunal de Contas de Pernambuco, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2014.

LIMA, C. S. **Fluxo de Trabalho da Diretoria Geral de Gestão do Trabalho: Análise das Solicitações de Afastamento pelo Servidor da SES/PE**. 2011. Monografia (Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

LIRA, G. V. *et al.* A narrativa na pesquisa social em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde – RBPS**. Fortaleza v. 16, n. 1, p. 59-66, 2003. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/issue/view/268>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

MACHADO C. V. *et al.* Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. e. 00170614, fev. 2016.

MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MAGNAGO, C. *et al.* Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde: a experiência do ProgeSUS. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1521-1530, mai. 2017.

MALIK, A. M. *et al.* **Gestão de Recursos humanos**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v.9).

MARX, Karl. **Teorias da mais-valia: história crítica do pensamento econômico** (Livro IV de O capital). Vol. I. São Paulo: Civilização Brasileira, 1980.

MARX, K. **O capital**. Livro 1. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18. n. 6. p. 1667-1676, 2013.

MEDEIROS, K. R. *et al.* Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 6, p. 1759-1769, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro, EPSJV, 2008. p. 427-432.

MINAYO, M. C. S. SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou

Complementaridade? **Caderno de Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S, ORGANIZADORA. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2356, ago. 2010.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. Morin E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 8-19, 2001.

NEGRI, B. *et al.* **Recursos Humanos em saúde: Desenvolvimento e Mercado de Trabalho**. Campinas, SP: Unicamp: IE, 2002.

OLIVEIRA, J. M. O. **Análise da implementação da Política de Gestão do Trabalho na Saúde no município de Recife-PE**. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PACHECO, H. F. **Organizações sociais como novo modelo de gestão da assistência à saúde em Pernambuco: percepção de gestores**. 2014. Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-573

PEREIRA, C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004. p. 93-120.

PEREZ, A.S.M.; NAVARETE, M.L.V. Tema 3: Técnicas cualitativas em salud. In: NAVARETE, M.L.V. *et al.*, **Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud**. Barcelona: Universit autònoma de Barcelona, 2008.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Lei nº 11.743 de, 20 de janeiro de 2000. Sistematiza a prestação de serviços públicos não exclusivos, dispõe sobre a qualificação de Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e o fomento às atividades sociais. **Diário Oficial do Estado**, Recife, 2000. Disponível em: <http://200.238.107.83/c/document_library/get_file?uuid=0cb4f1ba-

c9e0-4dba-bbab-fbe6a8a1ab5d&groupId=51744>. Acesso em: 4 out. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Decreto nº 36.622, de 8 de junho de 2011. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, p. 7, 8 jun. 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Portaria SES nº 389 de 29 de agosto de 2014. Altera o Art. 2º da Portaria nº 017/2014, de 15 de janeiro de 2014, que instituiu a Comissão Técnica de Acompanhamento Interno dos Contratos de Gestão firmados com Organizações Sociais de Saúde, no âmbito desta Secretaria Estadual de Saúde. **Diário Oficial [do] Estado de Pernambuco**, Recife, p. 13, 05 set. 2014. p.13. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/76136753/doespe-05-09-2014-pg-13>>. Acesso em: 20 set. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Institucional**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/upas>>. Acesso em: 18 ago. 2017a.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Institucional**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/>>. Acesso em: 20 set. 2017b.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Organizações Sociais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.lai.pe.gov.br/web/ses/organizacoes-sociais-de-saude-oss>>. Acesso em: 22 jan. 2019.

PIERANTONI, C.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. *et al.* (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 51-70.

PIERANTONI, C. *et al.* **Gestão do trabalho e da educação em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ: Observa RH, 2012.

PINHO, M. O. **A intermediação de mão-de-obra na administração pública por meio de organismos internacionais**: Problemas quanto à efetividade das normas de proteção trabalhista. 2014. Monografia (Curso de Bacharel em Direito) Faculdade de Direito Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

REUNIÃO REGIONAL DOS OBSERVATÓRIOS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Brasília, DF, 2006. **Chamado a Ação de Toronto: 2006-2015: rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas**: Brasília: Ministério da Saúde: Opas, 2006.

RIBEIRO, L. M. P. *et al.* As Reformas da Administração Pública Brasileira: Uma Contextualização do seu Cenário, dos Entraves e das Novas Perspectivas. In: Encontro da Anpais, 37, 2013, Rio de Janeiro. **Trabalhos apresentados**. Maringá: Anpad, 2013.

RICARDO, D. **Princípios de economia política e tributação**. Livro 1. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.
- SANTANA, V. G. D. **Os diferentes modelos de gestão pública da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e as implicações de gestão do trabalho em saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado). Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Recife, 2015.
- SANTINI, S. M. L. *et al.* Dos Recursos Humanos à Gestão do Trabalho: Uma análise da literatura sobre o trabalho no SUS. Rio de Janeiro. **Trabalho educação e saúde**; v. 15, n. 2, p. 537-559 maio/ago. 2017.
- SANTOS, F.A.S. *et al.* Novos desenhos Organizacionais no Setor Saúde: um estudo de caso no Nordeste brasileiro. In: MARTINS, M.I.C. *et al.* (Org.). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Minho, Ed. Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo da Cruz, Rio de Janeiro: 2014. p. 111-124.
- SEIXAS, P. H. D. Os pressupostos para a elaboração da política de recursos humanos nos sistemas nacionais de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Recursos Humanos em Saúde: seminário internacional**. Brasília, 2002. p. 100-113.
- SILVA, A. H; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Campina Grande, v.17. n. 1, 2015. Disponível em: < <http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/>>. Acesso em: 20 set. 2017
- SILVA, G. S *et al.* Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em uma região metropolitana do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12 n.4, p. 445-458 out./ dez. 2012.
- SILVA, V. C.. Terceiro setor e parcerias na saúde: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. 2014. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2014.
- SMITH, A. **A riqueza das nações**. São Paulo: Nova Cultural, 1996. v. 1.
- TEIXEIRA, M; MARTINS, M. I. C; SILVA, V. Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. In: MARTINS, M. I. C. *et al.* (Org.). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: Centro de Investigação em Ciências Sociais: Escola Nacional de Saúde, 2014, v. 1, p. 89-99. Disponível em: <file:///C:/Users/ideg/Downloads/1900-6749-1-PB.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.
- TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro:

Ed. Fiocruz, 2001.

TORRES, S. F. S.; MELO, E. M.; BELISÁRIO, S. A. A Rede de Urgência e Emergência da macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 361-373, 2015.

VIEIRA, M. O Trabalho e a Educação na Saúde: a questão dos recursos humanos. In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. (Org.). **Para além da comunidade: Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde**, Rio de Janeiro: EPSJV, 2011. p. 79-117. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/media/livro_epsjv.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

XIMENES, A. F. **A apropriação do fundo público da saúde pelas Organizações Sociais em Pernambuco**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: Análise da Gestão do Trabalho em Unidades terceirizadas do Sistema Único de Saúde de Pernambuco

Instituições: Instituto Aggeu Magalhães-FIOCRUZ; Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos convidando-o (a) para participar de uma pesquisa sobre a análise da gestão do trabalho em unidades terceirizadas do Sistema Único de Saúde de Pernambuco. Você foi selecionado (a), pois representa um dos GESTORES envolvidos nesta Política de Saúde, e SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.

A pesquisa tem como objetivo geral: analisar a gestão do trabalho em 03 Unidades de Pronto Atendimento, gerenciadas por distintas Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco, no período de 2010 a 2018. E como objetivos específicos:

- a) Discutir os aspectos relacionados à contextualização política, social e econômica, em que ocorre a implantação das UPAs em Pernambuco;
- b) Descrever o processo de gestão do trabalho em saúde realizado nas Unidades de Pronto Atendimento, relativos a planejamento, contratação, carreira, negociação, tipos de vínculo, jornada de trabalho, rotatividade do profissional, faixa etária, direitos e deveres dos trabalhadores, avaliação do desempenho, remuneração, duplicidade de vínculos, incentivo à qualificação e recursos financeiros investidos anualmente;
- c) Descrever os preceitos gerais para a gestão do trabalho no SUS, comparando com as práticas encontradas nas UPAs;
- d) Descrever qual o modelo de atenção adotado pelas UPAs;
- e) Propor modos de intervenção, nos contratos de gestão, que visem adaptar a gestão do trabalho aos preceitos do SUS.

A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde com a gestão do trabalho em saúde, além de responder a um formulário de entrevista.

Ressaltamos que não há riscos, prejuízos ou desconforto que possam ser provocados pela pesquisa.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a Política de Gestão do Trabalho nos serviços públicos do estado de Pernambuco, além da contribuição acadêmica. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para ser analisado pela pesquisadora.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde em Pernambuco e tem garantido os seguintes direitos:

A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;

A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;

A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Para qualquer esclarecimento que se fizer necessário, em qualquer momento do estudo, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora Roberta Gomes Menezes de Lima, pelos telefones, (081) 991950329/ 3184-0045, ou pelo endereço eletrônico robertamenezes.beta@gmail.com. Em caso de denúncias a respeito de alguma questão ética sobre esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IAM através do telefone (81) 2101.2639.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar. Minha participação será formalizada através da assinatura deste termo, em duas vias, ficando uma delas em minha posse e a outra com a pesquisadora.

Pesquisadora:

Assinatura:

Entrevistado (a)

Assinatura:

Recife, ____/____/____.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROPOSTO

Entrevistados:

Diretor Geral da UPA, gestor administrativo financeiro, Diretora Geral de Modernização e Monitoramento de Assistência à Saúde (DGMMAS)

Caracterização: iniciais do nome, formação, vinculação com a atenção hospitalar, atuação entre 2010 e 2018.

- 1- Existe uma política de RH instituída nessa diretoria (DGMMAS) e/ou unidade que abranja todas as UPAS?
- 2- Existe um fluxograma estabelecido, com a organização da gestão de pessoas da unidade? Qual?
- 3- Qual o tipo de recrutamento que se faz nesta unidade?
- 4- Qual o profissional que possui maior rotatividade?
- 5- Como é realizado o planejamento acerca das atividades da gestão do trabalho?
- 6- O planejamento é relevante para as atividades das unidades contratualizadas? Como?
- 7- Qual o tipo de contrato é realizado com os profissionais? CLT? Pessoa Jurídica? Empresa terceirizada? Associações?
- 8- Existe uma carreira profissional?
- 9- Qual categoria você identifica com maior fixação?
- 10-Existem negociações salariais instituídas? Há aumento salarial? Qual a periodicidade?
- 11-Há algum tipo de avaliação de desempenho? Como acontece? Em qual intervalo de tempo?
- 12-Em decorrência disso há retorno financeiro para o funcionário? Qual?
- 13-Caso existam, como acontecem as promoções?

14-A unidade possui metas, regras, indicadores quantitativos e/ou qualitativos em seus contratos? Quais?

15-Como você percebe a gestão do trabalho da unidade desde sua implantação?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PROPOSTO

Entrevistado:

Secretária Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Caracterização: iniciais do nome, formação, vinculação com a atenção hospitalar, atuação entre 2010 e 2018.

- 1- Existe uma política de Gestão do Trabalho instituída nessa Secretaria Executiva (SEGTES) que abranja as UPAs do Estado?
- 2- A gestão do trabalho das UPAs é monitorada por essa Secretaria Executiva? Caso não, quem monitora?
- 3- Na percepção dessa Secretaria Executiva, o gerenciamento por OSS é positivo ou negativo para a população atendida nas UPAs?
- 4- Como você percebe o reflexo do gerenciamento privado dessas unidades para as Políticas de Saúde?
- 5- Como acontece a Gestão do Trabalho nas UPAs coordenadas pela SES/PE?

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 21 de agosto de 2018

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **Análise da Gestão do Trabalho em Unidades Terceirizadas do Sistema Único de Saúde de Pernambuco**, da pesquisadora: **Roberta Gomes Menezes de Lima**, nas Unidades de Saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde/PE, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

CL Lins.
Claudia Lins
Gerente de Desenvolvimento Profissional

Secretaria de Saúde de Pernambuco
Maria Claudia F. Souza Lima
Gerente de Desenvolvimento Profissional
Matrícula nº 228.937-7

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongi – Recife - PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP - IAM



FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA GESTÃO DO TRABALHO EM UNIDADES TERCEIRIZADAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE PERNAMBUCO

Pesquisador: ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88418218.2.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.809.356

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional em Saúde Pública, orientado pelo Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto, que busca analisar a gestão do trabalho em Unidades de Pronto Atendimento gerenciadas por distintas Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Objetivo Primário:

Analisar a gestão do trabalho em Unidades de Pronto Atendimento, gerenciadas por distintas Organizações Sociais de Saúde em Pernambuco.

Objetivo Secundário:

- a) Discutir os aspectos relacionados à contextualização política, social e econômica, em que ocorre a implantação das UPAs em Pernambuco;
- b) Descrever o processo de gestão do trabalho em saúde realizado nas Unidades de Pronto Atendimento, relativos a planejamento, contratação, carreira, negociação, tipos de vínculo, jornada de trabalho, rotatividade do profissional, faixa

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



**FIOCRUZ/ CPQAM - CENTRO
DE PESQUISAS AGGEU
MAGALHÃES**



Continuação do Parecer: 2.809.356

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1068743.pdf	30/07/2018 18:03:31		Aceito
Outros	Resposta.docx	30/07/2018 18:02:51	ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA	Aceito
Outros	Anuencia.docx	30/07/2018 18:01:00	ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/07/2018 17:58:36	ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	30/07/2018 17:58:15	ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Roberta.pdf	25/04/2018 14:17:20	ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	25/04/2018 13:54:01	ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.670-420

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2101-2639

Fax: (81)2101-2639

E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

**ANEXO C - CONTRATO DE GESTÃO Nº 004/2010 ENTRE A SECRETARIA
ESTADUAL DE SAÚDE E A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA
CARUARU**



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

Contrato de Gestão nº 010/10
Termo Aditivo nº 9º
DGAJ/SES

NONO TERMO ADITIVO E CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 010/10, QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO O ESTADO DE PERNAMBUCO, ATRAVÉS DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E, DO OUTRO LADO, A FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES-IMIP HOSPITALAR, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CARUARU.

PROCESSO DE SELEÇÃO: Nº 004/10

O ESTADO DE PERNAMBUCO, através da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, com sede na Rua Dona Maria Augusta, nº. 519, Bongi, Recife/PE, CEP: 50.751-530, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 10.572.048/0001-28, neste ato representada por seu Secretário, Dr. ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS FIGUEIRA, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade nº 1.840.014 - SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 302.396.994-91, nomeado pelo Ato n.º 188, de 18/01/2011, publicado no D.O.E. em 19/01/2011, residente e domiciliado nesta cidade do Recife, doravante denominado simplesmente CONTRATANTE e, do outro lado, a FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES-IMIP HOSPITALAR, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 09.039.744/0005-18, com sede na Rua dos Coelhoos, nº 450, Boa Vista, Recife/PE - CEP: 50.070-550, neste ato representada por Dr. RAUL PEREIRA DA CUNHA NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito no CPF/MF sob o nº 054.956.444-68, portador da Cédula de Identidade nº 756.040-SSP/PE, doravante denominada CONTRATADA, têm justo e acordado o presente TERMO ADITIVO ao Contrato de Gestão nº 010/10, de acordo com as cláusulas e condições abaixo aduzidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente Aditivo a PRORROGAÇÃO da vigência do Contrato de Gestão nº 010/2010, a renegociação anual, conforme os termos da nota técnica em anexo, bem como a ADEQUAÇÃO dos seus termos às disposições da Lei Estadual nº 15.210/2013, com a sua conseqüente rerratificação e consolidação.

Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJSES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRORROGAÇÃO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 010/2010

O prazo de vigência do presente **CONTRATO** passará a ser de 02(dois) anos, contados da assinatura do presente termo, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 14 de setembro de 2020, quando completará 10 (dez) anos e desde que reste demonstrada a vantajosidade da medida e o pleno atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pelo Secretário ou por quem ele delegar, conforme disposto no inciso X, do art. 10 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

CLÁUSULA TERCEIRA- DA RENEGOCIAÇÃO ANUAL

O valor mensal que é repassado pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** de R\$ 1.124.458,52 (hum milhão, cento e vinte e quatro mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais e cinquenta e dois centavos), sofrerá um reajuste de 9,43% (nove virgula quarenta e três por cento), a partir do mês de janeiro/2014 passando a ser pago, em razão do referido reajuste, o valor mensal de R\$ 1.230.494,96 (hum milhão, duzentos e trinta mil, quatrocentos e noventa e quatro reais e noventa e seis centavos) , nos termos do Anexo Técnico III.

CLÁUSULA QUARTA - DA CONSOLIDAÇÃO

Em decorrência do disposto na Lei Estadual nº 15.210/2013, que dispõe sobre as Organizações Sociais de Saúde – OSS, no âmbito do Estado de Pernambuco, as partes resolvem dar nova forma ao Contrato de Gestão nº 010/2010, rerratificando-o, para adequar os seus termos à referida Lei, passando o mesmo a ter, após consolidado, a seguinte redação:

DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 010/10

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente **CONTRATO** tem por objeto o gerenciamento, a operacionalização e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CARUARU** doravante designada simplesmente **UPA CARUARU**, localizada à Rua Senador Teotônio Vilela, nº 1002, Pau Santo, Caruaru em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população.

PARÁGRAFO ÚNICO

Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:

Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJSES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

- a) Proposta de Trabalho
- b) Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
- c) Anexo Técnico II - Indicadores de Qualidade
- d) Anexo Técnico III – Sistema de Pagamento
- e) Anexo Técnico IV – Inventário e Avaliação de Bens

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Os bens móveis descritos no Anexo Técnico IV (Inventário e Avaliação de Bens) do contrato *mater*, bem como o imóvel de propriedade do Estado de Pernambuco referente à **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CARUARU**, têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente Contrato, nos termos do art. 23 da Lei nº. 15.210/2013.

PARÁGRAFO ÚNICO

O inventário e a avaliação dos bens relacionados no Anexo Técnico IV do Contrato *mater* foram devidamente aprovados pelas partes contratantes.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO COMPROMISSO DAS PARTES

3.1 - DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1.1 - Assegurar a organização, administração e gerenciamento da **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CARUARU**, objeto do presente Contrato, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais), medicamentos, instrumentos e serviços necessários à garantia do pleno funcionamento da **UPA CARUARU**;

3.1.2 - Assistir de forma abrangente os usuários que demandem a **UPA CARUARU**, procedendo aos devidos registros do SIA/SUS segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do Ministério da Saúde;

3.1.2.1 – Realizar atendimento exclusivo aos usuários do SUS;

3.1.3 - Garantir, nas 24 horas do dia o exercício na **UPA CARUARU**, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definido, como parte de sua infra-estrutura técnico-administrativa.


Paulo Marcelo Seabra
Assessor - GGJ/SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1.4 - Adotar identificação especial (crachá) e fardamento de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

3.1.5 - Incluir, na implantação da imagem corporativa e dos uniformes dos trabalhadores, o logotipo da SES e do SUS;

3.1.6 - Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados utilizados na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste Contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**;

3.1.7 - Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste Contrato de Gestão;

3.1.8 - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na unidade disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na **UPA CARUARU**;

3.1.9 - Apresentar a **CONTRATANTE** até o 5º dia do mês seguinte, a Nota Fiscal/Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**;

3.1.10 - Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto aos órgãos competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato;

3.1.11 - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

3.1.12 - Consolidar a imagem da **UPA CARUARU**, como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos pacientes, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

3.1.13 - Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos da unidade em questão, cabendo-lhe manter e conservar todo o patrimônio público destinado à execução do contrato de gestão;

Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGA/SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1.14 - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral;

3.1.15 - Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente Contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.1.16 – Receber através de seu preposto, os bens inventariados na forma do Anexo Técnico IV, quando da assinatura do presente Contrato e, de forma idêntica, devolvê-los no término da vigência contratual;

3.1.17 - Dispor da informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando minimamente a definição do município de residência dos mesmos, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

3.1.18 - Encaminhar à **CONTRATANTE**, nos prazos e instrumentos por ela definidos, todos os relatórios e informações sobre a execução do Contrato, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado de prestação de contas dos gastos e receitas efetivamente realizados.

3.1.19 – Encaminhar a **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, segundo os modelos por ela elaborados, até o dia 20 (vinte) do mês imediatamente subsequente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior;

3.1.20 – Encaminhar à Contratante o Demonstrativo de Informações Financeiras até o 5º dia do segundo mês de competência às informações;

3.1.21 - A **CONTRATADA** providenciará, ao final de cada exercício e ao final da execução deste Contrato, a publicação no Diário Oficial do Estado de Pernambuco da prestação de contas anual, disponibilizando o relatório integral em seu sítio eletrônico, nos moldes do § 2ª e 3ª do Artigo 14 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

3.1.22 - Em relação aos direitos dos pacientes, a **CONTRATADA** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;

Paulo Marcelo Sorpa
Assessor - GGAJSES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- c) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
- d) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- e) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- f) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- g) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na **UPA CARUARU**, nas observações de adolescentes, portadores de necessidades especiais e idosos.

3.1.23 - Fornecer ao paciente por ocasião de sua dispensa da **UPA CARUARU**, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "**INFORME DE ATENDIMENTO DA UPA CARUARU**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente;
- b) Nome da **UPA CARUARU**;
- c) Localização da **UPA CARUARU**, (endereço, município, estado);
- d) Motivo do atendimento (CID-10);
- e) Data de atendimento;
- f) Procedimentos realizados;
- g) Diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários a alta;
- h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

3.1.24 - A **CONTRATADA** deverá, quando do fornecimento do Informe do atendimento, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário do paciente, observando-se as exceções previstas em lei;

3.1.25 - Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao paciente internado como ao ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SES;

3.1.26 - Implantar, após prévia aprovação da SES, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento.

3.1.27 - Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

Marcelo Serpa
Asses. Cr. - GGANSES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1.28 - Implantar um Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme diretrizes estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades;

3.1.29 - Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento de pacientes a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

3.1.30 - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, no número de médicos contratados, nem na estrutura física da **UPA CARUARU**, sem prévia ciência e aprovação da SES;

3.1.31 - Alcançar os índices de produção e qualidade definidos nos Anexos Técnicos I e III deste Contrato;

3.1.32 - Para qualquer intervenção na estrutura física ou aquisição de novos equipamentos a **CONTRATADA** deverá submeter à **CONTRATANTE** o respectivo projeto, acompanhado das planilhas orçamentárias para prévia análise e aprovação do órgão supervisor.

3.1.34 - Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

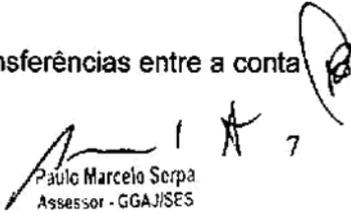
- Comissão de Prontuários Médicos
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Ética Médica

3.1.35 - Possuir e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na unidade, bem como manter o núcleo de engenharia clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

3.1.36 - Estabelecer e executar os planos, programas e sistemas constantes do Anexo Técnico I deste Contrato;

3.1.37 - Movimentar os recursos financeiros transferidos pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto deste Contrato em conta bancária específica e exclusiva, bem como CNPJ próprio, vinculados à **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CARUARU**, de modo que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da Organização Social.

3.1.38 - É proibido a **CONTRATADA** efetuar transferências entre a conta


Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJ/SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

acima especificada para gerir recursos do Contrato de Gestão (conta corrente e conta de aplicação financeira) para outras contas de sua titularidade, salvo apresentação de pedido prévio acompanhado de justificativa, e aprovação expressa da **CONTRATANTE**.

3.1.39 – A Contratada deverá informar mensalmente a produção ambulatorial, da urgência, e da internação da unidade nos Sistemas Oficiais de Informação do Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) no Relatório Gerencial mensal e Sistema de Gestão da SES.

3.1.40 - Observar na consecução do objeto deste Contrato os princípios constitucionais da Administração Pública, dispostos no art. 37 da Constituição Federal, quais sejam: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência.

3.1.41 - Manter durante toda a execução do presente Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção.

3.1.42 – A parcela do repasse mensal destinada à investimento deverá ser utilizada após apresentação do Plano de Investimento, com planilha financeira e cotações, em conformidade com o que estabelece o Regulamento de Compras e Serviços da OS.

3.1.43 – O valor de investimento/ensino e pesquisa, caso não utilizado na sua integralidade, poderá ser destinado a outras despesas de custeio da unidade, com a apresentação de justificativa e aprovação da SES.

3.1.44 - Comprovar a aprovação da Proposta de Trabalho pelo seu órgão deliberativo.

3.2 – DA CONTRATANTE

3.2.1 - Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da **UPA CARUARU**, conforme inventário patrimonial;

3.2.2 - Promover a substituição dos equipamentos, instrumentais, utensílios e todo material necessário às atividades da **UPA CARUARU** quando necessário, por decorrência da quebra, inadequação para o uso ou pelo desgaste natural pelo tempo transcorrido, quando solicitado e devidamente justificado, desde que não tenha sido por má utilização ou ausência de manutenção.


Marcelo Serpa
Assessor - GGA/JSES





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

acima especificada para gerir recursos do Contrato de Gestão (conta corrente e conta de aplicação financeira) para outras contas de sua titularidade, salvo apresentação de pedido prévio acompanhado de justificativa, e aprovação expressa da **CONTRATANTE**.

3.1.39 – A Contratada deverá informar mensalmente a produção ambulatorial, da urgência, e da internação da unidade nos Sistemas Oficiais de Informação do Ministério da Saúde – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) no Relatório Gerencial mensal e Sistema de Gestão da SES.

3.1.40 - Observar na consecução do objeto deste Contrato os princípios constitucionais da Administração Pública, dispostos no art. 37 da Constituição Federal, quais sejam: Legalidade, Impessoalidade, Moralidade, Publicidade e Eficiência.

3.1.41 - Manter durante toda a execução do presente Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na seleção.

3.1.42 – A parcela do repasse mensal destinada à investimento devera ser utilizada após apresentação do Plano de Investimento, com planilha financeira e cotações, em conformidade com o que estabelece o Regulamento de Compras e Serviços da OS.

3.1.43 – O valor de investimento/ensino e pesquisa, caso não utilizado na sua integralidade, poderá ser destinado a outras despesas de custeio da unidade, com a apresentação de justificativa e aprovação da SES.

3.1.44 - Comprovar a aprovação da Proposta de Trabalho pelo seu órgão deliberativo.

3.2 – DA CONTRATANTE

3.2.1 - Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da **UPA CARUARU**, conforme inventário patrimonial;

3.2.2 - Promover a substituição dos equipamentos, instrumentais, utensílios e todo material necessário às atividades da **UPA CARUARU** quando necessário, por decorrência da quebra, inadequação para o uso ou pelo desgaste natural pelo tempo transcorrido, quando solicitado e devidamente justificado, desde que não tenha sido por má utilização ou ausência de manutenção.


 RUILO Marcelo Serpa
 Assessor - GGAJ/SES


 8



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.2.2.1 – A substituição referida no item anterior poderá ser realizada diretamente pela SES ou através de repasse de recurso à Contratada destinado para esse fim.

3.2.3 - Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários à execução deste Contrato e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

3.2.3.1 – Repassar, através de Termo Aditivo, à **CONTRATADA** os recursos financeiros para os investimentos que se façam necessários no decorrer da execução contratual, a fim de possibilitar o cumprimento das metas contratadas e garantir serviços de qualidade à população, bem como assegurar todas as condições para a execução das ações e serviços de saúde na Unidade objeto do presente Contrato;

3.2.3.2 – Para adequação de infra-estrutura e equipamentos apenas serão repassados recursos ou autorizada a utilização destes após a aprovação do Plano de Investimento a ser apresentado pela **CONTRATADA**.

3.2.4 - Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços contratados, dirimindo as questões omissas neste instrumento dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato;

3.2.5 - Desenvolver o controle e a avaliação periódica do contrato observando "in loco" a execução das atividades de assistência aos usuários na **UPA CARUARU**;

3.2.6 – Garantir à Contratada, no âmbito de sua competência, as condições necessárias à execução das ações e serviços de saúde para a organização, administração e gerenciamento da **UPA CARUARU**, excluídas as obrigações daquela.

3.2.7 - Analisar a viabilidade de utilização, se houver, do saldo financeiro ao final da execução anual, para autorizar a utilização deste em investimentos na unidade, através de Termo de Aditivo ao contrato de gestão.

PARÁGRAFO ÚNICO

É vedada a cessão total ou parcial do presente contrato, sem prévia e expressa autorização do Poder Público.


Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJSES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

CLÁUSULA QUINTA – DO REPASSE DE RECURSOS

Para a execução do objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste instrumento e seus anexos, a importância global estimada de **R\$ 14.765.939,50 (catorze milhões, setecentos e sessenta e cinco mil, novecentos e trinta e nove reais e cinquenta centavos)** para fins de cumprimento dos serviços pactuados nos termos do Anexo Técnico I, parte integrante deste instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O valor pactuado será repassado pela **CONTRATANTE**, de acordo com o cronograma de desembolso previsto na Cláusula Sétima deste Contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os recursos destinados ao presente Contrato de Gestão serão empenhados globalmente em montante correspondente às despesas previstas até dezembro de 2014, devendo ser consignado na lei orçamentária do exercício seguinte o montante remanescente relativo aos meses de execução do Contrato no exercício de 2015.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)
Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJ/SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

FONTES: 0101 e 0144
CÓDIGO UG: 530401
PROGRAMA DE TRABALHO: 10.302.1033.4610.B287
NATUREZA DA DESPESA: 3.3.50.41
NOTAS DE EMPENHO Nsº: 2014NE000417, 2014NE000754 e 2014NE002061, todas emitidas em 02/01/2014.

PARÁGRAFO ÚNICO. As referidas Notas de Empenho garantem o pagamento da quantia de **R\$ 9.882.969,75 (nove milhões, oitocentos e oitenta e dois mil, novecentos e sessenta e nove reais e setenta e cinco centavos)** devendo o valor restante ser complementado através de nota de empenho a ser emitida pelo setor competente, e posteriormente ser registrada por simples apostilamento, dispensando a celebração de aditamento, conforme disposição do art. 65, §8º, da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento do valor constante da Cláusula Quinta será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

I- O valor global anual a ser repassado pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** está estimado em **R\$ 14.765.939,50 (catorze milhões, setecentos e sessenta e cinco mil, novecentos e trinta e nove reais e cinquenta centavos)**, mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais consecutivas de **R\$ 1.230.494,96 (hum milhão, duzentos e trinta mil quatrocentos e noventa e quatro reais e noventa e seis centavos)**, a partir do mês de **janeiro/14**, cujo valor é composto de uma parte fixa correspondente a **70%** do orçamento mensal, e uma parte variável correspondente a **20%** do orçamento mensal, calculada com base na produção e **10%** (dez por cento) calculada com base na adesão de indicadores de qualidade.

II - As parcelas referidas no item anterior serão pagas mensalmente até o quinto dia útil após o recebimento da nota fiscal/fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior.

PARÁGRAFO ÚNICO. As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa e os eventuais ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas variáveis serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta no contrato e seus aditivos.


