



| | | |
|-----------------------|---|-----------|
| | Nutrição Parenteral | OSC |
| Serviços Essenciais | Energia Elétrica | Município |
| | Água e Esgoto | Município |
| | Telefonia | OSC |
| | Internet | OCS |
| Serviços de Terceiros | Serviço de Nutrição | OSC |
| | Material de Lavanderia | OSC |
| | Manutenção de Equipamentos Médicos Hospitalares | Município |
| | Locação de Equipamentos | OCS |
| | Dedetização e Ratização | Município |
| | Solução Tecnológica | OSC |
| | Central de Gases Medicinais | OSC |
| | Manutenção de Gerador | Município |
| | Fardamentos e Enxoval | OSC |
| | Serviços de Exames Diagnósticos | Município |
| | Manutenção de Condicionadores de Ar | OCS |
| | Educação Permanente | OSC |
| | Outros Serviços | OSC |
| Coleta de Resíduos | Município | |
| Recursos Humanos | Folha de Pagamento com Todos os Encargos | OCS |
| | Piso da Enfermagem | OCS |
| | Folha de Pagamento dos Médicos | OCS |

12.8.1. A gestão compartilhada de um serviço de saúde é um modelo de administração que visa integrar diferentes entidades e atores para garantir a eficiência, qualidade e sustentabilidade dos serviços prestados. Esse modelo permite a divisão de responsabilidades entre diversas partes interessadas, como governo municipal, organizações privadas, e instituições de apoio especializado. A colaboração e a coordenação são elementos chave para o sucesso dessa abordagem, que busca otimizar recursos, melhorar o atendimento e promover uma gestão transparente e eficiente.

12.8.2. Na gestão compartilhada, cada entidade envolvida tem um papel específico e bem definido, sendo responsável por determinadas rubricas e atividades. Esse compartilhamento não apenas distribui a carga de trabalho,





mas também traz diferentes expertises e perspectivas para a gestão do serviço de saúde, enriquecendo a tomada de decisões e a implementação de políticas.

13. INDICADORES DE QUALIDADE (IQ)

- 13.1.** O Hospital deverá informar mensalmente os Indicadores de Qualidade (IQ), que medem aspectos relacionados à eficiência dos processos de trabalho e à satisfação dos usuários, fornecendo subsídios para a implementação de ações para melhoria contínua do atendimento.
- 13.2.** Os IQ deverão ser enviados em relatórios oficiais através de processo eletrônico, ou outro sistema informado pela Concedente, até o 15º (décimo quinto) dia do mês subsequente à Comissão de Acompanhamento da Execução das Metas Contratuais. A aferição financeira dos Indicadores de Qualidade ocorrerá semestralmente, dentro do ano do exercício financeiro.
- 13.3.** Os IQ poderão ser reavaliados, ou seja, alterados ou introduzidos novos Indicadores de Qualidade, considerando o desenvolvimento da gestão, a complexidade do Hospital e a inserção de novas tecnologias em saúde. Serão considerados os Indicadores de Qualidade abaixo:

- IQ.1 - Atendimento de Urgência e Emergência;
- IQ.2 - Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- IQ.3 - Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU);
- IQ.4 - Controle de Infecção Hospitalar;
- IQ.5 - Mortalidade Operatória e Hospitalar.

13.4. IQ.1 - Atendimento de Urgência e Emergência

- 13.4.1.** Trata-se de indicador de aferição financeira que mede o percentual de atendimentos em que o acolhimento com classificação de risco foi realizado por enfermeiro em até 15 minutos após a abertura da ficha na recepção, nas portas de entrada (adulto, pediátrico e maternidade).
- 13.4.2.** Em situações de alta demanda, quando ultrapassado o limite de 15 minutos de espera para acolhimento, deverá ser registrada a justificativa e a eventual abertura de nova classificação, conforme recomenda o Protocolo de



Acolhimento com Classificação de Risco (PACR).

13.4.3. Também será medido como indicador de acompanhamento o percentual de atendimentos médicos iniciados dentro do tempo recomendado para cada categoria de risco, conforme o Protocolo.

- Vermelho (Prioridade Máxima): atendimento imediato (0 minutos)
- Laranja (Alta): até 15 minutos
- Amarelo (Média): até 60 minutos
- Verde (Baixa): até 120 minutos
- Azul (Mínima): até 240 minutos

13.5. IQ 2 - Apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

13.5.1. A apresentação de Autorização de Internação Hospitalar tem por finalidade avaliar a qualidade da gestão hospitalar por meio da proporcionalidade de AIH em relação à atividade hospitalar, ou seja, o nº de internações hospitalares no mês.

13.5.2. A Unidade deverá atender os prazos para a entrega da produção hospitalar conforme o cronograma estabelecido pela Coordenação de Controle, Avaliação e Auditoria para processamento na Secretaria Municipal da Saúde.

13.5.3. A meta é atingir no mínimo 100% (cem por cento) de todas as AIH's autorizadas pelo gestor e apresentadas em relatório, devendo estar de acordo com as internações hospitalares em cada mês de competência.

13.5.4. Este indicador de aferição financeira compara o volume de internações hospitalares mensais em relação ao volume de produção das contas hospitalares encaminhadas para processamento dentro dos prazos previstos. Espera-se que o número de AIH's apresentadas seja igual ou maior que o volume total de internações.

13.6. IQ 3 - Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU)

13.6.1. A Pesquisa de Satisfação do Usuário (PSU) tem por finalidade avaliar o nível de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes sobre o atendimento do





Hospital, através da aplicação de um questionário padrão da unidade, que avalia no mínimo a percepção do usuário sobre a estrutura, limpeza, nutrição e o atendimento dos profissionais.

13.6.2. Trata-se de indicador de acompanhamento que será avaliado por meio do percentual de pacientes/acompanhantes entrevistados, bem como, por meio do nível geral de satisfação dos usuários.

13.7. IQ 4 - Controle de Infecção Hospitalar

13.7.1. "A Infecção Hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares" (Portaria GM/MS nº 2.616/1998).

13.7.2. Trata-se de indicador de aferição financeira, que tem por finalidade avaliar a qualidade da assistência na prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

13.8. IQ 5 - Indicadores de Mortalidade (Mortalidade Operatória e Hospitalar)

13.8.1. Os Indicadores de Mortalidade são de aferição financeira e serão avaliados por meio da Taxa de Mortalidade Operatória (TMO), conforme a Classificação ASA, e da Taxa de Mortalidade Institucional (TM), ambos considerados indicadores com aferição financeira.

13.8.2. A Taxa de Mortalidade Operatória é a relação percentual entre o número de óbitos intra-hospitalares que ocorreram durante ou até 7 dias após o procedimento cirúrgico, em um mês, e o número de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos no mesmo período.

13.8.3. A Classificação do Estado Físico da ASA, segue os critérios adotados pela classificação da American Society of Anesthesiology do Average Score of Anesthesiology (ASA) para Taxa de Mortalidade Operatória, estratificada por Classes de 1 a 5.



13.8.4. A Taxa de Mortalidade Institucional (TMI) é medida através da relação percentual entre o número de óbitos ocorridos após 24 horas da admissão e o número de saídas hospitalares no mesmo período.

