GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DOCUMENTO			PROTOCOLO ELETRÔNICO	
Espécie	**Data**	**Número**	**Data**	**Número do Protocolo**
OFÍCIO ESPECIAL	10/02/2022		10/02/2022 07:16	2022/166924

Procedência:	SESPA
Interessado:	HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OTÁVIO LOBO
Assunto:	ORCAMENTO E FINANÇAS
SubAssunto:	PRESTACAO DE CONTAS
Complemento:	Apresentação do Relatório de Prestação de Contas de Atividades mensal – janeiro/2022
Origem:	SESPA - HOIOL - SP02
Anexo/Sequencial:	1, 2, 3, 4, 5

Processo Administrativo Eletrônico do Estado do Pará

Consulta de protocolo

https://www.sistemas.pa.gov.br/consulta-protocolo/numero/2022/166924

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

GOVERNO DO PARÁ

Ofício DH-HOIOL - Nº 053/2022

Belém/PA, 10 de fevereiro de 2022

À
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ

Ilmo. Sr. Rômulo Rodovalho Gomes
Secretário Estadual de Saúde Pública

Ilma. Sr. Sipriano Ferraz Santos Junior
Secretário Adjunto Estadual de Saúde Pública

Imo. Sr. Ariel Dourado Sampaio Martins
Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

Ilma. Sra. Elilma Andrade Ferreira
Diretora DDRA/SESPA

Ilmo. Sr. Albenir Dias da Silva
Coordenador GTCAGHMR/SESPA

Assunto: Apresentação do Relatório de Prestação de Contas de Atividades mensal – janeiro/2022.

Prezados,

A Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, administradora do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo - HOIOL, honrada em cumprimentá-los, vem respeitosamente, encaminhar em anexo, o Relatório de Prestação de Contas de Atividades referente ao mês de janeiro de 2022, conforme estabelecido no Contrato de Gestão nº 036/2015.

Por oportuno, está contratada solicita retorno de parecer da aprovação desta Prestação de Contas, bem como das enviadas anteriormente.

Certo de vossas costumeiras providências, a Pró-Saúde agradece a atenção que a este for dispensada.

Respeitosamente,

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Pró Saúde - HOIOL

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Administrativa Financeira
Pró Saúde - HOIOL

Identificador de autenticação: B706400.7A43.D3E.D2E6AA4C79B9FC6EF
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 1

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: B5AFE3C55D07077.0C95D6C1C7C6C0B9.DE8222919FCA0FA9.D6446F4A337F0C59
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

PRÓ SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 036/2015 – REF.: 01/2022

10/02/2022	HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO
Protocolo	Relatório de Gestão dos serviços assistenciais prestados no HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO, no Município de Belém/PA, pela Pró-Saúde – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

Relatório de Execução das Atividades do Contrato de Gestão Nº 036/2015 – Ref.: 01/2022

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

Identificação das partes

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ

GOVERNADOR: HELDER ZAHLUTH BARBALHO

SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE: RÔMULO RODOVALHO GOMES

UNIDADE: HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

CNPJ: 24.232.886/0168-37

ENDEREÇO: TRAVESSA 14 DE ABRIL, Nº 1.394, BAIRRO SÃO BRÁS, CEP 66063-005, BELÉM/PA.

DIRETOR HOSPITALAR: FÁBIO DE SOUZA MACHADO.

DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRO: GILVANIA OLIVEIRA DA SILVA

Os Procuradores da PRÓ-SAÚDE - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, nesta unidade de saúde, abaixo assinados, DECLARAM, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos apresentados neste Relatório de Prestação de Contas, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade dos fatos à época).

FÁBIO DE SOUZA MACHADO
DIRETOR HOSPITALAR

GILVANIA OLIVEIRA DA SILVA
DIRETORA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRO

PRÓ-SAÚDE Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

Sumário

1. Introdução 04
2. Metas Contratuais 10
2.1. Metas Quantitativas 11
2.2. Metas Qualitativas 11
3. Censo de Origem dos Usuários 13
4. Execução do Plano de Trabalho 15
5. Outras informações 175
ANEXO I 179
ANEXO II 186

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

1. Introdução

Inaugurado em outubro de 2015, o Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, está localizado em Belém/PA. Com atendimento integralmente vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), foi o primeiro hospital na Região Norte dedicado exclusivamente ao diagnóstico e tratamento especializado do câncer infantojuvenil. O Oncológico Infantil é a principal referência no combate ao câncer entre crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos. Por mês, cerca de mil pacientes são atendidos, oriundos de municípios do Pará e estado vizinho como o Amapá.

Ao todo, a Unidade conta com cerca de 600 profissionais em diferentes setores do hospital. O universo assistencial do Oncológico Infantil engloba desde consultas ambulatoriais, exames, internação, além de tratamentos quimioterápicos até radioterapias. O hospital possui centro cirúrgico equipado para procedimentos de baixa, média e alta complexidades.

Por meio de Contrato de Gestão com a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), a Unidade é gerenciada desde a sua inauguração pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, com a missão de tratar e cuidar com qualidade e humanização, centrado nos princípios cristãos, os usuários com câncer infantojuvenil.

No mês de janeiro de 2022, o Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo recepcionou o total de 28 (vinte e oito) casos novos. Ainda nessa competência, foram registradas também 147 (cento e quarenta e sete) saídas hospitalares. As Metas Qualitativas e Quantitativas vinculadas ao Plano de Trabalho estabelecidas no Contrato de Gestão foram cumpridas, considerando o percentual de 97% de satisfação do usuário. Além da busca pelo cumprimento das metas, o hospital realizou diversas atividades voltadas aos seus colaboradores, usuários, acompanhantes e profissionais terceiros, visando proporcionar o bem estar de todos, cuidando com qualidade e humanização, garantindo sempre o serviço de excelência, conforme destaques a seguir:

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

- **Hospital Oncológico Infantil inicia o ano com ações do "Janeiro Branco"**

O Núcleo de Gestão de Pessoas (NGP) do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, realizou, no período de 11 a 14 de janeiro, ações alusivas à campanha "Janeiro Branco" 2022, que chama a atenção para as questões e necessidades relacionadas à saúde mental e emocional.

A iniciativa do hospital abrangeu todos os turnos de trabalho, facilitando o acesso de todos os profissionais. Para desenvolver as atividades, o NGP do Oncológico Infantil contou com o apoio de setores como Humanização, Serviço de Nutrição, Equipe Multiprofissional e Escritório de Experiência do Paciente.

Durante a abertura do evento, houve música ao vivo no subsolo da instituição para recepcionar as equipes de profissionais, rodas de conversa com a execução de dinâmicas com os profissionais de diferentes frentes de trabalho do hospital; além de sessões de massagem relaxante oferecida aos colaboradores.

Ao longo da semana serão divulgados podcasts sobre temas relacionados à saúde mental e emocional, cujos conteúdos serão veiculados no sistema sonoro interno do hospital.

"É muito importante realizar ações voltadas à saúde mental nos primeiros dias do novo ano, pois as pessoas se planejam, sonham com recomeços. É uma temática que traz benefícios para a mente e corpo, pois precisam de cuidados e atenção", afirma a coordenadora do Núcleo de Gestão de Pessoas do Oncológico Infantil, Daiane Nogueira.

O diretor hospitalar do Oncológico Infantil, Fábio Machado, acredita que o assunto é oportuno em tempos de pandemia. "Debater um tema tão relevante como é o da saúde mental nos dá condições para enfrentar as mais diferentes situações, sem contar que nos ajuda a lidar com o equilíbrio das diferentes emoções, principalmente no contexto atual da pandemia que atravessamos", observa.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

2. Metas contratuais

Em 1996 foi publicada no Estado do Pará a Lei Nº 5.980/1996, que dispôs sobre a qualificação das Organizações Sociais e definiu, entre outras, as regras de acompanhamento, avaliação e fiscalização dos Contratos de Gestão.

De acordo com o Contrato de Gestão Nº 036/2015, firmado entre CONTRATANTE e a Pró-Saúde, foram estabelecidas as metas quantitativas e qualitativas, bem como a metodologia de apuração do seu cumprimento de acordo com os objetivos a serem alcançados.

Assim, as metas estipuladas são tratadas como objetivo a ser alcançado através da implantação de metodologias de trabalho que proporcionem o aperfeiçoamento contínuo de processos operacionais, promovendo a melhoria da qualidade assistencial e a satisfação da população atendida.

A fim de viabilizar o enfrentamento dos desafios, a Pró-Saúde qualifica suas equipes de trabalho nos diversos níveis: Diretivo, Gerencial e Operacional. Assim, podemos afirmar que dotamos um time capaz de vencer os desafios propostos e alcançar as metas estabelecidas.

O HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO tem como **Negócio** "Cuida0do e tratamento à crianças e adolescentes com câncer."; **Missão** "Cuidar e tratar com qualidade e humanização, centrado nos princípios cristãos, os usuários com câncer infantojuvenil."; **Visão** "Ser o serviço de excelência e fonte de transformação no cuidado e tratamento oncológico infantojuvenil no brasil" e **Princípios** como: **Humanização** - Cuidado centrado nas pessoas, estabelecendo vínculos fraternos para usuários e colaboradores; **Sustentabilidade** - Adotar práticas sociais, econômicas e ambientais para assegurar a perenidade organizacional; **Qualidade** - Busca da melhoria contínua; **Integridade** - Atuar de acordo com as normas aplicáveis e melhores práticas institucionais; **Solidariedade** - Tratar, na misericórdia, o outro como irmão e irmã e **Pertencimento** - Sentir-se parte imprescindível do todo.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

2.1. Metas Quantitativas

No mês de janeiro de 2022, todas as metas quantitativas vinculadas ao Plano de Trabalho estabelecidas no Contrato de Gestão foram superadas. Nesse período foram realizadas 2.618 (dois mil, seiscentos e dezoito) sessões de quimioterapia o que representa o percentual de 9,08% acima da meta contratual. Já o quantitativo de consultas ambulatoriais foi de 2.064 (dois mil e sessenta e quatro) obtendo o percentual de 52,88% acima da meta. Foram registradas 147 (cento e quarenta e sete) saídas hospitalares com percentual de 48,48%.