 Marcelo Serpa
 Adv. Cr. - GGAJSES





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO SEGUNDO

A **CONTRATADA** poderá gastar no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos a esta repassada com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores eventualmente a ela cedidos lotados na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CARUARU**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

O **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA**, mediante cessão especial nos termos da Lei nº 15.210/13, os servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente.

Nos casos de remoção, aposentadoria ou cessão dos servidores cedidos à **UPA CARUARU**, o presente Contrato poderá ser aditado para fazer face às despesas com a substituição destes.

CLÁUSULA NONA – DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

O acompanhamento e a fiscalização deste Contrato serão realizados por órgão competente da Secretaria Estadual de Saúde.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O órgão competente da **CONTRATANTE** responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação deste Contrato de Gestão emitirá relatório técnico trimestral sobre os resultados alcançados pela **CONTRATADA** quanto à execução do contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O órgão referido nesta cláusula encaminhará o relatório técnico trimestral à Comissão Mista de Avaliação até o último dia do mês subsequente à realização da avaliação de cada trimestre.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Ao final de cada exercício financeiro será elaborada a consolidação dos relatórios técnicos emitidos pelo órgão de acompanhamento e avaliação, para a análise do Secretário ou por quem ele delegar e autorização quanto à prorrogação do Contrato.


Marcelo Serpa
Assessor - GGAJISES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO QUARTO

Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO

O prazo de vigência do presente **CONTRATO** será de 02(dois) anos, contados da assinatura do presente, renovável por sucessivos períodos, até o limite máximo de 14 de setembro de 2020 desde que reste demonstrada a vantajosidade da medida e o pleno atendimento das metas pactuadas, conforme parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pelo Secretário ou por quem ele delegar, conforme disposto no inciso X, do art. 10 da Lei Estadual nº 15.210/2013.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA RE Pactuação, RENEGOCIAÇÃO E REEQUILÍBRIO.

O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes e a autorização da autoridade competente, mediante pareceres favoráveis da Comissão Técnica de Acompanhamento Interno e da Comissão Mista de Avaliação, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos.

PARAGRAFO PRIMEIRO – Poderá haver a repactuação das metas ou das atividades contratadas, a qualquer tempo para sua adequação às necessidades da administração mediante a inclusão, exclusão e permuta dos serviços ou de seus quantitativos, assegurada a revisão dos valores financeiros ou suplementação de verbas, quando necessário.

PRÁGRAFO SEGUNDO - O valor contratual deverá ser renegociado anualmente, desde que documentalmente comprovada a variação efetiva dos custos de produção e dos insumos, fundada em parecer elaborado pela Comissão de Avaliação e aprovado pelo Secretário ou autoridade a quem ele delegar. A renegociação do Contrato de Gestão terá periodicidade anual, contada a partir da data limite para a apresentação da proposta de trabalho.


Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJSES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO TERCEIRO - Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de conseqüências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

PARÁGRAFO QUARTO - Eventuais prejuízos suportados pela contratada em razão de déficit orçamentário poderão ser ressarcidos pela **CONTRATANTE**, mediante Termo de Ressarcimento, após a apuração em processo administrativo específico, ficando o pagamento condicionado à declaração de sua regularidade pela Secretaria da Controladoria Geral do Estado e a aprovação prévia da Procuradoria Geral do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas, a ser apresentada mensalmente ou a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á através de relatório pertinente à execução desse Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados, nos moldes estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

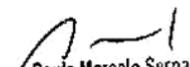
A **CONTRATADA** ao final de cada exercício financeiro deverá apresentar a Relatório de Execução Anual contendo em especial relatório pertinente a execução do Contrato, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, balanço e demonstrativos financeiros correspondentes.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Cabe à **CONTRATADA**, obrigatoriamente, a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do presente Contrato de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste Contrato.


Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJISES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

A rescisão do Contrato poderá ser efetivada:

- I - por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;
- II - por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;
- III - por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 60 (sessenta) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis e promoverá a desqualificação da entidade como Organização Social, pelo Poder Executivo, após apuradas a falta em processo regular, assegurada a ampla defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO

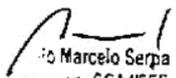
A desqualificação da entidade acarretará a reversão dos bens e valores disponíveis referentes ao presente Contrato, bem como a incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, bem como a disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na **UPA CARUARU**, as fichas e prontuários dos usuários.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO QUARTO

Na hipótese do inciso III do caput desta cláusula, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na


 16



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS**

transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados no Anexo Técnico IV, de que trata a Lei Estadual nº 15.210/13, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS SANÇÕES CONTRATUAIS

Pela inexecução total ou parcial das obrigações assumidas no presente contrato, a **CONTRATADA** ficará sujeita às seguintes sanções:

- I - aviso de correção;
- II - advertência por escrito;
- III - multa;
- IV - desqualificação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As sanções serão aplicadas mediante procedimento administrativo, assegurados a ampla defesa e o contraditório, considerando-se, para sua fixação, a abrangência e a gravidade da infração, bem como os danos dela resultantes para o serviço e para os usuários.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas na presente cláusula serão aplicadas pelo Secretário de Saúde, exceto a de desqualificação, cuja aplicação é de competência exclusiva do Governador do Estado, mediante prévio pronunciamento do Núcleo de Gestão.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A pena de multa poderá ser aplicada isolada ou cumulativamente com outras sanções, e será descontada da parcela variável de remuneração e dos pagamentos devidos pelo **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** ou ainda, quando for o caso, cobrada judicialmente.


Paulo Marcelo Serpa
Assessor - GGAJSES





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Contrato de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

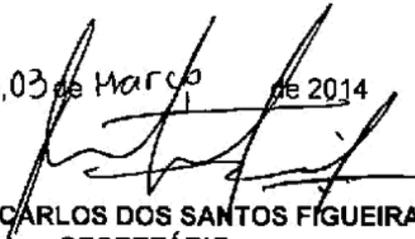
CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DOS CASOS OMISSOS

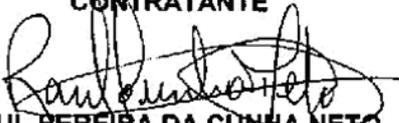
Os casos omissos serão resolvidos com base na legislação que rege a matéria.

CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

Recife, 03 de Março de 2014


ANTÔNIO CARLOS DOS SANTOS FIGUEIRA
SECRETÁRIO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE


RAUL PEREIRA DA CUNHA NETO
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES-IMIP HOSPITALAR
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1.

CPF/MF nº:

2.

CPF/MF nº:


Paulo Marcelo Serpa
Asses.or - GGAJSEE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

ANEXO TÉCNICO I
DESCRIÇÃO DE SERVIÇO

I – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

1. Atendimento de Urgência

DESCRIÇÃO	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	TOTAL
CONSULTA DE URGÊNCIA	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	13.500	162.000

As metas contidas neste aditivo constituem obrigação contratual.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

ANEXO TÉCNICO II

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE

I - INDICADORES DE MONITORAMENTO DAS UNIDADES SOB GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL

UPA CARUARU

TIPOLOGIA	INDICADOR	ESPECIFICAÇÃO	META	FONTE DE VERIFICAÇÃO
RESOLUTIVIDADE	Produção 20% do Repasse Variável	Total de Atendimentos/mês	Atingir o percentual entre 85% e 100% da meta	Relatório do Sistema de Gestão
QUALIDADE	Escala Médica 5% do Repasse Variável	Cumprimento da Escala mínima prevista em contrato	Escala Completa	Relatório Gerencial
	Relatório de Informação Ambulatorial 5% do Repasse Variável	Informar produção Mensalmente dentro do prazo preconizado pela regulação.	Informar 100% dos procedimentos realizados, com o máximo de 10% de glosas.	Relatório SIA/SUS e Relatório Gerencial

Nota: 1. Acolhimento e Classificação de Risco, Pesquisa de Satisfação do Usuário, Tratamento das queixas recebidas e Taxa de Identificação da Origem do Paciente passam a ser -requisitos de avaliação do Contrato de Gestão.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
GERÊNCIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

ANEXO TÉCNICO III

DESCRIÇÃO DO SISTEMA DE PAGAMENTO

1º SEMESTRE	JAN/14 (1ªParcela)	FEV/14 (2ªParcela)	MAR/14 (3ªParcela)	ABR/14 (4ªParcela)	MAI/14 (5ªParcela)	JUN/14 (6ªParcela)
VALOR R\$	R\$ 1.230.494,96					

2º SEMESTRE	JUL/14 (7ªParcela)	AGO/14 (8ªParcela)	SET/14 (9ªParcela)	OUT/14 (10ªParcela)	NOV/14 (11ªParcela)	DEZ/14 (12ªParcela)
VALOR R\$	R\$ 1.230.494,96	R\$ 1.230.494,96	R\$ 1.230.494,96	R\$ 1.230.494,96	R\$ 1.230.494,96	R\$ 1.230.494,96

Total do Repasse até dezembro/2014 R\$ 14.765.939,50

ANEXO D - CONTRATO DE GESTÃO Nº 003/2010 ENTRE A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CAXANGÁ



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

Contrato de Gestão
Nº 003/10
DGAJ/SES

CONTRATO DE GESTÃO Nº 003 12010
QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE PERNAMBUCO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES/PE, E A FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA, QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO HOSPITALAR E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA, CAXANGÁ.

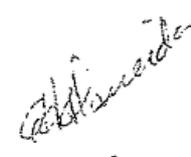
Pelo presente instrumento, de um lado o ESTADO DE PERNAMBUCO, por intermédio da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES, com sede nesta cidade na Rua Maria Augusta, nº 519 – Bongi – Recife – PE, CEP: 50.751-530, neste ato representado pelo seu titular Dr. FREDERICO DA COSTA AMANCIO, brasileiro, casado, advogado, portador da Carteira de Identidade nº 3680094 SDS/PE e CPF/MF nº 684.722.774-53, nomeado pelo Ato nº 912 de 30/03/2010, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro lado a FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA, com CNPJ/MF nº 09.767.633/0001-02, isenta de Inscrição Estadual, Inscrição Municipal nº 014.256-5, com endereço à Av. Parnamirim, nº 95 - Parnamirim Recife/PE CEP: 52.060-000, neste ato representado por GIVANETE HENRIQUE DE ALMEIDA SANTOS, brasileira, casada, médica, portadora da Carteira de Identidade nº 722.225 SSP/PE e CPF/MF nº 063.468.474-49, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista as disposições da Lei nº 11.743, de 20.01.00, alterada pela Lei nº 12.973, de 26.12.05, e regulamentada pelo Decreto nº 23.046, de 19.02.01, considerando o EDITAL DE SELEÇÃO Nº 001/2010 e o correspondente resultado da Seleção, publicado no D.O.E. de 27/02/2010, inserido nos autos do PROCESSO DE SELEÇÃO Nº. 001/2010, tudo de conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente CONTRATO tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela CONTRATADA na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA CAXANGÁ, doravante designada simplesmente UPA CAXANGÁ, localizada na Av. Joaquim Ribeiro (em frente ao nº 40), Iputinga/Caxangá, Recife/PE, CEP: 50.980-000, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população.

PARÁGRAFO ÚNICO – Fazem parte integrante deste CONTRATO:

- a) Proposta de Trabalho
- b) O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços


 Maria Wiluanda Arraes
 Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
 Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

- c) O Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento
- d) O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade
- e) O Anexo Técnico IV – Inventário e Avaliação de Bens

CLÁUSULA SEGUNDA – DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Os bens móveis descritos no Anexo Técnico IV, bem como o imóvel de propriedade do Estado de Pernambuco referente à **UPA CAXANGÁ**, têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente CONTRATO, nos termos do art. 29 da Lei nº. 11.743/00.

PARÁGRAFO ÚNICO – O inventário e a avaliação dos bens relacionados no Anexo Técnico IV deste CONTRATO foram devidamente aprovados pelas partes contratantes.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO COMPROMISSO DAS PARTES

3.1 – DA CONTRATADA

Compromete-se a CONTRATADA:

3.1.1 - Assegurar a organização, administração e gerenciamento da **UPA CAXANGÁ**, objeto do presente CONTRATO, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento da **UPA CAXANGÁ**;

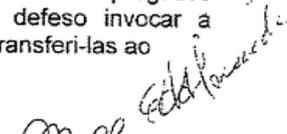
3.1.2 - Assistir de forma abrangente os usuários que demandem à **UPA CAXANGÁ**, procedendo aos devidos registros do SIA/SUS segundo os critérios do CONTRATANTE e do Ministério da Saúde;

3.1.3 - Garantir, em exercício na **UPA CAXANGÁ** referido neste CONTRATO, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte das unidades e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definida, como parte de sua infra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas/dia da **UPA CAXANGÁ**;

3.1.4 - Adotar identificação especial (crachá) e fardamento de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

3.1.5 - Incluir, na implantação da imagem corporativa e da uniformidade dos trabalhadores, o logotipo da SES/PE;

3.1.6 - Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados utilizados na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las ao


Maria Nilvanda Arroes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

CONTRATANTE;

3.1.7 - Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste CONTRATO;

3.1.8 - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na **UPA CAXANGÁ**, disponibilizando a qualquer momento ao **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na **UPA CAXANGÁ**;

3.1.9 - Apresentar ao **CONTRATANTE** até o 10º dia do mês seguinte, a Nota Fiscal/Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pelo **CONTRATANTE**;

3.1.10 - Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente CONTRATO;

3.1.11 - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados ao **CONTRATANTE** e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

3.1.12 - Consolidar a imagem da **UPA CAXANGÁ**, como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos pacientes, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

3.1.13 - Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos da **UPA CAXANGÁ**;

3.1.14 - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral;

3.1.15 - Devolver ao **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste CONTRATO, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente CONTRATO, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;

3.1.16 - Receber através de seu preposto, os bens inventariados na forma do Anexo Técnico IV, quando da assinatura do CONTRATO e, de forma idêntica, devolvê-los no término da vigência contratual;

3.1.17 - Dispor da informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando minimamente a definição do município de residência dos mesmos, por razões de planejamento das atividades assistenciais;

3.1.18 - Encaminhar ao **CONTRATANTE**, nos prazos e instrumentos por ela definidos, todas as informações sobre as atividades desenvolvidas na **UPA CAXANGÁ**, bem como

Maria Nilvanda Arraes
Mária Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

sobre a movimentação dos recursos financeiros recebidos e movimentados pela referida unidade de saúde;

3.1.19 – Encaminhar ao **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, segundo os modelos por ela elaborados, até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior;

3.1.20 - Em relação aos direitos dos pacientes, a **CONTRATADA** obriga-se a:

- a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- c) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste CONTRATO;
- d) Permitir a visita ao paciente em observação internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- e) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- f) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- h) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na **UPA CAXANGÁ**, nas observações de adolescentes e idosos.

3.1.21 - Fornecer ao paciente por ocasião de sua dispensa da **UPA CAXANGÁ**, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "**INFORME DE ATENDIMENTO DA UPA CAXANGÁ**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente;
- b) Nome da **UPA CAXANGÁ**
- c) Localização da **UPA CAXANGÁ**, (endereço, município, estado);
- d) Motivo da internação (CID-10);
- e) Data de admissão e data da alta;
- f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando


Maria Niluanda Araoz
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

for o caso;

g) Diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários a alta;

h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

3.1.22 - A **CONTRATADA** deverá, quando do fornecimento do Informe do atendimento, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do documento, que deverá ser arquivado no prontuário do paciente, observando-se as exceções previstas em lei;

3.1.23 - Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao paciente internado como ao ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SES;

3.1.24 - Implantar, após prévia aprovação da SES, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento.

3.1.25 - Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de **30 dias úteis**;

3.1.26 - Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme diretrizes estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades;

3.1.27 - Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento de pacientes a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

3.1.28 - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da **UPA CAXANGÁ**, sem prévia ciência e aprovação da SES;

3.1.29 - Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos nos Anexos Técnicos I e III deste CONTRATO;

3.1.30 - Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos pacientes, incluindo essa informação nos relatórios gerenciais da **UPA CAXANGÁ**;

3.1.31 - Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

- Comissão de Prontuários Médicos
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Ética Médica

3.1.32 - Possuir e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na unidade, bem como manter o núcleo de engenharia clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

3.1.33 - Estabelecer e executar os planos, programas e sistemas constantes do Anexo Técnico I;


Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Arquidocência Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1.34 - Movimentar os recursos financeiros transferidos pelo CONTRATANTE para a execução do objeto deste CONTRATO em conta bancária específica e exclusiva, vinculada à UPA CAXANGÁ, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da Organização Social.

3.2 – DO CONTRATANTE

3.2.1 - Disponibilizar à CONTRATADA adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da UPA CAXANGÁ, conforme inventário patrimonial;

3.2.2 - Prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários à execução deste CONTRATO e a programar, nos orçamentos dos exercícios subseqüentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

3.2.3 - Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente CONTRATO;

3.2.4 - Desenvolver o controle e a avaliação periódica através de um preposto designado pelo Secretário da Saúde, o qual observará "in loco" o desenvolvimento das atividades de assistência aos usuários na UPA CAXANGÁ.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO serão alocados para a CONTRATADA mediante transferências oriundas do CONTRATANTE, sendo permitido à CONTRATADA o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

CLÁUSULA QUINTA – DO REPASSE DE RECURSOS

Para a execução do objeto da presente avença, o CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes deste instrumento e seus anexos, a importância global estimada de R\$ 10.337.917,20 (dez milhões, trezentos e trinta e sete mil, novecentos e dezessete reais e vinte centavos), para fins de cumprimento dos serviços pactuados nos termos do Anexo Técnico I, parte integrante deste instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O valor pactuado será repassado pelo CONTRATANTE, de acordo com o cronograma de desembolso previsto na Cláusula Sétima deste CONTRATO.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os recursos destinados ao presente CONTRATO de Gestão serão empenhados globalmente em montante correspondente às despesas previstas até 31.12.2010, devendo ser consignado na lei orçamentária do exercício seguinte o montante remanescente relativo aos meses de execução do CONTRATO no exercício de 2010.

Maria Niluanda Araoz
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO TERCEIRO – Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO**.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste **CONTRATO** correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

UNIDADE GESTORA: 530401-FES/PE

FONTES DE RECURSO: 0101

PROGRAMA DE TRABALHO: 10.126.0709.3431.0000

NATUREZA DA DESPESA: 3.3.90.39

NOTA DE EMPENHO: 2010NE004367

EMITIDA EM: 01/03/2010

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento do valor constante da **CLÁUSULA QUINTA** será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

I – No primeiro ano de vigência do presente **CONTRATO**, o valor global a ser repassado está estimado em **R\$ 10.337.917,20 (dez milhões, trezentos e trinta e sete mil, novecentos e dezessete reais e vinte centavos)**, mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor é composto de uma parte fixa correspondente a 60% do orçamento mensal, e uma parte variável correspondente a 30% do orçamento mensal, calculada com base na produção e 10% (dez por cento) calculada com base na adesão de indicadores de qualidade.

II – Do montante global previsto no item anterior, o valor de **R\$ 1.292.239,65 (um milhão, duzentos e noventa e dois mil, duzentos e trinta e nove reais e sessenta e cinco centavos)** correspondente à **PRIMEIRA PARCELA**, será pago quando da assinatura deste **CONTRATO**.

III – O valor correspondente a **SEGUNDA** até a **DÉCIMA PRIMEIRA PARCELA** será de **R\$ 861.493,10 (Oitocentos e sessenta e um mil, quatrocentos e noventa e três reais e dez centavos)** sendo a **DÉCIMA SEGUNDA** parcela no valor de **R\$ 430.746,55 (quatrocentos e trinta mil, setecentos e quarenta e seis reais e cinquenta e cinco centavos)**.

IV – As parcelas referidas no item anterior serão pagas mensalmente até o quinto dia útil após o recebimento da nota fiscal/fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – As metas contratuais serão avaliadas trimestralmente, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 40%, observado o disposto no Anexo II.

PARÁGRAFO SEGUNDO – As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas das partes variáveis serão realizados nos meses subsequentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste **CONTRATO** e seus Anexos.

Maria Bimanda Arroes
Mônica Bimanda Arroes
Diretora-Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO TERCEIRO – Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de pagamento, a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste CONTRATO.

PARÁGRAFO QUARTO – A **CONTRATADA** deverá anexar mensalmente aos relatórios encaminhados ao **CONTRATANTE**, os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários relativos ao mês anterior.

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS HUMANOS

A **CONTRATADA** contratará pessoal para a execução de suas atividades, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente CONTRATO.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A **CONTRATADA** poderá gastar no máximo 65% (sessenta e cinco por cento) dos recursos públicos a esta repassada com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores eventualmente a ela cedidos lotados na **UPA CAXANGÁ**.

PARÁGRAFO SEGUNDO – O **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA**, mediante cessão especial nos termos da Lei nº 12.973/05, a ser formalizada através de instrumento de convênio específico, os servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente.

PARÁGRAFO TERCEIRO – O valor pago pelo Poder Público, a título de remuneração e de contribuição previdenciária do servidor colocado à disposição da **CONTRATADA**, será deduzido do valor de cada parcela dos recursos repassados mensalmente.

CLÁUSULA NONA – DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

O órgão competente do **CONTRATANTE** responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação deste CONTRATO de Gestão emitirá relatório técnico sobre os resultados alcançados pela **CONTRATADA** quanto às metas pactuadas, quanto à economicidade das ações realizadas e à otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao usuário.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O órgão referido nesta cláusula encaminhará o relatório técnico ao Secretário da Saúde e ao órgão deliberativo da **CONTRATADA**, até o último dia do mês subsequente ao encerramento de cada trimestre do exercício financeiro.

Marcos Vinícius Arraes
MARCOS VINÍCIUS ARRAES
Diretor Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os resultados alcançados deverão ser objetos de análise criteriosa pelo Secretário da Saúde, que norteará as correções que eventualmente se façam necessárias, para garantir a plena eficácia do instrumento, e em persistindo as falhas, para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Ao final de cada exercício financeiro será elaborada consolidação dos relatórios técnicos emitidos pelo órgão de acompanhamento e avaliação, para análise e parecer conclusivo do Secretário da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO – Os responsáveis pela fiscalização deste CONTRATO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO

O prazo de vigência do presente CONTRATO será de 12 (doze) meses, contados da assinatura do presente instrumento, podendo ser prorrogado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas, se houver a indicação, garantia e aprovação das dotações orçamentárias necessárias para as despesas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REVISÃO E REPACTUAÇÃO

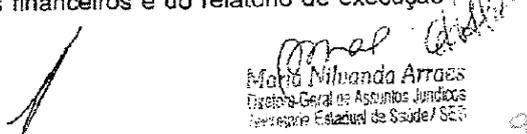
O presente CONTRATO poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos. Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do CONTRATO, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de consequências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas, a ser apresentada mensalmente ou a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á através de relatório pertinente à execução desse CONTRATO de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** deverá elaborar consolidação dos relatórios de execução e demonstrativos financeiros e encaminhá-los ao **CONTRATANTE**, em modelos por esta estabelecidos.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Cabe à **CONTRATADA**, obrigatoriamente, a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução


Maria Niluanda Arraes
Diretora-Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

do presente CONTRATO de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste CONTRATO.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

A rescisão do CONTRATO poderá ser efetivada:

I - por ato unilateral do **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II - por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III - por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pelo **CONTRATANTE** superior a 30 (trinta) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar o **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis e promoverá a desqualificação da entidade como Organização Social, pelo Poder Executivo, após apuradas a falta em processo regular, assegurada a ampla defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO – A desqualificação da entidade acarretará a reversão dos bens e valores disponíveis referentes ao presente CONTRATO, bem como a incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, bem como a disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na **UPA CAXANGÁ**, as fichas e prontuários dos usuários.

PARÁGRAFO TERCEIRO – A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do CONTRATO, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão ao **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO QUARTO – Na hipótese do inciso III do *caput* desta cláusula, o **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora do **CONTRATANTE**.

Marla D. Miranda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

Ref. contrato gestão upa Caxangá

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados no Anexo Técnico IV, de que trata a Lei Estadual nº 11.743/00 e o Decreto nº 23.046/01, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

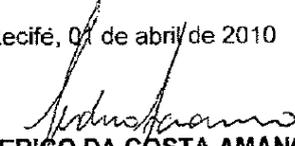
CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente **CONTRATO** de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente **CONTRATO**, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

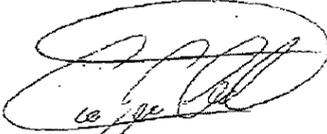
Recife, 07 de abril de 2010

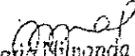

FREDERICO DA COSTA AMANCIO
SECRETÁRIO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE


GIVANETE HENRIQUE DE ALMEIDA SANTOS
FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. 
CPF/MF nº: 192 920 584-87

2. 
CPF/MF nº:


Maria Nivalda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde/SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ANEXO TÉCNICO I
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia Unidade de Pronto Atendimento.

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pelo CONTRATANTE.

1. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS

1.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pela **UPA CAXANGÁ** às pessoas que procurem tal atendimento, de forma referenciada ou espontânea, conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

1.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados em caráter de urgência.

1.3 Em consequência do atendimento de urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de internação.

[Handwritten signatures]



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

2. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste CONTRATO, de comum acordo entre os contratantes, a UPA CAXANGÁ se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pelo CONTRATANTE após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente CONTRATO.

PREVENÇÃO	1º M	2º M	3º M	4º M	5º M	6º M	7º M	8º M	9º M	10º M	11º M	12º M	TOTAL
PREVENÇÃO DE URGÊNCIA	10.675	10.675	11.438	12.200	12.200	12.200	12.963	12.963	13.725	13.825	15.250	15.250	153.264

II. ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

2.1 Atendimento de Urgência

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

2.2 Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar a totalidade dos indicadores de produtividade previstos na sua Proposta de Trabalho.

Eixo	Indicador	Meta	Valor de referencia	Acompanhamento da Meta				Sistema de Aplicação de Ações Corretivas
				1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	

Handwritten signatures and initials.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
 DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

INDICADORES DE PRODUTIVIDADE								Se o número de consultas por hora médica for menor ou maior do que o esperado deverá observar os seguintes aspectos:
	1. Número de consultas por hora médica nas Unidades de Atendimento	Manter o número de consultas por hora médica em 4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	1. Identificar o número total de consultas que estão sendo realizadas em cada plantão e o número de profissionais médicos presentes em cada horário. 2. Adequar a escala médica de acordo com a demanda existente.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual.

Na hipótese de impossibilidade, por parte da CONTRATADA, de cumprimento das metas estipuladas no presente CONTRATO e seus anexos, tendo como única e exclusiva

[Handwritten signature]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

justificativa a inexistência de demanda suficiente para atingir os parâmetros contratualmente fixados, não haverá descontos nos pagamentos devidos, desde que os dados e informações que atestarem a não ocorrência de demanda sejam examinados, aprovados e validados pelo CONTRATANTE.

Para possibilitar o exame das informações acima referidas a contratada deverá, encaminhar à Secretaria de Saúde, junto com a documentação informativa das atividades assistências realizadas, no prazo estipulado no item 5 do Anexo Técnico II deste CONTRATO, informações acerca da insuficiência de demanda para o cumprimento das metas de atendimento; para serem analisadas pela Secretaria de Saúde.

O exame a ser procedido pela Secretaria de Saúde poderá se basear, além da documentação enviada pela contratada, em outros elementos.

III - CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS AO CONTRATANTE

A CONTRATADA encaminhará ao CONTRATANTE toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinada.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas.

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**ANEXO TÉCNICO II
SISTEMA DE PAGAMENTO**

Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento, verificam-se estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

I. COMPOSIÇÃO DOS VALORES REPASSADOS:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** ocorrerá conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, na modalidade abaixo assinalada:

(X) Atendimento a Urgências

1.1A modalidade de atividade assistencial acima assinalada refere-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além da atividade de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização do **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 3.3 do Anexo Técnico I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro da **UPA CAXANGÁ** para o exercício de 2010, fica estimado em **R\$ 10.337.917,20 (dez milhões, trezentos e trinta e sete mil, novecentos e dezessete reais e vinte centavos)** e corresponde a sua modalidade de atividade assistencial.

3.1. Na remuneração variável por atividades (30%) será considerado o peso da modalidade de atividade assistencial conforme quadro do item 2 deste Anexo Técnico II.

4. Conforme o disposto na **CLÁUSULA SÉTIMA** do **CONTRATO** de Gestão, as parcelas mensais de pagamento repassadas à **CONTRATADA** são subdivididas da seguinte forma:

4.1 **60% (sessenta por cento)** do valor mencionado no item 03 (três) acima, ou seja, **R\$ 6.202.750,32 (seis milhões, duzentos e dois mil, setecentos e cinquenta reais e trinta e dois centavos)** será repassado em **12 (doze)** parcelas mensais fixas, no valor de **R\$ 516.895,86 (quinhentos e dezesseis mil, oitocentos e noventa e cinco reais e oitenta e seis centavos)**, ressalvado o disposto na **CLÁUSULA SÉTIMA** do **CONTRATO** de Gestão no que se refere ao valor da primeira e da décima segunda parcela;

4.2 **30% (trinta por cento)** do valor mencionado no item 03 (três) acima, ou seja, **R\$ 3.101.375,16 (três milhões, cento e um mil, trezentos e setenta e cinco reais e dezesseis centavos)** será repassado em **12 (doze)** parcelas mensais, juntamente com a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 258.447,93 (duzentos e cinquenta e oito mil, quatrocentos e quarenta e sete reais e noventa e três centavos)**, vinculado à avaliação do volume de produção e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, ressalvado o disposto na **CLÁUSULA SÉTIMA** do **CONTRATO** de Gestão no que se refere ao valor da primeira e da décima segunda parcela;



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

4.3 **10% (dez por cento)** do valor mencionado no item 03 (três), ou seja, **R\$1.033.791,72 (um milhão e trinta e três mil, setecentos e noventa e um reais e setenta e dois centavos)**, será repassado em 12 (doze) parcelas mensais, juntamente com a parcela fixa, com valor mensal estimativo de **R\$ 86.149,31 (oitenta e seis mil, cento e quarenta e nove reais e trinta e um centavos)**, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo com o estabelecido no Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade, parte integrante deste CONTRATO de Gestão, ressalvado o disposto na CLÁUSULA SÉTIMA do CONTRATO de Gestão no que se refere ao valor da primeira e da décima segunda parcela;

4.4A avaliação da parte variável (Itens 4.2 e 4.3 acima) será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pela **UPA CAXANGÁ**.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do CONTRATO de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis) do mês imediatamente subsequente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pela **UPA CAXANGÁ**.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pelo **CONTRATANTE**.

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos das **UPA CAXANGÁ**, serão encaminhadas em arquivo eletrônico gravados em discos tipo (CD ROM) utilizando planilhas do programa Windows Office – Excel encaminhados pelo **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

6. O **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula Sétima do CONTRATO de Gestão.

7. A cada período de 03 (três) meses, o **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade e produção que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado nos itens **4.2 e 4.3** deste anexo.