13.9. INDICADORES DE DESEMPENHO E METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

Quadro 1- Indicadores de desempenho do HTOA

| INDICADORES DE DESEMPENHO | | |
|---|-------------------|--|
| INDICADOR | UNIDADE DE MEDIDA | MÉTRICA DE AVALIAÇÃO |
| Proporção de reinternação em até 30 dias | % | Nº de reinternação em um período menor ou igual que trinta dias/Total de pacientes internados no mesmo período |
| Taxa de Mortalidade Institucional | % | Óbitos na instituição após as primeiras 24 horas de internação sobre o total de saídas de um determinado período |
| Taxa de ocupação operacional | % | Nº total de pacientes internados *100 / pelo nº de leitos operacionais |
| Taxa de permanência por especialidade | % | Nº total de pacientes-dia na especialidade/ pelo total de saídas por especialidade |
| Taxa de infecção do sítio cirúrgico | % | Total de infecção de sítio cirúrgico *100/total de cirurgias realizadas |
| Porcentagem de atendimentos por especialidade | % | Nº de pacientes atendidos na especialidade *100 /nº total de pacientes atendidos |



| | | |
|--|---|--|
| Taxa de pacientes com tempo de internação acima de 30 dias | % | Nº de pacientes com mais de 30 dias de internação*100 / Nº total de saídas |
|--|---|--|

Quadro 2 - Metas qualitativas da Atenção Hospitalar do HTOA

| HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA | | |
|--|---|----------------------|
| DIRETRIZES | EVIDÊNCIAS | PERIODICIDADE |
| Segurança e Qualidade Assistencial | | |
| Subsidiar ações relacionadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de acordo com a Portaria nº 529/2013 e RDC nº 36/2013. | Relatório de ações. | Bimestral |
| Garantir o atendimento na emergência com Acolhimento com Classificação de Risco. | Relatório de produção por tipo de atendimento. | Mensal |
| Implementar e revisar periodicamente os fluxos assistenciais prioritários. | Relatório trimestral dos fluxos revisados. | Trimestral |
| Garantir adesão institucional ao protocolo de cirurgia segura. | Comprovação das Fichas de cirurgia seguras implementadas. | Mensal |
| Assegurar reuniões mensais do colegiado de gestão com registro em ata e plano de ação compartilhado. | Ata e frequência das reuniões. | Mensal |
| Implementar e revisar periodicamente os protocolos assistenciais. | Relatório trimestral dos protocolos revisados. | Trimestral |





| | | |
|---|--|---------------|
| Promover a vigilância, a notificação e a investigação dos incidentes/eventos adversos relacionados à assistência ocorridos no serviços. | Relatório trimestral da execução das ações de melhorias propostas. | Trimestral |
| Controle De Infecção E Biossegurança | | |
| Promover a implementação e fortalecimento dos programas de prevenção e controle de IRAS (PCIRAS) com a gestão e assistência, com plano anual de ações | Relatório das ações | Bimestral |
| Monitorar periodicamente a qualidade da água nos setores assistenciais, conforme plano do PCIRAS | Relatório | Quadrimestral |
| Realizar treinamentos periódicos sobre precauções padrão e específicas com foco em biossegurança | Relatório trimestral | Trimestral |
| Realizar auditorias de limpeza concorrente e terminal nos setores críticos com registros documentados | Relatório das auditorias | Trimestral |
| Garantir que todos os saneantes utilizados estejam regularizados na Anvisa e em conformidade com diluição padrão | Relatório das auditorias | Mensal |
| | Implantação de 03 protocolos (Protocolo de prevenção de | Longitudinal |





| | | |
|---|---|------------|
| Promover a melhoria das práticas de prevenção e controle de IRAS | Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC); Protocolo de prevenção de Infecção de Trato Urinário (ITU); Protocolo de Higiene de Mãos (HM). | |
| Acompanhar o programa de vacinação voltado para profissionais de saúde com imunobiológicos garantidos pelo MS | Relatório semestral | Semestral |
| Implementar plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes | Plano e relatório das ações | Anual |
| Humanização, Educação Permanente e Gestão de Pessoas | | |
| Assegurar a realização de ações mensais de educação permanente voltadas para a segurança do paciente | Relatório e frequência | Mensal |
| Garantir a aplicação de protocolos de comunicação efetiva entre profissionais da equipe assistencial | Protocolo e relatório de ações | Trimestral |
| Implementar plano anual de capacitação com base nas fragilidades assistenciais observadas | Plano e relatório das ações | Anual |
| Promover ações de valorização e reconhecimento profissional nas datas comemorativas do setor saúde | Relatório das ações | Mensal |





| | | |
|--|--|------------|
| Garantir que as comissões hospitalares mantenham calendário de reuniões com registros formalizados | Ata e frequência das reuniões | Mensal |
| Garantir fardamento, identificação e EPI adequados para todos os profissionais no período de trabalho | Relatório semestral | Semestral |
| Gestão Estratégica, Planejamento e Compliance | | |
| Manter atualizado e executado o Planejamento Estratégico Institucional com metas assistenciais e operacionais claras | Apresentar PE e acompanhamento dos objetivos | Semestral |
| Realizar o acompanhamento mensal dos indicadores estratégicos e assistenciais com análise crítica | Relatório mensal | Mensal |
| Fortalecer o corpo técnico da gestão por meio de reuniões periódicas com os líderes de setores | Relatório trimestral | Trimestral |
| Assegurar a análise e revisão de 10% dos prontuários através da Comissão de Análise e Revisão de Prontuários | Relatório mensal | Mensal |
| Elaborar relatórios gerenciais trimestrais com análise de desempenho institucional | Relatório trimestral | Trimestral |



| | | |
|--|------------------------------------|--------|
| Implementar painel de gestão com metas e resultados institucionais atualizados | Síntese mensal dos dados do painel | Mensal |
|--|------------------------------------|--------|

14. PROPOSTA DE MODELO E ORGANIZAÇÃO GERENCIAL

14.1. MODELO GERENCIAL

14.1.1. O modelo gerencial proposto para o Hospital Regional de Traumatologia e Ortopedia de Acaraú (HTOA) fundamenta-se na gestão por resultados, na organização por processos, na integração entre assistência e administração e na adoção de práticas de governança clínica e institucional voltadas à segurança, eficiência e sustentabilidade.

14.1.2. Trata-se de modelo orientado para desempenho, no qual a gestão hospitalar não se limita ao cumprimento de rotinas administrativas, mas se estrutura como instrumento permanente de planejamento, coordenação, monitoramento, avaliação e correção de desvios, com foco na entrega de resultados concretos à população usuária do Sistema Único de Saúde. O hospital deverá operar com base em fluxos assistenciais definidos, responsabilidades claramente atribuídas, indicadores de desempenho monitorados e mecanismos regulares de avaliação da qualidade.

14.1.3. No âmbito assistencial, o HTOA possui perfil de hospital de média complexidade com atuação regional estratégica, estruturado em quatro eixos principais: traumatologia, ortopedia, cirurgia geral e terapia intensiva adulto. Essa conformação assistencial amplia a resolutividade da unidade e a posiciona como equipamento essencial da Rede de Atenção à Saúde, tanto no atendimento cirúrgico eletivo quanto nas demandas de urgência compatíveis com sua capacidade instalada.

14.1.4. A presença de 10 leitos de UTI adulto confere ao hospital retaguarda intensiva indispensável à realização segura de procedimentos cirúrgicos de maior exigência clínica dentro do escopo da média complexidade, além de permitir suporte a pacientes críticos em pós-operatório, trauma e condições clínicas agudas relacionadas ao perfil da unidade. Esse componente fortalece





a autonomia assistencial do hospital, reduz a necessidade de transferências evitáveis e qualifica o cuidado ofertado.

14.2. O modelo de gestão proposto para o HTOA observará os seguintes princípios estruturantes:

- I. centralidade no paciente e na segurança assistencial;
- II. integração entre planejamento, execução e avaliação;
- III. articulação entre regulação, assistência, diagnóstico e retaguarda intensiva;
- IV. racionalização do uso de recursos públicos;
- V. transparência na gestão e prestação de contas;
- VI. valorização das equipes multiprofissionais;
- VII. melhoria contínua dos processos e dos resultados clínicos e operacionais.

14.2.1. A organização gerencial deverá contemplar coordenação direta da unidade, apoio técnico institucional, governança multiprofissional, reuniões periódicas de monitoramento, análise crítica de indicadores e implantação de rotinas formais de auditoria interna. A gestão deverá manter equilíbrio entre produção, qualidade, capacidade operacional e sustentabilidade econômico-financeira, evitando tanto a ociosidade quanto a sobrecarga desorganizada dos serviços.

15. ESCOPO ASSISTENCIAL E CIRÚRGICO DO HTOA

15.1. O escopo assistencial do HTOA deverá ser descrito de forma objetiva e tecnicamente delimitada, de modo a orientar a regulação do acesso, a organização da produção e a definição do perfil assistencial da unidade.

15.2. O hospital atuará prioritariamente nos seguintes componentes:

a) Traumatologia e Ortopedia

15.2.1. Atendimento ambulatorial, internação, tratamento cirúrgico eletivo e de urgência, seguimento pós-operatório, procedimentos de redução, imobilização, osteossíntese, revisões cirúrgicas, retirada de material de síntese, correções ortopédicas e manejo de complicações traumato-ortopédicas compatíveis com a média complexidade.