Ressalta-se que o Hospital Oncológico Infantil atingiu os percentuais bem acima da meta contratual, no que se refere as consultas ambulatoriais, sessões de quimioterapia e saídas hospitalares conforme gráfico demonstrativo:

** Fonte de dados: Plano Estatístico*

2.2. Metas Qualitativas

Em janeiro de 2022, todas as metas qualitativas foram cumpridas satisfatoriamente, com avaliação positiva dos usuários em 97%.

As conformidades em prontuário chegaram a 100%. Todas as autorizações de internação hospitalar referentes ao mês anterior foram apresentadas no dia 12 de janeiro de 2022, conforme estabelecido no Manual de Avaliação.

Os índices de extravasamento de antineoplásicos no ambulatório e na unidade de internação foram de 0,00% e 0,00%, respectivamente. Com relação a taxa de infecção na

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

unidade, o resultado de 4,55%, abaixo dos parâmetros estipulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme demonstrativo abaixo:

INDICADORES	META CONTRATUAL - %	PARÂMETROS*	META ATINGIDA Janeiro
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO (APRESENTAÇÃO DE AIH)	100%	Apresentação de 100% das AIHs referente ao mês de competência. Livre de critica e reapresentações. Preenchimentos de forma correta e idônea.	100%
ATENÇÃO AO USUÁRIO	100%	Espaço físico, fluxo, responsável pela coordenação e instrumento de informação. Confirmação que foram respondidas queixas dos usuários no mínimo 80% - Implantar pesquisa de Satisfação de alta hospitalar.	100%
COMISSÃO DE PRONTUÁRIO	100%	Existência de um responsável pela coordenação da Comissão, estabelecidos formalmente Limite máximo de 10% de não conformidade de 11 itens de verificação dos prontuários. Registro de reuniões (Atas), dos participantes (nome e cargos), as atividades e medidas implantadas.	100%
COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAT - CCIH	100%	Existência de um responsável pela coordenação da Comissão, estabelecido formalmente. Monitorar e avaliar os indicadores, registro detalhado das atividades e das medidas implementadas - Registro de reuniões (Atas)	100%
INCIDENCIA DE EXTRAVASAMENTO DE DROGAS ANTINEOPLÁSICA (AMBULATÓRIO E INTERNAÇÃO)	100%	Encaminhamento do relatório mensal constando a incidência de extravasamentos de drogas antineoplásica ambulatorial e na Internação.	100%

Fonte de dados: sistema Salux e relatórios setoriais

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

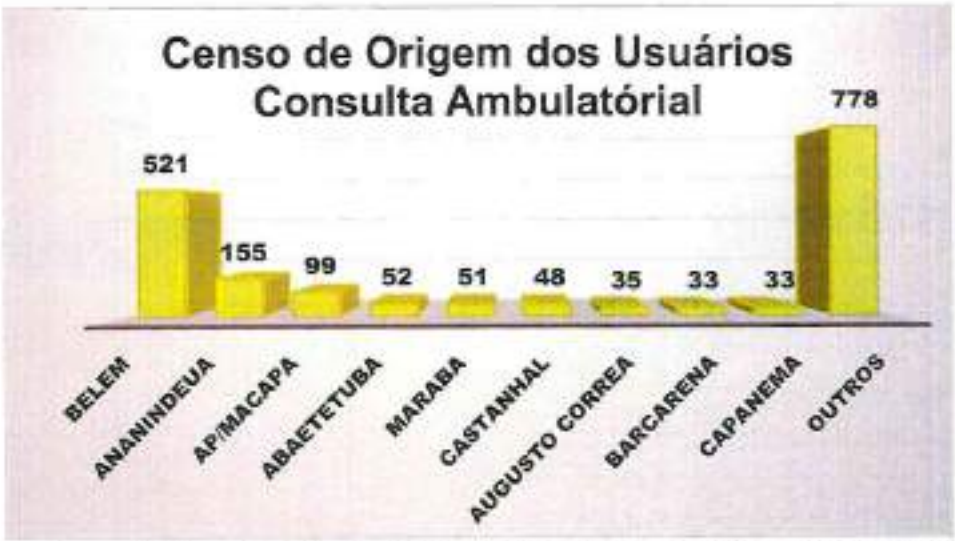
Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

3. Censo de Origem dos Usuários

Em janeiro de 2022, foram 148 (cento e quarenta e oito) internações. Destaque para usuários da cidade de Belém que representaram 27,7% do total.

**Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 1.6)*

Também foram registrados, em janeiro, 2.064 (dois e sessenta e quatro) consultas ambulatoriais, sendo que deste montante 149 (cento e quarenta e nove) foram interconsultas, 110 (cento e dez) foram absenteísmo e 1.805 (mil, oitocentos e cinco) são consultas de usuários que já realizam tratamento no hospital e de casos novos. Novamente, destaque para usuários da cidade de Belém, que representaram 25,24% das consultas.



** Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 2.4.14)*

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

Ainda em janeiro, houveram 1.461 (mil, quatrocentos e sessenta e um) pacientes que realizaram 2.618 (dois mil, seiscentos e dezoito) sessões de quimioterapia, sendo distribuído os quantitativos de pacientes da seguinte forma: 545 (quinhentos e quarenta e cinco) pacientes em caráter de internação e 916 (novecentos e dezesseis) em caráter ambulatorial, que tiveram como ênfase a cidade de Belém, que apresentou 14,37% dos usuários submetidos as sessões ambulatoriais:

**Demais municípios do Estado do Pará (vide plano estatístico, item 3.8.3)*

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

4. Execução do Plano de Trabalho

No que tange ao Plano de Trabalho, este é composto pelas atas de reuniões das comissões internas obrigatórias, (Prontuário do Paciente, Verificação de Óbito, Ética Médica, Ética de Enfermagem, Controle de Infecção Hospitalar, Farmácia e Terapêutica), sendo todas realizadas de acordo com seus respectivos regimentos.

Atividades do Plano de Trabalho

4.1- Relatório do Serviço de Atendimento ao Usuário - S.A.U;
4.2- Relatório SCIH / Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
4.3- Relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE;
4.4- Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásica;
4.5- Comissão de Prontuário;
4.6- Protocolo de Remessa - AIH's;
4.7- Comissão de Ética de Enfermagem;
4.8- Comissão de Ética Médica;
4.9- Comissão de Farmácia Terapêutica;
4.10- Comissão de Verificação de Óbito;
4.11- Relatório de Sugestões e Elogios - S.A.U;
4.12- Relatório da Humanização;
4.13- Relatório do Núcleo de Educação Permanente - NEP;
4.14- Relatório da Sustentabilidade;
4.15- Relatório do Programa Prosseguir;

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

4.1- Relatório do Serviço de Atendimento ao Usuário - S.A.U

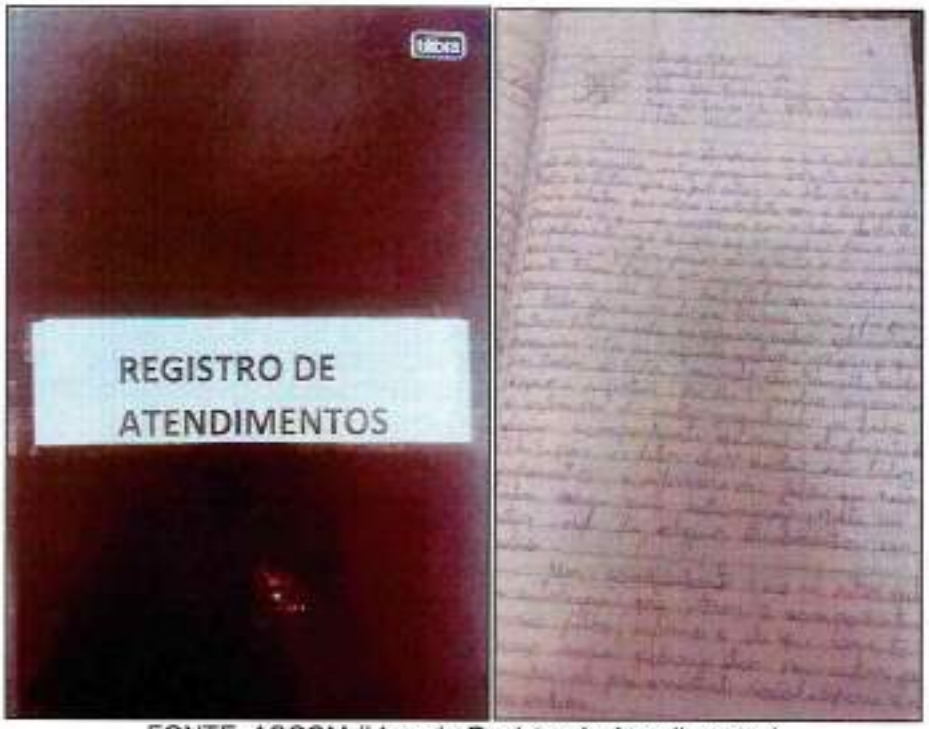
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

4.1.4 Fluxo de atendimento do SAU

O setor é responsável pelo atendimento dos usuários/acompanhantes internos e externos, ouvindo a opinião dos mesmos em relação a satisfação com os serviços do hospital. No caso de insatisfação, o usuário/acompanhante poderá formalizar sua reclamação que será redigida no Sistema Interact/SAS – *Ocorrence Manager* e direcionado para o NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente), sendo encaminhada para tratativa do gestor responsável. O gestor responsável terá um prazo de 2 dias úteis para análise a sua diretoria direta terá 2 dias úteis para aprovação. Após isso, o SAU terá 01 dia útil para retorno ao usuário, totalizando 5 dias úteis para o retorno ao reclamante. Caso o prazo seja extrapolado, o representante do SAU encaminhará e-mail para o diretor responsável, com cópia para o Diretor Hospitalar, solicitando o retorno da análise para o setor.