8. Nos meses de Julho e Janeiro, o **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste CONTRATO de Gestão.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

financeiro, efetivada através de Termo Aditivo ao CONTRATO de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do CONTRATO de Gestão.

10. A análise referida no item **08 (oito)** deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao CONTRATO de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades da unidade, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

11.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Item 4.2 deste Anexo Técnico II)

1. Os ajustes dos valores financeiros, previstos no Item **4.2** deste Anexo, decorrentes dos desvios constatados nos volumes de produção pactuados serão efetuados nos meses subseqüentes aos períodos de avaliação trimestral, que ocorrerão nos meses de janeiro, abril, julho e outubro.

A avaliação e análise da atividade contratada constante deste documento será efetuada conforme explicitado na tabela que se segue e previsto no Item **4.2** deste Anexo. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para a modalidade de atividade assistencial especificada no Anexo Técnico I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA** respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item III deste documento.

II.2 - AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Item 4.3 deste Anexo Técnico II)

Os valores percentuais apontados na tabela inserida Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no Item **4.3** deste Anexo II.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ANEXO TÉCNICO III
INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR (R\$)
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento da unidade
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento da unidade
	Entre 55% e 69,99% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento da unidade
	Menor que 55% do volume contratado	55% X peso percentual da atividade Atendimento a Urgências X 30% do orçamento da unidade

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação da UPA CAXANGÁ) serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é elaborado um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do CONTRATO de Gestão. O Manual que subsidiará a avaliação do ano de 2010 encontra-se descrito a seguir.

Os indicadores constantes da proposta de trabalho constituem obrigação contratual



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

**MANUAL DE INDICADORES PARA A PARTE VARIÁVEL
CONTRATO DE GESTÃO – ANO 2010
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DESCRIÇÃO E METODOLOGIA DE CÁLCULO**

INTRODUÇÃO

Este documento descreve os indicadores que serão avaliados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco na análise para repasse de 10% do valor global do CONTRATO de Gestão em seus respectivos trimestres de avaliação. A análise de cada indicador tem mensal e a valoração financeira trimestral, conforme definido em CONTRATO.

AVALIAÇÃO DA PARTE VARIÁVEL

- Para a avaliação dos indicadores referentes à parte variável do CONTRATO a Unidade de Pronto Atendimento (UPA CAXANGÁ) deverá atingir as metas definidas para os seguintes indicadores: Acolhimento e Classificação de Risco, Atenção ao Usuário, Qualidade da Informação

METAS E INDICADORES PARA 2010

Para o ano 2010 estabelecem-se como indicadores determinantes do pagamento da parte variável:

- Acolhimento e Classificação de Risco
- Atenção ao Usuário
- Qualidade da Informação

1. Acolhimento e Classificação de Risco - A valoração deste indicador será de 50% em cada trimestre.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura

[Handwritten signature]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

capaz de acolher, escutar e oferecer respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada. As duas atividades, Acolhimento e Avaliação/Classificação de Risco, portanto, têm objetivos complementares, podendo coexistir ou funcionar em locais separados na **UPA CAXANGÁ**. Os objetivos primários são avaliar o paciente logo na sua chegada à **UPA CAXANGÁ** e reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade. Os pacientes deverão ser encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e deverão ser informados sobre o tempo de espera, receber ampla informação sobre o serviço aos usuários e oferecer informações a familiares.

A meta é a estruturação do serviço de Acolhimento e Classificação de Risco e a evidência para o cumprimento da meta é apresentação de protocolos específicos da **UPA CAXANGÁ** e envio de relatório de resultados do AACR até o dia 15 do mês subsequente.

2. Atenção ao Usuário – Resolução de queixas e pesquisa de satisfação

A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

A meta é apresentar o projeto de estruturação do Serviço de Atenção ao Usuário, realização da pesquisa de satisfação mensal e a resolução de 80% das queixas recebidas. Entende-se por queixa o conjunto de reclamações recebidas por qualquer meio de um autor identificável (verbal, por escrito, por telefone, correio físico ou eletrônico) e que deve ser registrada adequadamente. Entende-se por resolução o conjunto de ações geradas por uma queixa no sentido de solucioná-la e que possa ser encaminhada a seu autor como resposta ou esclarecimento ao problema apresentado.

A pesquisa de satisfação do usuário sobre o atendimento da **UPA CAXANGÁ** destina-se à avaliação da percepção de qualidade do serviço pelos pacientes ou acompanhantes. Em cada trimestre será avaliada a pesquisa de satisfação do usuário, por meio de questionários específicos, que deverão ser aplicados mensalmente a pacientes e

[Handwritten signatures]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

acompanhantes atendidos nas UPA CAXANGÁ abrangendo 10% do total de pacientes e acompanhantes. A pesquisa será feita verbalmente, registrada em papel, sendo obrigatoriamente anônima, apenas com identificação numérica. Os modelos dos questionários serão enviados à CONTRATADA para impressão em papel em número suficiente para aplicação e preenchimento. Será fornecida uma planilha de consolidação para preenchimento das respostas obtidas, dividindo as avaliações em três grupos: o de pacientes internados, o de acompanhantes de pacientes internados e o de pacientes em atendimento ambulatorial.

O relatório deverá ser encaminhado à SESPE até o dia 15 do mês subsequente.

3. Qualidade da Informação - A valoração deste indicador será de 25% em cada trimestre.

Taxa de identificação da origem do paciente

O objetivo é conhecer a localidade de residência do paciente para avaliar a adequada inserção regional da UPA CAXANGÁ por meio da caracterização da origem da demanda. O indicador permite melhor planejamento regional dos serviços de saúde ao identificar fluxos de referência corretos e incorretos. O indicador utiliza a identificação correta do Código de Endereçamento Postal (CEP) e do código do IBGE, obrigatórios no Sistema Informações (SIH/SUS) e atendimento ambulatorial do paciente. A meta é atingir 98% de CEP válido e 98% de CEP compatíveis com o código IBGE

Código do CEP válido é o que corresponde a um logradouro (bairro, cidade, praça, rua, avenida, etc.) específico.

Numerador: Número de CEP válido

Denominador: Número total de CEP apresentado

Resultado da divisão multiplicado por 100

CEP compatível é o que encontra correspondência com o código do IBGE do município, pois existe a possibilidade de um CEP válido (que corresponde a um número existente do código postal) não estar de acordo com o logradouro indicado como de residência do paciente.

Numerador: Número de CEP compatíveis com código de IBGE

Denominador: Número total de CEP apresentado

Resultado da divisão multiplicado por 100

O relatório deverá ser encaminhado à SES/PE até o dia 15 do mês subsequente.

[Handwritten signatures]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Indicadores – Súmula da Planilha para 2010

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Acolhimento e Classificação de Risco	50%	50%	50%	50%
Atenção ao usuário	25%	25%	25%	25%
Qualidade da Informação	25%	25%	25%	25%


Abelardo





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

ANEXO IV
Inventário de Bens e Patrimônio do UPA CAXANGÁ

Mobiliário, materiais e equipamentos mínimos para UPA	PORTE III Quant.
Pronto Atendimento	
Área de recepção e espera para público/pacientes	
Bebedouro	2
Balcão de atendimento com espaço para computadores e impressoras*	1
Cadeira estofada fixa	6
Cesto de lixo	3
Quadro de avisos	1
Computador	2
Impressora	1
Cadeiras para sala de espera	5
TV	1
Suporte de TV	1
Sala de Atendimento Social	
Cadeiras estofadas fixas	2
Cadeira giratória com braços	1
Cesto de lixo	1
Impressora	1
Mesa de escritório	1
Mesa para impressora	1
Mesa para computador	1
Computador	1
Sala de Classificação de Risco	
Computador	2
Armário	2
Balde com pedal	2
Biombo	2
Cadeira giratória com braços	2
Cadeiras estofadas fixas	4
Escada 2 degraus	2
Esfigmomanômetro adulto	2
Esfigmomanômetro infantil	2
Estetoscópio adulto	2
Estetoscópio infantil	2
Mesa auxiliar p/ instrumental	2
Mesa de escritório	2
Mesa para exames	2
Termômetro timpânico	2

[Handwritten signatures and initials]

Sala para Exames Indiferenciados	
Impressora	6
Mesa para impressora	6
Computadores	6
Armário vitrine	6
Balança antropométrica adulto	3
Balança antropométrica pediátrica	3
Balde com pedal	6
Biombo	6
Cadeira estofada fixa	12
Escada 2 degraus	6
Detector fetal	2
Esfigmomanômetro adulto	3
Esfigmomanômetro infantil	3
Estetoscópio adulto	3
Estetoscópio infantil	3
Lanterna clínica	3
Mesa de escritório	6
Mesa para exames	6
Negatoscópio 2 corpos	6
Olo - oftalmoscópio	3
Sala para Exame Diferenciado (odontologia)	
Armário de 2 portas	2
Balde com pedal	2
Cadeira giratória com braços	1
Cadeiras estofadas fixas	2
Mesa de escritório	1
Cadeira odontológica completa	1
Mocho	1
Compressor odontológico	1
Amalgamadores	1
Fotopolimerizadores	1
Depósito de Material de Limpeza com Tanque (DML)	
Armário	1
Carro material de limpeza	1
Atendimento de Urgência	
Sala de Higienização	
Balde com Pedal	1
Banqueta giratória	1
Cadeira de rodas	1
Escada com 2 degraus	1
Lavatório	1
Maca para transporte	1

[Handwritten signatures and initials]

22



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Mesa auxiliar para instrumental	1
Suporte de Hamper	1
Sala de Urgência	
Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal	4
Armário suspenso com divisórias	4
Oxímetro portátil (hand-set)	2
Aspirador portátil	4
Balde com pedal	4
Bancada com cuba e armários*	2
Mesa de Mayo	4
Banqueta giratória	2
Colar cervical (Kit com 5 tamanhos)	4
Biombo	3
Bomba de infusão	8
Caixa básica de instrumental cirúrgico	4
Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso	2
Carro de urgência	2
Detector de batimentos cardíacos fetais	1
Eletrocardiógrafo portátil	1
Escada 2 degraus	4
Esfigmomanômetro de pedestal com manguito infantil e adulto	4
Estetoscópio adulto/infantil	4
Suporte de Hamper	3
Lanterna clínica	4
Laringoscópio com kit adulto e infantil	4
Maca com grades removíveis e rodas com travas	4
Mesa auxiliar p/ instrumental	4
Monitor cardíaco 3 parâmetros (PNI, ECG e Oximetria)	4
Negatoscópio 2 corpos	2
Refletor parabólico de luz fria	4
Suporte de soro	8
Ventilador de transporte eletrônico microprocessador adulto/infantil com raquéias adulto, infantil e neonatal	4
Foco cirúrgico móvel	2
Prancha longa	4
Cilindro de oxigênio portátil	4
Area para guarda de macas e cadeiras de rodas	
Maca de transporte	2
Cadeira de rodas	2
Depósito de Material de Limpeza com Tanque (DML)	
Armário	1
Carro material de limpeza	1
Área Diagnóstico e Terapêutico	

[Handwritten signatures and initials]

Sala de Eletrocardiografia - ECG	
Eletrocardiógrafo de folha	1
Esfignomanômetro	1
Estetoscópio	1
Mesa auxiliar	1
Cabideiro	1
Armário	1
Balde cilíndrico p/ detritos com pedal	1
Bancada com cuba e armários*	1
Banqueta giratória/mocho	1
Lavatório	1
Escada com 2 degraus	1
Mesa p/ exames	1
Suporte de soro	1
Sala de Sutura/Curativos	
Armário de 2 portas	1
Armário para medicamentos	2
Mesa auxiliar para instrumental	1
Suporte de Hamper	1
Pia de escovação	1
Balde cilíndrico p/ detritos com pedal	1
Bancada com cuba e armários*	1
Banqueta giratória/mocho	1
Escada com 2 degraus	1
Mesa p/ exames	1
Refletor parabólico de luz fria	1
Suporte para braço	1
Caixa básica de instrumental cirúrgico	6
Suporte de soro	1
Carro de curativo	1
Sala de Gesso/Imobilização de Fraturas	
Cadeira de rodas	1
Mesa auxiliar para instrumental	1
Suporte de soro de chão	1
Braçadeira de injeção	1
Lavatório	1
Armário	1
Balcão com pia de escovação e armários	1
Balde cilíndrico p/ detritos com pedal	1
Banqueta giratória/mocho	1
Braçadeira	1
Carro de curativo	1
Escada com 2 degraus	1

fbr *Edel* *24*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Hamper	1
Mesa p/ exames	1
Serra elétrica p/ cortar gesso	
Sala de inalação Coletiva	
Balde cilíndrico p/ detritos a pedal	5
Bancada com cuba e armários*	1
Poltrona reclinável	10
Suporte para soro	5
Régua de gases	10
Relógio de parede	1
Conjunto para nebulização contínua	20
Sala de aplicação de medicação / reidratação (pacientes em poltronas)	
Balde cilíndrico p/ detritos com pedal	4
Bancada com cuba e armários*	1
Banqueta giratória/mocho	3
Biombo	
Cadeira estofada	
Suporte para soro	5
Braçadeira	4
Poltrona	8
Radiologia - Geral	
Laboratório de Processamento - (câmara escura)	
Processadora de filmes	1
Passa chassi	1
Balde com pedal	1
Cadeira	1
Box de Vestiário para Paciente	
Cabideiro	1
Sala de Exames da Radiologia - Geral	
Avental plumbífero	
Protetor de tireóide	
Aparelho de Raios x de 500 MA	
Armário	1
Suporte de Hamper	1
Suporte de soro de chão	1
Balde com pedal	1
Escada com 2 degraus	1
Banqueta giratória	1
Biombo plumbífero	1
Arquivos de Chapas	
Armário com gavetas	2
Sala de Coleta de Material	
Geladeira	

1 ff fff 25



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Pallet pequeno para soro	
Freezer	1
Quadro de avisos	1
Bebedouro	1
Escada de 7 degraus	1
Cesto de lixo	2
Computador	2
Desumidificador de ambiente	1
Estante modulada aberta	3
Geladeira industrial	1
Impressora	1
Mesa de escritório	1
Mesa para impressora e computador	1
Sala de Armazenagem e Distribuição de Materiais Esterilizados	
Suporte de cestos	1
Bancada	1
Carro para transporte de roupa limpa	1
Estante fechada	1
Estante modulada	3
Escada de 7 degraus	1
Quadro de avisos	1
Cadeira	1
Sala de lavagem e descontaminação dos materiais	
Armário	1
Carro fechado para transporte de material	1
Quadro de avisos	1
Relógio de parede	1
Balde com pedal	1
Banqueta giratória	2
Mesa auxiliar	2
Pia de escovação	1
Suporte de Hamper	1
Almoxarifado	
Cesto de lixo	1
Escada com 7 degraus	1
Estante modulada aberta	2
Tablados pequenos	1
Sala de Armazenagem Geral de Roupa Limpa (rouparia geral)	
Bancada	1
Carro para transporte de roupa limpa	1
Escada com 7 degraus	1
Estante modulada fechada	2
Sala de Utilidades com Pia Despejo	

[Handwritten signatures and initials]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Suporte de Hamper	1
Carro de transporte de detritos	1
Sala de Armazenagem Geral de Roupa Suja	
Carro transporte de roupa suja	1
Hamper	1
Sala para Equipamentos de Geração de Energia Elétrica Alternativa	
Gerador	1
Sala de Guarda de Cadáveres (temporária)	
Balde com pedal	1
Carro para transporte de cadáver	1
Quarto de Plantão para Funcionário Fem.	
Armário com 2 portas	3
Mesa de cabeceira	3
Beliche	3
Cesto de lixo	1
Quarto de Plantão para Funcionário Masc.	
Armário com 2 portas	1
Mesa de cabeceira	3
Beliche	3
Cesto de lixo	1
Sala de Estar para Funcionários (p/8pessoas)	
Quadro de avisos	1
Bebedouro	1
Cadeira	5
Mesa	1
Poltrona	2
TV	1
Suporte para TV	1
Vestiário Central para Funcionários	
Cesto de lixo	2
Armário fechado com divisórias	1
Quadro de Avisos	1
Copa de distribuição	
Área para recepção e inspeção de alimentos e utensílios	
Balde com Pedal	1
Despensa de Alimentos e Utensílios	
Armário	1
Área de distribuição de alimentos e utensílios	
Balde com Pedal	1
Refeitório dos Funcionários	
Bebedouro	1
Carro para transporte de alimentos	1
Mesa para refeitório	1

[Handwritten signatures and initials]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cadeiras	12
Geladeira	1
Lixeira	2
Armário	1
Carro de material de limpeza	1
Sala de Armazenamento Temporário de Resíduos	
Carro de transporte de detritos	4
Abrigo Externo de Resíduos	
Carro de transporte de detritos	4
Apoio Administrativo	
Sala de Direção	
Aparelho de fax	1
Armário	1
Mesa de escritório	2
Cadeira giratória com braços	2
Cesto de lixo	2
Estante	1
Impressora	1
Mesa p/ impressora e computador	2
Computador	2
Sala de Reuniões	
Armário	1
Cadeira giratória com braços	10
Mesa para reunião	1
Quadro branco	1
Quadro de avisos	1
Sala Administrativa / Informática / Controle de ponto	
Aparelho de fax	1
Armário	2
Arquivo gaveta	2
Cadeira giratória com braços	5
Cesto de lixo	5
Computador	5
Estante	3
Mesa para impressora	1
Impressora	1
Mesa de escritório	5
Relógio de parede	1
Quadro de avisos	1
Arquivo Médico	
Arquivo de gavetas	5
Estante modulada aberta	8

[Handwritten signature]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cronômetro	
Balde com pedal	1
Carro para transporte de material	1
Armário	1
Cadeira estofada fixa	1
Bancada com cuba e armários*	1
Braçadeira	1
Observação	
Posto de Enfermagem	
Aspirador portátil	4
Armário	2
Bancada com cuba e armários*	2
Balde cilíndrico com pedal p/ detritos	2
Balcão de atendimento com armário e espaço p/ computador e impressoras	1
Banqueta giratória	3
Computador	1
Impressora	1
Bomba de infusão	1
Cadeira de rodas dobrável	2
Cadeira estofada	4
Caixa básica de instrumental cirúrgico	6
Carro de curativos	2
Lanterna clínica	2
Termômetro clínico	2
Comadre	4
Esfigmomanômetro adulto de coluna	6
Esfigmomanômetro infantil portátil	3
Estetoscópio adulto	6
Estetoscópio infantil	3
Geladeira 180 l	1
Monitor de ECG com PNI e O2	4
Oxímetro de pulso portátil com sensor adulto, infantil e neonatal	4
Papagaio	4
Sala de Observação	
Observação Adulto/Mas. e Fem.	
Cadeira estofada	8
Cama Fowler com grades, cabeceiras e peneiras móveis, com colchão	8
Escada com 2 degraus	8
Mesa de cabeceira	8
Mesa de refeição	8
Carro de urgência	1
Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso	1
Laringoscópio com kit adulto	1

[Handwritten signatures and initials]
29



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Conjunto de ressuscitador manual kit adulto	8
Biombo	4
Suporte de Hamper	2
Balde com pedal	8
Suporte de soro de chão	8
Observação de Pediatria	
Carro de urgência	1
Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso	1
Laringoscópio com kit infantil	3
Conjunto de ressuscitador manual kit neonatal e pediátrico	5
Balde com pedal	5
Biombo	3
Suporte de Hamper	1
Berço hospitalar com grades móveis e colchão	3
Cama Fowler com grades, cabeceiras e peneiras móveis, com colchão	2
Escada com 2 degraus	5
Mesa de cabeceira	5
Mesa de refeição	5
Poltrona para mãe acompanhante	5
Régua de gases	5
Suporte de soro de chão	5
Quarto Individual de Curta Duração	
Aspirador portátil (1 para cada leito)	2
Bomba de infusão (1 para cada leito)	2
Biombo	2
Cama Fowler com grades, cabeceiras e peneiras móveis, com colchão	2
Escada com 2 degraus	2
Mesa de cabeceira	2
Mesa de refeição	2
Poltrona para mãe acompanhante	2
Régua de gases	2
Suporte de soro de chão	2
Apoio Técnico / Logístico	
Área de Distribuição (Farmácia)	
Mesa para computador	1
Cadeiras	1
Cesto de lixo	1
Computador	1
Área para Armazenagem e Controle de Materiais e Equipamentos (CAF)	
Armário de aço com 2 portas	4
Arquivo gaveta com 4 gavetas	3
Cadeira	1
Carro de transporte de material	1

1 / AF / 30



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE MODERNIZAÇÃO E MONITORAMENTO
DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Posto Policial	
Cadeira	1
Mesa de escritório	1

Sala de Estabilização	Quantidade
Ressuscitador manual kit adulto, infantil e neonatal	1
Armário suspenso com divisórias	1
Oxímetro portátil (hand-set)	1
Aspirador portátil	1
Balde com pedal	1
Bancada com cuba e armários*	1
Mesa de Mayo	1
Banqueta giratória	1
Colar cervical (kit com 5 tamanhos)	1
Biombo	1
Bomba de infusão	2
Caixa básica de instrumental cirúrgico	1
Desfibrilador/cardioversor com monitor multiparâmetro e marcapasso	1
Carro de urgência	1
Detector de batimentos cardíacos fetais	1
Eletrocardiógrafo portátil	1
Escada com 2 degraus	1
Esfigmomanômetro de pedestal com manguito infantil e adulto	1
Estetoscópio adulto/infantil	1
Suporte de Hamper	1
Lanterna clínica	1
Laringoscópio com kit adulto e infantil	1
Maca com grades removíveis e rodas com travas	1
Mesa auxiliar p/ instrumental	1
Monitor cardíaco 3 parâmetros (PNI, ECG e Oximetria)	1
Negatoscópio 2 corpos	1
Refletor parabólico de luz fria	2
Suporte de soro	1
Ventilador de transporte eletrônico microprocessador adulto/infantil c/traquéias adulto, infantil e neonatal	1
Foco cirúrgico móvel	1
Francha longa	1
Cilindro de oxigênio portátil	1

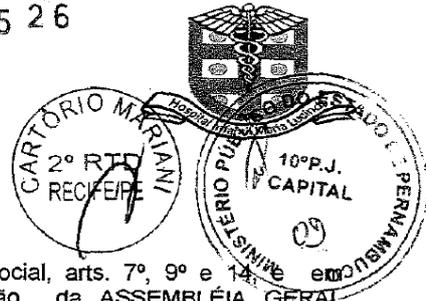
[Handwritten signatures and initials]



343526

3 0 NOV. 2010

TERMO DE POSSE



MICROFILMADA

Em atendimento ao estabelecido pelo Novo Estatuto Social, arts. 7º, 9º e 14º, em consonância com o definido do Edital de Convocação da ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA DA FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA, realizada no dia 06 (seis) de julho de 2010 (dois mil e dez), no Centro de Estudos Dr. Artur Coutinho, na Av. Pamamirim, 95, Pamamirim, Recife-PE, que cuidou: 1) da Eleição do Conselho Diretor; 2) da Eleição do Conselho Fiscal; 3) e da Recomposição do Conselho Curador; Givanete Henrique de Almeida Santos na qualidade de Presidente do Conselho Diretor empossa os eleitos e desta forma, lavra-se o presente Termo de Posse que vai assinado por todos os eleitos e empossados para ocupar os cargos com um mandato de 05 (CINCO) anos, do CONSELHO CURADOR:

a) 01 membro nato eleito entre os indicados pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco:

Anderson Cláudio Rodrigues Torreão, brasileiro, casado, secretário executivo, residente na Rua Rufina Borba, 61, Santo Antônio – Bezerros – PE, CEP: 55.660.000, Identidade: 486.6621 SSP-PE, CPF: 020.326.584-02.



b) 01 membro nato eleito entre os indicados pela Secretaria de Administração do Estado de Pernambuco:

Paula Frassinete Feitosa Rapôso Lira, brasileira, casada, bacharela em direito, residente na Rua Visconde de Ouro Preto, 103/101 – Casa Forte - Recife-PE - CEP 52.061-430 - Identidade nº. 862.861 SSP-PE e CPF: 038.922.554-15.



c) 01 membro nato eleito entre os indicados pela Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco:

Rosely Bastos Moreira, brasileira, solteira, analista contábil, residente na Rua Neto de Mendonça- 170/1002 – Tamarineira - Recife-PE - CEP 52.050-160 - Identidade nº. 3921762 SSP-PE e CPF: 653.495.984-49



d) 04 (quatro) irmãs de caridade, da Associação de São Vicente de Paulo que trabalham na Obra Benemérita:

Superiora: Sônia Maria de Lima Santos, brasileira, solteira, religiosa da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208 – Boa Vista – Recife - PE, CEP: 50.070-140, Identidade nº. 1.234.600 SSP-AL e CPF: 903.354.064-91.



Fundação Manoel da Silva Almeida

Av. Pamamirim, 95 – Pamamirim - Recife – PE CEP 52060 000

CNPJ: 09.767.633/0001-02

Fone: (81) 3267-4200 / Fax: (81) 3441-2892 - E-mail: secretaria@hospitalmarialucinda.com.br

Site: www.hospitalmarialucinda.com

[Handwritten signatures and initials: Anderson Torreão, Paula Rapôso Lira, Rosely Bastos Moreira, Sônia Maria de Lima Santos, and others.]

343526

CARTÓRIO MARIANI
2º RTD. REG. TÍTULOS E DOCUMENTOS P. JURIDICAS

3 0 NOV. 2010

MICROFILMADO



Cartório Paulo Guerra
2º Ofício de Notas da Capital

Reconheço por semelhança a firma de: **ANDERSON CLAUDIO BRIGUES TORREAO, ROSELI BASTOS FERREIRA** dou 16. RECÍPITO/FE. 24 DE NOVEMBRO DE 2010.

Of. 38
Em R\$ 5,38 ISNR R\$ 1,06

ADMINISTRADOR
ESCREVENTE AUTORIZADO

www.ug.ug.br
FIRMA 2
ABV013233



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
12º DISTRITO JUDICIÁRIO
POÇO DA PANELA
Praça Casa Forte, 306 - Recife-PE

RECONHEÇO A(S) FIRMA(S)
Rute Costa Rego Lima
Santos Paula Franksi
Rute Costa Rego Lima 24/11/10

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

Rute Costa Rego Lima - OFICIAL

**AUTORIZO O REGISTRO DA
PRESENTE ATA NO
CARTÓRIO COMPETENTE**

Recife 23 de 11 de 10

[Signature]
Promotor (a) de Justiça



Promotoria de Justiça



Sueli Borge da Silva, brasileira, solteira, religiosa, da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208 - Boa Vista - Recife - PE, CEP: 50.070-140, Identidade nº. 1893236 SSP-RN, CPF: 009.487.144.25.

Sueli Borge da Silva

Lindalva Cordeiro Duarte, brasileira, solteira, religiosa, da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208 - Boa Vista - Recife-PE CEP: 50.070-140, Identidade nº. 5.255.924 SDS-PE CPF: 033.445.394-18.

Lindalva Cordeiro Duarte

Gildene Macena da Costa, brasileira, solteira, religiosa, da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208 - Boa Vista - Recife-PE CEP: 50.070-140 - Identidade nº. 173.7025 SSP - RN CPF: 029.650.424-66.

Gildene Macena da Costa

e) 02 (dois) descendentes, em linha direta, do Comendador Manoel da Silva Almeida, e que contribuam para a manutenção e continuidade da obra Benemérita do Fundador:

Irene Almeida Gonçalves de Oliveira, brasileira, viúva, comerciante, residente na Rua Jacobina, 121/102, Graças - Recife-PE, CEP: 52.011-120 - Identidade nº. 91.545 SSP - PE, CPF:341.613.334-04.

Irene Almeida Gonçalves de Oliveira

Célia de Almeida Fernandes, brasileira, viúva, residente na Rua da Confederação do Equador, nº 126/1102, Graças - Recife-PE, CEP: 50.011-060, Identidade nº. 329.754, CPF: 431.824.454-72.

Célia de Almeida Fernandes

f) 02 (dois) Médicos que trabalham na Fundação há pelo menos 5 anos e que vêm contribuindo para a edificação da mesma, indicados pelo Conselho Diretor:

Edelson Dourado, brasileiro, viúvo, médico, residente na Rua Dom José Lopes, 75/1702, Boa Viagem - Recife - PE, CEP: 51.021.370, Identidade nº. 347.734 SSP-PE, CPF: 000.731.644-53.

Edelson Dourado

José Sá Barreto Pimentel, brasileiro, casado, médico, residente na Rua Bartolomeu de Gusmão, 217, Madalena - Recife - PE, CEP: 50.610.190, Identidade: 511.707 SSP-PE, CPF: 224.012.298-68.

José Sá Barreto Pimentel

Fundação Manoel da Silva Almeida
 Av. Pamamirim. 95 - Pamamirim - Recife - PE CEP 52060 000
 CNPJ: 09.767.633/0001-02
 Fone: (81) 3267-4200 / Fax: (81) 3441-2892 - E-mail: secretaria@hospitalmarialucinda.com.br
 Site: www.hospitalmarialucinda.com

Handwritten notes and stamps on the left side, including 'CONFERI 2º Ofício de Registro RICA/PE' and various initials.

Handwritten notes and signatures on the right side, including 'Irene', 'José Sá Barreto Pimentel', and other illegible signatures.



343526



MICROFILMADO
 g) 01 (um) membro do grupo denominado "Sociedade dos Amigos do Hospital Infantil" – SAHIMA (a Presidente da Sociedade):

Maurinete de Oliveira Vilar, brasileira, casada, psicóloga, residente na Rua Apipucos, 355/901 - Apipucos - Recife - PE, CEP: 52.071-000, Identidade nº. 7.355.95 SSP-PE, CPF: 402.174.424-04.

Maurinete de Oliveira Vilar



Eleitos para um mandato de 04 (QUATRO) anos para o **CONSELHO DIRETOR**:

PRESIDENTE: Givanete Henrique de Almeida Santos, brasileira, casada, médica, residente na Rua Engenheiro José Brandão Cavalcanti, 1200 – casa 180, Imbiribeira - Recife - PE - CEP 51.170-130 - Identidade nº. 772.225 SSP-PE e CPF: 063.468.474-49.

Givanete Henrique de Almeida Santos

VICE - PRESIDENTE: Amaido José Almeida Gonçalves de Oliveira, brasileiro, casado, engenheiro, residente na Rua Prof. José Cândido Pessoa - 1422 - Bairro Novo - Olinda - PE - CEP 53.030-020 - Identidade nº. 854.704 SSP-PE e CPF: 166.962.204-53.

CONFERIDO
 P/ Rosek

Amaido José Almeida Gonçalves de Oliveira

TESOUREIRA: Irmã Sônia Maria de Lima Santos, brasileira, solteira, religiosa da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208 - Boa Vista - Recife-PE CEP: 50.070-140 - Identidade nº. 1.234.600 SSP-AL e CPF: 903.354.064-91.