- 15.2.2.** A produção já realizada pela unidade demonstra experiência concreta em procedimentos como tratamento cirúrgico de fraturas de rádio/ulna, tornozelo, clavícula, tibia, planalto tibial, fraturas do úmero, metacarpos, metatarsos, pseudartroses, lesões ligamentares e procedimentos de retirada de placas, parafusos, fios e pinos, entre outros. [OBJ]
- b) Cirurgia Geral de pequena e média complexidade
- 15.2.3.** Atendimento ambulatorial, internação, realização de procedimentos eletivos e de urgência compatíveis com a estrutura da unidade, contemplando, entre outros, colecistectomia aberta e videolaparoscópica, hernioplastias inguinais, umbilicais, epigástricas e incisionais, apendicectomia, laparotomia exploradora, debridamentos, drenagens, excisões de lesões cutâneas e procedimentos correlatos.
- c) Terapia Intensiva Adulto
- 15.2.4.** Suporte a pacientes críticos adultos no contexto pós-operatório, traumático e clínico compatível com a missão assistencial do hospital, garantindo retaguarda intensiva à produção cirúrgica e ao manejo de intercorrências de maior gravidade.
- d) Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- 15.2.5.** O HTOA dispõe de serviço de imagem com tomógrafo, ultrassom, raio-x, aparelho de endoscopia instalado na unidade, realizando exames eletivos para o município de Acaraú e tomografias de urgência para a ADS Acaraú. Esse componente amplia significativamente a resolutividade do hospital, qualifica a tomada de decisão clínica e cirúrgica, reduz deslocamentos desnecessários, acelera a definição diagnóstica e fortalece o papel regional da unidade.
- 15.2.6.** No campo operacional, a tomografia constitui recurso estratégico para o atendimento ao trauma, avaliação de abdome agudo, complicações pós-operatórias, investigação neurológica inicial e outros cenários compatíveis com o perfil assistencial do hospital, funcionando como instrumento crítico de apoio à regulação, à urgência e à segurança diagnóstica.





16. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO PERFIL ASSISTENCIAL

16.1. A adequada delimitação do perfil assistencial é medida essencial para evitar distorções na regulação, sobrecarga indevida da unidade e comprometimento da segurança do paciente.

16.1.1. Serão considerados compatíveis com o perfil do HTOA:

- casos de traumatologia e ortopedia de pequena e média complexidade;
- casos de cirurgia geral de pequena e média complexidade;
- pacientes com necessidade de internação cirúrgica compatível com a capacidade instalada;
- pacientes que demandem suporte intensivo dentro da capacidade técnica da UTI adulto da unidade;
- demandas diagnósticas por tomografia inseridas no escopo pactuado do hospital.

Não se incluem no escopo da unidade:

- procedimentos de alta complexidade dependentes de recursos não disponíveis;
- cirurgias que exijam subespecialidades não implantadas;
- casos com necessidade previsível de suporte intensivo altamente especializado além da capacidade da UTI local;
- condições cujo manejo exija retaguarda terciária imediata;
- demandas clínicas não alinhadas ao perfil contratual do hospital, salvo situações de estabilização inicial ou apoio assistencial excepcionalmente regulado.

16.2. Essa delimitação não representa restrição indevida de acesso, mas sim organização racional da rede, garantindo que cada caso seja direcionado ao ponto de atenção mais adequado, com maior segurança e melhor uso dos recursos públicos.





17. CERTIFICAÇÕES DE QUALIDADE E MATUREZA INSTITUCIONAL

- 17.1.** A gestão do HTOA será orientada por uma cultura institucional de qualidade, segurança e melhoria contínua, buscando alinhamento progressivo com referenciais reconhecidos, como ONA, ISO 9001 e boas práticas inspiradas em modelos de acreditação hospitalar.
- 17.2.** Mais do que a obtenção formal de selos, o objetivo institucional será consolidar práticas consistentes de padronização de processos, gestão documental, rastreabilidade, auditoria, monitoramento de indicadores, gestão de riscos e segurança do paciente.
- 17.3.** No contexto do HTOA, qualidade deverá ser compreendida como atributo mensurável da assistência e da gestão, expresso em:
- redução de falhas assistenciais;
 - maior previsibilidade dos processos;
 - segurança cirúrgica;
 - uso racional de leitos;
 - integração entre centro cirúrgico, internação, UTI e imagem;
 - melhor experiência do usuário.

18. GESTÃO POR PROCESSOS

- 18.1.** A gestão por processos será adotada como eixo metodológico da administração hospitalar, substituindo práticas fragmentadas por fluxos organizados, responsabilidades definidas e monitoramento contínuo.
- 18.2.** Os principais macroprocessos do HTOA deverão ser mapeados, padronizados e periodicamente revisados, incluindo:
- acesso e regulação;
 - admissão hospitalar;
 - atendimento ambulatorial;
 - diagnóstico por imagem;
 - fluxo cirúrgico;
 - internação;
 - terapia intensiva;



- farmácia;
- almoxarifado;
- CME;
- higienização;
- alta hospitalar e contrarreferência;
- faturamento e informação em saúde.

18.3. A gestão por processos permitirá identificar gargalos, eliminar retrabalho, reduzir desperdícios, melhorar integração entre setores e aumentar previsibilidade operacional. Em hospital com produção cirúrgica relevante, UTI e serviço de tomografia, esse modelo é essencial para evitar descompasso entre demanda, capacidade e tempo de resposta.

19. PROCESSO DE REGULAÇÃO E ACESSO

19.1. A regulação assistencial deverá funcionar como mecanismo estruturante do acesso, garantindo priorização clínica, racionalidade no uso da capacidade instalada e alinhamento da produção ao perfil da unidade.

19.2. O HTOA deverá operar de forma articulada com os sistemas de regulação municipal e regional, respeitando os fluxos pactuados para consultas, exames, internações, cirurgias eletivas, cirurgias de urgência e acesso à UTI.

19.3. O processo regulatório deverá observar:

- critérios clínicos objetivos;
- compatibilidade com o perfil da unidade;
- priorização por gravidade, risco e tempo de espera;
- rastreabilidade das decisões;
- retorno qualificado à origem por meio de referência e

contrarreferência.

19.4. A presença do tomógrafo na unidade fortalece o processo regulatório, pois reduz incerteza diagnóstica e qualifica decisões de internação, indicação cirúrgica e necessidade de transferência. A presença da UTI, por sua vez, permite maior retenção de casos compatíveis com a missão do hospital, ampliando a resolutividade local.





20. GESTÃO DA COMUNICAÇÃO

20.1. A gestão da comunicação deverá ser tratada como ferramenta institucional e assistencial, com função de integrar setores, reduzir ruídos operacionais, assegurar clareza nas rotinas e fortalecer a relação entre hospital, gestão municipal, regulação, trabalhadores e usuários.

20.2. No ambiente interno, deverão existir fluxos formais de comunicação para:

- acionamento de equipes;
- fluxo cirúrgico;
- solicitações à UTI;
- intercorrências assistenciais;
- comunicação crítica entre centro cirúrgico, internação, UTI e

diagnóstico por imagem;

- divulgação de protocolos e rotinas institucionais.

No ambiente externo, a comunicação deverá garantir:

- interface qualificada com a Secretaria de Saúde;
- retorno aos órgãos reguladores;
- canal de escuta ao usuário;
- tratamento formal de reclamações, manifestações e sugestões.

20.3. Comunicação hospitalar deficiente aumenta risco clínico, atrasa condutas, compromete giro de leitos e fragiliza a governança. Em unidade com perfil cirúrgico e terapia intensiva, essa dimensão não pode ser tratada como acessória.

21. GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DOS SISTEMAS

21.1. A gestão da informação deverá servir como base para decisão clínica, administrativa e estratégica. O hospital deverá operar com sistemas capazes de garantir registro íntegro, confiável e rastreável da produção assistencial, do uso de recursos, dos desfechos clínicos e do cumprimento das metas contratuais.

21.2. Devem ser priorizados:

- prontuário eletrônico;





- integração entre setores;
- registro adequado da produção ambulatorial, hospitalar e cirúrgica;
- rastreamento de exames de imagem, especialmente tomografia;
- controle de leitos e permanência;
- monitoramento da ocupação da UTI;
- faturamento qualificado;
- painel de indicadores assistenciais e operacionais.

21.3. O tomógrafo da unidade deve estar inserido nessa lógica de informação, com controle da demanda eletiva do município de Acaraú e da demanda de urgência da ADS Acaraú, permitindo rastreabilidade da produção, tempo de resposta, taxa de utilização do equipamento, prioridade regulatória e impacto assistencial.