Os atendimentos realizados são registrados em livro próprio com folhas numeradas com apresentação da resolutividade e confirmação de que foram respondidas e arquivadas no setor. Em caso de elogio, será encaminhado ao gestor responsável, devendo o mesmo dar conhecimento a sua equipe das informações prestadas pelos usuários e o SAU colocará no quadro de elogiados do mês.



FONTE: ASCOM (Livro de Registro de Atendimentos)

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
HOOI/Pró-Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

4.1.5 Divulgação do serviço

O serviço é divulgado nas recepções através dos formulários de pesquisa e totem, diariamente nas unidades de internação através das visitas beira leito e nas integrações para novos colaboradores onde é incentivado a todos utilizarem o serviço de atendimento para melhorias e resolutividade dos serviços do hospital.

Diante da pandemia de Covid-19, o Serviço de Atendimento ao Usuário continuou suas visitas beira leito, tomando todos os cuidados necessários que antes já existiam, agora nesse novo contexto cuidados muito mais rigorosos conforme as diretrizes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Porém, em leitos isolados adaptamos nossos atendimentos sendo adotado como estratégia a realização de contatos telefônicos, como canal de comunicação para a captação

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

4.1.7 Resultados das pesquisas de satisfação

Durante o período 01/01/2022 a 31/01/2022 foram realizadas pesquisas de satisfação que contabilizadas nos forneceram os seguintes dados abaixo:

Tabela 01: Total de questionários respondidos em janeiro 2022.

1- Total de Questionários Respondidos	Atendimentos	Meta	Pesquisas Realizadas
Ambulatório	1128	113	390
Exames	565	57	313
Internação	148	15	121
Unidade de Atendimento a Intercorrências	648	65	307
TOTAL	**2489**	**250**	**1131**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, janeiro 2022.

Tabela 2: Percentual da Satisfação por Setores e Global.

Percentual da Satisfação do Usuário por Setores e Global	%
Internação	97%
Exames	99%
UAI	98%
Ambulatório	93%
Taxa Global	**97%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, janeiro 2022.

Tabela 2: Percentual da Satisfação Pós alta

1- Total de Questionários Respondidos	ALTAS	Meta	Pesquisas Realizadas
Altas nas Unidades de Internação	138	14	64
TAXA DE SATISFAÇÃO PÓS ALTA			**87%**

Fonte: Pesquisa de satisfação pós alta HOIOL, janeiro 2022.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
HOIOL/Pró-Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1EC3C4.D376.CFC.75B150E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

4.1.8 Diagrama das perguntas de satisfação dos setores

O Diagrama nos demonstra o nível de satisfação do usuário por pergunta, sendo o verde dentro da meta de 80%, o amarelo está próximo e o vermelho está abaixo.

8.1 Diagrama 01: Pesquisa de Satisfação Internação

JANEIRO 2022

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Internação (Pontuação Atualizada)

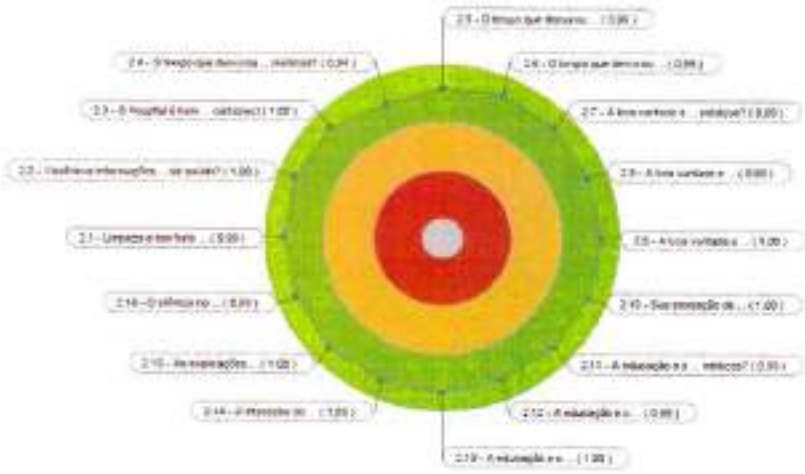
Data: 04/02/2022
Página: 1

8.2 Diagrama 02: Pesquisa de Satisfação Ambulatório

JANEIRO 2022

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Ambulatório

Data: 03/02/2022
Página: 1



Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hobl/Pró-Saúde

Identificador de autenticidade: C1D28C4.p376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

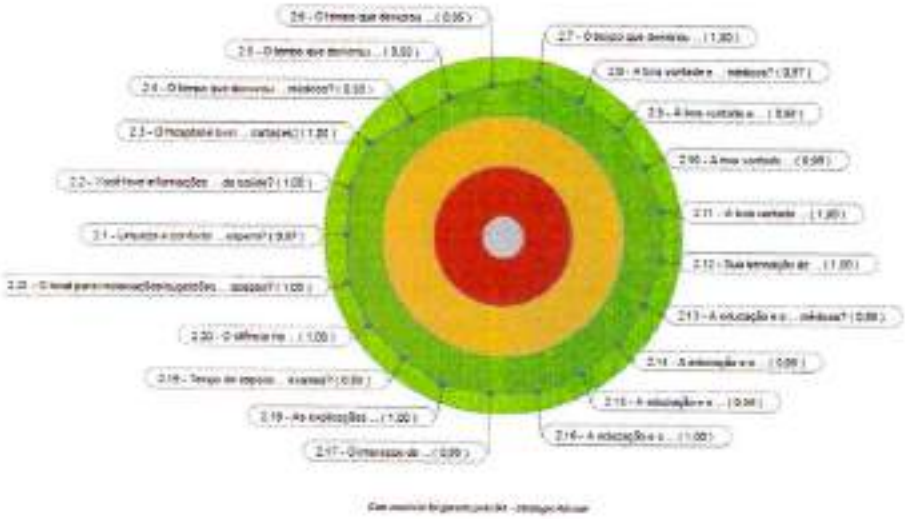
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

8.3 Diagrama 03: Pesquisa de Satisfação UAI.

JANEIRO 2022

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário UAI

Data: 03/02/2022
Página: 1



8.4 Diagrama 04: Pesquisa de Satisfação Exames.

JANEIRO 2022

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Exames

Data: 03/02/2022
Página: 1

Reginaldo Carvalho da Silva
Líder SAU
Hobi/Pró-Saúde

000026

Identificador de Autenticação: C153C4-D37B-CFC7-5B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

4.1.9 Fluxo das demandas de elogios, sugestões e reclamações registradas pelo SAU no mês janeiro/ 2022.

Dos 64 (sessenta e quatro) registros, 84% foram direcionados aos elogios, 13% para reclamações e 3% para sugestões. A porcentagem dos atendimentos registrados pode ser observada na tabela 3:

Tabela 3: Comparativo da quantidade de reclamações, elogios e sugestões - Mês de janeiro 2022.

Classificação Registro	Total	%
Reclamações	8	13%
Elogios	54	84%
Sugestões	2	3%
TOTAL	**64**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, janeiro 2022.

Tabela 4: Registro de Reclamações por Formulário e Atendimento em Sala.

Reclamações	Total	%
Ambulatório	0	0%
Exames	0	0%
Internação	1	13%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	4	50%
Atendimento em Sala	3	38%
TOTAL	**8**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, janeiro 2022.

Tabela 5: Elogios Realizados nos Formulários de Pesquisa

Elogios	Total	%
Ambulatório	25	46%
Exames	1	2%
Internação	28	52%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	0	0%
TOTAL	**54**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, janeiro 2022.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: C1E33C4:D376:CFC:75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Tabela 6: Sugestões Realizadas nos Formulários de Pesquisa.

Sugestões	Total	%
Ambulatório	0	0%
Exames	0	0%
Internação	2	100%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	0	0%
TOTAL	**2**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, janeiro 2022.

Conforme a tabela 7, tivemos das 08 (oito) reclamações o total de 100% tratadas, alcançando o estipulado em contrato. Segue abaixo a transcrição do tratamento, assim como o seu demonstrativo.

Tabela 7: Reclamações por Formulário de Pesquisa e Atendimento em Sala.