Irmã Sônia Maria de Lima Santos

Eleitos para um mandato de 04 (quatro) anos para o **CONSELHO FISCAL**:

TITULARES :

Jayme César Figueiredo, brasileiro, casado, médico, residente na Rua Leonardo Bezerra Cavalcante, 59/1202 Pamamirim - Recife-PE, CEP: 52.060.030, Identidade nº 91.132, CPF: 000.410.254-15.

ausente *Gustavo Ferreira Correia Lima*

Gustavo Ferreira Correia Lima, brasileiro, casado, médico, residente na Rua Marquês do Paraná 235 -Espinheiro- Recife-PE, CEP: 52.021-050, Identidade nº. 3.320.63 SSP-PE, CPF: 000.704.164-00.

Gustavo Ferreira Correia Lima

Fundação Manoel da Silva Almeida
 Av. Pamamirim, 95 – Pamamirim - Recife – PE CEP 52060 000
 CNPJ: 09.767.633/0001-02

Fone: (81) 3267-4200 / Fax: (81) 3441-2892 - E-mail: secretaria@hospitalmarialucinda.com.br
 Site: www.hospitalmarialucinda.com

Handwritten notes and signatures on the left margin, including 'CONFERIDO' and 'P/ Rosek'.

Handwritten notes and signatures on the right margin, including 'A', 'G', and 'H'.

343526

Cartório Paulo Guerra
2º Ofício de Notas da Capital

Tabelião João Dias de Andrade
R. do Imperador D. Pedro II, 599 - São Antônio
Recife - PE - CEP: 50010-210 - Tel.: (81) 3797-9350

Reconheço por semelhança a firma de: **GUSTAVO FERREIRA**
CORREIA LIMA: dou fé.
RECIFE/PE, 24 DE NOVEMBRO DE 2010.
Cód.: 38
Em R\$ 2,64 TSNR R\$ 0,53

ADMINISTRADOR
ESCREVENTE AUTORIZADO

ANA KARLENE FERREIRA
Escrevente Autorizado

2º Ofício de Notas do Recife

AJA002751



CARTÓRIO MARIANI
2º Ofício de Notas do Recife

30 NOV. 2010

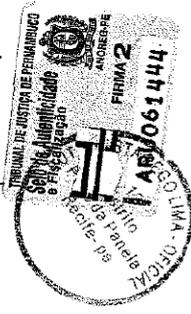
MICROFILMADO



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
12º DISTRITO JUDICIÁRIO
POÇO DA PANELA
Pra. da Casa Forte, 306 - Recife-PE

RECONHEÇO A(S) FIRMA(S)
Quarente Homenagem de Alameda Santa, Sônia Maria de Lima Santa, et. al.
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

Rute Costa Rego Lima
Rute Costa Rego Lima - OFICIAL



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
12º DISTRITO JUDICIÁRIO
POÇO DA PANELA
Pra. da Casa Forte, 306 - Recife-PE

RECONHEÇO A(S) FIRMA(S)
Wagnerelli de Oliveira
Wagner

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

Rute Costa Rego Lima
Rute Costa Rego Lima - OFICIAL

SERVÍCIOS NOTARIAIS DO 5º OFÍCIO
ARNALDO MACIEL - TABELIÃO
Rua Siqueira Campos - 100 - Centro
Tel.: (081) 3224-7433 - Recife-PE

RECONHEÇO a(s)
1 (uma) retro assinada(s) de:
017623-ARNALDO JOSE ALMEIDA GONCALVES...
DE OLIVEIRA.....
/ sem. dou fé

Em testemunha da verdade.
RECIFE, 24 de Novembro de 2010

08-FABIOLA FIGUEIRA J. DE OLIVEIRA
Escrevente Autorizada

Emolumentos	R\$	2,64
T.S.N.R. (20%)	R\$	0,53
TOTAL	R\$	3,17

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO FIRMAS
AJA017582

AUTORIZO O REGISTRO DA PRESENTE ATA NO CARTÓRIO COMPETENTE

Recife 29 de 11 de 10

Arnaldo Maciel
Promotor (a) de Justiça

Maria da Glória Gonçalves Senor
Promotora de Justiça



30 NOV. 2010



Salvador Vilar Correia Lima, brasileiro, casado, médico, residente na Rua Apipucos, 355/901 - Apipucos - Recife - PE, CEP: 52.071-000, Identidade nº. 1.499.638 SSP-PE, CPF: 022.900.494.68.

CONFESSÃO
2º Ofício de Notas da Capital
MALUÍCIO

SUPLENTE:

Ana Maria Alves, brasileira, solteira, religiosa, da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208 - Boa Vista-Recife-PE CEP: 50.070-140 - Identidade nº. 1.178.518 SSP-PE, CPF: 101.632.714-53.

CONFESSÃO
2º Ofício de Notas da Capital
MALUÍCIO

Ana Maria Alves

Maria de Jesus Silva, brasileira, solteira, religiosa, da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208- Boa Vista - Recife-PE, CEP: 50.070-140 - Identidade nº. 1.531.341 SSP-RN, CPF: 968.089.934-91.

CONFESSÃO
2º Ofício de Notas da Capital
MALUÍCIO

Maria de Jesus Silva

Maria Eunice Chaves, brasileira, solteira, religiosa, da Ordem de São Vicente de Paulo, residente na Avenida Henrique Dias, 208- Boa Vista - Recife-PE, CEP: 50.070-140 - Identidade nº. 985.881 SSP-SE, CPF: 986.413.794-87.

CONFESSÃO
2º Ofício de Notas da Capital
MALUÍCIO

Maria Eunice Chaves

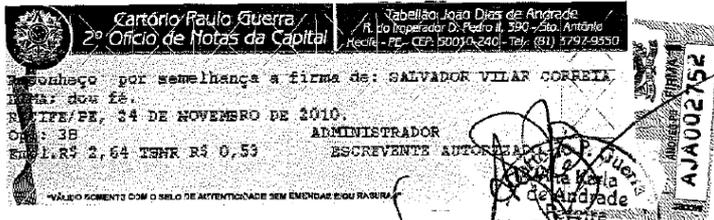
AUTORIZO O REGISTRO DA PRESENTE ATA NO CARTÓRIO COMPETENTE
Recife 29 de 11 de 10
Promotor (a) de Justiça



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
12º DISTRITO JUDICIÁRIO
POÇO DA PANELA
Praça Casa Forte, 306 - Recife-PE

RECONHEÇO (A)S) FIRMAS DE
Maria das Neves Alves
Maria Eunice Chaves
Maria de Jesus Silva
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO
Rute Costa Rego Lima - OFICIAL

Maria da Glória Gregório Soares
Promotora de Justiça



Fundação Manoel da Silva Almeida
Av. Pamamirim, 95 - Pamamirim - Recife - PE CEP 52060-000
CNPJ: 09.767.633/0001-02
Fone: (81) 3267-4200 / Fax: (81) 3441-2892 - E-mail: secretaria@hospitalmarialucinda.com.br
Site: www.hospitalmarialucinda.com

Handwritten signatures and initials on the left side of the page, including 'Eunice', 'Maria', and 'Salvador'.

Handwritten signatures and initials on the right side of the page, including 'Rute Costa Rego Lima' and 'Maria da Glória Gregório Soares'.


2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos e Registro Civil de Pessoas Jurídicas
 Rua do Imperador D. Pedro II, 370 - B. Santo Antônio - Recife (PE) - CEP: 50010-240
 Fone: (61) 3426-1613 - www.torpea.com.br

CRATORIA MAR. 2010

APRESENTADO HOJE, PROTOCOLADO E REGISTRADO SOB O N.º **343526**
 AVERBADA AO REGISTRO **343526** DE **30/11/2010**
 Recife/PE, 30 de novembro de 2010.
 Emolumentos R\$ 140,91 TSNR R\$ 31,31 FEEC R\$ 13,44

O QUE CERTIFICO E DOU FE.

2º OFÍCIO REG. TÍTULOS E DOCUMENTOS
 Zuleide Coelho F. de Oliveira
 2ª Substituta

2º RTD - Recife
 Visto e autenticado nos termos do art. 17, inciso I, da Lei nº 13.240/2006.
 AUTENTICAÇÃO

AMOREG-PE
 ATÓ NOTARIAL E REGISTRAL 2
 AX 005668

ANEXO E - Contrato de Gestão Nº 002/2010 entre a Secretaria Estadual de Saúde e a Unidade de Pronto Atendimento – UPA Torrões



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

Contrato de Gestão
Nº 002/10
DGAJ/SES

CONTRATO DE GESTÃO Nº /2010 QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE PERNAMBUCO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARA OPERACIONALIZAR A GESTÃO E EXECUTAR AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA TORRÕES.

Pelo presente instrumento, de um lado o **ESTADO DE PERNAMBUCO**, por intermédio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**, com sede nesta cidade na **Rua Maria Augusta, nº 519 – Bongi – Recife – PE, CEP: 50.751-530**, neste ato representado pelo seu titular **Dr. FREDERICO DA COSTA AMANCIO**, brasileiro, casado, advogado, portador da **Carteira de Identidade nº 3680094 SDS/PE e CPF/MF nº 684.722.774-53**, nomeado pelo Ato nº 912 de 30/03/2010, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE**, com **CNPJ/MF nº 10.869.782/0001-53**, isenta de Inscrição Estadual, Inscrição Municipal nº. **223.922-1**, com endereço à **Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro CEP: 50.040 -000**, neste ato representado por seu Diretor Administrativo, o Sr. **RENÊ PORTO REIS**, brasileiro, separado, Administrador Hospitalar, portador da **Carteira de Identidade 25.652.327-7 SSP/SP e CPF/MF 151.730.818-64**, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista as disposições da Lei nº 11.743, de 20.01.00, alterada pela Lei nº 12.973, de 26.12.05, e regulamentada pelo Decreto nº 23.046, de 19.02.01, **EDITAL DE SELEÇÃO Nº 001/2010** e o correspondente resultado da Seleção, publicado no D.O.E. de 27/02/2010, inserido nos autos do **PROCESSO DE SELEÇÃO Nº. 001/2010**, tudo de conformidade com as diretrizes e normas do Sistema Único de Saúde – SUS emanadas do Ministério da Saúde – MS, resolvem celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente **CONTRATO** tem por objeto a operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela **CONTRATADA** na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA TORRÕES**, doravante designada simplesmente **UPA TORRÕES**, localizada à **Av. Abdias de Carvalho – Em frente ao nº. 1455 – Torrões CEP: 50.720-635**, em regime de 24 horas/dia, que assegure assistência universal e gratuita à população.

PARÁGRAFO ÚNICO

Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:

- a) Proposta de Trabalho
- b) O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
- c) O Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento
- d) O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade

Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

e) O Anexo Técnico IV – Inventário e Avaliação de Bens

CLÁUSULA SEGUNDA - DA PERMISSÃO DE USO DOS BENS

Os bens móveis descritos no Anexo Técnico IV, bem como o imóvel de propriedade do Estado de Pernambuco referente à **UPA TORRÕES**, têm o seu uso permitido pela **CONTRATADA** durante a vigência do presente **CONTRATO**, nos termos do art. 29 da Lei nº. 11.743/00.

PARÁGRAFO ÚNICO

O inventário e a avaliação dos bens relacionados no Anexo Técnico IV deste Contrato foram devidamente aprovados pelas partes contratantes.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO COMPROMISSO DAS PARTES

3.1 - DA CONTRATADA

Compromete-se a **CONTRATADA**:

3.1.1 - Assegurar a organização, administração e gerenciamento da **UPA TORRÕES**, objeto do presente Contrato, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento da **UPA TORRÕES**;

3.1.2 - Assistir de forma abrangente os usuários que demandem à **UPA TORRÕES**, procedendo aos devidos registros do SIA/SUS segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do Ministério da Saúde;

3.1.3 - Garantir, em exercício na **UPA TORRÕES** referido neste Contrato, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte das unidades e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definida, como parte de sua infra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas/dia da **UPA TORRÕES**;

3.1.4 - Adotar identificação especial (crachá) e fardamento de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua frequência, pontualidade e boa conduta profissional;

3.1.5 - Incluir, na implantação da imagem corporativa e da uniformidade dos trabalhadores, o logotipo da SES;

3.1.6 - Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados utilizados na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**;


Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

- 3.1.7 - Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste Contrato;
- 3.1.8 - Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na **UPA TORRÕES**, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados na **UPA TORRÕES**;
- 3.1.9 - Apresentar a **CONTRATANTE** até o 10º dia do mês seguinte, a Nota Fiscal/Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada pela **CONTRATANTE**;
- 3.1.10 - Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato;
- 3.1.11 - Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE** e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;
- 3.1.12 - Consolidar a imagem da **UPA TORRÕES**, como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do Sistema Único de Saúde - SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos pacientes, primando pela melhoria na qualidade da assistência;
- 3.1.13 - Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos da **UPA TORRÕES**;
- 3.1.14 - Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral;
- 3.1.15 - Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado, após prévia avaliação e expressa autorização do **CONTRATANTE**;
- 3.1.16 - Receber através de seu preposto, os bens inventariados na forma do Anexo Técnico IV, quando da assinatura do Contrato e, de forma idêntica, devolvê-los no término da vigência contratual;
- 3.1.17 - Dispor da informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando minimamente a definição do município de residência dos mesmos, por razões de planejamento das atividades assistenciais;


Maria Niluanda Araoz
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

3.1.18 - Encaminhar à **CONTRATANTE**, nos prazos e instrumentos por ela definidos, todas as informações sobre as atividades desenvolvidas na **UPA TORRÕES**, bem como sobre a movimentação dos recursos financeiros recebidos e movimentados pela referida unidade de saúde;

3.1.19 – Encaminhar a **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, segundo os modelos por ela elaborados, até o dia 10 (dez) do mês imediatamente subsequente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior;

3.1.20 - Em relação aos direitos dos pacientes, a **CONTRATADA** obriga-se a:

- a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;
- b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
- c) Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
- d) Permitir a visita ao paciente em observação internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização;
- e) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- f) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- h) Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, na **UPA TORRÕES**, nas observações de adolescentes e idosos.

3.1.21 - Fornecer ao paciente por ocasião de sua dispensa da **UPA TORRÕES**, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "**INFORME DE ATENDIMENTO DA UPA TORRÕES**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente;
- b) Nome da **UPA TORRÕES**
- c) Localização da **UPA TORRÕES**, (endereço, município, estado);
- d) Motivo da internação (CID-10);
- e) Data de admissão e data da alta;
- f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
- g) Diagnóstico principal de alta e diagnósticos secundários a alta;
- h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos".

3.1.22 - A **CONTRATADA** deverá, quando do fornecimento do Informe do atendimento, colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do

Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

documento, que deverá ser arquivado no prontuário do paciente, observando-se as exceções previstas em lei;

3.1.23 - Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao paciente internado como ao ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SES;

3.1.24 - Implantar, após prévia aprovação da SES, um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento.

3.1.25 - Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 dias úteis;

3.1.26 - Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme diretrizes estabelecidas pela SES, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades;

3.1.27 - Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento de pacientes a outros serviços de saúde, apresentando à SES, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

3.1.28 - Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física da **UPA TORRÕES**, sem prévia ciência e aprovação da SES;

3.1.29 - Alcançar os índices de produtividade e qualidade definidos nos Anexos Técnicos I e III deste Contrato;

3.1.30 - Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos pacientes, incluindo essa informação nos relatórios gerenciais da **UPA TORRÕES**;

3.1.31 - Possuir e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

- Comissão de Prontuários Médicos
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Ética Médica

3.1.32 - Possuir e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos na unidade, bem como manter o núcleo de engenharia clínica para o bom desempenho dos equipamentos.

3.1.33 - Estabelecer e executar os planos, programas e sistemas constantes do Anexo Técnico I;

3.1.34 - Movimentar os recursos financeiros transferidos pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto deste Contrato em conta bancária específica e exclusiva, vinculada à **UPA TORRÕES**, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os


Maria Nivalda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual da Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

recursos próprios da Organização Social.

3.2 – DA CONTRATANTE

3.2.1 - Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento da **UPA TORRÕES**, conforme inventário patrimonial;

3.2.2 - Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários à execução deste Contrato e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, quando for o caso, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

3.2.3 - Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato;

3.2.4 - Desenvolver o controle e a avaliação periódica através de um preposto designado pelo Secretário da Saúde, o qual observará "in loco" o desenvolvimento das atividades de assistência aos usuários na **UPA TORRÕES**.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas do **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

CLÁUSULA QUINTA – DO REPASSE DE RECURSOS

Para a execução do objeto da presente avença, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes deste instrumento e seus anexos, a importância global estimada de **R\$ 10.326.404,00** (dez milhões, trezentos e vinte e seis mil e quatrocentos e quatro reais), para fins de cumprimento dos serviços pactuados nos termos do Anexo Técnico I, parte integrante deste instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O valor pactuado será repassado pela **CONTRATANTE**, de acordo com o cronograma de desembolso previsto na Cláusula Sétima deste Contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os recursos destinados ao presente Contrato de Gestão serão empenhados globalmente em montante correspondente às despesas previstas até **31.12.2010**, devendo ser consignado na lei orçamentária do exercício seguinte o montante remanescente relativo aos meses de execução do Contrato no exercício de 2010.


Maria Abanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Gestora: 530401-FES/PE
Fonte de Recurso: 0101
Programa de Trabalho: 10.126.0709.3431.0000
Natureza da Despesa: 3350.43
Nota de Empenho: **004366** - Emitida em: **01/03/2010**

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O pagamento do valor constante da Cláusula Quinta será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

I – No primeiro ano de vigência do presente Contrato, o valor global a ser repassado está estimado em **R\$ 10.326.404,00 (dez milhões, trezentos e vinte e seis mil e quatrocentos e quatro reais)**, mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor é composto de uma parte fixa correspondente a 60% do orçamento mensal, e uma parte variável correspondente a 30% do orçamento mensal, calculada com base na produção e 10% (dez por cento) calculada com base na adesão de indicadores de qualidade.

II – Do montante global previsto no item anterior, o valor de **R\$ 1.290.800,50 (Um milhão duzentos e noventa mil e oitocentos reais e cinquenta centavos)** correspondente à primeira parcela, será pago quando da assinatura deste Contrato.

III - O valor correspondente a segunda até a décima primeira parcela será de **R\$ 860.533,67 (oitocentos e sessenta mil e quinhentos e trinta e três reais e sessenta e sete centavos)** sendo a décima segunda parcela no valor de **R\$ 430.266,84 (quatrocentos e trinta mil, duzentos e sessenta e seis reais e oitenta e quatro centavos)**

IV – As parcelas referidas no item anterior serão pagas mensalmente até o quinto dia útil após o recebimento da nota fiscal/fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior.

18/05/10
[Assinatura]
Maria Nivanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos 7
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As metas contratuais serão avaliadas trimestralmente, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 40%, observado o disposto no Anexo II.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas das partes variáveis serão realizados nos meses subseqüentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste Contrato e seus Anexos.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de pagamento, a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** deverá anexar mensalmente aos relatórios encaminhados à **CONTRATANTE**, os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários relativos ao mês anterior.

CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS HUMANOS

A **CONTRATADA** contratará pessoal para a execução de suas atividades, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente Contrato.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A **CONTRATADA** poderá gastar no máximo 65% (sessenta e cinco por cento) dos recursos públicos a esta repassada com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores eventualmente a ela cedidos lotados na **UPA TORRÕES**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O **CONTRATANTE** poderá colocar à disposição da **CONTRATADA**, mediante cessão especial nos termos da Lei nº 12.973/05, a ser formalizada através de instrumento de convênio específico, os servidores públicos estaduais de seu quadro de pessoal permanente.

PARÁGRAFO TERCEIRO

O valor pago pelo Poder Público, a título de remuneração e de contribuição previdenciária do servidor colocado à disposição da **CONTRATADA**, será deduzido do valor de cada parcela dos recursos repassados mensalmente.


Maria Nibanda Arracs
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

CLÁUSULA NONA – DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

O órgão competente da **CONTRATANTE** responsável pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação deste Contrato de Gestão emitirá relatório técnico sobre os resultados alcançados pela **CONTRATADA** quanto às metas pactuadas, quanto à economicidade das ações realizadas e à otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao usuário.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O órgão referido nesta cláusula encaminhará o relatório técnico ao Secretário da Saúde e ao órgão deliberativo da **CONTRATADA**, até o último dia do mês subsequente ao encerramento de cada trimestre do exercício financeiro.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os resultados alcançados deverão ser objetos de análise criteriosa pelo Secretário da Saúde, que norteará as correções que eventualmente se façam necessárias, para garantir a plena eficácia do instrumento, e em persistindo as falhas, para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Ao final de cada exercício financeiro será elaborada consolidação dos relatórios técnicos emitidos pelo órgão de acompanhamento e avaliação, para análise e parecer conclusivo do Secretário da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

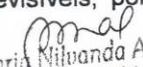
Os responsáveis pela fiscalização deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, darão imediata ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO PRAZO

O prazo de vigência do presente CONTRATO será de 12 (doze) meses, contados da assinatura do presente instrumento, podendo ser prorrogado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas, se houver a indicação, garantia e aprovação das dotações orçamentárias necessárias para as despesas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA REVISÃO E REPACTUAÇÃO

O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das metas e dos valores financeiros inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes e a autorização por escrito do Secretário de Saúde, devendo, nestes casos, serem formalizados os respectivos Termos Aditivos. Poderá também ser alterado para assegurar a manutenção do equilíbrio econômico e financeiro do contrato, na hipótese de sobrevirem fatos imprevisíveis, ou previsíveis, porém de


Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

conseqüências incalculáveis, retardadores ou impeditivos da execução do ajustado ou, ainda, em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe, configurando álea econômica extraordinária e extracontratual.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas, a ser apresentada mensalmente ou a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á através de relatório pertinente à execução desse Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Ao final de cada exercício financeiro, a **CONTRATADA** deverá elaborar consolidação dos relatórios de execução e demonstrativos financeiros e encaminhá-los à **CONTRATANTE**, em modelos por esta estabelecidos.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Cabe à **CONTRATADA**, obrigatoriamente, a publicação anual, no Diário Oficial do Estado, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do presente Contrato de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, o **CONTRATANTE** poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste Contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA RESCISÃO

A rescisão do Contrato poderá ser efetivada:

I - por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II - por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III - por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela **CONTRATANTE** superior a 30 (trinta) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados.

Maria Nilbãnda Arracs
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES

10



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer uma das hipóteses de rescisão contratual, o **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis e promoverá a desqualificação da entidade como Organização Social, pelo Poder Executivo, após apuradas a falta em processo regular, assegurada a ampla defesa.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A desqualificação da entidade acarretará a reversão dos bens e valores disponíveis referentes ao presente contrato, bem como a incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, bem como a disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na **UPA TORRÕES** as fichas e prontuários dos usuários.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO QUARTO

Na hipótese do inciso III do caput desta cláusula, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem ao paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados no Anexo Técnico IV, de que trata a Lei Estadual nº 11.743/00 e o Decreto nº 23.046/01, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Contrato de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

Maria Nilvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES

11



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
DIRETORIA GERAL DE ASSUNTOS JURÍDICOS

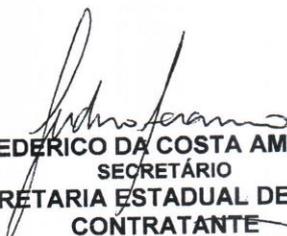
Ref. contrato gestão upa Torres

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do

presente contrato, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure. E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

Recife, 01 de Abril de 2010


FREDERICO DA COSTA AMANCIO
SECRETÁRIO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CONTRATANTE


RENÊ PORTO REIS
IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
CONTRATADA

TESTEMUNHA:

1.
CPF/MF nº:

2.
CPF/MF nº:


Maria Milvanda Arraes
Diretora Geral de Assuntos Jurídicos
Secretaria Estadual de Saúde / SES

ANEXO F - Programa Arquitetônico Mínimo do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), nos portes I, II e III



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA
COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO DO COMPONENTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24h), NOS PORTES I, II E III.

PROGRAMA ARQUITETÔNICO MÍNIMO PARA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24 HORAS							
AMBIENTES	ÁREA UNITÁRIA (m ²)	PORTE - I		PORTE - II		PORTE - III	
		QUANTIDADE DE AMBIENTES	ÁREA TOTAL (m ²)	QUANTIDADE DE AMBIENTES	ÁREA TOTAL (m ²)	QUANTIDADE DE AMBIENTES	ÁREA TOTAL (m ²)
PRONTO ATENDIMENTO							
Área de recepção e espera para público/pacientes ¹	1,20/pessoa	1 com capacidade para 20 pessoas	24,0	1 com capacidade para 40 pessoas	48,0	1 com capacidade para 60 pessoas	72,0
Área para guarda de cadeira de rodas ¹	3,0	1	3,0	1	3,0	1	3,0
Sanitário masculino e feminino ²	-	2	-	2	-	2	-
Sanitário para pessoas com necessidades especiais (PNE) ²	3,20 (com dimensão mínima de 1,70)	1	3,20	1	3,20	1	3,20
Sala de classificação de risco ¹	9,0 (com dimensão mínima de 2,20)	1	9,0	1	9,0	2	18,0
Sala de atendimento social	8,0	1	8,0	1	8,0	1	8,0
Sala para exames indiferenciados	10,0 (com dimensão mínima de 2,20)	2	20,0	4	40,0	6	60,0
Sala para exames diferenciados – odontológico	10,0 (com dimensão mínima de 2,20)	-	10,0	-	10,0	1	10,0
Depósito de Material de Limpeza (DML) ³	2,20 (com dimensão mínima de 1,0)	1	2,20	1	2,20	1	2,20

Página 1 de 13

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA							
Área externa para desembarque de ambulância (coberta) ⁴	21,0	1	21,0	1	21,0	1	21,0
Área para guarda de macas e cadeira de rodas	4,0	1	4,0	1	4,0	1	4,0
Sala de higienização ⁵	8,0	-	8,0	-	8,0	1	8,0
Sala de urgência e emergência ⁶	16,0/leito	1 com capacidade para 2 leitos	32,0	1 com capacidade para 3 leitos	48,0	1 com capacidade para 4 leitos	64,0
Posto de enfermagem/serviços/prescrição médica ⁶	6,0	1	6,0	1	6,0	1	6,0
APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO							
Sala de eletrocardiografia - ECG	8,0 (com dimensão mínima de 2,20)	1	8,0	1	8,0	1	8,0
Sala de sutura/curativo	10,80	1	10,80	1	10,80	1	10,80
Sala de gesso – redução de fraturas	10,0 (com dimensão mínima de 2,20)	-	10,0	-	10,0	1	10,0
Sala de inalação coletiva	1,60/paciente	1 com capacidade para 6 pacientes	9,60	1 com capacidade para 8 pacientes	12,80	1 com capacidade para 10 pacientes	16,0
Sala de aplicação de medicamentos/reidratação (pacientes em poltronas)	5,0/poltrona	1 com capacidade para 4 poltronas	20,0	1 com capacidade para 6 poltronas	30,0	1 com capacidade para 8 poltronas	40,0
Sala de exames da radiologia - geral ⁷	23,0	1	23,0	1	23,0	1	23,0
Laboratório de processamento (câmara escura) ⁷	4,0	1	4,0	1	4,0	1	4,0
Box de vestiário para paciente	2,70	1	2,70	1	2,70	1	2,70
Arquivo de chapas ⁷	2,0	1	2,0	1	2,0	1	2,0
Sala de coleta de material ⁸	8,0	1	8,0	1	8,0	1	8,0
OBSERVAÇÃO							
Posto de enfermagem e serviços ⁹	6,0	1	6,0	1	6,0	1	6,0
Sala de serviços ⁹	6,0	1	6,0	1	6,0	1	6,0
Salas de observação coletiva ¹⁰	8,50/leito	2 com capacidade mínima de 06 leitos	51,0	2 com capacidade mínima de 09 leitos	76,50	2 com capacidade mínima de 13 leitos	110,50

Página 2 de 13

Banheiro para paciente interno - salas de observação ¹¹	4,80 (com dimensão mínima de 1,70)	3	14,40	3	14,40	3	14,40
Quarto individual de curta duração ¹²	10,0	1	10,0	2	20,0	2	20,0
Banheiro para paciente interno - quarto individual de curta duração ¹¹	4,80 (com dimensão mínima de 1,70)	1	4,80	2	9,60	2	9,60
APOIO ADMINISTRATIVO							
Sala de direção	12,0	1	12,0	1	12,0	1	12,0
Sala de reuniões	2,0/pessoa	1 com capacidade para 5 pessoas	10,0	1 com capacidade para 8 pessoas	16,0	1 com capacidade para 10 pessoas	20,0
Sala administrativa/informática/controle de ponto, protocolo ¹³	5,50/pessoa	1 com capacidade para 3 pessoas	16,50	1 com capacidade para 3 pessoas	16,50	1 com capacidade para 5 pessoas	27,50
Arquivo médico ¹⁴	6,0	1	6,0	1	6,0	1	6,0
Posto policial ¹⁵	4,0	1	4,0	1	4,0	1	4,0
Sanitário	1,60 (com dimensão mínima de 1,20)	1	1,60	1	1,60	1	1,60
APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO							
Área de distribuição/dispensação (farmácia) ¹⁶	4,0	1	4,0	1	4,0	1	4,0
Sala para armazenagem e controle (CAF) ¹⁶	1,0/leito total da Unidade	1	9,0	1	14,0	1	19,0
Almoxarifado	10,0	1	10,0	1	10,0	1	10,0
Sala de guarda e preparo de equipamentos/material ¹⁷	10,0 (com dimensão mínima de 1,50)	1	10,0	1	10,0	1	10,0
Sala de utilidades com pia de despejo e armazenagem de roupa suja ¹⁸	7,0 (com dimensão mínima de 1,50)	1	7,0	1	7,0	1	7,0
Sala de armazenagem e distribuição de materiais esterilizados e roupa limpa ¹⁹	7,0 (com dimensão mínima de 1,50)	1	7,0	1	7,0	1	7,0
Copa de distribuição ²⁰	1,20/paciente em observação (com dimensão mínima de 1,15)	1	8,40	1	13,20	1	18
Refeitório para funcionários ²⁰	1,0/comensal	1	9,0	1	12,0	1	14,0
Quarto de plantão para funcionários	5,0/funcionário (com dimensão mínima de 2,0)	2	20,0	2	40,0	2	60,0

Página 3 de 13

Sala de estar para funcionários (mínimo 8 pessoas)	1,30/por funcionário	1	10,40	1	10,40	1	10,40
Vestiário central para funcionários (masculino e feminino) ²¹	0,50/funcionário/turno	2	10,0	2	15,0	2	20,0
Sanitários para funcionários ²²	3,20	2	6,40	2	6,40	2	6,40
Depósito de Material de Limpeza (DML) ³	2,20 (com dimensão mínima de 1,0 m)	1	2,20	1	2,20	1	2,20
Sala de guarda temporária de cadáveres ²³	8,0	1	8,0	1	8,0	1	8,0
Área externa para embarque de carro funerário (coberta) ²³	21,0	1	21,0	1	21,0	1	21,0
Sala de armazenamento temporário de resíduos ²⁴	4,0	1	4,0	1	4,0	1	4,0
Sala para equipamentos de geração de energia elétrica alternativa ²⁵	23,0	1	23,0	1	23,0	1	23,0
Área para central de gases (cilindros) ²⁶	8,60	1	8,60	1	8,60	1	8,60
Abriço externo de resíduos de saúde (RSS) ²⁷	-	-	-	-	-	-	-
Subtotal	-	-	568,80	-	726,10	-	894,10
25% para circulações e paredes	-	-	142,20	-	181,52	-	223,52
Estacionamento ²⁸	-	1	-	1	-	1	-
Garagem ²⁸	-	-	-	-	-	-	-
Área mínima TOTAL (Estimada) ²⁹			700		1.000		1.300

FONTE: Programa Arquitetônico Mínimo UPA 24h, versão 2.0/2018.