21.4. Em unidade hospitalar, informação inconsistente compromete desde o cuidado à prestação de contas. Por isso, a gestão da informação deverá ser tratada como componente estruturante da governança institucional.

22. GESTÃO E LOGÍSTICA DE MATERIAIS, OPME E SUPRIMENTOS

22.1. A gestão de materiais e suprimentos deverá garantir abastecimento contínuo, previsível e seguro de medicamentos, materiais médico-hospitalares, insumos cirúrgicos, itens de CME, órteses, próteses, materiais especiais e demais recursos indispensáveis à assistência.

22.2. No caso do HTOA, essa dimensão assume especial relevância em razão de:

- perfil cirúrgico ortopédico e geral;
- necessidade de materiais específicos de trauma;
- consumo variável conforme agenda cirúrgica e urgências;
- dependência de insumos críticos para UTI;
- necessidade de sincronização entre centro cirúrgico, internação,

farmácia e almoxarifado.

22.3. A gestão logística deverá operar com programação de consumo, padronização de itens, curva ABC, estoque mínimo e máximo, rastreabilidade e



monitoramento de perdas. O objetivo não é apenas evitar desabastecimento, mas também impedir compras desordenadas, vencimentos, desperdícios e paralisação de agenda cirúrgica.

23. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

- 23.1.** O gerenciamento de resíduos deverá seguir rigorosamente as normas sanitárias e ambientais aplicáveis, com destaque para resíduos infectantes, perfurocortantes, químicos, comuns e recicláveis.
- 23.2.** No HTOA, o volume e a criticidade dos resíduos são ampliados pela produção cirúrgica, pela existência de UTI e pelo setor de diagnóstico por imagem. O plano deverá contemplar segregação correta na origem, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário, coleta externa, tratamento e destinação final, com capacitação das equipes e monitoramento da conformidade.
- 23.3.** A qualidade do gerenciamento de resíduos é indicador indireto de organização institucional, biossegurança e maturidade da gestão.

24. PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

- 24.1.** O Programa de Gerenciamento de Riscos deverá ser transversal a toda a unidade e baseado em identificação, análise, classificação, resposta e monitoramento dos riscos assistenciais, operacionais, sanitários, ocupacionais e institucionais.
- 24.2.** No HTOA, deverão receber prioridade:
- riscos cirúrgicos;
 - riscos relacionados à terapia intensiva;
 - falhas na transição centro cirúrgico-UTI-enfermaria;
 - riscos de infecção;
 - eventos adversos relacionados a medicamentos;
 - falhas diagnósticas e de comunicação;
 - indisponibilidade de insumos críticos;
 - atrasos regulatórios com impacto clínico.



24.3. A política de risco deverá estar integrada ao Núcleo de Segurança do Paciente, à CCIH, às coordenações assistenciais e à gestão institucional, com cultura de notificação sem viés punitivo, análise de causa raiz e implementação de ações corretivas e preventivas.

25. INDICADORES DE DESEMPENHO E METAS GERENCIAIS

25.1. Os indicadores do HTOA deverão refletir não apenas volume de produção, mas qualidade, eficiência, segurança e capacidade de resposta. Em unidade hospitalar de perfil misto, a avaliação de desempenho precisa contemplar a totalidade da operação.

25.2. Devem compor o painel mínimo institucional:

- taxa de ocupação hospitalar;
- taxa de ocupação da UTI;
- tempo médio de permanência;
- taxa de reinternação;
- taxa de mortalidade institucional;
- taxa de infecção do sítio cirúrgico;
- cancelamento de cirurgias;
- tempo de resposta para tomografia de urgência;
- tempo de espera para tomografias eletivas;
- giro de leitos;
- tempo entre indicação e realização cirúrgica;
- satisfação do usuário;
- adesão a protocolos de cirurgia segura;
- conformidade de prontuário;
- consumo e ruptura de insumos críticos.

25.3. As metas deverão ser progressivas, factíveis e coerentes com a capacidade instalada. Metas desconectadas da realidade tendem a induzir distorção operacional; metas excessivamente tímidas, por outro lado, não produzem melhoria institucional.



26. VIGILÂNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE

- 26.1.** A Vigilância do Sistema de Saúde é um campo da área da saúde que tem a finalidade de acompanhar, monitorar, avaliar e qualificar os serviços de auditoria, regulação do acesso, aspectos em economia da saúde e faturamento hospitalar, estabelecimentos de saúde do perfil ambulatorial e hospitalar.
- 26.2.** A instituição proponente deste Plano de Trabalho garantirá a execução de metas que possibilitem a consolidação da Vigilância do Sistema de Saúde no município de Acaraú, potencializando os aspectos de controle e avaliação do Sistema Local de Saúde.
- 26.3.** No Quadro abaixo apresenta as metas e ações referentes a prestação desses serviços de vigilância.

Quadro 3- Metas qualitativas da Vigilância dos Sistemas, 2026.

| VIGILÂNCIA DOS SISTEMAS | | |
|--|---|---------------|
| DIRETRIZES | EVIDÊNCIAS | PERIODICIDADE |
| Qualificar os processos de produção, registro, conferência e envio do faturamento ambulatorial, garantindo maior eficiência, transparência e conformidade com as normativas vigentes do SUS, além de otimizar o aproveitamento dos recursos financeiros disponíveis. | - Planilha de controle de glosas. - Relatório da realização de macro ações de auditoria de desempenho e qualidade no processo de faturamento. - Relatório de acompanhamento de registros de procedimentos no BPA-I E BPA-C. | Mensal |
| Desenvolver, anualmente, as ações para o fortalecimento do processo de auditoria de qualidade | - Monitoramento da adesão aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. | Mensal. |



| | | |
|---|---------------------------------|--|
| no serviço de saúde (Eficácia, Efetividade e Eficiência em Auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS). | - Monitoramento de indicadores. | |
|---|---------------------------------|--|

27. INTEGRAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE À GESTÃO HOSPITALAR COM FOCO EM SEGURANÇA ASSISTENCIAL E CONFORMIDADE SANITÁRIA.

27.1. A Vigilância em Saúde no ambiente hospitalar tem como finalidade identificar, monitorar e analisar agravos, riscos e eventos relacionados à assistência, subsidiando a tomada de decisão e a implementação de medidas de prevenção e controle. Nesse contexto, o apoio técnico aos serviços de saúde busca fortalecer os processos de vigilância, notificação e investigação de incidentes e eventos adversos, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade da assistência, para a segurança do paciente e para a redução de riscos sanitários. As ações desenvolvidas incluem o acompanhamento dos fluxos de notificação, análise de eventos, apoio na elaboração de planos de ação e monitoramento de indicadores, promovendo uma cultura de segurança e aprendizagem organizacional nos serviços de saúde.

Quadro 4- Metas qualitativas da Vigilância em Saúde. Acaraú, 2026.

| VIGILÂNCIA EM SAÚDE | | |
|--|--|---------------|
| DIRETRIZ | EVIDÊNCIAS | PERIODICIDADE |
| Subsidiar a implementação/fortalecimento dos programas de prevenção e controle de IRAS (PCIRAS) com a gestão e assistência | a- Portaria de designação; - Atas das reuniões; - Plano anual; - Relatórios SCIH. | Trimestral. |
| Monitorar a taxa de incidência de Infecções | -Relatórios SCIH | Mensal |



| | | |
|---|--|--------------------|
| Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) por topografia específica (ITU-AC, IPCS-CVC e ISC) | | |
| Promover a melhoria das práticas de prevenção e controle de IRAS | Frequência de treinamentos realizados; - Protocolos. | 6 ^o mês |
| Subsidiar a implantação dos Bundles obrigatórios do contexto IRAS (PPCIRAS/SCIH) | Frequência de treinamentos realizados - Protocolos. | 6 ^o mês |
| Monitorar a Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública nos serviços de saúde | Relatórios do SINAN (conforme agravo); Relatórios NHE | Bimestral |
| SEGURANÇA DO PACIENTE E DA QUALIDADE ASSISTENCIAL EM SERVIÇOS DE SAÚDE | | |
| Subsidiar ações relacionadas ao Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) de acordo com a Portaria nº 529/2013 e RDC nº 36/2013 | -Portaria de designação; -Atas das reuniões; -Plano anual; -Relatórios NSP. | Trimestral |
| Promover a vigilância, a notificação e a investigação dos incidentes e eventos adversos | -Sistema de notificação; -Relatórios de investigação. | Mensal |



| | | |
|---|--|--------------|
| relacionados à assistência ocorridos nos serviços de saúde | | |
| Promover a adesão às práticas e à cultura de segurança do paciente em serviços de saúde | - Protocolo; - Frequência; - Registro fotográfico. | Longitudinal |
| Monitorar indicadores assistenciais prioritários para NSP | - Sistema de informação; - Relatórios de visita técnica. | Mensal |
| SEGURANÇA DO TRABALHADOR DA SAÚDE | | |
| Acompanhar o programa de vacinação voltado para profissionais de saúde com imunobiológicos garantidos pelo MS | - Registros da saúde ocupacional; - Relatórios; - Listas de profissionais - Plano de ação instituído. | Trimestral |
| Implementar plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes | - Plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes; - Treinamento realizado; - Frequência; - Registro fotográfico | Trimestral |

28. GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

28.1. A instituição proponente deste Plano de Trabalho garantirá a execução de metas que possibilitem a melhoria da gestão da assistência farmacêutica no município de Acaraú, potencializando os aspectos de padronização, dispensação e armazenagem dos insumos. O Quadro 06 apresenta a meta da assistência farmacêutica.