Reclamações	Total	%
Ambulatório	0	0%
Exames	0	0%
Internação	1	100%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	4	100%
Atendimento em sala	3	100%
TOTAL	**8**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, janeiro 2022.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
HOIOL/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: C1E33C4CD376CFC75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

"Bom, me chamo P. sou responsável pela paciente P., durante o tratamento da minha família que já tem 5 anos, nunca tive reclamação do hospital, muito pelo contrário, sempre falei bem. Mas hoje (05/01/2022) tenho uma reclamação a fazer, em virtude de uma residente chamada G.T., que foi super grossa quando perguntou sobre o comprovante de vacina da minha filha e respondemos que estava no carro, ele gritou dizendo que teríamos que andar com a carteira porque era obrigatório. Sabemos disso, porém no momento que ela solicitou, haviamos esquecido e a médica ainda disse que da próxima vez não era para esquecer, o tom que ela falou foi tão grosseiro que nem respondi. Se a médica encontra-se com alguma problema pessoal, que ela não leve para o local de trabalho, até porque nenhuma criança vem para o hospital porque gosta, que ela tratasse seus pacientes com mais atenção e carinho." P.B.F (Acompanhante)

Tratamento:

Avaliado o ocorrido com a colega que estava em plantão - médica pediatra, não residente; que me relatou que apenas perguntou sobre o cartão vacinal da paciente visto que a mesma apresentava sintomas gripais. A mãe não estava com o mesmo em mãos, plantonista seguiu com atendimento, com medicação e conduta conforme sua avaliação, sem prejuízos à paciente. Realizada orientação aos plantonistas de seguir cobrando carteira vacinal no atendimento de forma clara e direta. Ressalto que não houve prejuizo ao atendimento da paciente. A.C.B.A – Médica

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Extr. Final	Responsável	Situação
Orientar os responsáveis a sempre portarem comprovante vacinal dos filhos Retorno: Avaliado o ocorrido com a colega que estava em plantão - médica pediatra, não residente; que me relatou que apenas perguntou sobre o cartão vacinal da paciente visto que a mesma apresentava sintomas gripais. A mãe não estava com o mesmo em mãos, plantonista seguiu com atendimento, com medicação e conduta conforme sua avaliação, sem prejuízos à paciente.	E 05/01/2022 - 07/01/2022 R 05/01/2022 - 07/01/2022	Ana carolina Bechara Abrão	Concluída

- Orientar os responsáveis a sempre portarem comprovante vacinal dos filhos.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
HOOI/Pró-Saúde

Retorno:

O SAU entrou em contato com a acompanhante, que após ciência ficou satisfeita com o retorno, só pelo fato de retornar isso já é muito importante. A mesma informa que sabe que a médica estava com razão em cobrar o cartão de vacina, faz parte do trabalho dela. No entanto, a forma como a profissional fez isso, que a incomodou, ela poderia ter feito

Identificador de autenticação: C1E83C4D376CFC75B150E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

diferente, sem grosseria! Esse trato desagradável não foi exclusivamente com a mesma, outras mães também foram tratadas da mesma forma grosseira. Espero que essa situação seja observada e não ocorra mais. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que necessitar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

"Sou muito satisfeita pelo atendimento que tenho, porém hoje gostaria de registrar minha insatisfação quanto ao tratamento da equipe da copa. Meu filho faz tratamento a 3 meses e hoje (30/12/2021) passamos por um ocorrido muito desagradável. Nossas crianças já passam por tanta coisa, que no mínimo os colaboradores devem tratar essas crianças bem, já é a terceira vez que um copeiro nos trata mal, hoje fui pedir café para meu filho e ele não quis dar, só porque estávamos na recepção. Isso é um absurdo, penso que se a pessoa não quer trabalhar, que dê o lugar a outra. Esse copeiro é muito grosseiro e mal educado, ele é alto, magro e usa óculos, não irei tolerar esse tipo de situação nem os médicos e enfermeiros nunca fizeram isso, não é a primeira vez que essa situação acontece" [sic] M.S.S (Acompanhante)

Tratamento:

Esclareço que, não é rotina da copa entregar refeição para usuários que estejam fora das áreas de atendimento assistencial, visto que não é possível saber a real condição clínica do usuário. Na intenção de não ofertar riscos, as refeições são servidas somente após a entrada do paciente. Ainda assim, o profissional foi orientado pontualmente, a fim de desenvolver seu trabalho com mais empatia e cordialidade. Agradeço o relato pois ajuda a melhorarmos cada vez mais. R.P- Coordenadora do Serviço de Nutrição e Dietética.

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Estim./Real	Responsável	Situação
orientar colaborador sobre manejo com usuário e acompanhantes Retorno: 11/01/2022: Colaborador orientado sobre exercer o trabalho com empatia e cordialidade.	E 12/01/2022 - 12/01/2022 R 12/01/2022 - 12/01/2022	Renata Nunes Pinto	Concluída

- Orientar colaborador sobre manejo com usuários e acompanhantes.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hiol/Pró-Saúde

000030

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B
Identificador de autenticação: C1E3304.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

Retorno:

O SAU entrou em contato com a reclamante, que após ciência ficou muito satisfeita com o retorno, a mesma nos informou que não tinha a informação que as refeições eram servidas somente após a entrada do paciente. Mas reforça que os colaboradores da copa tenham mais empatia e educação com trato aos pacientes. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

"Chegamos na UAI no dia 11/01/2022 por volta de 18:00 e ficamos aguardando atendimento. Fomos atendimento e foi necessário realizar um exame (coleta de urina), porém esse exame só foi feito na manhã de hoje (12/01/2022), ou seja, ficamos a noite inteira na UAI e nenhum técnico ou enfermeiro foi entregar o material para coleta. Somente hoje, na troca de plantão, que o exame foi realizado." M.A.S (Acompanhante)

Tratamento:

Ao analisar a situação, observamos que não houve a entrega de material para coleta durante a noite, para evitar que houvesse equívoco na maneira de coletar o exame, já que a solicitação era referente a cultura de urina, sendo recomendado para este tipo de exame a coleta de urina pela manhã, por isso o frasco foi entregue ainda pelo plantão noturno, mas somente no horário cedo pela manhã do dia seguinte. Informamos, portanto, que não houve prejuízo na execução do exame, pois foi coletado conforme recomendação. Apesar disso, em virtude do seu registro, reforçaremos com a equipe sobre comunicar estas ações e recomendações aos acompanhantes e assim informa-los sobre o processo que precisa ser executado. A.J.B.O – Coord. de Enfermagem

Retorno:

O SAU entrou em contato com a reclamante que após ciência ficou satisfeita com o retorno. A mesma desta que compreende o motivo da demora, entretanto pede que se tenha uma melhor comunicação, repasse de informações aos acompanhantes, pois não foi informada sobre essa orientação de que a coleta deve ser pela manhã, a primeira urina do dia. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

Regina de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoboi/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UAI

Preenchimento:

"Cheguei com minha filha na UAI ontem (11/01/2022) por volta de 17:30. E houve um atraso muito grande na realização de exame, minha filha precisou fazer uma coleta de urina, a qual deveria ter sido realizada no dia 11/01/2022 às 19:00. No entanto, somente hoje (12/01/2022) por volta de 06:00 a equipe de enfermeiros passou no leito para me entregar o material para coleta. Não era para acontecer esse tipo de situação, era para trazer o material para coleta na hora certa." [sic] A.F.S (Acompanhante)

Tratamento:

Ao analisamos o caso, verificamos que a solicitação do exame era referente a cultura de urina, sendo recomendado a coleta de urina pela manhã, por isso o frasco foi entregue ainda pelo plantão noturno, mas somente no horário cedo pela manhã do dia seguinte. Esta medida visava evitar falhas na coleta, por este motivo o frasco não foi entregue ainda na noite de sua chegada. Informamos que não houve prejuízo na execução do exame, pois foi coletado conforme recomendação. Apesar disso, em virtude do seu registro, reforçaremos com a equipe sobre aprimorar a comunicação com os acompanhantes sobre os procedimentos que serão executados. A.J.B.O – Coord. de Enfermagem

Retorno:

O SAU entrou em contato via telefone com o reclamante, que após ciência a mesma ficou muito satisfeita com o retorno. Informa que entende o motivo da demora, mas pede que venha a ter uma melhor comunicação dos colaboradores para como os acompanhantes, pois não foi informado sobre essa orientação de que a coleta seja pela manhã, a primeira urina do dia. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hospital Pró-Saúde

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR

Preenchimento:

"Ocorreram três situações muito desagraveis em relação ao atendimento do enfermeiro D., o que me deixou muito inconformada com o atendimento do mesmo. Uma dessas situações, foi quando reportei a ele que não achava correto, o mesmo ter furado

Identificador de autenticidade: C1E33C4 0376 CFC 7561E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

reiteradas vezes minha filha de 05 meses, por volta de 10 furadas. Ele me informou que seria norma do hospital, deveria proceder (furando) até encontrar a veia, eu fiquei completamente indignada, porque isso é um absurdo e o enfermeiro ainda alterou o tom de voz comigo me questionando "tu vais deixar eu falar ou não?!". Eu simplesmente achei essa situação completamente errada, pela forma como ele se reportou a mim e toda essa agressividade com minha filha. Outra situação, foi quando eu solicitei a Dra. A. para que verificasse o olho da minha filha, pois havia um pelo dentro do olho dela. A médica me informou que já havia repassado para o enfermeiro fazer a lavagem, e era o D. Quando ele chegou no leito, se recusou a fazer o procedimento, alegando que iria sair sozinho, mesmo a médica tendo solicitando que fosse feito uma lavagem para retirar o pelo, o enfermeiro se recusou e não fez o procedimento. E uma última situação que ocorreu, foi quando desci para buscar algumas roupas e logo quando fui pegar o elevador, o enfermeiro D. estava lá. Quando ele viu que era eu, fechou o semblante e eu entrei no elevador, então quando já estava fechando a porta, ele colocou a mão para a porta não fechar e com toda força empurrou, entrou sem falar uma palavra e continuou com o semblante raivoso. Eu fiquei com muito medo dessa situação, pois estava somente eu e ele no elevador. Não tenho gostado nenhum pouco do tratamento dele para com minha filha e comigo." S.M.S (Acompanhante)

Tratamento:

Primeiramente gostariamos de reforçar que a Instituição não compactua com esse tipo de comportamento e que os colaboradores são orientandos a atender os usuários do serviço com empatia, utilizando técnicas de acordo com os protocolos institucionais. Existe um protocolo que regulamente o processo de punções e o número de tentativas, e que em casos de insucesso da punção a orientação é acionar o médico plantonista e repassar a dificuldade de punção para que ele defina a conduta que poderá ser realizada. Diante do relato recebido o colaborador será acionado por sua Coordenação para realização de orientação pontual quanto aos acontecimentos pontuados pela genitora.

M.O.K – Coordenadora da Unidade de Internação

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Estim./Real.	Responsável
Orientação em Ata sobre condutas Retorno:	E 12/01/2022 - 22/01/2022 R n/d - n/d	Michelle de Oliveira Kzam

- Orientação em Ata sobre condutas.