ANEXO G - Extratos de relatório de execução físico-financeira exercício 2010 a 2017 – UPA Caruaru

CONTRATO DE GESTÃO - 010/2010 FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR SES OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA UPA CARUARU 27/09/2010 03/01/2018 74.784.907,38

Número Instrumento de Pactuação 010/2010
 Termo Aditivo 1º A 13º TA
 CNPJ 09.039.744/0011-66
 Valor Repassado no Exercício de 2012 (R\$) 11.209.160,08
 Valor Repassado no Exercício de 2013 (R\$) 14.505.999,55
 Valor Repassado no Exercício de 2014 (R\$) 14.385.444,54
 Valor Repassado no Exercício de 2015 (R\$) 14.732.117,50
 Valor Repassado no Exercício de 2016 (R\$) 14.915.939,52
 Valor Repassado no Exercício de 2017 (R\$) 16.174.952,39

FONTE: <http://web.transparencia.pe.gov.br/organizacoes-sociais-os-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-oscip/>

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objeto do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento - UPA BARRA DE JANGADA.

Bezerra - UPA OLINDA. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 10.332.470,92. Contrato de Gestão nº 003/2009 - assinado em 28/12/2009. Quadro: Metas e indicadores da UPA Olinda, de acordo com os Componentes e Sub-componentes, janeiro/2010 a dezembro/2010. COMPONENTE (QUALIDADE) / SUB-COMPONENTE / INDICADOR / META / META ALCANÇADA EM 2010: Acoplimento e classificação de risco: Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco / Envio mensal de relatório de resultados / Serviço de acolhimento e classificação de risco estruturado / 11 relatórios de resultados enviados à SES / Serviço de acolhimento estruturado em 04/01/2010 / 12 Relatórios do acolhimento enviados à SES. Atenção ao Usuário: Percentual de resolução das queixas recebidas / Apresentação e estruturação do projeto do Serviço de Atenção ao Usuário / 80% de resolução das queixas recebidas / Projeto do serviço de atenção ao usuário apresentado e estruturado / Meta alcançada em 88% de resolução em 2010 / Serviço de Atenção ao Usuário Estruturado (ouvidoria) em 30/04/2010. Planejamento: Elaboração e acompanhamento do Plano Estratégico da Unidade / Plano Estratégico da Unidade elaborado e acompanhado mensalmente / Planejamento estratégico elaborado e monitorado mensalmente com a OS - IMIP Hospitalar. Qualidade da Informação: Taxa de identificação de origem do paciente / Avaliar a inserção regional da UPA Olinda, atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com IBGE / A média obtida em 2010 foi de 100% de CEP válidos e compatíveis com o IBGE. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: R\$ 10.332.470,92. Despesa Total do Exercício: R\$ 9.975.504,03. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: R\$ 356.921,49. Responsável pela execução do contrato de gestão, RENATA RODRIGUES BORBA - Coordenadora Geral da UPA Olinda. RODOVIA BR 15, S/N - CIDADE TABAJARA - OLINDA - PE.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objeto do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento - UPA CARUARU. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 9.613.344,72. Contrato de Gestão nº 010/2010 - assinado em 14/09/2010. Execução Físico - Financeira: Meta de Produtividade Pactuada / Indicador / Resultado Alcançado: 1-Mantém o número de consultas por hora médica em 4,0 / Número de consultas por hora médica em 4,0 / Número de consultas por hora médica 71% em Outubro de 2010, 70% em Novembro de 2010 e 70% em Dezembro. Meta de Qualidade Pactuada / Indicador / Resultado Alcançado: 1- Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco Protocolo do AACR / 100% em Outubro, Novembro e Dezembro; 2-Elaborar e implantar projeto de estruturação de serviço de atenção ao usuário / Relatório / Metas 100% atingidas encaminhadas relatório de atividade de assistência mental dentro do prazo estabelecido pela SES; 3-Avaliar a inserção regional da UPA Caruaru, atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com o código IBGE / Taxa de identificação da origem do paciente/ Meta parcialmente atingida. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: R\$ 2.803.892,21. Despesa Total do Exercício: R\$ 3.017.641,82. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: R\$ 2.179,491. Responsável pela execução do contrato de gestão, Luciana Correa Lima - Coordenadora Geral. Av. José Marques Fomes, s/n, Indaíralândia, Caruaru - PE, CEP: 55.026-536, fones: 81-37277635/81-37277818.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objeto do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA PAULISTA. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 10.332.470,92. Contrato de Gestão nº 002/2009 - assinado em 28/12/2009. Quadro: Metas e indicadores da UPA-PAULISTA de acordo com os Componentes e Sub-componentes, janeiro/2010 a dezembro/2010. COMPONENTE (QUALIDADE) / SUB-COMPONENTE / INDICADOR / META / META ALCANÇADA EM 2010: Acoplimento e classificação de risco: Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco / Envio mensal de relatório de resultados / Serviço de acolhimento e classificação de risco estruturado / 11 relatórios de resultados enviados à SES / Serviço de Acoplimento estruturado em 27/01/2010 / 11 Relatórios do acolhimento enviados à SES. Atenção ao Usuário: Percentual de resolução das queixas recebidas / Apresentação e estruturação do projeto do Serviço de atenção ao usuário / 80% de resolução das queixas recebidas / Projeto do serviço de atenção ao usuário apresentado e estruturado / Meta alcançada em 100% de resolução em 2010; Serviço de atenção ao usuário estruturado (ouvidoria) em 27/01/2010. Planejamento: Elaboração e acompanhamento do plano estratégico da unidade / Plano estratégico da unidade elaborado e acompanhado mensalmente / Planejamento estratégico elaborado e monitorado mensalmente com a OS - IMIP Hospitalar. Qualidade da Informação: Taxa de identificação de origem do paciente / Avaliar a inserção regional da UPA Paulista atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com IBGE / A média obtida nos quatro primeiros trimestres de 2010 foi de 100% de CEP válidos e compatíveis com o IBGE. Resumo Financeiro do exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: 9.901.951,30. Despesa Total do Exercício: R\$ 8.508.015,62. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: 2.963.935,68. Responsável pela execução do contrato de gestão, Vilmay Branner. ESTRADA DO FRIO, Nº 1000 - CENTRO - PAULISTA - PE - CEP: 53401-030.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objeto do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento - UPA ENGENHO VELHO. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 10.332.470,92. Contrato de Gestão nº 008/2010 - assinado em 22/06/2010. Execução Físico - Financeira: Meta de Produtividade Pactuada / Indicador / Resultado Alcançado: 1-Mantém o número de consultas por hora médica em 4,0 / Número de consultas por hora médica / 1- 27,84 consultas equivalentes a 115,7%. Meta de Qualidade Pactuada / Indicador / Resultado Alcançado: 1- Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco Protocolo do AACR / 100% em Outubro, Novembro e Dezembro; 2-Elaborar e implantar projeto de estruturação de serviço de atenção ao usuário / Relatório / Metas 100% atingidas encaminhadas relatório de atividade de assistência mental dentro do prazo estabelecido pela SES; 3-Avaliar a inserção regional da UPA Engenho Velho, atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com o código IBGE / Taxa de identificação da origem do paciente / Meta atingida. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: R\$ 2.808.196,38. Despesa Total do Exercício: R\$ 3.874.676,58. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: R\$ 1.277.361,23. Responsável pela execução do contrato de gestão, MAGNILDE ALVES CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE. Endereço: Av. General Manoel Rabelo, s/n - Engenho Velho - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54.164-000.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento - UPA SÃO LOURENÇO DA MATA. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 10.332.470,92. Contrato de Gestão nº 001/2010 - assinado em 01/04/2010. Quadro: Metas e indicadores da UPA São Lourenço de acordo com os Componentes e Sub-componentes, maio/2010 a dezembro/2010. COMPONENTE (QUALIDADE) / SUB-COMPONENTE / INDICADOR / META / META ALCANÇADA EM 2010: Acoplimento e classificação de risco: Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco / Envio mensal de relatório de resultados / Serviço de acolhimento e classificação de risco estruturado / 08 relatórios de resultados enviados à SES / Serviço de Acoplimento estruturado em 30/04/2010 / 08 Relatórios do acolhimento enviados à SES. Atenção ao Usuário: Percentual de resolução das queixas recebidas / Apresentação e estruturação do projeto do Serviço de Atenção ao Usuário / 80% de resolução das queixas recebidas / Projeto do serviço de atenção ao usuário apresentado e estruturado / Meta alcançada em 100% de resolução em 2010 / Serviço de Atenção ao Usuário Estruturado (ouvidoria) em 30/04/2010. Planejamento: Elaboração e acompanhamento do Plano Estratégico da Unidade / Plano Estratégico da Unidade elaborado e acompanhado mensalmente / Planejamento estratégico elaborado e monitorado mensalmente com a OS - IMIP Hospitalar. Qualidade da Informação: Taxa de identificação de origem do paciente / Avaliar a inserção regional da UPA São Lourenço da Mata, atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com IBGE / A média obtida nos três primeiros trimestres de 2010 foi de 100% de CEP válidos e compatíveis com IBGE. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: R\$ 7.318.833,62. Despesa Total do Exercício: R\$ 6.540.387,01. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: R\$ 778.446,61. Responsável pela execução do contrato de gestão: Ana Cláudia F. S. de Meireles - Coordenadora Geral. Av. Dr. Francisco Correia, 2009 - Centro, São Lourenço da Mata CEP: 54735-000.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do Parceiro Público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do Objeto do Contrato de Gestão: Operacionalização da Gestão e a Execução de Ações e Serviços da Saúde e Serviços Prestados no Hospital Metropolitano Sul - DOM HELDER CAMARA. Valor Estipulado no Contrato de Gestão: R\$ 45.308.608,52. Contrato de Gestão nº 006/2010 - assinado em 24/05/2010. EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA: Meta de Produtividade Pactuada (Jul a Dez/2010) / Indicador / Resultado Alcançado: Jul a Dez/2010: 1 - Internação / 3.411 Saídas / 2.833 Saídas; 2 - Ambulatório / 12.600 Consultas / 9.590 Consultas; 3 - SADO / 86.739 Abandernados / 127.359 Abandernados; 4 - Urgência / 63.360 Abandernados / 7.368 Abandernados. Meta de Qualidade Pactuada (Jul a Dez/2010) / Resultado Alcançado (Jul a Dez/2010): 1 - Qualidade da Informação: 1.1 - Apresentar Faturamento AHH / 100% das Saídas / 100%; 1.2 - Diagnóstico Secundário por Especialidade / 22% Cl. Cirurgias / 14% Cl. Médica / 22% Cl. Cirurgia / 14% Cl. Médica; 1.3 - Taxa de Identificação da Origem do Paciente / 98% CEP Válidos / 100%; 2 - Atenção ao Usuário: 2.1 - Resolução de Queixa / 80% / 89,20%; 2.2 - Pesquisa de Satisfação / 80% dos atendimentos / 100%; 3 - Controle de Infecção Hospitalar: Relatório Mensal CCH para UTI Adulto / Meta Atingida. 4 - Mortalidade Operatória: Relatório Mensal / 0,47%. Resumo Financeiro do Exercício / Valor R\$: Valor Repassado no Exercício: R\$ 24.201.280,06. Despesa Total do Exercício: R\$ 23.375.406,70. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: R\$ 825.873,36. Responsável pela Execução do Contrato de Gestão, MARIA CELIA FERREIRA DA COSTA - SUPERINTENDENTE. Endereço: Rodovia BR 101 Sul - KM 28, s/n - Cabo de Santo Agostinho/PE - CEP 54.510-000.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão e execução de ações de saúde no HOSPITAL MIGUEL ARRAGES. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 48.732.000,00. Contrato de Gestão nº 001/2009 - Assinado em 24/11/2009. Execução Físico - Financeira: Meta de produtividade Pactuada / Indicador / Resultado Alcançado: Faturamento / 87,62% adicional / 154 Saídas em 2010. Meta de qualidade: A - Qualidade da informação: 1- Apresentação de AHH no mês / 100% AHH do mês apresentadas / 100% cumpridas; 2-Diagnóstico secundário / 22% cl. Cirúrgica, 14% cl. Médica / 100% alcançada; 3-Taxa origem paciente / 98% CEP válidos / Alcançada; B - Atenção ao usuário/ 80% queixas resolvidas / Alcançada; C - Controle de Infecção Hospitalar / Taxa de Infecção Hospitalar média 5% Tx. 4º trimestre: 6,07%; D - Mortalidade operatória enviar relatório mensal / Envio de relatório no prazo / 100%. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: R\$ 44.380.534,92. Saldo: R\$ 4.748.465,63. Responsável pela execução do contrato de Gestão, Caio Souza Leit. Estrada da Fazendinha, s/n, Jaguaribe, Paulista -PE. CEP: 53.400-400. PABX: 31819600 FAX: 31819617.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objeto do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde no HOSPITAL DOM MALAN. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 20.376.000,00. Contrato de Gestão nº 007/2010 - assinado em 03/05/2010. Execução Físico-Financeira: Meta de Produtividade Pactuada / Indicador / Resultado Alcançado: 1- Metas atendimentos em urgências / 1º mês: 1080, 2º mês: 2180, 3º mês: 3600 / 37.835 consultas equivalentes a 162,27% da meta; 1- Metas Saídas hospitalares / 1º mês: 239, 2º mês: 458, 3º mês: 650 / 5.992 saídas equivalentes a 130,34% da meta; 2- Consultas ambulatoriais / 1º mês: 850, 2º mês: 1700, 3º mês: 2832 / 9.416 consultas equivalentes a 85,24% da meta; 4- Cirurgias eletivas ginecológicas / 1º mês: 24, 2º mês: 48, 3º mês: 80 / 258 cirurgias realizadas equivalentes a 111,20% da meta; 5- Indicadores de qualidade / a) Qualidade da informação, b) Atenção ao usuário, c) Controle de infecção hospitalar / Meta atingida. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: R\$ 18.246.807,85. Despesa Total do Exercício: R\$ 18.996.732,31. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: R\$ 859.824,46. Responsável pela execução do contrato de gestão, Marcelo Marques de Souza Lima. Av. Joaquim Nabuco, s/n, centro, Petrolina-PE. CEP: 56.304-900.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão e execução de ações de saúde no HOSPITAL MIGUEL ARRAGES. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 48.732.000,00. Contrato de Gestão nº 001/2009 - Assinado em 24/11/2009. Execução Físico - Financeira: Meta de produtividade Pactuada / Indicador / Resultado Alcançado: Faturamento / 87,62% adicional / 154 Saídas em 2010. Meta de qualidade: A - Qualidade da informação: 1- Apresentação de AHH no mês / 100% AHH do mês apresentadas / 100% cumpridas; 2-Diagnóstico secundário / 22% cl. Cirúrgica, 14% cl. Médica / 100% alcançada; 3-Taxa origem paciente / 98% CEP válidos / Alcançada; B - Atenção ao usuário/ 80% queixas resolvidas / Alcançada; C - Controle de Infecção Hospitalar / Taxa de Infecção Hospitalar média 5% Tx. 4º trimestre: 6,07%; D - Mortalidade operatória enviar relatório mensal / Envio de relatório no prazo / 100%. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: R\$ 44.380.534,92. Saldo: R\$ 4.748.465,63. Responsável pela execução do contrato de Gestão, Caio Souza Leit. Estrada da Fazendinha, s/n, Jaguaribe, Paulista -PE. CEP: 53.400-400. PABX: 31819600 FAX: 31819617.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento - UPA IGARASSU. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 10.332.470,92. Contrato de Gestão nº 004/2009 - assinado em 28/12/2009. Quadro: Metas e indicadores da UPA IGARASSU, de acordo com os Componentes e Sub-componentes, janeiro a dezembro/2010. COMPONENTE (QUALIDADE) / SUB-COMPONENTE / INDICADOR / META / META ALCANÇADA EM 2010: Acoplimento e classificação de risco: Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco / Envio mensal de relatório de resultados / Serviço de acolhimento e classificação de risco estruturado / 12 relatórios de resultados enviados à SES / Serviço de Acoplimento estruturado em 04/01/2010 / 12 Relatórios do acolhimento enviados à SES. Atenção ao Usuário: Percentual de resolução das queixas recebidas / Apresentação e estruturação do projeto do Serviço de Atenção ao Usuário / 80% de resolução das queixas recebidas / Projeto do serviço de atenção ao usuário apresentado e estruturado / Meta alcançada em 99,7% de resolução em 2010 / Serviço de Atenção ao Usuário Estruturado e implantado (ouvidoria e pesquisa de satisfação). Planejamento: Elaboração e acompanhamento do Plano Estratégico da Unidade / Plano Estratégico da Unidade elaborado e acompanhado mensalmente / Planejamento estratégico elaborado e monitorado mensalmente com a OS - IMIP Hospitalar. Qualidade da Informação: Taxa de identificação de origem do paciente / Avaliar a inserção regional da UPA IGARASSU, atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com IBGE / A média obtida nos quatro trimestres de 2010 foi de 100% de CEP válidos e compatíveis com IBGE. Resumo Financeiro do Exercício / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício: 10.332.470,92. Despesa Total do Exercício: 9.938.664,20. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício: 1.293.806,72. Responsável pela execução do contrato de gestão - Cláudia Regina Vaz Guimarães Luna. RODOVIA BR 101 NORTE KM 47, S/N. RUBINA, IGARASSU/PE. CEP: 53.610-000.

JUIZO DE DIREITO DA 2ª VARA DE FAMÍLIA E REGISTRO CIVIL
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO JUIZO DE DIREITO DA 2ª VARA DE FAMÍLIA E REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE JABOATÃO DOS GUARARAPES FORUM DES. HENRIQUE CAPITULINO AV. Barro de Menezes, nº 636 - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE EDITAL DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO PRAZO DE 30 DIAS A Dra. LUCIANA FERREIRA DE ARAUJO, Juíza de Direito desta 2ª Vara de Família e Registro Civil da Comarca do Jaboatão dos Guararapes/PE, em virtude da

JUIZO DE DIREITO COMARCA JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE
EDITAL DE CITAÇÃO-PRAZO DE 30 DIAS
JUIZO DE DIREITO COMARCA JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE. O Dr. JOSÉ ALBERTO DE BARROS FREITAS FILHO, Juiz de Direito da 1ª Vara Cível, em virtude da Lei, etc., FAZ SABER a todos quanto o presente edital vierem que, por este Juízo, os Autor e Réu tramitam os autos da AÇÃO DE EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL Nº 0012891-25.2008.81.0810, promovida por VOTORANTIM CIMENTOS NERN S/A. E como se acha o Executado DAVYDSON CESAR MERGULHO CAVALCANTE DE SOUZA com endereço certo e não sabido, mandou expedir o presente, CITANDO-o, para que compareça, dentro de 02 (dois) dias, o principal e contragias legais, identificando-lhes de que se não houver pagamento, fino o prazo, ser-lhe-ão penhorados, tantos bens quanto sejam necessários para a satisfação da dívida executanda (principal, juros, custas e honorários de advogado). Por fim, fica o Executado intimado para oferecer EMBARGOS A EXECUÇÃO, querendo, em 15 (quinze) dias, os quais não terão efeito suspensivo (arts. 738 c/c 739-A do CPC). Desde já fica fixado em 20% (vinte por cento) sobre o valor da causa, os honorários advocatícios a serem pagos pelo Executado, com a ressalva de que no caso de integral pagamento

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNADES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DO RELATORIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO - 2010
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento Gregório Lourenço

Recife, 28 de abril de 2012

Diário Oficial do Estado de Pernambuco - Poder Executivo

37

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO EXERCÍCIO - 2011
Nome do Parceiro Público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do Objeto do Contrato de Gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento - UPA ENGENHO VELHO.

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO EXERCÍCIO - 2011
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde e serem prestados na unidade de pronto atendimento - UPA CARUARU.

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES - IMP HOSPITALAR

Recife-PE CNPJ: 09.039.744/0001-94 BALANÇO PATRIMONIAL EM 31 DE DEZEMBRO

Table with columns: ATIVO, PASSIVO, 2011, 2010. Rows include Circulante, Caixa e equivalentes de caixa, Aplicações de liquidez imediata, etc.

(As notas explicativas integram o conjunto das demonstrações contábeis.)

DEMONSTRAÇÃO DAS MUTAÇÕES DO PATRIMÔNIO SOCIAL (PERÍODO DE 01/JAN/10 A 31/DEZ/11)

Table with columns: CONTAS ESPECÍFICAS, PATRIMÔNIO SOCIAL, RESERVA DE SUPERÁVIT (DÉFICIT) SUPERÁVIT DO EXERCÍCIO, etc.

(As notas explicativas integram o conjunto das demonstrações contábeis.)

DEMONSTRAÇÃO DO SUPERÁVIT DO EXERCÍCIO (R\$ (1) PERÍODOS DE

Aumento (diminuição) das contas dos grupos do ativo e passivo circulantes:

Table with columns: 01/JAN/11 A 01/JAN/10 A, 31/DEZ/11, 31/DEZ/10. Rows include Receita de serviços, Custos dos serviços, Despesas/Recetas Operacionais, etc.

(As notas explicativas integram o conj. das demonstrações contábeis.)

DEMONSTRAÇÃO DOS FLUXOS DE CAIXA MÉTODO INDIRETO

Table with columns: 01/JAN/11 A 01/JAN/10 A, 31/DEZ/11, 31/DEZ/10. Rows include Fluxos de caixa das atividades operacionais, ajustes para reconciliar o lucro líquido com caixa líquido, etc.

(As notas explicativas integram o conjunto das demonstrações contábeis.)

NOTAS EXPLICATIVAS ÀS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS DE 31 DE DEZEMBRO DE 2011 (Valores Expressos em R\$ (1))

NOTA 1. CONTEXTO OPERACIONAL. A FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES - IMP HOSPITALAR, pessoa jurídica de direito privado é uma instituição de assistência social filantrópica, sem fins lucrativos, que tem por objetivo promover os meios e recursos indispensáveis à manutenção e funcionamento do Hospital Professor Oscar Coutinho, bem como prestar serviços de assistência social e de saúde à população carente, podendo fazê-lo mediante a gestão de outras entidades hospitalares. Os recursos financeiros para manter a estrutura do Hospital Professor Oscar Coutinho advêm basicamente do convênio firmado com o SUS - Sistema Único de Saúde, para prestação de serviços hospitalares.

NOTA 4. ESTOQUES.

Destacamos os estoques da Seção Hospital Professor Oscar Coutinho e os estoques mantidos nos hospitais e UPAs relativos aos contratos de gestão:

Table with columns: UNIDADE, 2011, 2010. Rows include Unidade Saúde Hospital Prof Oscar Coutinho, Unidade Hospital M N Miguel Arraes, etc.

(As notas explicativas integram o conjunto das demonstrações contábeis.)

NOTA 8. IMOBILIZADO. Conforme CPC 27 - Ativo Imobilizado, a depreciação do ativo imobilizado deve ser apurada com base na vida útil econômica estimada destes ativos.

Imobilizado TAXA % DEPREC 31/12/11 ADICÃO BAIXA 31/12/10 ADICÃO TRANSF. 31/12/09

Table with columns: IMOBILIZADO, TAXA % DEPREC, 31/12/11, ADICÃO, BAIXA, 31/12/10, ADICÃO, TRANSF., 31/12/09. Rows include IMOBILIZADO HOSP AMB, EQUIP HOSP CONV, etc.

NOTA 8. OBRIGAÇÕES A CURTO E LONGO PRAZO. Este demonstramos a valor original, incluindo variação monetária e corrigida em função dos índices de inflação.

Table with columns: 2011, 2010. Rows include Unidade Saúde Hospital M, Unidade Hospital M N Miguel Arraes, etc.

(As notas explicativas integram o conjunto das demonstrações contábeis.)

NOTA 10. RECITA DE SERVIÇOS. As receitas de serviços esta composta como segue:

Table with columns: VALOR PROVÁVEL, VALOR E POSSÍVEL, CONTABILIZADO, CONTABILIZADO. Rows include Unidade, Convênios, etc.

NOTA 11. CUSTOS DOS SERVIÇOS. Os custos dos serviços esta demonstrados como segue:

Table with columns: 2011, 2010. Rows include Descrição, Serviços Médicos e Hospitalares - SUS, Convênios, etc.

NOTA 12. SEGUROS. A Fundação possui seguros em montantes considerados suficientes para cobrir eventuais sinistros que atinjam seu patrimônio ou responsabilidades civis a ela imputadas, as coberturas estão demonstradas a seguir:

Table with columns: VALOR R\$, VALOR R\$. Rows include Descrição, Inquérito/queda de rede/explosão, Outros, etc.

Recife (PE), 25 de abril de 2012.

Ação das contribuições previdenciárias e sociais usufruídas não exercido está composta dos seguintes valores: Raul Pereira da Cunha Neto - Presidente, Carlos Roberto C. L. Amorim - Tec. Contabilidade, CRC-PE 020.307/0-5-TC

discussão da matéria, os acionistas presentes, por unanimidade de votos e sem quaisquer restrições, deliberaram o quanto segue:

3.1. Aprovar a redução do capital social de R\$ 240.000,00 (duzentos e quarenta mil reais) para (vinte mil reais), sendo essa redução no valor de R\$ 220.000,00 (duzentos e vinte mil reais), sem que haja cancelamento do número de cotas emitidas pela Sociedade, mantendo-se inalterada a proporção da participação de cada acionista no capital social. A título de restituição do valor correspondente à redução do capital social ora referida, deliberaram os acionistas, sem quaisquer restrições, o pagamento aos acionistas de R\$ 0,166666666666667 por cota. 3.2. A atual posição dos cotistas será considerada para fins de restituição do capital social ora aprovada, a qual será paga nesta data.

3.3. Autorizar os representantes legais da Sociedade a tomar todas as medidas necessárias à elevação do aqui deliberado.

4. ENCERRAMENTO: Nada mais havendo a ser tratado, foi encerrada a assembleia, da qual se lavrou o presente ata que, lida e achada conforme, foi lida e aprovada em 13 de abril de 2013. Mesa: Pedro Alfredo de Alencar Felix – Sócio Administrador; Bruno Pastich Cavalcanti – Sócio. Certifico que a presente ata foi lavrada na forma de sumário, conforme autoriza o artigo 130, § 1º da Lei nº 6.404/78, sendo cópia exata da ata original lavrada em Livro de Registro próprio. Recife, 03 de Abril de 2013.

Pedro Alfredo de Alencar Felix
Sócio Administrador (49041)

652 do CPC, acrescida de 5% do valor arbitrado honorários advocatícios, conforme decisão de fl. 29 - parágrafo único, art. 652-A do CPC, proveniente da EXECUÇÃO LÍQUIDA EXTRAJUDICIAL nos autos em epígrafe (art. 652 do CPC), devendo os valores ser recolhidos através de DEPOSITO JUDICIAL NA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL DESTA JUSTIÇA FEDERAL.

Não ocorrendo o pagamento no prazo de 03(três) dias, será acrescida a integralidade do valor da verba honorária fixada na decisão de fl. 29 (art. 652-A CPC), no montante de 10%, totalizando um valor final de R\$ 51.875,32 (cinquenta e um mil, oitocentos setenta e cinco reais e trinta e dois centavos).

Não encontrando o devedor, PROCEDA AO ARRESTO de bens na forma do art. 653 do CPC, tudo de conformidade com as determinações legais para a espécie, identificando(-s) de que tem o prazo de 15 (quinze) dias para opor embargos à execução, independentemente de penhora (art. 738, CPC).

E, para que chegue ao conhecimento de todos, foi expedido o presente EDITAL, que será publicado na forma de lei e terá uma cópia afixada no local de costume.

SEDE DO JUÍZO: Seção Judiciária de Pernambuco, 2ª Vara Federal, Av. Recife, 6.250, 5º andar, Jiquiá, Recife, PE. Horário de atendimento ao público: 09:00 às 18:00 horas.

DADO E PASSADO pela Secretaria da 2ª Vara/PE, aos 18 (dezoito) dias do mês de novembro do ano de 2012. Eu, _____, Ivone Maria Galvão da Costa, Requisitada, matrícula 3282, digitei. Eu, _____, Célia Lucena de Melo, Diretora da Secretaria da 2ª Vara, de ordem do Juiz, contendi.

FRANCISCO ALVES DOS SANTOS JUNIOR
Juiz Federal da 2ª Vara (48048)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2012

Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco – Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada na unidade de pronto atendimento – UPA CARUARU. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 11.209.159,98. Data de assinatura e término do Contrato de Gestão: 28/12/2010 e 27/12/2012 - renovado. Execução Físico-Financeiro: QUADRO DE INDICADORES ALCANÇADOS - RESOLUTIVIDADE - Produtividade (25% do repasse variável); Total de atendimentos/mês: 13.500. Meta alcançada. QUALIDADE: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala mínima prevista em contrato: Escala completa; Meta Alcançada. Tempo de Atendimento (5% do repasse variável); Tempo de atendimento conforme protocolo; Definição de % mínimo: Meta Alcançada. Relatório de Informação Ambulatorial (5% do repasse variável). Informar produção mensalmente dentro do prazo. Procedimentos realizados, com máximo de 10% de glosas; Meta Alcançada. OUTROS INDICADORES 2012: COMPOSIÇÃO - INDICADOR ISEM IMPACTO FINANCEIRO / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - QUALIDADE: Serviço de acolhimento e classificação de risco; Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Acolher e classificar conforme risco todo paciente atendido; Meta Alcançada. Envio mensal pesquisa de satisfação do usuário; Realização da pesquisa de satisfação mensal: 10 % dos pacientes atendidos; Meta Alcançada. Tratamento das queixas recebidas; Resolver as queixas recebidas ou dar encaminhamento adequado; 80% das queixas resolvidas; Meta Alcançada. Taxa de identificação da origem do paciente; Identificar o município de origem do paciente atendido; 98% de CEP válido e compatível com o IBGE; Meta Alcançada. OUTROS: Percentual de pacientes renoverados, conforme a unidade de destino. Identificar a unidade que o paciente foi removido para internação. Percentual não especificado no contrato; Meta Alcançada. Resumo Financeiro do Exercício de 2012 Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício = R\$ 11.209.159,98. Resultado das Aplicações Financeiras = R\$ 4.251.111, Despesa Total do Exercício = R\$ 13.460.270,96. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício (Conforma planilha financeira da SES) (R\$) (2.249.482,46). Responsável pela execução do contrato de gestão, Luciana Correa Lima - Coordenadora Geral. AV. JOSE MARQUES FONTES, S/Nº, INDIANÓPOLIS - CARUARU - PE. CEP: 55.028-530 FONES: 81-3727-7835 / 81-3727-7816. (48044)

JUSTIÇA FEDERAL DE 1ª INSTÂNCIA
2ª VARA - Seção Judiciária de Pernambuco
Av. Recife, 6250, Jiquiá – Recife. CEP 50855-900, Fone 3292 8322.