Quadro 05 - Indicadores para a Assistência Farmacêutica. Acaraú, 2026.



| ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | | |
|--|--|---------------|
| DIRETRIZ | EVIDÊNCIAS | PERIODICIDADE |
| Assegurar processos padronizados de seleção, armazenagem, dispensação ampliando a segurança do paciente. | - Relatório de monitoramento das taxas de percas; - Relatório de reorganização de estoque e realização de inventários; - Protocolos de boas práticas de dispensação, dupla checagem. | Mensal. |





Quadro 06- Metas qualitativas Assistência Nutricional hospitalar, Acaraú, 2026.

| ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL HOSPITALAR | | |
|---|--|----------------------|
| DIRETRIZES | EVIDÊNCIAS | PERIODICIDADE |
| Promoção da segurança alimentar, conformidade sanitária e qualificação da gestão do Serviço de Nutrição e Dietética (SND). | <ul style="list-style-type: none">-Relatório de diagnóstico sanitário da Unidade de Alimentação e Nutrição;-Articulação entre gestão e equipe técnica para construção do plano de ação;-Construção Manual de Boas Práticas de fabricação de Alimentos da UAN;-Construção POPs da UAN;-Diagnóstico do consumo de gêneros alimentícios;-Relatórios de produção de refeições distribuídas pela UAN;-Treinamento dos manipuladores de alimentos. | Mensal |
| Garantia da assistência nutricional hospitalar segura, padronizada e orientada para melhoria do desfecho clínico e redução de complicações. | <ul style="list-style-type: none">- Registros de avaliação nutricional na admissão;- Auditoria de prontuários com registros completos;- Evoluções nutricionais periódicas;- Agenda de reavaliação conforme risco nutricional;- Manual de Dietas Hospitalares validado; | Mensal |



| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Padronização de dietas orais, enterais e especiais; - Registros de avaliação de pacientes em TNE; - Monitoramento de eventos adversos relacionados à TNE; - Fichas de notificação e análise de causa; - Listas de presença de capacitação da equipe assistencial. | |
|--|---|--|

29. NÚCLEO DE SAÚDE MENTAL

Quadro 07- Metas qualitativas do Núcleo de Saúde Mental, Acaraú, 2026.

| ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | | |
|--|--|---------------|
| DIRETRIZ | EVIDÊNCIAS | PERIODICIDADE |
| Garantir suporte psicológico e emocional aos profissionais da saúde em situações críticas, bem como promover ações contínuas de valorização e reconhecimento, fortalecendo o bem-estar, o vínculo institucional e a qualidade de vida no trabalho. | <p>- Manter plano de contingência para apoio psicológico aos profissionais em situações críticas implementado, registro de acolhimento, parceria formalizada com núcleo de saúde mental;</p> <p>- Promover ações de valorização e reconhecimento profissional nas datas comemorativas do setor saúde, apresentando registros fotográficos, materiais</p> | Semestral |





| | | |
|--|--|--|
| | de divulgação, calendário de comemorações. | |
|--|--|--|

30. GESTÃO ADMINISTRATIVA

30.1 A Executora garantirá o alcance das metas de produção propondo ações e serviços complementares de saúde para desenvolver as atividades gerenciais por tipo de serviço de acordo com o Plano de Trabalho em duas áreas: administrativa e assistencial. Abaixo, no Quadro 6 apresenta-se as ações administrativas para todos os serviços apresentados neste Plano de Trabalho.

Quadro 8- Metas Administrativas para gestão do dispositivo, Acaraú 2026.

| METAS ADMINISTRATIVAS | | |
|--|--|-------------------------|
| DIRETRIZ | EVIDÊNCIA | PERIODICIDADE DAS AÇÕES |
| Promoção de segurança e qualidade estrutural dos serviços | - Diagnóstico das estruturas físicas das unidades; - Cronograma de execução; - Construção de plano orçamentário; - Execução de manutenções programadas. | Mensal |
| Implementar fluxo adequado de compras e suprimentos. | - Mapeamento de necessidades; - Identificação de fornecedores; - Formalização de contratos; - Relatórios de entregas. | Mensal |
| Fortalecer a equipe de saúde por meio do dimensionamento adequado, | - Programa de desenvolvimento dos colaboradores e aperfeiçoamento de | Mensal |



| | | |
|--|--|--------|
| contratação estratégica e desenvolvimento contínuo das competências. | competências. | |
| Consolidação de escalas médicas e multiprofissionais. | - Escala disponibilizada. | Mensal |
| Prestação de contas. | Documento protocolado e relatório consolidado | Mensal |
| Promover a gestão segura e ambientalmente adequada dos resíduos gerados nos serviços de saúde, com monitoramento do volume produzido, qualificação dos processos de segregação, acondicionamento e destinação, bem como padronização e auditoria das rotinas de limpeza e higienização hospitalar. | - Sistema de monitoramento da massa de resíduos gerados por tipo (infectante, comum, perfurocortante, reciclável); -Registros de coleta, transporte e destinação final de resíduos (MTR ou equivalente); -Contratos e licenças das empresas coletoras e destinadoras; -Protocolos institucionais de manejo de resíduos de serviços de saúde (RSS) atualizados; -Registros de treinamentos das equipes sobre segregação e manejo de resíduos. | Mensal |
| Promover ações de | -Plano anual de ações de | |





| | | |
|---|--|---------------|
| <p>responsabilidade social e saúde comunitária alinhadas às necessidades sociais prevalentes do território, por meio de parcerias institucionais, iniciativas de humanização e promoção da saúde, e apoio a grupos vulneráveis, contribuindo para o bem-estar da população e fortalecimento do vínculo social com o serviço de saúde.</p> | <p>responsabilidade social do grupo/instituição;</p> <ul style="list-style-type: none">-Formalização de parcerias com instituições sociais locais (grupos de mães atípicas, associações de catadores, abrigo para pessoas idosas, dentre outros grupos vulneráveis);-Relatórios de ações de impactos sociais e eventos de promoção da saúde realizados;-Registros de ações de humanização em saúde (ex.: visitas, atividades culturais, banda institucional);-Listas de presença e registros fotográficos das ações sociais;-Relatórios de impacto ou alcance das ações (público beneficiado);- Atas ou registros de articulação intersetorial com rede social do município;-Registros de campanhas solidárias ou mobilizações comunitárias promovidas pelo grupo. | <p>Mensal</p> |
|---|--|---------------|





31. MODELO DE PROPOSTAS DE AÇÕES CORRETIVAS

- 31.1.** As sistemáticas de aplicação de ações corretivas serão elaboradas em reuniões da equipe após análise dos indicadores e metas. Nessa fase é realizada a análise crítica e a busca da causa raiz do problema com a utilização de ferramentas de qualidade como matriz de causa e efeito, diagrama Ishikawa, os 5 porquês, dentre outras. Uma vez conhecidas as causas para o "problema", devem-se determinar, para cada uma destas causas, ações para a manutenção, melhoria ou ajuste do desempenho, através da elaboração de um plano de ações.
- 31.2.** O plano será apresentado na reunião de acompanhamento das metas do contrato onde serão analisadas as ações a serem tomadas bem como as atividades preventivas. Esses métodos devem demonstrar a capacidade dos processos em alcançar os resultados planejados