Regina de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: C1B330D376CFC75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Retorno:

O SAU via telefone entrou em contato com a reclamante, que após ciência a mesma ficou satisfeita com o retorno. A mesma relatou que após o incidente, notou bastante melhorias quanto ao atendimento do enfermeiro citado na reclamação. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que necessitar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO BUSCA DIRETA
AMBULATÓRIO

Preenchimento:

"Dra. A. marcou um intratecal da minha filha J. S. C. para hoje (13/01/2022), no entanto a mesma não passou para o sistema e quando cheguei ao hospital, fui informada de que não havia nada agendado. Estou desde cedo no hospital, aguardando algum posicionamento e nada me foi repassado, fico bastante preocupada pois não é a primeira vez que essa situação ocorre e minha filha já tem outros procedimentos com data marcada para serem realizados, não conseguindo realizar hoje o intratecal, teremos muito atraso os demais procedimentos." [sic] J.A.S (Acompanhante)

Tratamento:

Alinhamento com a equipe de Oncologista, para que situações como essa não venham a se repetir novamente. Pedimos desculpa pelo ocorrido, a empresa prestadora já criou ação de melhoria. R.F.B.V - Oncopediatra

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Estim./Real.	Responsável
ALINHAMENTO COM A EQUIPE DA ONCOLOGIA PEDIATRICA Retorno	E 07/02/2022 - 07/02/2022 R n/d - n/d	Renata Fernandes Barra Valente

- Alinhamento com a equipe da Oncologia pediátrica.

Retorno:

O SAU entrou em contato com a acompanhante, que após ciência ficou satisfeita. A mesma agradece o retorno, e informa que realmente essa situação de desencontro de informação é bem complicada. Espera que não ocorra novamente e nem com outros pacientes. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
HOOI/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

UAI

Preenchimento:

"No dia 15/01/2022 (sábado) estive na UAI com meu filho, onde fomos atendidos pela Dra. B. C. N., a mesma viu o estado do meu filho (gripado), passou medicação e não cancelou a consulta que tínhamos para hoje (17/01/2022) e ao chegarmos no hospital meu filho não foi consultado porque está gripado. A criança continua doente, a médica B. não passou nem um raio-X, sendo que ele deveria estar em casa se recuperando e tomando a medicação. Compareci ao hospital na data da consulta, mas dei a viagem em vão porque ele não foi consultado. Ele tem um teste de Covid agendado para amanhã dia 18/01/2022, outro dia que terei que sair de casa com meu filho gripado. E nem moramos em Belém, somos de Barcarena" A.S.S (Acompanhante)

Informações adicionais: Segundo a reclamante, a mesma passou pela triagem, informou ao colaborador que o filho estava com sintomas gripais e mesmo assim adentrou no hospital.

Tratamento:

Orientado novamente aos colegas plantonistas da UAI quanto ao fluxo dos pacientes sintomáticos respiratórios. No caso em questão, a criança foi avaliada, pelo exame fisico não apresentava nenhum sinal de gravidade e alteração de ausculta pulmonar então o médico não achou necessário solicitar rx tórax, entregou receita e orientou retorno no 5º dia para coleta de rt pcr. Já repassei à colega em questão e aos demais profissionais que deve ser orientado ao responsável o reagendamento das consultas ambulatoriais para evitar transmissão viral no serviço. Solicito que nesses casos também ocorra separação na UAI das crianças com sintomas gripais para evitar contato com os assintomáticos. Orientado novamente a equipe médica sobre o fluxo dos sintomáticos respiratórios ambulatoriais: consultas devem ser reagendadas para evitar que o paciente fique transitando no hospital com sintomas gripais. A.C.B.A – Médica

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Data Real	Responsável	Situação
Orientar acompanhantes que pacientes sintomáticos respiratórios não devem comparecer as consultas ambulatoriais agendadas Retorno: Orientado novamente aos colegas plantonistas da UAI quanto ao fluxo dos pacientes sintomáticos respiratórios. No caso em questão, a criança foi avaliada, pelo exame fisico não apresentava nenhum sinal de gravidade e alteração de ausculta pulmonar então o médico não achou necessário solicitar rx tórax, entregou receita e orientou retorno no 5º dia para coleta de rt pcr. Já repassei à colega em questão e aos demais profissionais que deve ser orientado ao responsável o reagendamento das consultas ambulatoriais para evitar transmissão viral no serviço. Solicito que nesses casos também ocorra separação na UAI das crianças com sintomas gripais para evitar contato com os assintomáticos	E 15/01/2022 - 18/01/2022 R 15/01/2022 - 18/01/2022	Ana carolina Bechara Abrão	Concluída

Regina Carvalho da Silva
Líder SAU
Hospital Pró-Saúde

000035

Identificador de autenticação: C1E83C4D376CFC75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

- Orientar acompanhantes que pacientes sintomáticos respiratórios não devem comparecer as consultas ambulatoriais agendadas.

Retorno:

O SAU entrou em contato com a reclamante, que após ciência a mesma ficou satisfeita. A mesma agradeceu pelo retorno, ficou satisfeita e agradece pelo esclarecimento. Esclarece que toda a situação, de não remarcação da consulta, causou um certo transtorno porque não mora em Belém. Mas agora está ciente de que as consultas de pacientes com sintomas gripais devem ser reagendadas. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECEPÇÃO E ATENDIMENTO

Preenchimento:

"Gostaria de manifestar insatisfação quanto ao atendimento e postura da recepcionista do turno da tarde, fico muito insatisfeita com o atendimento, pois todas as vezes sou tratada com desleixo, não entendo, talvez seja pela minha forma simples de ser. A mesma me deixou sozinha na recepção, bateu à porta e foi embora. No mesmo dia (17/01/2022) fui totalmente destratada pelo agente de portaria da UAI, ele se dirigiu a mim de forma extremamente grosseira afirmando que eu estava entrando e saindo do hospital, que já conhecia "minha cara" e eu não poderia fazer isso, sendo que estava apenas na recepção tentando agilizar as coisas pois minha sobrinha A. G. havia recebido alta." [sic] A.V.F (Acompanhante)

Tratamento:

Boa tarde, gostaria de agradecer pelo seu registro, e dizer que o setor de Recepção e Portaria mensalmente passa por treinamento e/ou reuniões para melhorar os processos e manter a qualidade e humanização com todos os usuários e acompanhantes. Desta forma, estaremos aperfeiçoando a comunicação entre a equipe para assim garantir um melhor atendimento. L.V.A.N – Supervisor Faciliteis

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Exim./Real	Responsável
Reunião Mensal (Janeiro 2022) Retorno:	E 18/01/2022 - 31/01/2022 R n/d - n/d	Luis Victor Andrade do Nascimento

Regiane de Souza da S
Líder SAU
Hotel/PRÓ-Saúde

Identificador de Autenticação: C1E83C4CD376CFC75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

- Reunião mensal com os colaboradores da Recepção e Atendimento.

Retorno:

O SAU entrou em contato com a reclamante, que após ciência do retorno ficou satisfeita. A mesma agradeceu pelo retorno e informa que realmente a situação foi bastante indelicada e até mesmo constrangedora. Destaca que já passam por uma situação tão difícil com as crianças fazendo o tratamento, o mínimo que esperam é um atendimento mais humanizado. Espero que se tenha uma melhor comunicação entre a equipe para assim se ter um melhor atendimento. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

Melhorias no processo do S.A.U

- Integração aos novos colaboradores nos dias 03,12, 17 e 24 de janeiro de 2022 onde foram apresentadas as atribuições do SAU, as metas, os objetivos e a finalidade, com o objetivo de ser esclarecida a importância do atendimento humanizado e de que forma ele enxerga o nosso trabalho, buscando sempre superar as expectativas dos usuários, garantindo a satisfação e excelência no cuidar.

Considerações finais

Durante o mês de janeiro de 2022 foram realizadas pesquisas com mais 10% da população amostral setorial. Obtivemos 99% de satisfação no formulário do setor de Exames, Unidade de Atendimento a Intercorrências – UAI 98%, 93% do atendimento Ambulatorial e no formulário da Internação 97%. A satisfação Global em 97%. Atingimos 100% de reclamações tratadas com o retorno ao usuário, sendo 80% a meta estipulada no contrato de gestão. Foram realizados 54 elogios pelos usuários/acompanhantes e reforçada a prática da realização da pesquisa de satisfação para a melhoria dos nossos serviços.

No mês de janeiro o quantitativo de visitas do serviço de atendimento ao usuário, está normalizado os nossos atendimentos de visitas beira leito, inclusive em todas as unidades de internação, porém continuamos a realização de atendimentos telefônicos, como canal de comunicação para a captação das pesquisas de satisfação nos isolamentos e na UTI. É importante ressaltar que mesmo por contato telefônico ou presencial, o serviço de atendimento ao usuário realiza a captação de

Renata de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: C1E33C4D376LCFC75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

000037

pesquisas atendendo de forma responsável e segura os nossos usuários e acompanhantes sempre de acordo com as normas de segurança do nosso hospital.