Expediente ao público das 09:00 às 18:00.

EDITAL DE CITAÇÃO Nº EDO 0020.000158-2/2012
"03142300015822012"

Prazo de 20 (VINTE) dias.

EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL Nº 0017528-2/2012.010.4.05.8300

EXEQUENTE: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - CAIXA EXECUTADA: LAURA MATOS DE CASTRO LEÃO

D. FRANCISCO ALVES DOS SANTOS JUNIOR, Juiz Federal da 2ª Vara, Seção Judiciária de Pernambuco, na forma da Lei etc.

FAZ SABER a todos quantos o presente EDITAL DE CITAÇÃO vier, ou dele tiverem notícia a quem interessar possa, que perante este Juízo Federal da 2ª Vara, Seção Judiciária de Pernambuco, tramita os autos da EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL Nº 0017528-2/2012.010.4.05.8300, requerida pela EXEQUENTE CAIXA ECONÔMICA FEDERAL – CAIXA em face da EXECUTADA LAURA MATOS DE CASTRO LEÃO, por estar a EXECUTADA LAURA MATOS DE CASTRO LEÃO em local incerto e não sabido, tendo sido determinado pelo Juízo a expedição do presente Edital. Há vista não ter sido possível citar pessoalmente a Executada, o presente Edital DE CITAÇÃO, por estar a EXECUTADA LAURA MATOS DE CASTRO LEÃO, na qualidade de Executada, a qual se encontra em lugar incerto e não sabido, PARAFRACAMENTO, NO PRAZO DE 03 (TRÊS) DIAS, da quantia de R\$ 47.159,28 (quarenta e sete mil, cento e cinquenta e três reais e trinta e nove centavos), atualizada até o dia 28/11/2010, e correspondente ao somatório da dívida de R\$ 49.517,35 – art.

34ª. VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE
EDITAL DE CITAÇÃO
PRAZO DE 20 (VINTE) DIAS

O Dr. Nehemias de Moura Tenório, Juiz de Direito da 34ª Vara Cível da Comarca da Capital em virtude da Lei, faz saber, pelo presente EDITAL DE CITAÇÃO a todos quantos o vierem ou dele tiverem conhecimento, bem como aqueles a quem o fêto interessar, que deverá apresentar defesa, neste juízo, tudo conforme o art. 213, CPC, a INCORPORADORA NORBERTO LTDA, na pessoa de seu representante legal, por se encontrar em local incerto e não sabido (art. 231, I, CPC). Tal situação decorre do fato de que tramita nesta 34ª Vara Cível da Comarca do Recife o AÇÃO DE AJUIZAMENTO COMPULSÓRIO em processo tombado sob o nº. 0012615-48-2013.8.17.0001, o qual foi promovido por ELIAS FERREIRA BARBOSA (CPF nº 021.928.914-91) e MARIA FRANCISCA DUALIBE MASCARENHAS BARBOSA (CPF nº 040.596.115-49).

Dessa feita, decorrido o prazo de 20 (vinte) dias do presente edital de citação, afixado no local de costume, tem-se a por citado o referido réu no processo, respondendo-se verdadeiramente os fatos afirmados pelo autor (art. 285 do 319, CPC), bem como incursas nas despesas efetuadas com as publicações dos Ediais, custos processuais e honorários advocatícios da parte autora.

Dado e passado nesta cidade do Recife, Estado de Pernambuco, aos três (03) dias do mês de abril do ano de dois mil e treze (2013); Eu, _____, Nehemias de Moura, chefe de secretaria, fiz digitar e subscrever.

Nehemias de Moura Tenório
Juiz de Direito – 34ª Vara Cível da Capital (48024)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2012

Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco – Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada na unidade de pronto atendimento – UPA IGARASSU. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 11.209.159,98. Data de assinatura e término do Contrato de Gestão: 28/12/2010 e 27/12/2012 - renovado. Execução Físico-Financeiro - Exercício 2012: QUADRO DE INDICADORES 2012: COMPOSIÇÃO - INDICADOR ISEM IMPACTO FINANCEIRO / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - RESOLUTIVIDADE - Produtividade (25% do repasse variável); Total de atendimentos/mês: 13.500. Meta alcançada. QUALIDADE: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala mínima prevista em contrato: Escala completa; Meta Alcançada. Tempo de Atendimento (5% do repasse variável); Tempo de atendimento conforme protocolo; Definição de % mínimo: Meta Alcançada. Relatório de Informação Ambulatorial (5% do repasse variável). Informar produção mensalmente dentro do prazo. Procedimentos realizados, com máximo de 10% de glosas; Meta Alcançada. OUTROS INDICADORES 2012: COMPOSIÇÃO - INDICADOR ISEM IMPACTO FINANCEIRO / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - QUALIDADE: Serviço de acolhimento e classificação de risco; Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Acolher e classificar conforme risco todo paciente atendido; Meta Alcançada. Envio mensal pesquisa de satisfação do usuário; Realização da pesquisa de satisfação mensal: 10 % dos pacientes atendidos; Meta Alcançada. Tratamento das queixas recebidas; Resolver as queixas recebidas ou dar encaminhamento adequado; 80% das queixas resolvidas; Meta Alcançada. Taxa de identificação da origem do paciente; Identificar o município de origem do paciente atendido; 98% de CEP válido e compatível com o IBGE; Meta Alcançada. OUTROS: Percentual de pacientes renoverados, conforme a unidade de destino. Identificar a unidade que o paciente foi removido para internação. Percentual não especificado no contrato; Meta Alcançada. Resumo Financeiro do Exercício de 2012 / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício = R\$ 11.209.159,98; Resultado das Aplicações Financeiras = R\$ 135.810,30; Despesa Total do Exercício = R\$ 13.445.970,28; Saldo do Contrato de Gestão no Exercício (Conforma planilha financeira da SES) = R\$ 1.164.055,44. Responsável pela execução do contrato de gestão, Cláudia Regina V. G. Luna - Coordenadora Geral. Rodovia BR 101 Norte Km 47, S/N. Rurbita, Igarassu/PE. CEP: 53.610.000. (49042)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0001-94
EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2012

Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco – Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada na unidade de pronto atendimento – UPA BARRA DE JANGADA. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 11.209.159,98. Data de assinatura e término do Contrato de Gestão: 18/09/2010 e 17/09/2012. Quadro: Metas e indicadores da UPA Barra de Jangada, de acordo com os componentes e Sub-componentes. QUADRO DE INDICADORES 2012: COMPOSIÇÃO - INDICADOR ISEM IMPACTO FINANCEIRO / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - RESOLUTIVIDADE - Produtividade (25% do repasse variável); Total de atendimentos/mês: 11.679. Meta alcançada nos demais meses. Abriu a Junho não alcançou a meta (82,72%). QUALIDADE: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala mínima prevista em contrato: Escala completa; Meta alcançada nos demais meses. Abriu e Maio: Meta não alcançada. Tempo de Atendimento (5% do repasse variável); Tempo de atendimento conforme protocolo; Definição de % mínimo: Meta Alcançada. Relatório de Informação Ambulatorial (5% do repasse variável). Informar produção mensalmente dentro do prazo. Procedimentos realizados, com máximo de 10% de glosas; Meta Alcançada. OUTROS INDICADORES 2012: COMPOSIÇÃO - INDICADOR ISEM IMPACTO FINANCEIRO / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - QUALIDADE: Serviço de acolhimento e classificação de risco; Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Acolher e classificar conforme risco todo paciente atendido; Meta Alcançada. Envio mensal pesquisa de satisfação do usuário; Realização da pesquisa de satisfação mensal: 10 % dos pacientes atendidos; Meta Alcançada. Tratamento das queixas recebidas; Resolver as queixas recebidas ou dar encaminhamento adequado; 80% das queixas resolvidas; Meta Alcançada. Taxa de identificação da origem do paciente; Identificar o município de origem do paciente atendido; 98% de CEP válido e compatível com o IBGE; Meta Alcançada. OUTROS: Percentual de pacientes renoverados, conforme a unidade de destino. Identificar a unidade que o paciente foi removido para internação. Percentual não especificado no contrato; Meta Alcançada. Resumo Financeiro do Exercício de 2012 / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício = R\$ 10.982.353,19; Resultado das Aplicações Financeiras = R\$ 35.840,15; Despesa Total do Exercício = R\$ 12.920.492,85; Saldo do Contrato de Gestão no Exercício R\$ = 1.294.239,58. Responsável pela execução do contrato de gestão, Anna Paula F.C.B. de Melo Coordenadora Geral. Rua Cruz Alta, S/N. Barra de Jangada, Jaboatão dos Guararapes/PE. (49043)

TEMAS - TERMINAIS MARÍTIMOS DE PERNAMBUCO S. A.		DEMONSTRAÇÕES DOS RESULTADOS PARA OS EXERCÍCIOS FINIS DO 3º DE DEZEMBRO/2012 E 2011 - (Em Reais)	
CNPJ/ME nº 02.639.582/0001-86		2012	2011/Reclass.
RELATÓRIO DA DIRETORIA: Srs. Acionistas: Dando cumprimento às disposições legais e estatutárias, vimos submeter à apreciação de V.Sas. o Balanço Patrimonial e demais demonstrações financeiras desta sociedade, tudo relativo ao exercício social encerrado em 31 de dezembro de 2012 (logotipo) 02 de abril de 2013. A DIRETORIA			
BALANÇOS PATRIMONIAIS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2012 E 2011 - (Em Reais)			
ATIVO	31.12.2012	31.12.2011	
CIRCULANTE	Reclassif.		
Caixa e equivalentes de caixa	6.236.898	2.048.053	
Contas a receber de clientes	10.696.160	8.433.665	
Impostos a recuperar	116.212	374.350	
Estoque próprios	27.515.007	19.087.561	
Estoque de terceiros	48.197.192	19.604.341	
Despesas pagas antecipadamente	496.911	500.729	
Outros créditos	80.321	781.542	
	84.120.971	50.860.331	
NÃO CIRCULANTE			
Realizável a longo prazo			
Despesas pagas antecipadamente	868.230	1.110.509	
Depósitos judiciais	105.237	71.219	
Bens destinados à venda	106.720		
Imposta a recuperar	137.580	43.832	
Imobilizado	12.881.281	7.823.969	
Intangível	27.788	82.008	
	13.830.107	9.218.347	
TOTAL DO ATIVO	107.941.078	60.108.678	
PASSIVO E PATRIMÔNIO LÍQUIDO	31.12.2012	31.12.2011	
CIRCULANTE	Reclassif.		
Empréstimos e financiamentos	4.461.143	6.034.863	
Fornecedores	14.358.409	6.317.024	
Partes relacionadas	1.277.853		
Impostos e obrigações fiscais	576.707	487.539	
Salários e obrigações sociais	513.125	438.489	
Dividendos propostos	1.658.883	807.315	
Ajustamentos de clientes	271.429	329.139	
Estoque de terceiros	48.197.192	19.604.341	
Outros débitos	35.648	91.479	
	71.950.038	34.210.193	
NÃO-CIRCULANTE			
Empréstimos e financiamentos	3.807.860	1.272.396	
Impostos e obrigações fiscais	3.807.860	1.312.608	
PATRIMÔNIO LÍQUIDO			
Capital social	20.000.000	13.100.000	
Reservas de lucros	12.765.209	11.655.877	
	32.765.209	24.755.877	
TOTAL PASSIVO E PATRIM. LÍQUIDO	107.941.078	60.108.678	
DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS			
As demonstrações financeiras estão apresentadas de acordo com os dispositivos contidos na Lei nº 6.404/76, com as alterações introduzidas pela Lei nº 11.638/07 e MP nº 449/08, e demais procedimentos estabelecidos na legislação em vigor. As notas explicativas completas, juntamente com o Parecer dos Auditores Independentes "SÃO LEITÃO AUDITORES S/S", encontram-se à disposição na sede da companhia. DIRETORIA: Jorge Cavalcanti de Petribu; Luiz Antonio de Andrade Bezerra / Marcos Antonio Queiroz Dourado			
Maurício Vieira dos Santos – Contabilista			
CRC PE 11.183/0-7TC – CPF/MF nº 247.704.934-87			
DEMONSTRAÇÕES DAS MUTAÇÕES DO PATRIMÔNIO LÍQUIDO PARA OS EXERCÍCIOS FINIS EM 31 DE DEZEMBRO DE 2012 E 2011 - (Em Reais)			
	Reservas de Lucros		
	Cap Social	Inc. Fiscal	Legal
Saldo em 31/12/2010	12.400.000	854.523	246.125
			6.486.500
			(45.477)
Aumento de caixa/cirronpocac de reserva	700.000	(654.523)	-
Aumento da reserva com dividendos não pagos do exercício anterior	-	-	615.009
Ajustes exercícios anteriores - Nota 18d	-	-	198.580
			4.892.457
Destinação do lucro líquido:			
- Reserva legal	-	-	(244.623)
- Redução do RPU (Nota 19)	-	1.018.575	-
- Dividendos mínimos obrigatórios N18c	-	-	(907.315)
- Reservas dífucros-Aumento de capital	-	-	2.920.524
Saldo em 31/12/2011	13.100.000	1.018.575	490.748
			9.978.558
			(6.981.426)
Aumento da reserva com dividendos não pagos do exercício anterior	-	-	907.315
Ajustes exercícios anteriores - Nota 18d	-	-	201.000
Lucro líquido do exercício	-	-	2.013.839
			8.969.700
Destinação do lucro líquido:			
- Reserva legal	-	-	(448.485)
- Redução do RPU (Nota 19)	-	1.888.483	-
- Dividendos mínimos obrigatórios N18c	-	-	(1.658.883)
- Reservas dífucros-Aumento de capital	-	-	4.978.049
Saldo em 31/12/2012	20.000.000	1.886.483	939.231
			9.997.495
			(32.783.208)

PREFEITURA MUNICIPAL DE TUPARETAMA
PROCESSO Nº 009/2014
TOMADA DE PREÇOS - 001/2014
AVISO DE LICITAÇÃO
Objeto: Contratação de empresa de engenharia para construção de Quadra Coberta com vestiário (25,80 x 38m) no Bairro Bom Jesus desta cidade

PREFEITURA MUNICIPAL DAS VERTENTES
CNPJ nº 10.296.887/0001-60 - Aviso de Publicação de Edital
Seleção Pública Simplificada nº 001/2014. A Presidente da Comissão Geral da Seleção Pública Simplificada, no uso de suas atribuições legais, torna pública a abertura das inscrições para a Seleção Pública Simplificada 2014. Maiores informações na Prefeitura e na Câmara Municipal, onde se encontra o edital na íntegra, das 7 às 13hs. Pregão Presencial nº 009/2014-PMV

Publicações Particulares

COMPANHIA AGROPECUÁRIA DO ARAME
CNPJ nº 08.882.878/0001-51 EMPRESA BENEFICENTE DE INCENTIVOS FISCAIS DO NORDESTE E DA AMAZÔNIA (FINORFINAM) Extrato da Ata de AGOFE - Dia, hora, local: 22/04/2014, às 9h, sede social na R. Barão de Souza Leão, 451, nº 602, B. Viagem, Recife/PE. Presença: Totalidade do capital votante: Mesa: René F. de Pontes Neto, Presidente e José G. D. Fontes, secretário. Deliberações por unanimidade a) Aprovação das demonstrações financeiras do exercício findo em 31/12/2013; b) Não distribuição de dividendos, referentes ao exercício social findo em 31/12/2013, em virtude do prejuízo apresentado; c) Eleição dos membros da Diretoria, para um mandato de 3 anos; d) Freqüência do pró-labore dos membros da Diretoria; e) Redução do Capital Social subsc. e integralizado mediante absorção de prejuízos acumulados, no montante de R\$ 10.193.464,68, sem alteração do número de ações; f) Redução do Capital Social; g) Mudança da sede social para a Fazenda Bonanza, s/n, zona rural do município do Arame-MA, CEP 65945-000. f) Alteração do Art. 31 do Est. Social, passando o Cons. Fiscal, quando instalado a ter de 3 a 5 membros; g) Consolidação Estatutária. Arquivamento na JUCEPE sob o nº 20146457014, em 28/04/2014. Os interessados serão fornecida cópia integral desta Ata. Recife/PE, 28/04/2014. René Feijó de Pontes Neto - Presidente. (82395)

FEDEX BRASIL LOGISTICA E TRANSPORTE S/A
CNPJ - 10.970.887/0001-02
JUCEPE nº 26.3.0004180-4
SUMÁRIO DE ATA DA ASSEMBLEIA GERAL E EXTRAORDINÁRIA REALIZADA EM 07 DE MARÇO DE 2014. LOCAL: sede social na Avenida Engenheiro Antônio de Góes, nº 60, 16º andar, sala 1601 a 1605, bairro de Brasília Teimosia, em Recife- PE. CONVOCAÇÃO PRESENCIA dispensada a convocação, nos termos do disposto no Artigo 124, parágrafo 4º, da Lei nº 6.404/76, conforme alterada (Lei nº 6404/70), em virtude da presença da totalidade das acionistas da Companhia, conforme livro de Presença de Acionistas. Ainda, os Srs. Américo da Cunha Pereira Filho, brasileiro, casado, empresário, portador da Cédula de Identidade RG nº 3.925.376 SSP/PE, inscrito no CPF/MF sob nº 846.681.724-72, residente e domiciliado na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco, com escritório na Avenida Engenheiro Antônio de Góes, nº 60, 16º andar, salas 1601 a 1605, Brasília Teimosia, CEP 51010-000, Manoel Leite Pereira Filho, brasileiro, casado, empresário, portador da Cédula de Identidade RG nº 1038505 SSP/SP, e inscrito no CPF/MF sob nº 818.961.318-91, residente e domiciliado na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco na Av. Boa Viagem, nº 500, apto. 701, Boa Viagem, CEP 51030-000 e Luiz Roberto de Andrade Vasconcelos, brasileiro, casado, economista, portador da Cédula de Identidade RG sob nº 4234883 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob nº 866.037.784-04, residente e domiciliado na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco, na Av. Boa Viagem, nº 178, apto 1802, Boa Viagem, CEP 51010-000, estiveram presentes à Assembleia Geral, na qualidade de membros da Diretoria da Companhia. MESA: Américo da Cunha Pereira Filho Presidente e Rafael Martins Siqueira Secretário. ORDEN DO DIA: discutir e deliberar sobre a aprovação de um aumento de capital social da Companhia, no valor de R\$ 9.009.231,00 (nove milhões, nove mil, duzentos e trinta e um reais), mediante a emissão de 2.353.700 (dois milhões, trezentas e cinquenta e três mil, setecentas e sessenta e nove) novas ações ordinárias sem valor nominal, ao preço de emissão de R\$ 3,8277 por ação, tendo em vista o valor do patrimônio líquido da ação, calculado com base no Balanço Patrimonial da Companhia emitido em 28 de fevereiro de 2014, nos termos do Artigo 170 da Lei nº 6.404/76. As novas ações ordinárias de emissão da Companhia resultantes do referido aumento foram totalmente subscritas e integralizadas pelo acionista FEDEX LUXEMBOURG S.A.R.L., em conformidade com o Boletim de Subscrição arquivada na Sede da Companhia. Portanto, em razão do aumento de capital ora aprovado, o capital social da Companhia passou a ser de R\$ 1.057.448.578,04 (um bilhão, cinquenta e sete mil, quatrocentos e cinquenta e oito mil, quinhentos e setenta e oito reais e quatro centavos), ações ordinárias nominativas, sem valor nominal. APROVAÇÃO: Unanimidade dos acionistas presentes. REGISTRO NA JUCEPE, sob o nº 20149627904, em 27/03/2014. A quem interessar possa serão fornecidas cópias do presente ato assemblear. aa) Américo da Cunha Pereira Filho, Diretor Presidente. (82343)

OLIVEIRA TRUST DTMV S.A.
CNPJ nº 56.113.076/0001-91
AVISO AOS DEBENTURISTAS
Encontram-se à disposição os Relatórios Anuais do Agente Fiduciário - Exercício Social de 2013, listados abaixo, nos locais indicados no Artigo 12, Início XVIII da Instrução CVM nº 28/63.
EMISSORA EMISSÃO
Companhia Energética de Pernambuco - CELPE - 4ª
Empresa Brasileira de Bebidas e Alimentos S.A. - 1ª
Rio de Janeiro, 01 de maio de 2014.
OLIVEIRA TRUST DTMV S.A.
Agente Fiduciário (62402)

6ª VARA DE FAMÍLIA E REGISTRO CIVIL DA CAPITAL
CAPITAL
O Doutor Luiz GUSTAVO MENDONÇA DE ARAÚJO, Juiz de Direito da Sexta Vara de Família e Registro Civil da Capital, Capital do Estado de Pernambuco, em virtude da lei, etc. Faz saber a todos quanto o presente edital vierem ou notícia tiverem que, perante este Juízo e respectiva Secretária, se processou a INTERDIÇÃO nº 0038926-48/2013, de LUCAS LIMA TINE, decretada por sentença proferida em 19/03/2014, declarando-o incapaz de, em caráter absoluto e permanente, reger a sua pessoa e os seus bens, por ausência de discernimento e, em consequência, foi nomeado ROBERTO PAULO DO VALE TINE como CURADOR. E, que, em consequência do conhecimento de todos, foi expedido o presente edital que será publicado na forma da lei e afixado no lugar de costume. Recife, 19 de março de 2014. Ely Luiz Tavares Vieira, Chefe de Secretária, subscrito.
a) Luiz Gustavo Mendonça de Araújo, Juiz de Direito (62393)

art. 319, do CPC). E, para que chegue ao conhecimento de todos, partes e terceiros, eu, Pedro Henrique do Amor Miranda, o digitei e submeti à conferência e subscrição da Chefe de Secretária. Recife (PE), 28/03/2014.
Marinaldo Robson de Menezes
Chefe de Secretária
Matias Silva Borges
Juza de Direito (F)

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
2ª VARA DA FAZENDA PÚBLICA DA CAPITAL
Forum Desembargador Rodolfo Aureliano
Av. Des. Guerra Barreto, s/nº - Joana Bezerra, Recife/PE. CEP: 50080000
Edital de Citação
Prazo do Edital: de trinta (30) dias - Experiante Nº 2013.0177.000982
O Doutor Ely Marques da Silva, Juiz de Direito, FAZ SABER a Terceiros Incertes e Não Sabidos de quais se encontram em local incerto e não sabido que, neste Juízo de Direito, situado à Av. Desembargador Guerra Barreto, s/nº - Joana Bezerra, Recife/PE, tramita a ação de Desapropriação, sob o nº 018029-91.2012.8.17.0001, afluída pelo Estado de Pernambuco, em desfavor de ESPÓLIO DE SEBASTIÃO SEVERINO DE MACEDO, LUIZ CARLOS DA SILVA E IVONETE SEVERINA DE MACEDO. Assm, ficam os mesmos CITADOS para responder a ação ou requerer, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias contados do transcurso deste edital. Advertência: Não sendo contestada a ação no prazo marcado, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo Autor na petição inicial (art. 285, c/c art. 319, do CPC). Síntese da Inicial: Alega o autor que de acordo com Decreto nº 38.246 de 04/06/2012, declarou de utilidade pública, para fins de desapropriação parcial, 375m² do lote 25 situado na Quadra 09-3B, do loteamento do Engenho Santos Cosme e Damião, com área total de 750,00 m², medindo 150,00 metros de frente, limitando-se com a Rua Barão de Parapanapaba, ao fundo, medindo 15,00 metros, limitando-se com o lote 16 da mesma quadra e loteamento, no lado direito medindo 50,00 metros, limitando-se com o lote 26, e, no lado esquerdo medindo 50,00 metros, limitando-se com o lote 24 da mesma quadra e loteamento. O autor reconhece como justo o preço indiciado no laudo de avaliação, para efeito de indenização, de R\$ 57.121,81. O Estado de Pernambuco requereu a inssição provisória de posse do referido imóvel, a qual foi concedida mediante prova de efetivo depósito. Já os (R\$ 57.121,81 em atenuação e sete mil, cento e vinte e um reais e quatro e cinco centavos). DADO E PASSADO na cidade de Recife, no atoivo dia do mês de agosto do ano de dois mil e treze (08/08/2013). E, para que chegue ao conhecimento de todos, partes e terceiros, eu, Juizago Cavalheiro Bezerra de Melo, o digitei e submeti à conferência e subscrição da Chefe de Secretária.
Rafael Barbosa de Melo
Chefe de Secretária
Évio Marques da Silva
Juiz de Direito (F)

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
TERCEIRA VARA DA FAZENDA PÚBLICA
Forum Desembargador Rodolfo Aureliano - Av. Desembargador Guerra Barreto, s/nº - Joana Bezerra, Recife/PE. CEP: 50080000
telefone: 81-31810000
EDITAL DE CITAÇÃO
Processo nº 0147426-53.2009.8.17.0001
Classe: Procedimento ordinário
Expediente nº: 2014.0176.00047
Prazo do Edital: 30 (trinta) dias
O Doutor Matias Silva Borges, Juiz de Direito, FAZ SABER (e) VERONICA GOMES BANDEIRA DE MELO, o qual se encontra em local incerto e não sabido que, neste Juízo de Direito, situado à Av. Desembargador Guerra Barreto, s/nº - Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, telefone: 81-3181.0000, tramita a ação de Procedimento ordinário, sob o nº 0147426-53.2009.8.17.0001, afluída por DERIPE, em desfavor de VERONICA GOMES BANDEIRA DE MELO. Assm, fica o mesmo CITADO para responder a ação ou requerer a purgação da mora, no prazo de 30 dias contados do transcurso deste edital. Advertência: Não sendo contestada a ação no prazo marcado, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo Autor na petição inicial (art. 285, c/c o

FIABES GUARARAPES S/A CNPJ/MF nº 03.083.050/0001-69 AGOFE - 1ª convocação. Ficam convocados os Srs. Acionistas para reunirem-se em AGOFE, no dia 12/05/2014, às 08:00 horas na sede social, Águas Belas/PE, a fim de discutir e deliberarem sobre: a) alteração do objeto social da companhia, para incluir a atividade de apoio administrativo; b) alteração dos estatutos sociais; c) outros assuntos de interesse social. Águas Belas, 28/04/2014. Paulo Tenório Maranhão - Presidente. (82233)

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
TERCEIRA VARA DA FAZENDA PÚBLICA
Forum Desembargador Rodolfo Aureliano - Av. Desembargador Guerra Barreto, s/nº - Joana Bezerra, Recife/PE. CEP: 50080000
telefone: 81-31810000
EDITAL DE CITAÇÃO
Processo nº 0147426-53.2009.8.17.0001
Classe: Procedimento ordinário
Expediente nº: 2014.0176.00047
Prazo do Edital: 30 (trinta) dias
O Doutor Matias Silva Borges, Juiz de Direito, FAZ SABER (e) VERONICA GOMES BANDEIRA DE MELO, o qual se encontra em local incerto e não sabido que, neste Juízo de Direito, situado à Av. Desembargador Guerra Barreto, s/nº - Ilha Joana Bezerra, Recife/PE, telefone: 81-3181.0000, tramita a ação de Procedimento ordinário, sob o nº 0147426-53.2009.8.17.0001, afluída por DERIPE, em desfavor de VERONICA GOMES BANDEIRA DE MELO. Assm, fica o mesmo CITADO para responder a ação ou requerer a purgação da mora, no prazo de 30 dias contados do transcurso deste edital. Advertência: Não sendo contestada a ação no prazo marcado, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo Autor na petição inicial (art. 285, c/c o

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.038.744/0001-94
EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2013
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada na Unidade de Pronto Atendimento - UPA CARUARU. Valor estipulado no contrato de gestão: 13.493.502,24. Data de assinatura e término do contrato de gestão: 14/10/2012 a 14/09/2013 - renovado. Execução Física/Financeiro: QUADRO DE INDICADORES 2013. COMPOSIÇÃO - INDICADOR (IMPACTO FINANCEIRO) / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS. QUALIDADE: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala (25% do repasse variável); Total de atendimentos/mês: 13.500. Alcançada. QUALIDADE: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala mínima prevista em contrato; Escala completa; Alcançada. Tempo de Atendimento (5% do repasse variável); Tempo de atendimento dentro do preconizado pelo protocolo; Definição de % mínimo; Alcançada. Relatório de Informação Ambulatorial (5% do repasse variável); Informar produção mensal dentro do prazo; Informar 100% dos procedimentos realizados, com máximo de 10% de atraso. ALCANÇADOS OUTROS INDICADORES 2013: COMPOSIÇÃO - INDICADOR (SEM IMPACTO FINANCEIRO) / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS. QUALIDADE: Serviço de acolhimento e classificação de risco; Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Acolher e classificar conforme risco todo paciente atendido; Alcançado. Envio mensal pesquisa de satisfação do usuário; Realização da pesquisa de satisfação mensal; Realização da pesquisa de satisfação mensal a 10% do total de atendimento; Alcançado. Tratamento das queixas recebidas; Resolver as queixas recebidas ou dar encaminhamento adequado; 80% das queixas resolvidas; Alcançado. Taxa de identificação da origem do paciente; Identificar o município do paciente atendido; 98% de CEP válido e compatível com o IBGE; Alcançado. OUTROS: Percentual de pacientes removidos, conforme a unidade de destino; Identificar a unidade que o paciente foi removido para internação; Percentual não especificado no contrato; Alcançado. Turnover: Percentual de Turnover do mês (admissões/desmissões); 2%. Essa meta foi parcialmente Alcançada. Resumo Financeiro do Exercício de 2013 / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício R\$ 12.878.024,17, Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 681,45; Despesa Total do Exercício R\$ 14.585.965,44. Saído do Contrato de Gestão no Exercício (Conforme planilha financeira da SES) R\$ 1.707.259,83). Responsável pela execução do contrato de gestão: Luanna Grassa - Coordenador Geral. Av. José Marques Fortes, s/nº, Itaipopolis - Cansuru - PE. CEP: 55.026-530. (F)