32. SERVIÇO DE FARMÁCIA

- 32.1.** A Política Nacional de Medicamentos, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Seu objetivo é qualificar a assistência, promovendo acesso, segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, com base nos princípios do SUS.
- 32.2.** A má gestão e o uso inadequado de medicamentos geram prejuízos à saúde pública, aumentando a morbimortalidade, os custos e comprometendo a segurança dos usuários.
- 32.3.** A gestão da farmácia tem como objetivos principais: garantir o abastecimento, controle, dispensação e uso racional dos medicamentos; promover práticas clínicas para monitoramento do uso; e integrar-se às ações da equipe de saúde.
- 32.4.** A administração da farmácia deve seguir os princípios da gestão moderna, impactando positivamente na qualidade e eficiência da assistência, com base em indicadores e na adoção prioritária de



medicamentos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

33. EQUIPES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 33.1.** As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, integram a rede assistencial como porta de entrada prioritária para casos agudos de média complexidade. Instauradas em hospitais gerais, essas unidades são responsáveis por oferecer atendimento ininterrupto e por garantir o primeiro nível de atenção hospitalar no âmbito da urgência e emergência. Sua atuação está inserida no escopo do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, exigindo estrutura física, equipe técnica qualificada e recursos tecnológicos que assegurem a resolutividade dos casos atendidos.
- 33.2.** A operacionalização dessa unidade ocorrerá de forma articulada com a Central de Regulação, de modo a garantir retaguarda previamente pactuada para os casos que ultrapassam a capacidade resolutiva da unidade. Essa retaguarda, composta por hospitais de maior complexidade, deve estar vinculada por fluxos e critérios regulatórios bem definidos. A transferência dos pacientes deverá ser mediada por mecanismos claros de comunicação e transporte, com prioridade ao uso de serviços móveis de atendimento pré-hospitalar como o SAMU, onde disponíveis, ou por outros meios pactuados regionalmente. Esse processo é formalizado por meio da Ficha de Referência e Contrarreferência, garantindo a continuidade e a rastreabilidade do cuidado. Do ponto de vista da infraestrutura, essas unidades devem possuir Porta de Entrada do tipo Pronto-Socorro Hospitalar (PS), equipada com salas de triagem, estabilização, consultórios médicos, sala de medicação, observação e leitos de emergência.
- 33.3.** A organização do atendimento é baseada em Classificação de Risco, priorizando a gravidade do quadro clínico em detrimento da ordem de chegada. A utilização de cores como vermelho (emergência), laranja



(muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente) e azul (não urgente) – contribui para maior eficiência e segurança na triagem inicial. A composição da equipe multiprofissional é essencial para garantir o cuidado integral. Incluirá médicos, (clínicos, cirurgiões, anestesistas), enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de profissionais de apoio como fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, conforme necessidade do serviço.

- 33.4.** O atendimento será respaldado por serviços de apoio diagnóstico 24h, com acesso a exames laboratoriais, raio-X, tomografia e outros métodos complementares. A unidade manterá rotinas de funcionamento e atendimento formalmente escritas, assinadas pelo responsável técnico e atualizadas a cada quatro anos. Tais rotinas devem contemplar critérios de avaliação e encaminhamento de pacientes, protocolos de procedimentos médico-cirúrgicos e de enfermagem, orientações para suporte nutricional, controle de infecção hospitalar, ficha específica para registro de atos cirúrgicos e diretrizes para acompanhamento ambulatorial. Essas rotinas são fundamentais para padronizar condutas, aumentar a segurança do paciente e qualificar a assistência prestada. No que tange aos recursos humanos, é obrigatório que a unidade possua um médico como responsável técnico, além de corpo clínico suficiente para cobertura das 24 horas diárias.
- 33.5.** A equipe de enfermagem deve ser composta por um enfermeiro coordenador, enfermeiros assistenciais, técnicos e auxiliares de enfermagem em número adequado às demandas da unidade. A atuação da equipe deve ser contínua, garantindo atendimento imediato aos casos de urgência e emergência, bem como o registro completo da evolução clínica do paciente.
- 33.6.** O prontuário do paciente deve conter todas as informações clínicas, evolução, condutas e registros multiprofissionais, datados e assinados pelos respectivos responsáveis. Esses documentos devem ser devidamente registrados no sistema de prontuário eletrônico





disponibilizado pela proponente. A estrutura dessas unidades ainda inclui setores específicos, como a Sala de Espera (para acolhimento inicial e triagem), Sala Vermelha (destinada a pacientes graves com necessidade de monitoramento intensivo),

- 33.7.** Sala de Observação (com permanência de até 24h para definição de condutas) e setor de internação para continuidade do cuidado hospitalar. A presença de uma grade de referência estruturada e fluxos bem definidos para articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde são essenciais para o funcionamento eficiente e resolutivo das Unidades de Urgência Tipo.

34. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO DO HOSPITAL ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE ALMOXARIFADO

- 34.1.** O modelo de ações corretivas do Hospital Regional de Traumatologia e Ortopedia de Acaraú (HTOA) será estruturado como componente permanente da gestão institucional, com foco na identificação precoce de falhas, análise sistemática de causas, implementação de intervenções efetivas e monitoramento contínuo dos resultados
- 34.2.** A gestão hospitalar será orientada por um ciclo contínuo de melhoria, baseado na lógica de identificação → análise → intervenção → monitoramento → reavaliação, garantindo que desvios assistenciais, operacionais e administrativos sejam tratados de forma estruturada, rastreável e resolutiva
- 34.3.** As ações corretivas deverão ser fundamentadas em:
- análise de indicadores de desempenho;
 - auditorias internas e externas;
 - notificações de eventos adversos;
 - avaliações de processos assistenciais;
 - demandas da regulação;





- manifestações de usuários e profissionais;
 - identificação de gargalos operacionais.
- 34.4.** Cada ação corretiva deverá conter:
- descrição do problema identificado;
 - análise de causa raiz;
 - plano de intervenção;
 - responsável pela execução;
 - prazo definido;
 - indicadores de monitoramento;
 - avaliação de efetividade.
- 34.5.** Esse modelo garante não apenas correção de falhas, mas também prevenção de recorrências, promovendo evolução contínua da qualidade assistencial e da eficiência operacional.

35. ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE HIGIENE HOSPITALAR

- 35.1.** Na área hospitalar, o serviço de higiene e limpeza será estruturado com foco em garantir ambientes seguros, humanizados e livres de contaminação, assegurando conforto, segurança e bem-estar aos usuários, acompanhantes e profissionais de saúde. As ações serão direcionadas a todas as áreas do hospital, com especial atenção às unidades de internação, pronto atendimento, áreas críticas e semicríticas, bem como ambientes administrativos e de apoio.
- 35.2.** A limpeza concorrente será realizada continuamente durante todo o funcionamento da unidade hospitalar, com reforço nas áreas de maior circulação e risco, como salas de procedimentos, banheiros, corredores, enfermarias, postos de enfermagem, áreas de preparo e administração de medicamentos, bem como em superfícies de contato frequente – a exemplo de camas, grades, maçanetas, suportes, painéis, poltronas e equipamentos assistenciais.
- 35.3.** Já a limpeza terminal será executada rotineiramente em alta, transferência, óbito ou conforme protocolo específico, garantindo a



desinfecção completa do ambiente. Todas as rotinas seguirão protocolos técnicos e operacionais padronizados com base nas diretrizes da Anvisa (RDC nº 222/2018, RDC nº 50/2002) e nas normativas do Ministério da Saúde, assegurando a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

- 35.4.** A aquisição de insumos, materiais e equipamentos – como detergentes e desinfetantes hospitalares, panos descartáveis, mop, baldes, EPI, sinalizadores de área molhada e carrinhos funcionais – será de responsabilidade da gestão hospitalar ou entidade contratada, conforme os instrumentos de gestão vigentes e observando os critérios de eficácia, segurança e padronização.
- 35.5.** O dimensionamento da equipe de limpeza hospitalar será realizado com base na classificação das áreas (crítica, semicrítica e não crítica), porte do hospital e perfil assistencial, observando a necessidade de cobertura em regime de plantão, inclusive noturno, em fins de semana e feriados. Os trabalhadores serão capacitados quanto às normas de biossegurança, técnicas de limpeza e condutas diante de material biológico, resíduos e agentes contaminantes.
- 35.6.** Este modelo de organização visa promover ambientes hospitalares limpos, seguros e acolhedores, fundamentais para a segurança do paciente, a prevenção de eventos adversos e o fortalecimento da qualidade da atenção hospitalar no município
- 36. ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE LAVANDERIA E ROUPARIA**
- 36.1.** Na área hospitalar, o serviço de lavanderia será estruturado com o objetivo de garantir o processamento seguro, eficaz e racional de roupas hospitalares, contribuindo para a prevenção de infecções, a manutenção da biossegurança e o conforto dos usuários e profissionais de saúde. A lavanderia hospitalar compreende as etapas de coleta, transporte, lavagem, secagem, passagem, separação, armazenamento e distribuição das roupas limpas, com atenção às especificidades dos





diferentes setores do hospital.