Regiane de Carvalho da Silva
Líder do Serviço de Atendimento ao Usuário
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Aline Lima Gonzaga
Coordenadora de Qualidade
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de Autenticação: C1E3C4C037A CFC 75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

4.2- Relatório SCIH / Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

3 Atividades Desenvolvidas:

O quadro abaixo demonstra as atividades desenvolvidas pelos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

DIÁRIO	Busca ativa e notificação das IH	Médica e enfermeiras
	Busca e notificação das não conformidades	Coordenadora, Enfermeiros
	Controle e orientações na prevenção de IH	Médica e enfermeiros
	Controle de antibióticos – Ficha de Controle Terapêutico de Antimicrobianos e de Uso Restrito	Médica
	Parecer Médico telefônico quanto ao uso de antimicrobianos - Senhas	Médica
	Controle dos usuários em Medidas de Precaução	Médica, enfermeiros e técnica de enfermagem
	Análise e classificação das Culturas para Critério Diagnóstico de IRAS	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Análise de culturas para instituir precaução	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Envio da lista dos usuários em Precaução aos setores interessados	Enfermeiros e técnica de enfermagem
	Validação de manuais, protocolos institucionais referentes a temas que englobem controle e prevenção de infecção (Sistema hospitalar)	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Vistoria de obras e reformas, quando houver	Coordenadora e enfermeiros
SEMANAL	Discussão e divulgação das infecções para os setores assistenciais	Coordenadora, Enfermeiros
	Divulgação da parcial de Observações de Higiene de Mãos nos setores assistenciais e por e-mail para os coordenadores.	Coordenadora e Enfermeiros

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4:D376:CFC:7581E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

MENSAL	Fornecer dados das buscas ativas para Relatório IH	Médica, enfermeiros e técnica de enfermagem
	Reunião interna do SCIH (executores) e Confecção de Atas	Coordenadora, Médica, enfermeiros e técnica de enfermagem
	Relatório das IH execução e revisão	Coordenadora, Médica e Enfermeiros
	Relatórios do FORMSUS (ANVISA) e Vigilância Sanitária	Coordenadora e Enfermeiros
	Reunião da CCIH (consultores)	Coordenadora, Médica, enfermeiros e técnica de enfermagem
	Encaminhamento dos relatórios para as clínicas	Coordenadora e enfermeiros
	Divulgação mensal das notificações de IRAS e Medidas de Prevenção de IRAS aos setores de assistência (Infectômetro)	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Participação de outras comissões	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Visita técnica aos setores, conforme cronograma	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Validação de limpeza terminal	Enfermeiros
	Validação de laudos das análises microbiológicas da água	Médica
TRIMESTRAL	Fornecer dados das buscas ativas para Relatório IHS	Médica e enfermeiros
	Relatório das IHS (compilado mensal)	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Relatório das IHS (compilado mensal)	Coordenadora
SEMESTRAL	Validação da analise fisico-quimica da água	Médica
	Validação da análise do ar	Médica

Identificador de autenticação: C1E83C0D378CF0C75B150E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

ANUAL	Perfil microbiológico das IH	Médica
	Relatório anual da CCIH	Coordenadora

4 Capacitações, Visitas Técnicas e Outras atividades

Reunião da CCIH ocorrida no dia 13/01/2022.

- Elaboração do cronograma de Visitas Técnicas 2022.
- Integração de Colaboradores e de Terceirizados.
- Reunião interna: elaboração do PCIRAS 2022, treinamentos de políticas institucionais, auditoria dos bundles de prevenção de IRAS entre outros assuntos.
- Missão do Projeto Guardiões dos maninhos: fortalecer as medidas de prevenção de IPCS-CVC e IPPM.
- Divulgação das parciais de higienização das mãos para equipes assistenciais, gestores e diretores.
- Auditorias periódicas nas unidades (higiene de mãos, medidas de precauções e bundles).
- Abordagens diretas dos colaboradores observados na higienização das mãos e orientações após observação direta da Higienização das Mãos (feedback).
- Recomendação do uso racional de antimicrobianos e profilaxia cirúrgica.
- Discussão dos casos de infecções notificadas nos setores e as medidas de prevenção que precisavam ser fortalecidas, durante divulgação das IRAS (infectômetro) e resultados finais de indicadores.
- Reunião com equipes: Diretorias e SESMT sobre o surto de gripe e COVID 19; reunião com NQSP sobre adesão aos bundles de prevenção de IRAS; participação da reunião e manutenção (CMIE), reunião com DT sobre metas 2022, vacinação de pacientes, reforço de orientações sobre medidas de prevenção de infecções.
- Treinamentos: Participação do treinamento sobre Políticas Institucionais e Atividades do Janeiro Branco, realização de orientações sobre medidas de prevenção de IPCS-CVC para colaboradores, pacientes e acompanhantes.
- Auditoria de Obras e Reformas do setor de manutenção na QT e UI.

5 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde – HOIOL – 2022

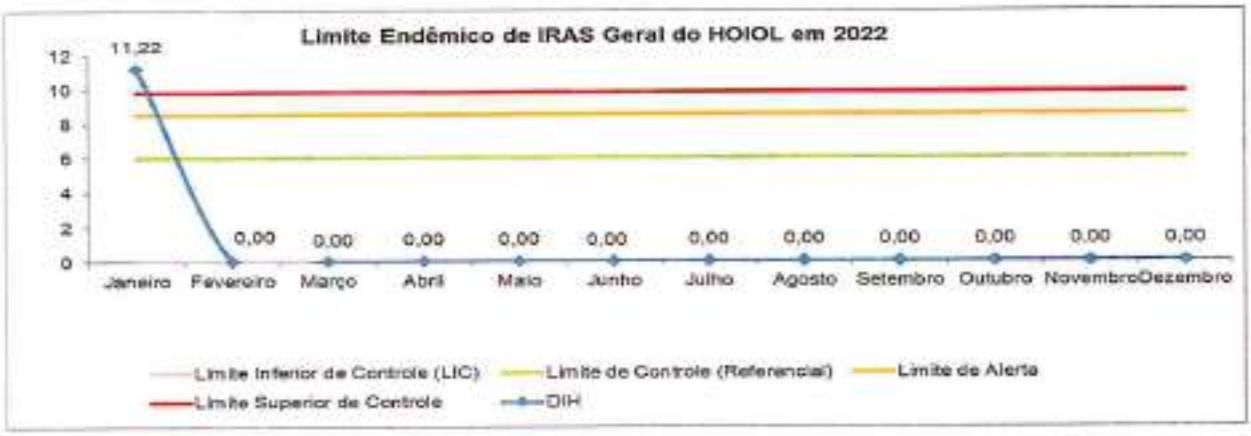
5.1 Densidade de IRAS Geral do HOIOL

Identificador de autenticação: C1E3304.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

MÊS	Saídas	Paciente Dia	IRAS	Paciente IRAS	Óbito associado a IRAS	DI de IRAS	DI de Usuários IRAS	Taxa Letalidade (%)
JAN	147	23086	23	19	0	11,22	9,27	0,00

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.



5.1 Distribuição topográfica das IRAS do HOIOL em 2022

Mês	IPCS-CVC	IPCS não CVC	PAV	ITR	ITU-SVD	ITU não SVD	ISC	Outras
JAN	4	1	0	10	1	1	1	5[1]

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.
Outras IRAS: [1] 01 Infecção de abdome, 04 IPPM.

Análise: Neste mês, a Densidade de IRAS Geral ficou em 11,22 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que a observada no mês anterior (4,51), acima do limite superior de controle, configurando situação de surto, em virtude da terceira onda de COVID que está ocorrendo no estado neste momento, conforme pode-se visualizar no gráfico de limite endêmico geral de IRAS do hospital.

A Distribuição Topográfica das IRAS está disposta na tabela acima, onde 23 IRAS foram notificadas no total, em 19 pacientes, sendo estas 05 infecções associadas à dispositivos, 01 ISC e 17 infecções não associadas: UTI: 4 ITR (sendo 02 por COVID 19) e 01 ABD; 1º CC: 03 ITR (COVID 19) e 01 ITU-SVD; 1º QT: 01 IPCS-CVC (PICC), 01 IPCS não CVC e 01 IPPM (flebite); 2º UI: 02 IPCS- CVC, 03 IPPM (lesão de pele e mucosite), 01 ITU não SVD e 03 ITR (COVID 19); 3º UI: 01 IPCS-CVC e Centro Cirúrgico: 01 ISC em neurocirurgia. Não tivemos óbito associado a IRAS no hospital, sendo a taxa de letalidade de 0%.

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Tivemos 08 IRAS por COVID 19, entre os fatores que contribuíram para o desenvolvimento das infecções, estão a alta velocidade que a COVID 19 se disseminou no município, estado e país, nas primeiras semanas do mês, logo após o surto de gripe, resultado em afastamentos de profissionais, aumentando o número de procura por atendimentos devido sintomas gripais.

Dentre estas IRAS, 6 foram diagnosticas por meio de RT-PCR (diagnostico laboratorial) e 2 por critérios clínicos-epidemiológicos, onde todos os pacientes evoluíram com melhora do quadro clinico apresentado. Três destes pacientes receberam alta hospitalar antes do resultado do exame e cumpriram isolamento domiciliar.

Todos pacientes atendidos estavam com sintomas leves, receberam o acompanhamento durante o período de internação, seguiram o período de precaução hospitalar ou concluíram o isolamento domiciliar após a alta.

Quando avaliamos os fatores de riscos e/ou os eventos adversos relacionados as IRAS evidenciamos que este mês houve um aumento significativo de internações pelo 2º mês consecutivo, em dezembro o número de pacientes-dia foi de 1997, neste mês foi de 2049, um absenteísmo importante de colaboradores, devido afastamentos por sintomas gripais, o cenário de 3ª onda por COVID 19, junto com o surto de gripe, bem como gravidade clínica de usuários, seguido pelo alto número de casos novos no mês de dezembro com 45 casos e janeiro com 28, longa permanência dos usuários, refletindo diretamente no aumento da densidade de IRAS.