Companhia Energética de Pernambuco - CELPE
CNPJ nº 10.823.020/0001-08 - NIRE 26.303.032.929
Cia. Aberta - RG CVM nº 1.436-2
Edital de Convocação
Assembleia Geral de Debenturistas da 4ª Emissão de Debêntures da Companhia Energética de Pernambuco - Celpe
Ficam convocados os Senhores Debenturistas da 4ª Emissão de Debêntures da Companhia Energética de Pernambuco - CELPE, a se reunirem em Assembleia Geral de Debenturistas (AGD), a ser realizada às 10:00 horas do dia 15 de maio de 2014, na Rua Joaquim Floriano, 1052, sala 132, 13º andar, São Paulo, SP, a fim de deliberarem sobre a seguinte Ordem do Dia: 1. A alteração do limite da relação Dívida Líquida / Ebitda estabelecido na alínea (a) da cláusula 5.3.1.1 (vii) da Escritura de Emissão apurados com base nas demonstrações financeiras consolidadas da Interservice Garantidora (Interservice) para os seguintes limites: a. Relação Dívida Líquida /Ebitda não superior a 4,0, a partir do 1º trimestre de 2014 até o 31 de março de 2015; b. Relação Dívida Líquida /Ebitda não superior a 3,5, a partir do 2º trimestre de 2015 até o 1º trimestre de 2016; c. Relação Dívida Líquida /Ebitda não superior a 3,0, a partir do 2º trimestre de 2016 até a Data de Vencimento; 2. Permitir que, caso a Companhia venha descumprir qualquer dos Índices Financeiros estabelecidos na cláusula 5.3.1.1 (vii) da Escritura de Emissão de Debêntures, por uma única vez em qualquer trimestre de apuração a partir do 1º trimestre de 2014, tal evento não ensejará o vencimento antecipado das debêntures. 3. A formalização do Terceiro Aditamento à Escritura de Emissão, a ser celebrado juntamente com o Agente Fiduciário, refletindo as alterações decorrentes das deliberações que vierem a ser aprovadas pelos debenturistas. Informações Gerais: Os debenturistas deverão encaminhar ao Agente Fiduciário até o dia 12 de maio de 2014, por e-mail ger2.agente@oliveiratrust.com.br, cópia dos documentos comprobatórios de sua representação. No dia de realização da Assembleia, deverão se apresentar no local com 30 (trinta) minutos de antecedência munidos de documento de identificação e dos documentos originais previamente encaminhados por e-mail. Os documentos relacionados às matérias constantes deste Edital estarão disponíveis aos debenturistas no endereço informado acima, no site de Relações com Investidores da Companhia (www.neenergia.com.br) e nos sites da Comissão de Valores Mobiliários (www.cvm.gov.br) e da BRFMEF/OSP4 (www.brfmefosp4.com.br). Recife (PE), 29 de abril de 2014. Diretoria Executiva (304. 11.639)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.038.744/0001-94
EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO - 2013
Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento - UPA CABO DE SANTO AGOSTINHO. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 13.332.470,88. Data de assinatura e término do Contrato de Gestão: 01/10/2013 a 31/12/2013. QUADRO DE INDICADORES DE 2013. COMPOSIÇÃO - INDICADOR / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - RESOLUTIVIDADE - Produtividade (25% do repasse variável); Total de atendimentos/mês: 9.030; 68,24%. meta alcançada. QUALIDADE: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala mínima prevista em contrato; Escala completa; Meta não Alcançada*. Relatório de Informação Ambulatorial (5% do repasse variável); Informar produção mensal dentro do prazo; Procedimentos realizados, com máximo de 10% de atraso; 98% de CEP válido e compatível com o IBGE; Meta Alcançada. *O acesso oficial, as ofertas de vagas com salários diferenciados e a aprovação dos profissionais em programas de residência médica, PROVAB entre outros, são fatores determinantes na dificuldade do preenchimento da escala médica. OUTROS INDICADORES 2013. COMPOSIÇÃO - INDICADOR (SEM IMPACTO FINANCEIRO) / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - QUALIDADE: Serviço de acolhimento e classificação de risco; Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Acolher e classificar conforme risco todo paciente atendido; Meta Alcançada. Envio mensal pesquisa de satisfação do usuário; Realização da pesquisa de satisfação mensal; 10% dos pacientes atendidos; Meta Alcançada. Tratamento das queixas recebidas; Resolver as queixas recebidas ou dar encaminhamento adequado; 100% das queixas resolvidas; Meta Alcançada. Taxa de identificação da origem do paciente; Identificar o município de origem do paciente atendido; 98% de CEP válido e compatível com o IBGE; Meta Alcançada. Resultado Financeiro do Exercício de 2013 / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício R\$ 10.332.470,88. Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 99.877,08. Despesa Total do Exercício R\$ 10.934.748,50. Penalidades por Metas não Atingidas no Exercício 2013 R\$ 774.935,25; Saído do Contrato de Gestão no Exercício (Conforme planilha financeira da SES) R\$ 1.277.333,81). Responsável pela execução do contrato de gestão: Ináide de Melo Santos - Coordenador Geral, Rua Paulo Manoel da Cunha, 930, Núcleo Residencial Monteiro Marcos Freire, Cohab, Cabo de Santo Agostinho/PE. CEP: 54.520.535. (F)

Recife, 30 de abril de 2015

Diário Oficial do Estado de Pernambuco - Poder Executivo

25

ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DE BIBLIOTECÁRIOS - APBBE ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA

A Associação Profissional de Bibliotecários de Pernambuco, convoca seus sócios para reunirem-se em ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA, em sua sede, Rua Gerônimo Feres, 674, Boa Vista - Recife, no dia 07 de maio de 2015 às 18h30min em 1ª convocação e 19h em 2ª convocação, a fim de deliberarem sobre a Renovação do mandato da Gestão Construído Nove Caminhos, Recife, 30 de abril de 2015. Denise Figueiredo Mendes - Presidente da APBBE. (37489)

ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E A INFÂNCIA DE SUBURBIM - UPAAE LIMOIEIRO

Relatório Físico-Financeiro DA UPAAE LIMOIEIRO EXERCÍCIO 2014 CNPJ: 11.754.025/0003-69 Organização Social: Associação de Proteção a Maternidade e a Infância de Suburim - UPAAE LIMOIEIRO Órgão responsável pelo Contrato de Gestão: Secretaria Estadual de Saúde. Objeto do contrato: Operacionalização da gestão e execução de serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento Valor Estipulado: R\$ 22.089.382,50 Assinatura e termo de contrato 03/03/2014 a 28/02/2015 EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA

Table with 3 columns: Metas de produtividade contratadas, DISPONIBILIDADES, Metas alcançadas/realizadas. Rows include: 1) Escala médica (Repasse variável 96%); 2) Disponibilizar 31.764 consultas especializadas; 3) Realizar 4.810 de outras consultas; 4) Realizar 4.800 sessões de fisioterapia. Includes also a table for Qualitativas and a table for metas alcançadas/realizadas.

RESULTADO DO RESUMO FINANCEIRO DO EXERCÍCIO

Custo Operacional: 122.464,61 Despesas Administrativas: 519.014,41 Despesas profissionais de 2014: 2.170.229,24 Valor do repasse: 4.489.368,75 Saldo do contrato de gestão no Exercício: 1.677.650,39

PAULA CARNEIRO PEIXOTO MALUF DIRETORA GERAL DA UPAAE LIMOIEIRO

JVG CONTABILIDADE CNPJ 08.276.880/0001-35 - CRC PE 000967/0-6 (37497)

BRL TRUST DISTRIBUIDORA DE TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS S.A.

Comunicamos aos senhores Debenturistas da Série Única da 1ª Emissão da ARENA PERNAMBUCO NEGÓCIOS E INVESTIMENTOS S.A., que o Relatório Anual do Agente Fiduciário referente ao exercício de 2014, de acordo com a instrução da CVM nº 28 de 23/11/83, encontra-se à disposição, na sede da respectiva Emissora, dos Coordenadores do Agente Fiduciário na Rua Iguatemi, nº 151 - 19º andar, Itam Bém - São Paulo/SP - Cep: 01451-011 e na CVM - Comissão de Valores Mobiliários. (37532)

CBE - COMPANHIA BRASILEIRA DE EQUIPAMENTO

Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária, realizadas cumulativamente. Data da Realização: 28/02/2015, às 9:00 (nove) horas. Local: Na sede social, sala de Itapessoca, Tejuicupap, Setor Fábrika, Município de Goiana-PE. Comprometimento: Aconselheiros representantes de mais de 2/3 (dois terços) do capital social votante. Mesa: Presidente - José de Jesus Pereira. Secretário: José Bernardino Pereira dos Santos Filho, um dos diretores da acionista Itabora Agro Industrial S/A. Deliberações: 1) Em Assembleia Geral Ordinária: a) Apreciação do Relatório da Administração, acompanhado do Balanço Patrimonial encerrado em 31/12/13, demonstrações financeiras correspondentes e parecer do Conselho Fiscal; b) a reeleição dos membros efetivos e suplentes do Conselho Fiscal, órgão que continuou assim constituído: Membros Efetivos: Maurício José Rodrigues da Silva, Eunice de Moraes Didier, e Manoel de Souza Leão Veiga; Membros Suplentes: Maria da Graça Batista Lippo; José Flávio de Aquino Albuquerque, e Fernando Souza Didier. Duração do Mandato: Até a próxima Assembleia Geral Ordinária. Remuneração: Para cada membro em exercício, será equivalente a 1/10 (hum décimo) da que, em média, for atribuída a cada diretor da sociedade, não computada a participação nos lucros, se houver; 2) Em Assembleia Geral Extraordinária: a) Ratificação de todas as deliberações tomadas na Assembleia Geral Ordinária acima referida, declarando-se as mesmas com plena eficácia. Arquivamento: Na Junta Comercial do Estado de Pernambuco, sob o nº 20159727893, em 10/03/2015. Aos interessados serão fornecidas cópias autênticas desta Ata. Goiana-PE, 10 de abril de 2015. José Bernardino Pereira dos Santos Filho, Diretor Executivo da acionista da Itabora Agro Industrial S/A - Secretário. (37491)

ITAMARACÁ S/A

EXTRATO DE ATA ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA, realizadas cumulativamente. Data da Realização: 05/03/2015, às 14:00 (quatorze) horas. Local: Na sede social, sala na Rua do Observatório, nº 55, sala 03, bairro do Recife, na cidade de Recife-PE. Comprometimento: Aconselheiros representantes de mais de 2/3 (dois terços) do capital social votante. Mesa: Presidente: Sérgio Augusto Marcelino de Albuquerque. Secretário: José Bernardino Pereira dos Santos. Deliberações: Por unanimidade de votos, aprovou-se o seguinte: 1) Em Assembleia Geral Ordinária: a) Foi aprovado o Relatório da Administração, acompanhado do Balanço Patrimonial encerrado em 31/12/13, demonstrações financeiras correspondentes e parecer do Conselho Fiscal; b) a reeleição dos membros do Conselho Fiscal, órgão que ficou assim constituído: CONSELHO FISCAL: Membros Efetivos - Maurício José Rodrigues da Silva, Eunice de Moraes Didier, e Manoel de Souza Leão Veiga; Membros Suplentes - Maria da Graça Batista Lippo; José Flávio de Aquino Albuquerque, e Fernando Souza Didier. Duração do Mandato: Até a próxima Assembleia Geral Ordinária. Remuneração: Para cada membro em exercício, será equivalente a 1/10 (hum décimo) da que, em média, for atribuída a cada diretor da sociedade, não computada a participação nos lucros, se houver; 2) Em Assembleia Geral Extraordinária: Ratificação de todas as deliberações tomadas na Assembleia Geral Ordinária acima referida, declarando-se as mesmas com plena eficácia. Arquivamento: Na Junta Comercial do Estado de Pernambuco, sob o nº 20159741193, em 28/03/2015. Aos interessados serão fornecidas cópias autênticas desta Ata. Recife-PE, 10 de abril de 2015. José Bernardino Pereira dos Santos - Secretário. (37493)

Pentágono S.A. Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários

Relatório Anual do Agente Fiduciário Encontra-se à disposição dos Srs. Investidores o relatório anual da 1ª e 2ª Emissões de Debêntures da JCPM Participações e Empreendimentos S.A. em que a PENTÁGONO atuou como Agente Fiduciário, no exercício social findo em 31/12/2014, nos termos e forma do artigo 88, §1º, b da Lei nº 6.404/76 de artigo 12, XVII, XVIII e XIX da Instrução CVM 28/83. Este anúncio é de caráter exclusivamente informativo, não implicando em qualquer recomendação de investimento. (37488)

PRODEPE - Programa de Desenvolvimento de Pernambuco - Edital de Não-Composição

A empresa INTRAL S/A Indústria de Material Elétrico, localizada na Rua jornalista Edison Rodrigues, nº 200, inscrita no CNPJ (MF) sob nº 88.611.294/001-02, nº 028252667, atendendo a exigência contida no artigo 13, da Lei nº 11.875, de 11 de outubro de 1999, e no artigo 17, do decreto nº 21.959 de 27 de dezembro de 1999, faz saber aos interessados que comercializa ou se propõe a comercializar os produtos a seguir indicados, planejando a concessão de benefícios fiscais e financeiros estabelecidos pelo PRODEPE na modalidade de Central de Distribuição, e convoca a quem produza bem similar a apresentar comprovação da fabricação à Diretoria de Incentivos Fiscais da Agência de Desenvolvimento de Pernambuco - AD/DIRPER no prazo máximo de 15 (quinze) dias, partir da data de publicação deste edital. A discriminação dos produtos está disponível no site AD Dipar, no seguinte link: https://www.adipar.pe.gov.br/index.php/transparencia/edital-nao-concorrencia/ Endereço para correspondência: Agência de Desenvolvimento de Pernambuco - AD/DIRPER, Av. Conselheiro Rosa e Silva, nº547 - Espinheiro - Recife - PE. CEP: 52020-220. (37535)

QUEIROZ GALVÃO DESENVOLVIMENTO IMOBILIÁRIO S.A.

AVISO AOS DEBENTURISTAS DA 1ª, 3ª e 4ª EMISSÕES DE DEBÊNTURES Comunicamos aos Senhores Debenturistas que os Relatórios Anuais do Agente Fiduciário da 1ª, 3ª e 4ª Emissões de Debêntures Simples da QUEIROZ GALVÃO DESENVOLVIMENTO IMOBILIÁRIO S.A., relativos ao Exercício Social de 2014, estão disponíveis na sede do Agente Fiduciário e nos demais locais indicados no art. 12, inciso XVIII da Instrução CVM nº 28/83. Rio de Janeiro, 30 de abril de 2015. GDC Partners Serviços Fiduciários DTVM Ltda. Agente Fiduciário (37490)

SINDICATO DOS SERVIDORES DO PODER LEGISLATIVO DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SINDILEGIS

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINÁRIA O Presidente do Sindicato dos Servidores do Poder Legislativo do Estado de Pernambuco - SINDILEGIS PERNAMBUCO, no uso de suas atribuições conferidas nos termos estatutários, convoca os seus afiliados (funcionários efetivos, ativos e aposentados), para uma AGE de eleição, a realizar-se no dia 30 de junho de 2015, das 09:00 horas às 18:00 horas no auditório do Anexo I da Assembleia Legislativa do Estado de Pernambuco, à Rua da União 439, andar, Boa Vista, nesta capital, a fim de elegerem os membros da Diretoria Executiva e do Conselho Fiscal, para o triênio 2015/2018, sendo aceitas as chapas que se registrarem no Sindicato, no prazo máximo de 30 dias, contados dessa publicação. Josias Ramos - Presidente Recife, 30 de abril de 2015. JOSIAS RAMOS Presidente (37526)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0008-00

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA EXERCÍCIO 2014 Nome do Parceiro Público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do Objeto do Contrato de Gestão: Operacionalização da Gestão e a Execução de Ações e Serviços da Saúde Prestados no HOSPITAL METROPOLITANO SUL, DOM HELDER CAMARÁ. Valor Estipulado no Contrato de Gestão: R\$ 77.451.012,24. Data da Assinatura e de Término do Contrato de Gestão: 24 de Maio de 2010 - 24 de Maio de 2015. EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA: Meta de Produtividade Pactuada (Jan a Dez/2014) / Indicador / Resultado Alcançado (Jan a Dez/2014): 1. Informação: 9.918 Salidas; 9.740 Salidas; 2. Ambulatório: 42.000 Consultas; 47.913 Consultas; 3. Urgência: 28.800 Atendimentos; 31.963 Atendimentos; 4. Atividades em Bloco Cirúrgico: 3.156 Cirurgias; 6.171 Cirurgias. Meta de Qualidade Pactuada (Jan a Dez/2014) / Indicador / Resultado Alcançado (Jan a Dez/2014): 1. Qualidade da Informação: 1.1. Apresentar Faturamento A/H, 100% das Salidas; 111,3%. 1.2. Diagnóstico Secundário por Especialidade: 22% Cl. Cirúrgica / 14% Cl. Médica; 86,4% Cl. Cirúrgica / 62,2% Cl. Médica; 1.3. Taxa de Identificação da Origem do Paciente; 98% CEP Válidos, 98,7%. 2. Atenção ao Usuário: 2.1. Resolução de Queixa, maior/igual 80%, 100,00%. 2.2. Pesquisa de Satisfação, maior/igual 10% dos atendimentos, 20,3% (internados) 16,7% (ambulatório). 3. Controle de Infecção Hospitalar: Relação Mensal CCIH para UTI Adulto, Meta Atendida. 4. Mortalidade Operatória: Relatório Mensal; 1,9%. Resumo Financeiro do Exercício 2014 / Valor R\$: Valor Repassado no Exercício R\$ 74.466.628,50. Penalidades por Metas não atingidas no exercício 2014: R\$ 688.206,80. Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 100.091,19. Despesa Total do Exercício R\$ 72.512.148,11. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício R\$ 1.985.330,76. Responsável pela Execução do Contrato de Gestão: Aules Diogenes de Magalhães Felouza - Superintendente Geral. Endereço: Rodovia BR 101 Sul - KM 28, s/n - Cabo de Santo Agostinho-PE. CEP: 54.510-000. (37540)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0002-75

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA EXERCÍCIO 2014 Nome do Parceiro Público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do Objeto do Contrato de Gestão: Operacionalização da Gestão e a Execução de Ações e Serviços da Saúde Prestados no HOSPITAL MIGUEL ARRÊAS. Valor Estipulado no Contrato de Gestão: R\$ 71.850.558,36. Data da Assinatura e de Término do Contrato de Gestão: 25 de Novembro de 2010 - 25 de Janeiro de 2015. EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA: Meta de Produtividade Pactuada (Jan a Dez/2014) / Indicador / Resultado Alcançado (Jan a Dez/2014): 1. Informação: 11.974 Salidas; 8.000 Consultas; 3. Urgência: 25.200 Metas de Qualidade Pactuada (Jan a Dez/2014) / Indicador / Resultado Alcançado (Jan a Dez/2014): 1. Qualidade da Informação: 1.1. Apresentar Faturamento A/H, 90% das Salidas; 1.2. Diagnóstico Secundário por Especialidade: 22% Cl. Cirúrgica / 14% Cl. Médica; 1.3. Taxa de Identificação da Origem do Paciente; 98% CEP Válidos; 2. Atenção ao Usuário: 2.1. Resolução de Queixa, maior/igual 80%, 100,0%. 2.2. Pesquisa de Satisfação, maior/igual 10% dos atendimentos; 3. Controle de Infecção Hospitalar: Entrega de Relatório Mensal CCIH, Todos os entregues; 4. Mortalidade Operatória: Entrega de Relatório Mensal, Todos os entregues. Resumo Financeiro do Exercício / Valor R\$: Valor Repassado no Exercício R\$ 71.859.588,36. Penalidades por Metas não Atingidas no Exercício 2014 R\$ 0,00. Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 91.334,77. Despesa Total do Exercício R\$ 72.432.894,96. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício R\$ 501.911,77. Responsável pela Execução do Contrato de Gestão: Maria Amélia Alves Lyrá - Superintendente Geral. Endereço: Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, Paulista - PE. CEP: 53.413-000. (37551)

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP - CNPJ - 10.988.301/0066-33

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA EXERCÍCIO 2014 Nome do Parceiro Público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do Objeto do Contrato de Gestão: Gestão, operacionalização e execução das ações de saúde a serem prestadas no HOSPITAL METROPOLITANO OESTE - PELODIPRAS SILVEIRA. Valor Estipulado no Contrato de Gestão: R\$ 76.766.740,13. EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA: Meta de Produtividade Pactuada (2014) / Indicador / Resultado Alcançado 2014: 1. Informação, 5.780 Salidas, 6.348 Salidas; 2. Ambulatório, 30.240 Consultas, 28.693 Consultas; 3. Urgência, 16.800 Atendimentos, 19.227 Atendimentos; 4. Bloco Cirúrgico, 2.400 Cirurgias, 2.118 Cirurgias. Metas de Qualidade Pactuada (2014) / Indicador / Resultado Alcançado 2014: 1. Qualidade da Informação: 1.1. Apresentar Faturamento A/H, 100% das Salidas; 100%. 1.2. Taxa de Identificação da Origem do Paciente; 98% CEP Válidos, 98%. 2. Atenção ao Usuário, 2.1. Resolução de Queixa, menor/igual 80%, 100%. 2.2. Pesquisa de Satisfação, menor/igual 10% dos atendimentos. Meta Atendida. 3. Controle de Infecção Hospitalar: Relação Mensal CCIH para UTI Adulto, Meta Atendida. 4. Mortalidade Operatória: Relatividade; 0,9%. Resumo Financeiro do Exercício 2014 / Valor R\$: Valor Repassado no Exercício R\$ 76.766.740,13. Penalidades por Metas não Atingidas no Exercício 2014 R\$ 0,00. Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 1.266.075,47. Despesa Total do Exercício R\$ 72.942.547,81. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício R\$ 5.110.287,79. Responsável pela Execução Contrato de Gestão: Caio Souza Leão - Superintendente. End: Rod. BR 232, s/n - Km 08 - Curado - Recife/PE - CEP: 50.730-680. (37545)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0011-66

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA EXERCÍCIO 2014 Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da Gestão e Execução das Ações e Serviços da Saúde Prestados no (a) Unidade de Pronto Atendimento Dr. Horácio Florêncio - UPA CARUARU. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 14.659.903,08. Data da Assinatura e de Término do Contrato de Gestão: 14/10/2013 à 14/09/2014 - renovação. EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA: QUADRO DE INDICADORES 2014: COMPOSIÇÃO - INDICADOR IMPACTO FINANCEIRO / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS. RESOLUTIVIDADE - Produtividade (25% do repasse variável), Total de atendimentos/mês, 13.500. Alcance de Qualidade: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala mínima prevista em contrato; Escala completa; Alcançada. Tempo de Atendimento (5% do repasse variável); Tempo de atendimento dentro do preconizado pelo protocolo; Definição de 6º mínimo; Alcançada. Relatório de Informação Ambulatório (5% do repasse variável); Informar produção mensalmente dentro do prazo; Informar 100% dos procedimentos realizados, com máximo de 10% de glosas; Alcançada. OUTROS INDICADORES 2014: COMPOSIÇÃO - INDICADOR (SEM IMPACTO FINANCEIRO) / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - QUALIDADE: Serviço de acolhimento e classificação de risco; Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Acionar e classificar conforme risco todo paciente atendido; Alcançado. Envio mensal pesquisa de satisfação do usuário; Realização da pesquisa de satisfação mensal; Realização da pesquisa de satisfação mensal a 10% do total de atendimento; Alcançado. Tratamento das queixas recebidas; Resolver as queixas recebidas ou dar encaminhamento adequado; 80% das queixas resolvidas; Alcançado. Taxa de identificação da origem do paciente; Identificar o município de origem do paciente atendido; 88% de CEP válido e compatível com o IBGE; Alcançado. OUTROS: Percentual de pacientes removidos, conforme a unidade de destino; Identificar a unidade que o paciente foi removido para internação; Percentual não especificado no contrato; Alcançado. Turnover: Percentual de Turnover do mês (admissões/destaques); 2%; Essa meta foi parcialmente alcançada. Resumo Financeiro do Exercício de 2014 / Valor R\$: Valor Repassado no Exercício R\$ 14.659.903,08. Penalidades por Metas não Atingidas no Exercício 2014: Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 1.139,92. Despesa Total do Exercício R\$ 15.042.294,78. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício (Conforme Planilha Financeira da SES) - R\$ 373.251,78. Responsável pela execução do contrato de gestão: Luanna Gressa - Coordenadora Geral. Av. José Marques Fontes, S/Nº, Indianapolis - Caruaru - PE. CEP: 55.028-530 - FONES: 81-3272-7639 / 81-3277-7616. (37542)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0010-85

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA EXERCÍCIO 2014 Nome do Parceiro Público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto Atendimento UPA ENGENHO VELHO. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 13.082.294,24. Data de assinatura e término do contrato de gestão: 22/06/2010 - 31/12/2014 - RENOVAÇÃO. QUADRO DE INDICADORES 2014: COMPOSIÇÃO - INDICADOR / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - RESOLUTIVIDADE - Produtividade (25% do repasse variável), Total de atendimentos/mês, 10.596 (até ago/2014) e 9.180 (a partir set/2014); Meta parcialmente alcançada. QUALIDADE: Escala Médica (5% do repasse variável); Escala mínima prevista em contrato; Escala completa; Meta parcialmente alcançada. Relatório de Informação Ambulatório (5% do repasse variável); Informar produção mensalmente dentro do prazo; Procedimentos realizados, com máximo de 10% de glosas; Meta Alcançada. OUTROS INDICADORES 2014: COMPOSIÇÃO - INDICADOR (SEM IMPACTO FINANCEIRO) / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS - QUALIDADE: Serviço de acolhimento e classificação de risco; Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Acionar e classificar conforme risco todo paciente atendido; Meta Alcançada. Envio mensal pesquisa de satisfação do usuário; Realização da pesquisa de satisfação mensal; 10% dos pacientes atendidos; Meta Alcançada. Tratamento das queixas recebidas; Resolver as queixas recebidas ou dar encaminhamento adequado; 80% das queixas resolvidas; Meta Alcançada. Taxa de identificação da origem do paciente; Identificar o município de origem do paciente atendido; 86% de CEP válido e compatível com o IBGE; Meta Alcançada. Resumo Financeiro do Exercício de 2014 / Valor R\$: Valor Estipulado pelo Contrato de Gestão: R\$ 13.082.294,24. Penalidades por Metas Não Atingidas R\$ -194.923,65. Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 13.686,03. Despesa Total do Exercício R\$ 13.278.877,94. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício (Conforme Planilha Financeira SES) R\$ -343.821,32. Responsável pela execução do contrato de gestão: Diróbalr Echeverria - Coordenador Geral. Avenida Gal. Manoel Rabelo, s/nº, Socorro - Jaboatão dos Guararapes - PE. CEP: 54.160-000. (37543)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP HOSPITALAR - CNPJ - 09.039.744/0014-09

EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCIERA EXERCÍCIO 2014 Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e execução de ações e serviços de saúde na Unidade Pernambuco de Atendimento Especializado Prof. Antônio Simão dos Santos Figueira - UPAAE GARANHUNS. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 18.924.000,00. Data

Gás Ltda ME CNPJ nº 10.272.347/0001-47 com valor global de R\$ 94.416,00 (noventa e quatro mil quatrocentos e dezesseis reais) para os itens 01 e 02. Informações adicionais: Mais informações poder ser obtidas diretamente na sede do Órgão, situada a Rua Demétrio Cavalcanti, 144, 1º andar - Livramento - Vóbia de Santo Antônio/PE ou através do fone (81) 3523-1120 ramal 234, no horário de 08:00 às 15:00, de segunda a sexta-feira. Vóbia de Santo Antônio, 27 de junho de 2016. Elias Alves de Lira - Prefeito. (F)

Publicações Particulares

AFAPISA - AVARANDANO FORTE AGROPECUÁRIA DO PIAUI S/A - CNPJ nº 09.055.120/0001-60 - NIRE: 2.630.000.370.8 - EMPRESA BENEFICÁRIA DOS INCENTIVOS FISCAIS DO NORDESTE - FINEIR - Assembleia Geral Extraordinária - EDITAL DE CONVOCAÇÃO - Ficam convocados os Srs. Acionistas a se reunir em AGE no dia 01/07/2016, às 10 (dez) horas, na sede social à Rua Dr. Tavares Correia, nº 188, Imbituba, Recife-PE, a fim de deliberarem sobre a seguinte ordem do dia: a) Mudança de Capital Autorizada para Capital Fixo; b) Extinção do Conselho de Administração; c) Mudança da Sede Social; d) Reforma e Consolidação Estatutária; e) Eleição da Diretoria e f) Outros assuntos. Recife-PE, 22/06/2016. Ricardo Severina - Presidente do Conselho de Administração. (85753)

BRANDÃO FILHOS FORTSHIP (PE) AGÊNCIA MARTÍMA LTDA. CNPJ/MF nº 02.759.020/0001-99 NIRE nº 262.011.117.58 EDITAL DE CONVOCAÇÃO DE REUNIÃO DE SÓCIOS Ficam os sócios de Brandão Filhos Fortship (PE) Agência Marítima Ltda. ("Sociedade"), convocados para se reunirem em Reunião de Sócios, a ocorrer no dia 04 de julho de 2016, na sede social, localizada na Rua Padre Carapuceiro, nº 988, Salas 1702/1703, Empresarial Janete Costa, Boa Viagem, na Cidade de Recife - PE, CEP: 51020-280, às 09 horas, em primeira convocação, com a presença de sócios titulares de, pelo menos, ¼ (três quartos) do capital social, ou, às 10 horas, em segunda convocação, com qualquer quórum, a fim de deliberar sobre a seguinte ordem do dia: I) Fixação do pro labore dos sócios da Sociedade em 01 (um) salário mínimo; 2) Fixação do pro labore dos administradores da Sociedade; 3) Aprovação da consolidação do Contrato Social da Sociedade; e 4) Demais assuntos de interesse da Sociedade. Recife (PE), 21 de junho de 2016. André Coelho Brandão - Sócio Administrador (85727)

PODER JUDICIÁRIO JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA Seção Judiciária de Pernambuco EDITAL DE CITAÇÃO, PENHORA E AVALIAÇÃO Nº EDE 003.00098-9/2016 PRAZO: 30 DIAS FREDERICO JOSE PINTO DE AZEVEDO, Juiz Federal desta 3ª Vara, da Seção Judiciária de Pernambuco, na forma da lei, etc.