- 36.2.** O fluxo de processamento seguirá rigorosamente os princípios de separação entre áreas suja e limpa, conforme as normas da Anvisa (RDC nº 222/2018 e RDC nº 50/2002), prevenindo a contaminação cruzada. A lavanderia será organizada de modo a garantir barreiras físicas, circuitos unidirecionais e protocolos para o manuseio seguro das roupas contaminadas
- 36.3.** A roupa hospitalar será classificada em:
- Roupa de uso comum (lençóis, fronhas, cobertores, uniformes)
 - Roupa de área crítica (UTI, centro cirúrgico, isolamento)
 - Roupa contaminada com material biológico
- 36.4.** O transporte da roupa suja será realizado em recipientes fechados, resistentes e devidamente identificados, respeitando os horários e as rotinas estabelecidas para cada setor. A coleta será feita em frequência compatível com o volume gerado e com a complexidade dos serviços prestados.
- 36.5.** Todos os insumos e equipamentos necessários ao funcionamento da lavanderia como sabão, alvejante, amaciante, detergentes específicos, equipamentos de proteção individual, carrinhos de transporte, lavadoras industriais, centrífugas, secadoras e ferros industriais serão fornecidos pela gestão hospitalar ou pela entidade contratada, conforme pactuação e contratos vigentes.
- 36.6.** A equipe de lavanderia será dimensionada considerando o número de leitos, perfil assistencial, volume médio de quilos de roupa processados por dia e regime de funcionamento da unidade. Os profissionais deverão receber capacitação permanente quanto às boas práticas de higienização, manuseio de roupas contaminadas e segurança no trabalho, observando o uso obrigatório de EPI.
- 36.7.** A lavanderia hospitalar será monitorada por indicadores de processo e qualidade, como: número de quilos processados por dia, taxa de reprocessamento, integridade das roupas, tempo de resposta entre



coleta e entrega e conformidade com os padrões de higienização.

- 36.8.** Esse modelo visa assegurar a qualidade do processamento de roupas hospitalares, protegendo os pacientes e equipes, garantindo eficiência operacional e contribuindo diretamente para a segurança e a humanização da atenção hospitalar no município de Acaraú.

37. ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE ESTERILIZAÇÃO

- 37.1.** No âmbito hospitalar do município de Acaraú, o serviço de esterilização será organizado de forma centralizada, sob a responsabilidade da Central de Material e Esterilização (CME), em conformidade com as normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, especialmente as RDC nº 15/2012 e RDC nº 222/2018. A CME será responsável por todo o processamento de produtos para a saúde reutilizáveis utilizados nos diferentes setores do hospital, assegurando a limpeza, desinfecção e esterilização adequadas dos materiais, com foco na segurança do paciente e na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).
- 37.2.** A estrutura física da CME será dividida em áreas distintas suja, limpa e estéril com barreiras físicas e fluxo unidirecional, de modo a evitar contaminações cruzadas entre os ambientes. Serão utilizados equipamentos específicos para cada etapa do processo, como lavadoras ultrassônicas, termodesinfectoras, autoclaves hospitalares e seladoras, de acordo com o porte e a complexidade da unidade hospitalar. O processamento dos materiais seguirá rotinas padronizadas que compreendem as etapas de recebimento, limpeza, inspeção, preparo, acondicionamento, esterilização, armazenamento e distribuição.
- 37.3.** A esterilização será realizada preferencialmente por meio de vapor saturado sob pressão, garantindo a eficácia microbiológica e a integridade dos produtos. Todos os ciclos serão monitorados por meio de indicadores físicos, químicos e biológicos, com registros padronizados que permitam a rastreabilidade completa dos pacotes





esterilizados, identificando o tipo de material, o profissional responsável, a data do processamento e os resultados dos testes aplicados. A rastreabilidade será essencial para garantir a segurança dos processos e para a adoção de medidas corretivas em caso de falhas.

- 37.4.** O funcionamento da CME será contínuo, com escalas de trabalho organizadas para garantir o atendimento às demandas de todos os setores assistenciais, inclusive em regime de plantão, nos finais de semana e feriados. A distribuição dos materiais estéreis será realizada conforme cronograma interno, podendo ser ajustada em função da demanda emergencial dos setores cirúrgico, pronto atendimento e unidades de internação.
- 37.5.** A gestão hospitalar será responsável por garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento adequado da CME, incluindo a aquisição de equipamentos, manutenção preventiva e corretiva, fornecimento de insumos como detergentes enzimáticos, indicadores biológicos e químicos, materiais de embalagem e equipamentos de proteção individual (EPIs). Também caberá à gestão assegurar a capacitação contínua dos profissionais da CME e a implementação de indicadores de desempenho e qualidade, como tempo de ciclo, taxa de conformidade, taxa de reprocessamento e controle de falhas.
- 37.6.** Esse modelo de organização do serviço de esterilização no ambiente hospitalar visa assegurar a eficácia dos processos de desinfecção e esterilização, promovendo um ambiente seguro, reduzindo riscos sanitários e fortalecendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes no município de Acaraú.

38. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

- 38.1.** A organização do serviço de farmácia hospitalar será estruturada como componente crítico da segurança do paciente, da qualidade assistencial e da sustentabilidade da gestão.





38.2. No contexto do HTOA, a farmácia assume papel estratégico, especialmente considerando:

- perfil cirúrgico da unidade;
- necessidade de suporte medicamentoso à UTI;
- uso intensivo de antibióticos, analgésicos, sedativos e insumos críticos;

- risco elevado de eventos adversos relacionados a medicamentos.

38.3. As ações corretivas prioritárias no serviço de farmácia deverão contemplar:

a) Padronização e controle de medicamentos

38.4. Implementação de lista padronizada de medicamentos, baseada em perfil assistencial da unidade, com revisão periódica, visando reduzir variabilidade terapêutica, evitar uso inadequado e otimizar custos.

b) Rastreabilidade e controle de estoque

38.5. Implantação de sistema de controle com registro de entrada, saída, lote, validade e consumo, com monitoramento de estoque mínimo e máximo, evitando desabastecimento e perdas por vencimento.

c) Segurança na prescrição e dispensação

38.6. Integração com prontuário eletrônico, validação farmacêutica, dupla checagem em medicamentos de alto risco e implementação de protocolos para uso seguro de antimicrobianos.

d) Integração com assistência e UTI

38.7. Participação ativa da farmácia nas rotinas assistenciais, especialmente na UTI e no centro cirúrgico, garantindo adequação terapêutica, ajuste de doses e prevenção de interações medicamentosas.

e) Monitoramento de indicadores

38.8. Acompanhamento de indicadores como consumo de antimicrobianos, eventos adversos relacionados a medicamentos, perdas por vencimento e taxa de conformidade de prescrição.

38.9. A ausência de controle efetivo da farmácia hospitalar impacta diretamente a segurança do paciente, aumenta custos e compromete desfechos clínicos, sendo, portanto, área prioritária para intervenção contínua.





39. ORGANIZAÇÃO DAS EQUIPES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 39.1.** A organização das equipes de urgência e emergência no HTOA deverá estar alinhada ao perfil assistencial da unidade, com foco no atendimento inicial, estabilização e definição de conduta dos pacientes, especialmente nos casos traumáticos e cirúrgicos.
- 39.2.** Embora o hospital não se configure como porta aberta irrestrita, sua integração com a rede de urgência (SAMU e unidades de referência) exige capacidade de resposta rápida, organizada e segura.
- 39.3. As ações corretivas nesse eixo deverão contemplar:**
- a) Padronização do atendimento inicial
- 39.4.** Implantação de protocolos assistenciais para abordagem inicial de pacientes traumáticos e cirúrgicos, garantindo uniformidade na conduta e redução de variabilidade.
- b) Integração com diagnóstico por imagem
- 39.5.** Fluxo prioritário para realização de tomografia nos casos de urgência, reduzindo tempo diagnóstico e acelerando tomada de decisão clínica e cirúrgica.
- c) Articulação com centro cirúrgico e UTI
- 39.6.** Estabelecimento de fluxos diretos para pacientes com indicação cirúrgica ou necessidade de suporte intensivo, evitando atrasos assistenciais e melhorando desfechos.
- d) Qualificação da equipe
- 39.7.** Treinamento contínuo em atendimento ao trauma, suporte avançado de vida, manejo de abdome agudo e situações críticas compatíveis com o perfil da unidade.
- e) Monitoramento de tempo-resposta
- 39.8.** Avaliação de indicadores como tempo para diagnóstico, tempo para intervenção cirúrgica, tempo de acesso à UTI e taxa de transferência.