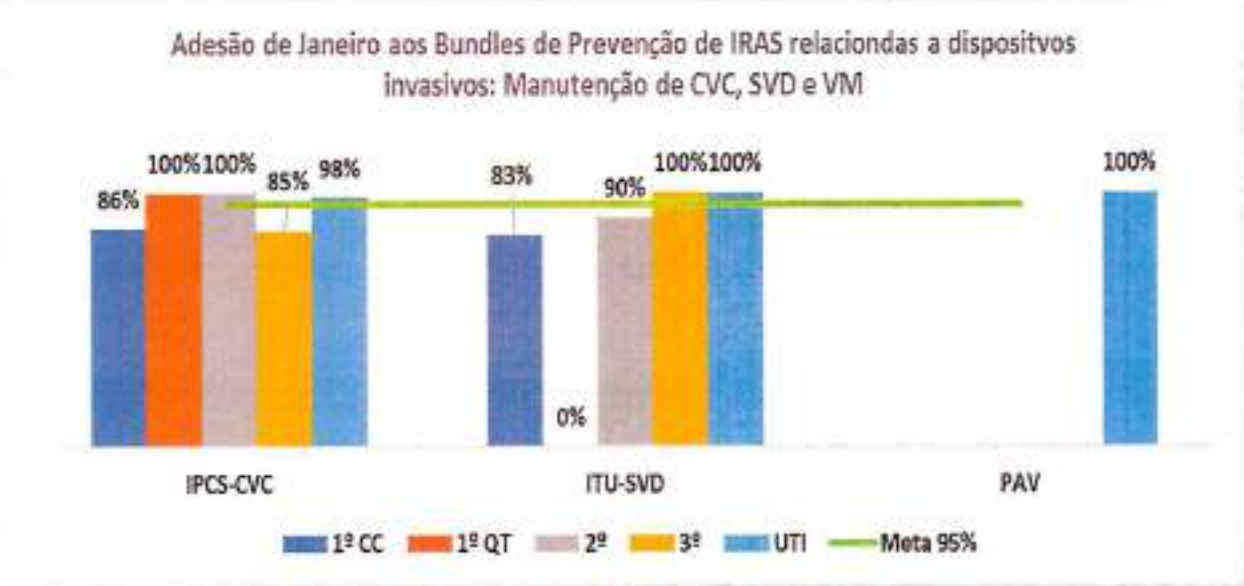
Tivemos um aumento de infecções em pacientes com doença relacionada aos cânceres hematológicos e neurológicos: 9 leucemias em geral e 10 em sistema nervoso central. Além disso, observamos outros fatores inerentes ao paciente, como: longa permanência hospitalar, mais pacientes em extremos de idade, uso de antimicrobianos diversos, quimioterapia com longos períodos de neutropenia febril, gerando imunossupressão avançada, as quais foram muito relevantes para a ocorrência das IRAS.

Fazendo uma análise em paralelo com as medidas de prevenção de IRAS implantadas no hospital, tais como a taxa de adesão à higiene das mãos (meta 95%) e os bundles de prevenção de IRAS (meta 95%), percebe-se que a meta de adesão de higienização das mãos permaneceu em 98%, acima da meta, embora com uma amostra menor, diante do cenário de afastamento de colaboradores por sintomas

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

gripais, entre as principais não conformidades encontradas foram de profissionais remanejados. Quanto a adesão ao bundles de prevenção de IRAS, alguns setores não atingiram a meta: 1ºCC (86% bundles de IPCS-CVC, 83% ITU-SVD); 2º UI: (90% bundles de IPCS-CVC); 3º andar (85% bundles de IPCS-CVC), conforme gráficos abaixo:



Ao correlacionarmos com o número de infusões quimioterápicas que aconteceram no mês em questão (2618), permaneceu na média do mês anterior, porém com um total de 10 pacientes neutropênicos que desenvolveram IRAS, já que a quimioterapia reduz as células de defesas dos pacientes, tornando-os mais susceptíveis a desenvolver infecções, apesar da boa adesão das medidas de prevenção e controle de IRAS.

Entre as principais ações de melhoria aplicadas pelo SCIH para fortalecer as medidas de prevenção e controle de IRAS foram: Vigilância epidemiológica (ativa e passiva); Instituição e monitoramento de precauções hospitalares; auditorias de

Identificador de autenticação: C1E83C4D376CFCC75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

bundles; notificação das IRAS como eventos adversos, discutidas em conjunto com a equipe assistencial e para desenvolver estratégias para melhoria do processo; implementação do projeto INFECTÔMETRO - Discussão dos resultados de IRAS e das principais fragilidades/fatores de risco para IRAS encontradas; execução da missão do projeto Guardiões dos Maninhos, abordando entre as medidas de prevenção de IRAS no mês voltada para IPCS-CVC e IPPM; abordagem para feedback ao profissional observado logo após a observação dos 5 momentos da higienização das mãos; ações voltadas a reforçar a aplicação de estratégias e medidas de prevenção de COVID 19/INFLUENZA, reforçado sobre a restrição de visitas, trocas de acompanhantes com frequência e circulação desnecessárias de pessoas, importância da vacinação contra a COVID 19, reuniões pontuais com equipes quando há situações específicas a serem discutidas e com os acompanhantes.

6 Indicadores de Infecções Relacionadas ao Sitio Cirúrgico, HOIOL.

6.1 Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC).

MÊS	ISC Total	Total de cirurgias (limpas e contaminadas)	Tx geral de ISC	ISC cirurgias limpas	Total de cirurgias limpas	Tx de ISC em cirurgias limpas
JAN	1	23	4,55	1	17	5,88

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatistica do HOIOL.

Identificador de autenticação: C1E3304.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

000047

Análise: Neste mês houve 01 notificação de infecção de sitio cirúrgico, resultando em uma taxa de 4,55%, como pode-se observar no gráfico acima. Sendo uma infecção profunda em cirurgia limpa da neurocirurgia (ressecção de TU de fossa posterior), correspondendo a taxa de 5,88%.

Quando avaliamos os fatores de riscos e os eventos adversos relacionados a IRAS, não foram identificadas falhas nos cuidados no pós operatório, os bundles de ISC estavam todos conformes. Entre as principais ações de melhoria aplicadas, o SCIH vem mantendo como ações continuas a discussão do caso com as equipes da unidade, feita orientação também para o acompanhante, intervenções imediatas sobre as situações de risco e eventos dentro da unidade, bem como o feedback aos profissionais dos setores e o monitoramento dos indicadores de prevenção de ISC.

7 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, UTI - HOIOL

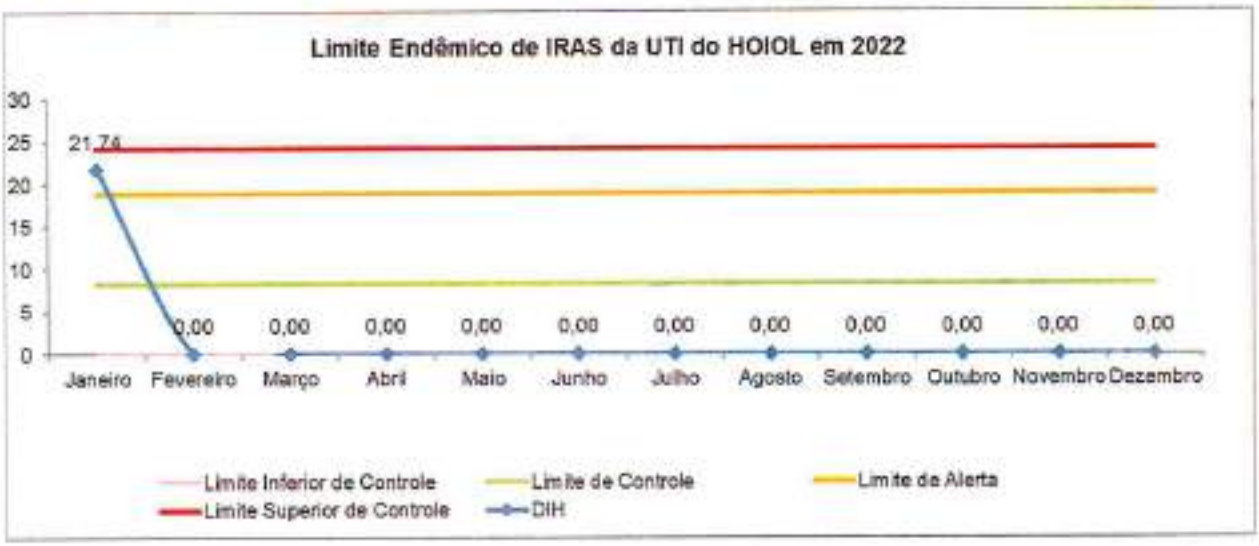
7.1 Densidade de Incidência de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCS-CVC, PAV e ITU-SVD)

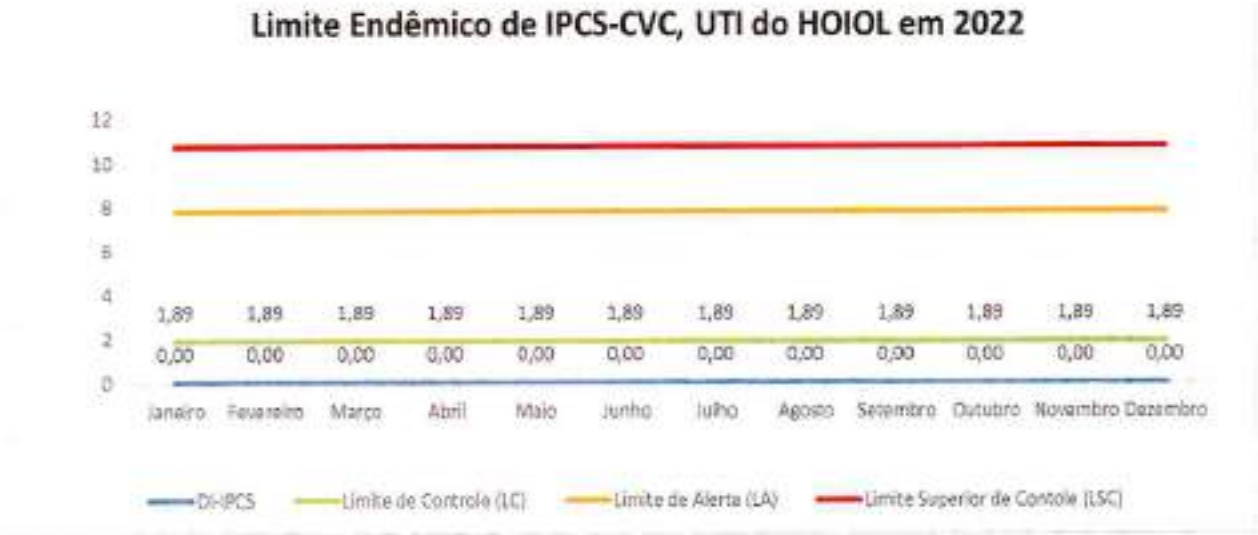
MÊS	Paciente/ Dia	IRAS	Usuários IRAS	CVC-dia	VM-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	DI. PAV	DI. ITU-SVD
JAN	**230**	**5**	**4**	**143**	**96**	**109**	**21,74**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