FAZ SABER a todos que o presente EDITAL, vem, dele notificar tiveram ou a quem interessar possa, que, por este meio, CITA BULAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 08011050001-24, e na qualidade de DEVEDOR/REPRESENTANTE LEGAL RENATO TAVARES SAMPÃO NETO, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 447887704-10, os quais se encontram em lugar incerto e não sabido, da Execução de Título Extrajudicial nº 0802016-19.2015.4.05.8300 movida pela CAIXA ECONOMICA FEDERAL - CEF, FINALIDADE: pagar a quantia de R\$ 64.396,88 (sessenta e quatro mil, trezentos e seis reais e oitenta e oito centavos) - sendo R\$ 58.196,28 o valor do débito (Cédula de Crédito Bancário), mais R\$ 5.819,82 de honorários advocatícios e R\$ 290,98 de custas judiciais (Conta elaborada em 16/03/15) - referente a débito não pago de contrato de cédula de crédito bancário contratado pelo executado, no prazo de 03 (três) dias, sob pena de, não o fazendo, serem-lhe penhorados tantos bens quantos bastam para o pagamento integral do valor da execução, cientificando-o, outrossim, de que dispõe do prazo de 15 (quinze) dias para interposição de embargos (arts. 829, 914 e 915 do CPC/2015). Passou-se o presente EDITAL, com prazo de 30 dias, que será afixado no alvará do Fórum Arthur Marinho, sede deste Juízo, e publicado na forma da lei. DADO E PASSADO pela Secretária da 3ª Vara Federal funcionando no Fórum Ministro Arthur Marinho à Av. Recife, 6250 - Jiquiá, nesta cidade de Recife, Capital do Estado de Pernambuco, aos 07/06/2016. E., Alexandre Fazio da Silva, Técnico Judiciário, digital, Eui., Alba Lucia G. de Mattos, Diretora de Secretaria da 3ª Vara/PE, confor. e o MM Juiz Federal em exercício subscrive. FREDERICO JOSE PINTO DE AZEVEDO Juiz Federal da 3ª Vara/PE (85804)

3ª VARA FEDERAL EXECUÇÃO FISCAL PROCESSO Nº: 0801695-48.2015.4.05.8300 - EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL. EXEQUENTE: CAIXA ECONOMICA FEDERAL - CEF. EXECUTADO: GUIMARÃES COMÉRCIO DE ALIMENTOS LTDA - EPP (e autor) JUÍZ FEDERAL SUBSTITUTO PODER JUDICIÁRIO JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA Seção Judiciária de Pernambuco 3a Vara EDITAL DE CITAÇÃO, PENHORA E AVALIAÇÃO Nº EDE 003.00098-9/2016 PRAZO: 30 DIAS FREDERICO JOSE PINTO DE AZEVEDO, Juiz Federal desta 3ª Vara, da Seção Judiciária de Pernambuco, na forma da lei, etc. - Passado o prazo de 30 dias, sem que o executado tenha se reunido com o executante para o pagamento integral do valor da execução, cientificando-o, outrossim, de que dispõe do prazo de 15 (quinze) dias para interposição de embargos (arts. 829, 914 e 915 do CPC/2015). Passou-se o presente EDITAL, com prazo de 30 dias, que será afixado no alvará do Fórum Arthur Marinho, sede deste Juízo, e publicado na forma da lei. DADO E PASSADO pela Secretária da 3ª Vara Federal funcionando no Fórum Ministro Arthur Marinho à Av. Recife, 6250 - Jiquiá, nesta cidade de Recife, Capital do Estado de Pernambuco, aos 07/06/2016. E., Alexandre Fazio da Silva, Técnico Judiciário, digital, Eui., Alba Lucia G. de Mattos, Diretora de Secretaria da 3ª Vara/PE, confor. e o MM Juiz Federal em exercício subscrive. FREDERICO JOSE PINTO DE AZEVEDO Juiz Federal da 3ª Vara/PE (85804)

no CNPJ/MF sob o nº 12.382.828/0001-30, e seu CO - DEVEDOR/ANALISTA ANDREAFALCO ANTUNES GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, portador da cédula de identidade RG Nº 5.035.240 SSP/PE, CPF/MF Nº. 027.959.684-06, os quais se encontram em lugar incerto e não sabido, da Execução de Título Extrajudicial nº 0801695-48.2015.4.05.8300, movida pela CAIXA ECONOMICA FEDERAL - CEF, FINALIDADE: pagar quantia de R\$ 218.255,11 (Duzentos e dezotoito mil, duzentos e cinquenta e cinco reais e onze centavos) - sendo R 197.543,11 o valor da dívida, R\$ 19.754,31 o valor dos honorários advocatícios e R\$957,69 o valor das custas Conta atualizada até 03/2015 - referente a débito não pago de cédulas de créditos bancários contratadas pelo executado, no prazo de 03 (três) dias, sob pena de, não o fazendo serem-lhe penhorados tantos bens quanto bastem para o pagamento integral do valor da execução, cientificando-o, outrossim, de que dispõe do prazo de 15 (quinze) dias para interposição de embargos (arts. 829, 914 e 915 do CPC/2015). Caso o executado seja revel, será nomeado curador especial, nos termos do art. 25, 7º, IV, do CPC. Passou-se o presente EDITAL, com prazo de 30 dias, que será afixado no alvará do Fórum Arthur Marinho sede deste Juízo, e publicado na forma da lei. DADO E PASSADO pela Secretária da 3ª Vara Federal funcionando no Fórum Ministro Arthur Marinho à Av. Recife, 6250 - Jiquiá, nesta cidade do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, aos 07/06/2016. E., Alexandre Fazio da Silva, Técnico Judiciário, digital, Eui., Albulcia G. de Mattos, Diretora de Secretaria da 3ª Vara/PE, confor. e o MM Juiz Federal em exercício subscrive FREDERICO JOSE PINTO DE AZEVEDO Juiz Federal da 3ª Vara/PE. (85805)

26ª VARA/PE EDITAL DE CITAÇÃO PRAZO: 20 (vinte) dias PROCESSO Nº: 0801192-20/2014.4.05.8307, MONITÓRIA AUTOR: CAIXA ECONOMICA FEDERAL - CEF. RÉU: CLAUDINEIA MARIA DA SILVA 26ª VARA FEDERAL - JUÍZ FEDERAL SUBSTITUTO O Dr. TARCISIO CORRÊA MONTE, Juiz Federal, titular da 26ª Vara da Seção Judiciária de Pernambuco, na forma da lei, etc.

FAZ SABER a todos quanto o presente EDITAL, vem ou dele tiverem notícia ou a quem interessar possa que perante este Juízo Federal, tramita a Ação Monitória acima indicada e por meio deste CITA CLAUDINEIA MARIA DA SILVA, brasileira, solteira, portadora da cédula de identidade RG nº 9483873 OT/PE, inscrita no CPF/MF sob o nº 113.872.444-00, com endereço incerto e não sabido, para pagar, no prazo de 15 (quinze) dias, o valor da dívida executada de R\$ 39.900,01 (trinta e nove mil, novecentos reais e um centavo) acrescida das custas e de honorários, fixados em 5% (cinco por cento) sobre o valor principal, nos termos da petição inicial. ADVERTÊNCIAS: I - não promovido o pagamento e não opostos embargos, constituir-se-á, de pleno direito, título executivo judicial (art. 701, § 2º, do CPC) II - Em caso de cumprimento do comando constante do presente mandado, a parte ré ficará isenta do pagamento de custas processuais (art. 701, §1º, do CPC). III - A parte ré, no mesmo prazo de 15 (quinze) dias, poderá opor embargos monitórios, independentemente de garantia do juízo; IV - Caso os embargos versem sobre excesso da execução, cumprirá ao embargante declarar de imediato o valor que entende correto, apresentando demonstrativo discriminado e atualizado da dívida, sob pena de rejeição liminar ou não conhecimento do pedido (art. 702, §§ 2º e 3º, do CPC) V - No prazo para embargos, reconhecendo o crédito do exequente e comprovando o depósito de 30% (trinta por cento) do valor em execução, acrescido de custas e de honorários de advogado, o executado poderá requerer que lhe seja permitido pagar o restante em até 6 (seis) parcelas mensais, acrescidas de correção monetária e de juros de um por cento ao mês (Art. 616, CPC) VII - Qualquer mudança de endereço após a citação deverá ser comunicada a este Juízo.

SEDE DO JUÍZO: Justiça Federal em Pernambuco, 26ª Vara Rua Quilombo dos Palmares, 555, Quilombo Palmares/PE. Horário de atendimento ao público: 2º, 6º, das 9 às 18 horas.

O presente EDITAL será publicado na forma da lei e afixado em local de costume.

Tarcísio Corrêa Monte Juiz Federal da 26ª Vara/PE (85782)

37ª. VARA FEDERAL Edital de Citação PODER JUDICIÁRIO JUSTIÇA FEDERAL EM PERNAMBUCO Seção Judiciária de Caruaru - 37ª Vara Federal EDITAL DE CITAÇÃO Nº ECI.0037.00099-9/02016 PRAZO DE 20 (VINTE) DIAS

PROCESSO Nº 0806337-75.2015.4.05.8302 - EXECUÇÃO DE TÍTULO EXTRAJUDICIAL. EXEQUENTE: CAIXA ECONOMICA FEDERAL - CEF EXEQUENTE: NORI CHINA EQUILIBRIO ALIMENTOS LTDA - ME (e autor) O Dr. TEMÍSTOCLES ARAÚJO AZEVEDO, Juiz Federal titular da 37ª Vara da Seção Judiciária de Pernambuco, na forma da lei, etc: **FAZ SABER** a todos quanto o presente EDITAL, vem ou dele tiverem notícia ou a quem interessar possa que, perante este Juízo Federal, tramita a execução de título extrajudicial acima indicada e por meio deste CITA LUIS CARLOS ROBERTO BEZERRA, CNPJ nº 025.775.984-80, CÉDULA DE CRÉDITO BANCÁRIO DE Nº 734-1039.003.00000770-0 e GIROCAIXA Fácil - PO 734 nº 15.1038.734.0000195-22, em decorrência da frustração de citação postal elou por mandado. **FINALIDADE:** Tomar ciência, no prazo de 20 (vinte) dias, dos termos da ação em epígrafe para, no prazo de 03 (três) dias, pagar a dívida executada de R\$ 128.347,04 (cento e vinte e seis mil, trezentos e quarenta e sete reais e quatro centavos) acrescida de juros, correção e encargos legais ou oferecer embargos à execução no prazo de 15 (quinze) dias contado na forma do art. 231 do CPC. **ADVERTÊNCIA:** Não ocorrendo o pagamento, será efetuada a PENHORA de tantos bens quanto bastem para garantia da execução supramencionada. Outrossim, será nomeado curador especial em caso de revelia. O presente EDITAL será publicado na forma da lei. Dado e passado pela Secretária da 37ª Vara Federal, aos 01 de junho de 2016. (85781)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP Hospitalar - CNPJ - 09.039.744/0007-80 EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRA EXERCÍCIO 2015 Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do Objeto do Contrato de Gestão: Operacionalização da Gestão e Execução das Ações e Serviços de Saúde Prestados no HOSPITAL DOM MALAN, Valor Estruturado no Contrato de Gestão: R\$ 55.628.083,03. Data da Assinatura e do Término do Contrato de Gestão: 01 de Maio de 2010 - 30 de Abril de 2016. Execução Física - Financeira: Meta de Produtividade Participada Jan a Dez/2015 / Indicador / Resultado Alcançado Jan a Dez/2015: 1. Saídas Hospitalares, 14.712, 15.095 - 2. Ambulatório, 61.020, 66.898 - 3. Urgência, 105.000, 125.691. Resumo Financeiro do Exercício 2015 / Valor (R\$): Valor Repassado no Exercício R\$ 55.628.083,03. Resultado da aplicação Financeira R\$ 30.413,75. Outras Receitas R\$ 0,00. Despesa Total do Exercício R\$ 617.298,72. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício (R\$ 4.513.801,94). Responsável pela Execução do Contrato de Gestão: Eteíl Tavares Lins - Superintendente. Av. Joaquim Nabuco, s/n, CEP: 56.304-900, Petrópolis/PE. (85788)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP Hospitalar - CNPJ - 09.039.744/0011-66 EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2015 Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da Gestão e Execução de Ações e Serviços de Saúde a serem Prestados pela contratada na Unidade de Pronto Atendimento - UPA CARUARU. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 14.785.939,52. Data da Assinatura e do Término do Contrato de Gestão: 14/05/2010 à 14/05/2016. QUADRO DE INDICADORES 2015: COMPONENTE / SUB-COMPONENTE / INDICADOR / META / RESULTADO ALCANÇADO EM 2015 - QUALIDADE: Acolhimento e classificação de risco. Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco. Serviço de acolhimento e classificação de risco estruturado. Serviço de acolhimento estruturado e mantido por todo ano de 2015. 151.983 usuários classificados. Envio mensal de relatório de resultados. 12 relatórios de resultados enviados à SES - Atenção ao Usuário; Percentual de resolução das queixas recebidas; 80% de resolução das queixas recebidas; Meta alcançada em 100% de resolução em 2015. Apresentação e estruturação do projeto do Serviço de Atenção ao Usuário; Projeto do serviço de atenção ao usuário apresentado e estruturado; Serviço de Atenção ao Usuário Estruturado (ouvivoria) e mantido durante todo ano de 2015. Com 100% as demandas respondidas - Planejamento, Elaboração e acompanhamento do plano Estratégico da Unidade, Plano Estratégico da Unidade elaborado e acompanhado mensalmente; Planejamento estratégico elaborado e monitorado mensalmente com a OS-IMIP Hospitalar - Qualidade da informação; Taxa de identificação de origem do paciente; Avaliar a inserção regional da UPA CARUARU, atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com IBGE. A medida obtida no ano de 2015 foi de 100% de CEP válidos e compatíveis com o IBGE. Resumo Financeiro do Exercício de 2015 / Valor (R\$): Valor repassado no Exercício R\$ 14.785.939,52; Resultados das Aplicações Financeiras R\$ 21.038,71; Despesa Total do Exercício R\$ 15.790.804,89. Penalidades por metas não atingidas no Exercício R\$ 0,00. Saldo do Contrato de gestão no Exercício: (R\$ 993.626,66). Responsável pela execução do contrato de gestão: Luanna Gressa Soares de Melo - Coordenadora Geral. Av. José Marques Fontes, S/Nº, CEP: 55.026-530 - Caruaru - PE. (85770)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP Hospitalar - CNPJ - 09.039.744/0015-90 EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2015 Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da Gestão e Execução de Ações e Serviços de Saúde a serem Prestados pela contratada na Unidade Pernambuco de Atendimento Especializado - UPAE GARANHUNS. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 22.123.030,00 (vinte e dois milhões, cento e trinta e três mil, trezentos e vinte e três reais). Data de assinatura e término do contrato de gestão: 03/03/2014 à 03/03/2016. QUADRO DE INDICADORES 2015: COMPOSIÇÃO - INDICADOR / ESPECIFICAÇÃO / META / RESULTADOS ALCANÇADOS 2015 - QUALIDADE: Atenção ao usuário - Constituição do serviço; Estruturação do serviço de atenção de Consultas; 13.800, Meta Alcançada: 13.800. Resultado da aplicação Financeira R\$ 23.385,79. Outras Receitas R\$ 0,00. Despesa Total do Exercício R\$ 15.704.556,55. Penalidade por metas não atingidas no Exercício R\$ 0,00. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício R\$ 5.549.999,99. Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 14.102,21. Despesa Total do Exercício R\$ 4.661.179,82. Penalidades por Metas não Atingidas no Exercício 2015 R\$ 0,00. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício R\$ 502.923,57. Responsável pela execução do contrato de gestão: Vanessa Santos Sá de Freitas - Coordenadora Geral. Rua João Veiros de Siqueira, S/N, CEP: 56.000-000, Salgueiro/PE. (85773)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP Hospitalar - CNPJ - 09.039.744/0014-09 EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2015 Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada na Unidade Pernambuco de Atendimento Especializado - UPAE GARANHUNS. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 18.474.000,00. Data de assinatura e término do contrato de gestão: 07/07/2013 à 30/09/2016. Execução Física-Financeira - Qualidade das Indicadores de 2015: Composição - Indicador / Especificação / Meta / Resultados Alcançados em 2015 - Consultas Não Médicas: Produtividade, Atenção de Consultas; 13.800, Meta Alcançada: 13.800. Resultado da aplicação Financeira R\$ 15.474.000,00. Resultado das Aplicações Financeiras R\$ 23.385,79. Outras Receitas R\$ 0,00. Despesa Total do Exercício R\$ 15.704.556,55. Penalidade por metas não atingidas no Exercício R\$ 0,00. Saldo do Contrato de Gestão no Exercício R\$ 2.804.939,24. Responsável pela execução do contrato de gestão: Gustavo Amorim - Coordenador Geral. Rodovia BR 423 KM 92, 2000, CEP: 55.296-235, Garanhuns/PE. (85771)

FUNDAÇÃO PROF. MARTINIANO FERNANDES - IMIP Hospitalar - CNPJ - 09.039.744/0006-07 EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO - FINANCEIRO - EXERCÍCIO 2015 Nome do parceiro público: Estado de Pernambuco - Secretaria Estadual de Saúde. Resumo do objetivo do contrato de gestão: Operacionalização da gestão e a execução de ações e serviços de saúde a serem prestados pela contratada na Unidade de Pronto Atendimento - UPA SÃO LOURENÇO DA MATA. Valor estipulado no contrato de gestão: R\$ 13.132.738,96. Data de assinatura e término do contrato de gestão: 30/04/2010 à 30/04/2016. QUADRO DE INDICADORES 2015: COMPONENTE / SUB-COMPONENTE / INDICADOR / META / RESULTADOS ALCANÇADOS EM 2015 - QUALIDADE: Acolhimento e classificação de risco. Estruturação do serviço de acolhimento e classificação de risco; Serviço de acolhimento e classificação de risco estruturado; Serviço de acolhimento estruturado e mantido por todo ano de 2015. Classificado no ano de 2015 123.474 usuários classificados. Envio mensal de relatório de resultados; 12 relatórios de resultados enviados à SES; 12 relatórios do acolhimento enviados à SES - Atenção ao Usuário; Percentual de resolução das queixas recebidas; 80% de resolução das queixas recebidas; Meta alcançada em 100% de resolução em 2015. Apresentação e estruturação do projeto do Serviço de Atenção ao Usuário; Projeto do serviço de atenção ao usuário apresentado e estruturado; Serviço de Atenção ao Usuário Estruturado (ouvivoria) e mantido durante todo ano de 2015. Com 100% as demandas respondidas - Planejamento, Elaboração e acompanhamento do plano Estratégico da Unidade, Plano Estratégico da Unidade elaborado e acompanhado mensalmente; Planejamento estratégico elaborado e monitorado mensalmente com a OS-IMIP Hospitalar - Qualidade da informação; Taxa de identificação de origem do paciente; Avaliar a inserção regional da UPA SÃO LOURENÇO DA MATA, atingindo 98% de CEP válido e 98% de CEP compatível com IBGE. A medida obtida no ano de 2015 foi de 100% de CEP válidos e compatíveis com o IBGE. Resumo Financeiro do Exercício de 2015 / Valor (R\$): Valor repassado no Exercício R\$ 13.132.738,96; Resultados das Aplicações Financeiras R\$ 126.511,59. Despesa Total do Exercício R\$ 13.245.916,82. Penalidades por metas não atingidas no Exercício R\$ 10.943,97. Saldo do Contrato de gestão no Exercício R\$ 4.529,96. Responsável pela execução do contrato de gestão: Anna Paula F. C. B. de Melo - Coordenadora Geral. Av. Dr. Francisco Correia, 2009. CEP: 54.725-000, São Lourenço da Mata/PE. (85772)



**ANEXO H - EXTRATO DE RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO-FINANCEIRA
EXERCÍCIO 2010 A 2017 - UPA CAXANGÁ**

CONTRATO DE GESTÃO - 003/2010 FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA.....SES
OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA
UPA.....01/04/2010
.....03/01/2018
.....121.815.022,32

Número Instrumento de Pactuação 003/2010

Termo Aditivo 1º A 11º TA

CNPJ 09.767.633/0001-02

Valor Repassado no Exercício de 2012 (R\$) 12.054.011,43

Valor Repassado no Exercício de 2013 (R\$) 12.085.954,61

Valor Repassado no Exercício de 2014 (R\$) 16.731.233,20

Valor Repassado no Exercício de 2015 (R\$) 14.824.425,61

Valor Repassado no Exercício de 2016 (R\$) 16.216.944,65

Valor Repassado no Exercício de 2017 (R\$) 17.553.792,63

FONTE: <http://web.transparencia.pe.gov.br/organizacoes-sociais-os-e-organizacoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-oscip/>

ANEXO I - Extrato de relatório de execução físico-financeira exercício 2010 a 2017 - UPA Torrões

CONTRATO DE GESTÃO - 002/2010 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE..... SES OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DA UPA TORRÕES 01/04/2010
 03/01/2018
 102.022.805,99

Número Instrumento de Pactuação 002/2010
 Termo Aditivo 1º A 13º TA
 CNPJ 10.869.782/0012-06
 Valor Repassado no Exercício de 2012 (R\$) 12.040.587,00
 Valor Repassado no Exercício de 2013 (R\$) 11.916.323,88
 Valor Repassado no Exercício de 2014 (R\$) 14.007.014,49
 Valor Repassado no Exercício de 2015 (R\$) 14.548.627,08
 Valor Repassado no Exercício de 2016 (R\$) 14.371.072,04
 Valor Repassado no Exercício de 2017 (R\$) 15.146.980,70

FONTE: <http://web.transparencia.pe.gov.br/organizacaoes-sociais-os-e-organizacaoes-da-sociedade-civil-de-interesse-publico-oscip/>

ANEXO J – RELATÓRIO TÉCNICO DA INTERVENÇÃO

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO ESTADO DE PERNAMBUCO – PROPOSTA
DE INSERÇÃO DE MODELO DE GESTÃO DO TRABALHO NAS UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO DO SUS-PE**

**RECIFE
2019**

ROBERTA GOMES MENEZES DE LIMA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO ESTADO DE PERNAMBUCO – PROPOSTA
DE INSERÇÃO DE MODELO DE GESTÃO DO TRABALHO NAS UNIDADES DE
PRONTO ATENDIMENTO DO SUS-PE**

Projeto de intervenção como contribuição ao Estado de Pernambuco, oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

**RECIFE
2019**

1. INTRODUÇÃO

O trabalho, no decorrer da história, passou por diversas transformações e com a Revolução Industrial do século XVIII iniciada na Inglaterra, diante do fenômeno da industrialização e da urbanização, os processos de trabalho assumiram novas formatações (GUIRALDELLI, 2014).

A categoria “trabalho” passou por diversas transformações no decorrer do tempo e, na saúde pública, vem sendo motivo de preocupação e discussão em diversas instâncias desde o início da Reforma Sanitária, bem como ao longo de todo o caminho de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), devido a sua importância frente ao desafio do fortalecimento e consolidação da gestão da atenção à saúde. Para compreender o trabalho contemporâneo em saúde é impreterível estabelecer a relação entre as transformações ocorridas no mundo do trabalho e o contexto político econômico, reconhecendo ainda as especificidades do campo da saúde.

Institucionalmente, as estratégias relativas à força de trabalho devem focar três desafios principais: melhorar o recrutamento, ajudar a força de trabalho a melhorar seu desempenho e diminuir a rotatividade dos trabalhadores (OMS, 2007).

Teixeira, Martins e Silva (2014) mencionam que as relações de trabalho na administração pública brasileira durante a década de 1990 e na primeira década dos anos 2000 são marcadas por fenômenos advindos de um contexto nacional e internacional de reestruturação da produção e de revisão do papel do Estado. Na atualidade isso se reflete na supressão de bens e direitos, que outrora eram garantidos pela esfera pública e passaram a ser adquiridos pela via do mercado.

No Brasil o Governo Federal tem incorporado à gestão, para melhoria de seus resultados, a qualidade e produtividade, métodos empregados em organizações privadas. O Modelo de Excelência em Gestão Pública está fundamentado, dentre outros, na cultura da inovação, liderança e constância de propósitos, gestão baseada em processos e informações, visão de futuro, geração de valor, comprometimento das pessoas, foco no cidadão e na sociedade, desenvolvimento de parcerias, responsabilidade social, controle social e gestão participativa (FERREIRA, 2012).

Essa abordagem renovou os paradigmas da administração pública brasileira e exigiu, em consequência, a busca por novos métodos e práticas de gestão. Passou-se a buscar a construção de um Programa de Qualidade no Serviço Público que estivesse alinhado com as novas propostas e que tivesse foco em resultados e no cidadão.

Iremos, diante disso, abordar como a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) acompanha o gerenciamento de profissionais de saúde, contratados por OSS, nas UPA. Podendo existir ainda nessas unidades profissionais concursados, regidos pelo estatuto do servidor, que pertençam à Administração Pública Estadual e estão cedidos, profissionais terceirizados, contratados por empresas privadas e ou profissionais contratados por OSS, ambos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), esses profissionais passam a ser geridos por modelos privados, baseados em práticas não utilizadas na administração pública direta. Teremos então o seguinte questionamento. Como se desenvolve a Gestão do Trabalho em Unidades de Pronto Atendimento, gerenciadas por OSS, no Estado de Pernambuco?

Buscaremos promover um encontro com a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde - SEGTES e Diretoria Geral de Modernização Monitoramento da Assistência à Saúde - DGMMAS para apresentar os resultados do estudo: “Análise da Gestão do Trabalho em Unidades Terceirizadas do Sistema Único de Saúde e Pernambuco” e sensibilizar os participantes quanto à importância da institucionalização da avaliação no processo de trabalho do profissional de saúde nessas unidades, conforme regulamentado no Art. 2º em seu parágrafo IX e XIV da PORTARIA Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, buscando instituir a valorização profissional através da educação permanente e do estímulo ao alcance de melhores resultados em sua rotina de trabalho.

2. JUSTIFICATIVA

Propor junto à Diretoria Geral de Modernização Monitoramento da Assistência à Saúde-DGMMAS/SES inserir, nos contratos de gestão, modos de intervenção que visem adaptar a gestão do trabalho aos preceitos do SUS, sensibilizando os gestores de UPA quanto à importância da avaliação de desempenho trabalhando na perspectiva de buscar melhorias contínuas da organização, valorização do profissional, bem como dos serviços prestados ao usuário do SUS.

3. OBJETIVOS

Propor modos de intervenção, nos contratos de gestão, que visem adaptar a gestão do trabalho aos preceitos do SUS.

Unificar um modelo de gestão para todas as UPA do Estado independente da OSS que a gerencia, buscando instituir a valorização profissional através do incentivo a educação permanente, bem como a avaliação de desempenho estimulando ao alcance de melhores resultados em seus processos de trabalho.

4. MÉTODO

Para a realização da intervenção proposta, foi formulada a prática a seguir.

4.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

O estudo foi realizado no Estado de Pernambuco situado na Região Nordeste, limitando-se ao Norte com a Paraíba e o Ceará, ao Leste com o oceano Atlântico, ao Oeste e ao Sul com o Piauí, a Bahia e Alagoas. O Estado está dividido em quatro macrorregiões (Região Metropolitana do Recife - RMR, Zona da Mata, Agreste e Sertão) e 12 Regiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2012).

O Estado possui uma extensão territorial de 98.146,32 km², sendo dividido em 184 municípios e um distrito estadual (Fernando de Noronha). Com relação ao porte dos municípios, observa-se que 81% são considerados de pequeno porte, 12,4% de médio porte, 5,9% de grande porte e uma metrópole (PERNAMBUCO, 2012).

De acordo com o Censo 2010, a população pernambucana foi de 8.796.448 habitantes, naquele ano, sendo composta de 4.230.681 (48,10%) homens e

4.565.767 mulheres (51,90%) (PERNAMBUCO, 2012). O Estado tem sua disposição territorial da saúde organizada segundo a lógica da regionalização, com 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), 04 macrorregiões e 11 microrregiões de saúde.

Dados do SUS em Pernambuco: cerca de 7,5 milhões de usuários (88% da população); 3.277 unidades pertencentes às esferas federal (8), estadual (88) e municipal (3.181); 19 mil leitos, sendo 4.789 mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde; a produção anual do SUS no Estado: 40 milhões de procedimentos ambulatoriais, 600 mil internações e 150 mil partos.

A Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) é o órgão gestor do Sistema Único de Saúde no Estado, fundada em 1949, por mais de 40 anos funcionou na Boa Vista, no Centro da Capital (PERNAMBUCO, 2017b). De acordo com Decreto do Governador Nº 36.622 de 08/06/2011 a Secretaria de Saúde, órgão integrante da Administração Direta do Poder Executivo, tem por finalidade planejar, desenvolver e executar a política sanitária do Estado; orientar e controlar as ações que visem ao atendimento integral e equânime das necessidades de saúde da população; exercer as atividades de fiscalização e poder de polícia de vigilância sanitária; e coordenar e acompanhar o processo de municipalização do Sistema Único de Saúde (PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde, 2011).

A Secretaria administra diretamente 57 centros de atendimento médico, entre hospitais, 15 UPA e 9 UP AE, sendo esses coordenados pela Secretaria-Executiva de Atenção à Saúde (SEAS), além de 29 unidades da Farmácia de Pernambuco. A rede ainda conta com o Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco Governador Miguel Arraes (Lafepe), Laboratório Central de Pernambuco (Lacen), Fundação Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (Hemope), Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (Apevisa), Central de Transplantes, Programa Nacional de Imunização e Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

4.2 ENVOLVIDOS

Gestores da Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – SEGTES, Apoiadores Institucionais Especialistas em Saúde Coletiva e Diretoria Geral de Modernização Monitoramento da Assistência à Saúde – DGMMAS, para buscar promover um modelo unificado dos processos de gestão de trabalho a ser adotado em todas as UPA do Estado.

Em um segundo momento após a criação do modelo, serão realizadas reuniões com gestores das OSS que gerenciam UPA no Estado para deliberações e resoluções sobre o modelo proposto pela SES/PE. O encontro será realizado na sala de reunião SEGTES; serão utilizados Datashow, computador, ata de registro de frequência, pauta da reunião, blocos de papel, canetas esferográficas, copos descartáveis, cafeteira, água mineral, lixeira. Participarão a Pesquisadora, Apoiadores Institucionais da SEGTES/SES-PE e o planejamento, bem como a condução dos trabalhos ficarão a cargo da pesquisadora e da Diretora de Gestão do Trabalho do Estado por terem expertise no assunto a ser abordado. Após as deliberações, os encaminhamentos serão enviados ao Secretário de Saúde para ciência e providências cabíveis.

5 RESULTADOS

Espera-se como resultado da intervenção implantar um modelo de gestão do trabalho para as UPA geridas por OSS, passando a ser adotado em todas a mesma estrutura organizacional no que tange a: planejamento, seleção, contratação, carreira, negociação, tipos de vínculo, jornada de trabalho, rotatividade do profissional, faixa etária, investimentos na estrutura, direitos e deveres dos trabalhadores, avaliação do desempenho, remuneração, incentivo à qualificação e recursos financeiros investidos anualmente.

6 AVALIAÇÃO

Após 6 meses de adoção do novo modelo de gestão deverá haver avaliação dos resultados da implantação, por meio de uma oficina de avaliação dos resultados, será programado um encontro entre gestores e profissionais participantes do processo para proceder à avaliação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. PORTARIA Nº- 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União – Seção1, nº 130, 8 de julho de 2011.

FERREIRA, A.R. Modelo de excelência em gestão. Revista Eixo, Brasília, n. 1, v. 1, jan-jun 2012.

GUIRALDELLI, R. Trabalho, trabalhadores e questão social na sociabilidade capitalista. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2014, vol. 17, n. 1, p.101-115.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Trabalhando juntos pela saúde.** Relatório Mundial de Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Institucional. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/>>. Acesso em: 20 set. 2017b.

TEIXEIRA, M; MARTINS, M. I. C; SILVA, V. Novos Desenhos Institucionais e Relações de Trabalho no Setor Público de Saúde no Brasil: as Organizações Sociais e as Fundações Estatais de Direito Privado. In: MARTINS, MIC; MARQUES, AP; COSTA, NR; MATOS, A. (Org.). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas.** 1ªed.Rio de Janeiro/Braga: Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UM) / Escola Nacional de Saúde, 2014, v. 1, p. 89-99. Disponível em: < file:///C:/Users/ideg/Downloads/1900-6749-1-PB.pdf.> Acesso em: 27 ago. 2017