40. ORGANIZAÇÃO DO FLUXO CIRÚRGICO E CENTRO CIRÚRGICO

- 40.1.** Considerando o perfil produtivo do HTOA, o centro cirúrgico é um dos principais pontos críticos da gestão hospitalar.
- 40.2.** As ações corretivas deverão focar em:
- organização da agenda cirúrgica (eletiva e urgência);
 - redução de cancelamentos;
 - otimização do uso das salas;
 - sincronização com disponibilidade de leitos e UTI;
 - garantia de materiais e OPME;
 - fluxo adequado de pacientes no pré e pós-operatório.
- 40.3.** A ineficiência no centro cirúrgico impacta diretamente a produção, o tempo de espera, o custo e a imagem institucional do hospital.

41. ORGANIZAÇÃO DO FLUXO DE INTERNAÇÃO E GESTÃO DE LEITOS

- 41.1.** A gestão de leitos deverá ser tratada como eixo estratégico da operação hospitalar.
- 41.2.** As ações corretivas deverão contemplar:
- controle em tempo real da ocupação;
 - definição de perfil de leitos (clínico, cirúrgico, UTI);
 - monitoramento do tempo de permanência;
 - agilização de altas;
 - articulação com regulação.
- 41.3.** A baixa rotatividade de leitos é um dos principais fatores de ineficiência hospitalar e deve ser permanentemente monitorada.

42. PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE APOIO DO HOSPITAL

- 42.1.** As atividades de apoio hospitalar constituem componentes essenciais para o funcionamento seguro, contínuo e eficiente da assistência em saúde, sendo diretamente responsáveis pela sustentação operacional dos serviços clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e intensivos.





- 42.2.** No Hospital Regional de Traumatologia e Ortopedia de Acaraú (HTOA), a organização dos serviços de apoio deverá estar estruturada de forma integrada aos fluxos assistenciais, garantindo previsibilidade operacional, segurança sanitária, controle de recursos e continuidade das atividades.
- 42.3.** Considerando o perfil da unidade com produção cirúrgica relevante, presença de UTI adulto e serviço de tomografia os serviços de apoio assumem papel estratégico na manutenção da qualidade assistencial e na redução de riscos operacionais.

43. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ALMOXARIFADO

- 43.1.** O serviço de almoxarifado será responsável pelo armazenamento, controle, distribuição e rastreabilidade dos insumos não assistenciais da unidade, incluindo materiais de limpeza, expediente e apoio administrativo.
- 43.2.** No modelo vigente, a aquisição desses insumos é de responsabilidade da Prefeitura Municipal, cabendo ao HTOA a gestão operacional do estoque, incluindo:
- recebimento e conferência dos materiais;
 - organização física adequada dos estoques;
 - controle de entrada e saída;
 - monitoramento de consumo;
 - definição de estoque mínimo e máximo;
 - distribuição interna conforme demanda dos setores.
- 43.3.** Esse modelo exige articulação permanente entre hospital e gestão municipal, de modo a evitar desabastecimento, excesso de estoque ou aquisição desalinhada com a necessidade real da unidade.
- 43.4.** As ações estruturantes do almoxarifado deverão contemplar:
- a) Controle rigoroso de estoque



43.5. Implantação de sistema de controle com rastreabilidade, permitindo monitoramento em tempo real dos níveis de estoque e consumo por setor.

b) Planejamento de consumo

43.6. Levantamento periódico da demanda, baseado na produção assistencial e no perfil operacional da unidade.

c) Integração com setores assistenciais e administrativos

43.7. Alinhamento contínuo com higienização, enfermagem, centro cirúrgico e setores administrativos.

d) Prevenção de perdas e desperdícios

43.8. Controle de validade, armazenamento adequado e monitoramento de uso racional dos insumos.

44. ESTRUTURA DO SERVIÇO DE HIGIENE HOSPITALAR

44.1. O serviço de higiene hospitalar será estruturado como componente crítico de biossegurança, prevenção de infecções e qualidade do ambiente assistencial.

44.2. No contexto do HTOA, esse serviço deve estar diretamente alinhado ao perfil cirúrgico da unidade, à presença de UTI e à circulação de pacientes críticos, exigindo alto nível de padronização e controle.

44.3. As ações operacionais deverão contemplar:

a) Padronização de rotinas de limpeza

44.4. Definição de protocolos específicos para:

- áreas críticas (centro cirúrgico, UTI);
- áreas semicríticas (enfermarias);
- áreas administrativas.

b) Controle de qualidade da limpeza

44.5. Supervisão contínua, com checklists operacionais e auditorias periódicas.

c) Capacitação das equipes

44.6. Treinamento contínuo em técnicas de limpeza, uso de EPIs e prevenção de infecção.



d) Integração com CCIH

44.7. Alinhamento com protocolos de controle de infecção hospitalar.

44.8. A falha na higienização hospitalar está diretamente associada ao aumento de infecções, prolongamento de internações e elevação de custos assistenciais, sendo área de atenção permanente da gestão.

45. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE LAVANDERIA E ROUPARIA

45.1. O serviço de lavanderia atualmente é executado por empresa terceirizada, responsável pelo processamento das roupas hospitalares, incluindo coleta, lavagem, desinfecção, secagem, passagem e devolução.

45.2. Apesar da terceirização, o hospital deverá manter controle rigoroso sobre:

- fluxo de roupas (entrada e saída);
- qualidade do processamento;
- tempo de retorno;
- integridade dos materiais;
- conformidade com normas sanitárias.

45.3. Modelo atual (terceirizado):

- execução externa do processamento;
- controle interno de fluxo e distribuição;
- monitoramento contratual.

45.4. Projeto de transição: lavanderia própria

45.5. Encontra-se em desenvolvimento projeto para implantação de lavanderia hospitalar interna, o que representará avanço significativo na autonomia operacional da unidade.

45.6. A implantação da lavanderia própria permitirá:

- maior controle sobre o processamento;
- redução de tempo de retorno;
- maior segurança sanitária;
- melhor adequação à demanda real do hospital;



- redução de dependência de terceiros.

46. AÇÕES PARA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

- 46.1.** A gestão de recursos humanos no Hospital Regional de Traumatologia e Ortopedia de Acaraú (HTOA) será estruturada como eixo estratégico da operação hospitalar, considerando que a qualidade da assistência, a segurança do paciente, a eficiência dos processos e a sustentabilidade do modelo de gestão estão diretamente relacionadas à qualificação, dimensionamento e estabilidade das equipes.
- 46.2.** O modelo adotado será orientado por princípios de planejamento, qualificação técnica, responsabilização profissional, continuidade assistencial e alinhamento institucional, assegurando que os recursos humanos estejam adequados ao perfil assistencial da unidade, caracterizado por produção cirúrgica relevante, presença de terapia intensiva adulto e suporte diagnóstico por tomografia.

47. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

- 47.1.** A Política de Gestão de Recursos Humanos da Organização Social responsável pelos serviços de saúde do município de Acaraú tem como objetivo assegurar a constituição e a manutenção de equipes qualificadas, comprometidas com os princípios do SUS e com a efetividade dos serviços prestados à população. Essa política abrange, de forma integrada, os serviços da Atenção Primária e da Atenção Especializada, estruturando-se a partir da valorização profissional, da qualificação contínua e da gestão por resultados.
- 47.2.** O recrutamento de profissionais será realizado com base em critérios técnicos e éticos, priorizando processos seletivos públicos simplificados que assegurem a transparência e a imparcialidade na escolha dos colaboradores. A seleção observará o perfil e as competências exigidas para cada função, podendo incluir análise curricular, entrevistas técnicas e provas teóricas ou práticas, respeitando as especificidades de cada