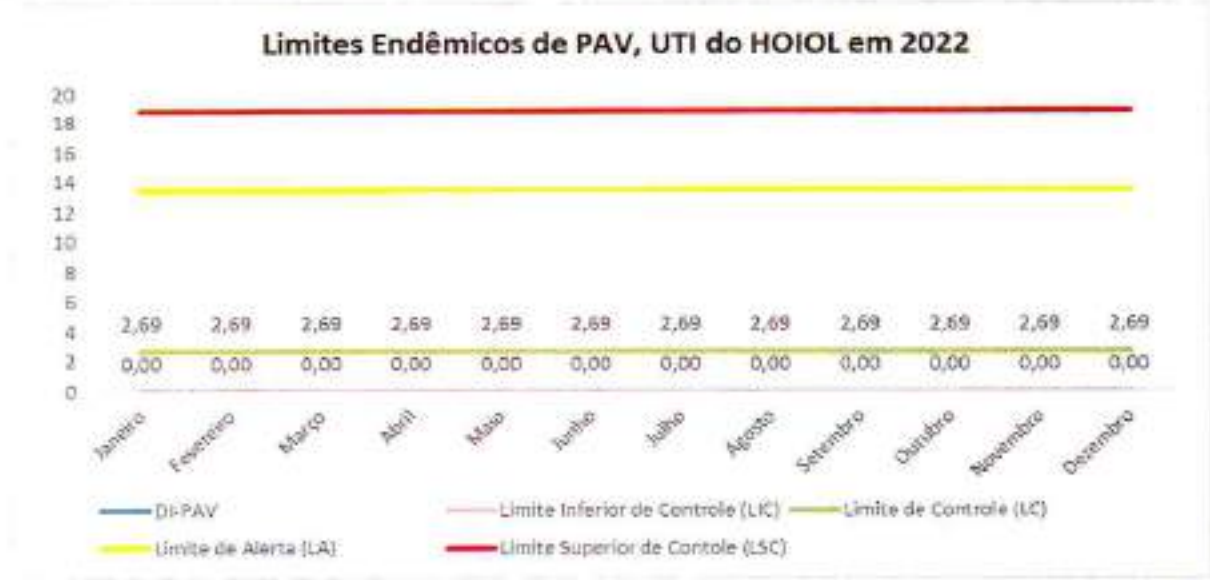
Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

Identificador de autenticação: C1E33C4.D376.CFC.75B1E0E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

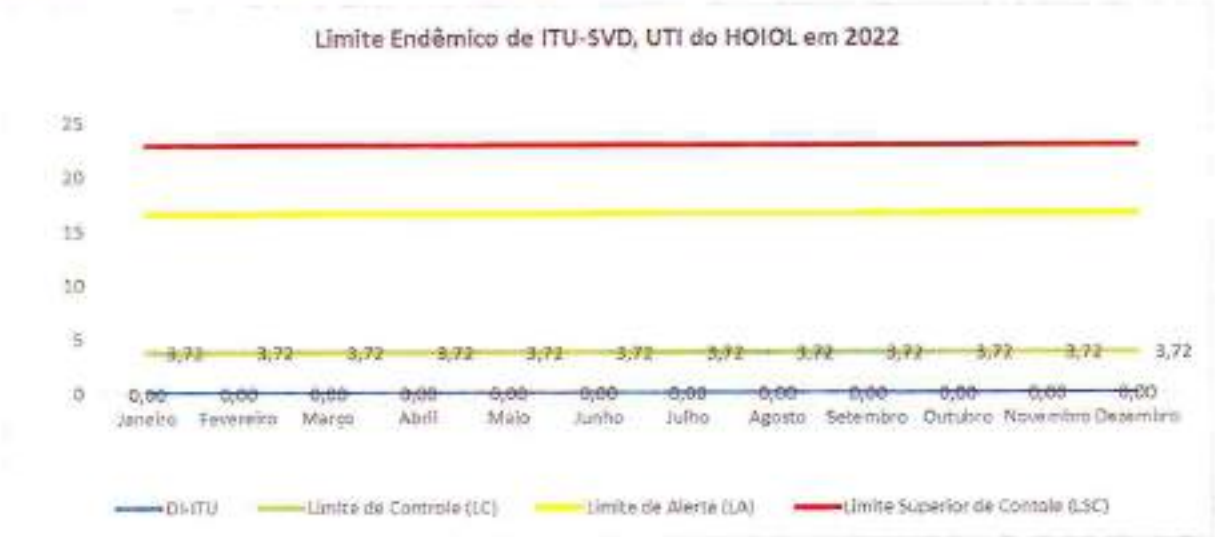






Identificador de autenticação: C1E83C4D276CFC75B160E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B



7.2 Distribuição Topográfica das IRAS na Unidade de Terapia Intensiva

Mês	IPCS-CVC	IPCS não CVC	PAV	ITR	ITU-SVD	ITU não SVD	ISC	Outras
JAN	0	0	0	4	0	0	0	1[1]

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE
Outras IRAS: [1]01 infecção de abdome.

Análise: Neste mês, o setor teve 05 notificações de IRAS: 04 ITR, 01 de abdome, ficando com uma Densidade de IRAS de 21,74 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (15,44), ficando acima do limite de alerta, porém abaixo do limite superior de controle, conforme pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da UTI.

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor permanece sem casos de IPCS-CVC, ITU-SVD e PAV neste mês. Houve uma queda do uso de dispositivos-dia em relação ao mês anterior.

Ao avaliarmos os fatores de risco e os eventos adversos que podem ter contribuído para a infecção destaca-se: afastamentos de colaboradores e remanejamentos, diante da 3ª onda de COVID 19 e surto de gripe no município, quanto aos fatores ligados aos pacientes: todos eram de longa permanência, em uso de antibióticos, doença de base hematológica ou neurológica, a maioria com neutropenia febril grave, presença de dispositivos invasivos, extremo de idade e quadro clínico grave.

Identificador de autenticação: C1E83C4D376CFC75B160E5EEB06888CB
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: BCCD12C2B844CF91.08F9D2E79E87A3DE.A688E427B90D957C.A772CFAD454A104B

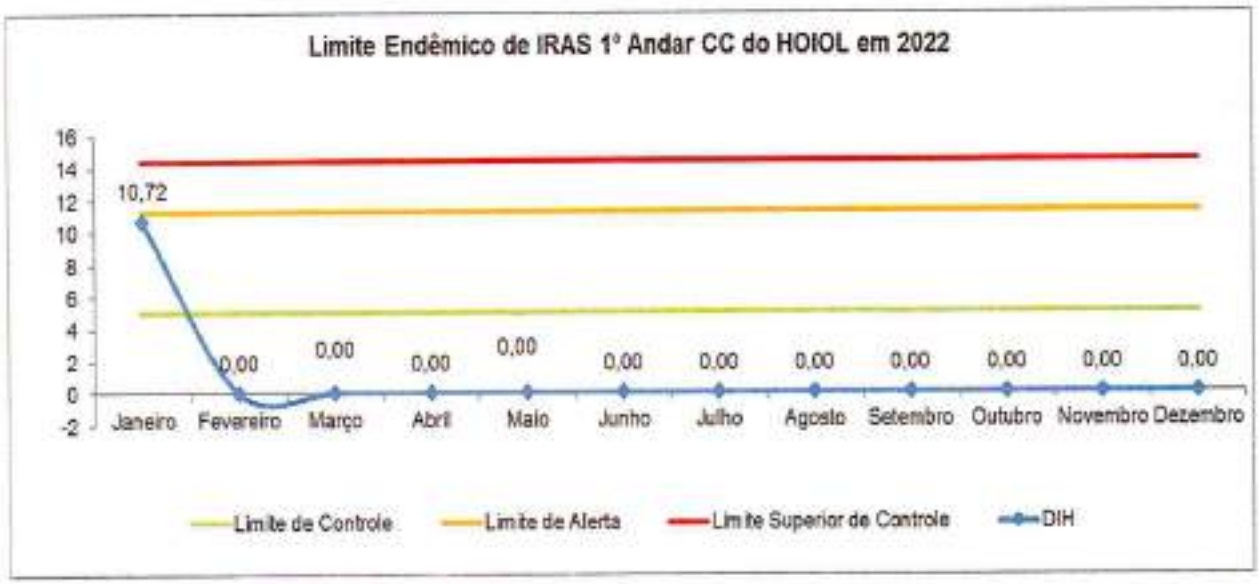
Entre as ações de melhoria para os eventos foram realizadas: discussão do caso com equipe do setor, reforçando a importância sobre a manutenção das medidas de prevenção de IRAS, execução da missão do projeto guardiões dos maninhos, realizadas orientações para acompanhantes e pacientes, reforçadas medidas de prevenção de COVID 19/INFLUENZA, sobre a restrição de visitas, trocas de acompanhantes com frequência e circulação desnecessárias de pessoas, importância da vacinação contra a COVID 19.

8 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, 1º Andar Cirúrgico – HOIOL

8.1 Densidade de Incidência de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCS-CVC e ITU-SVD) no 1º andar cirúrgico.

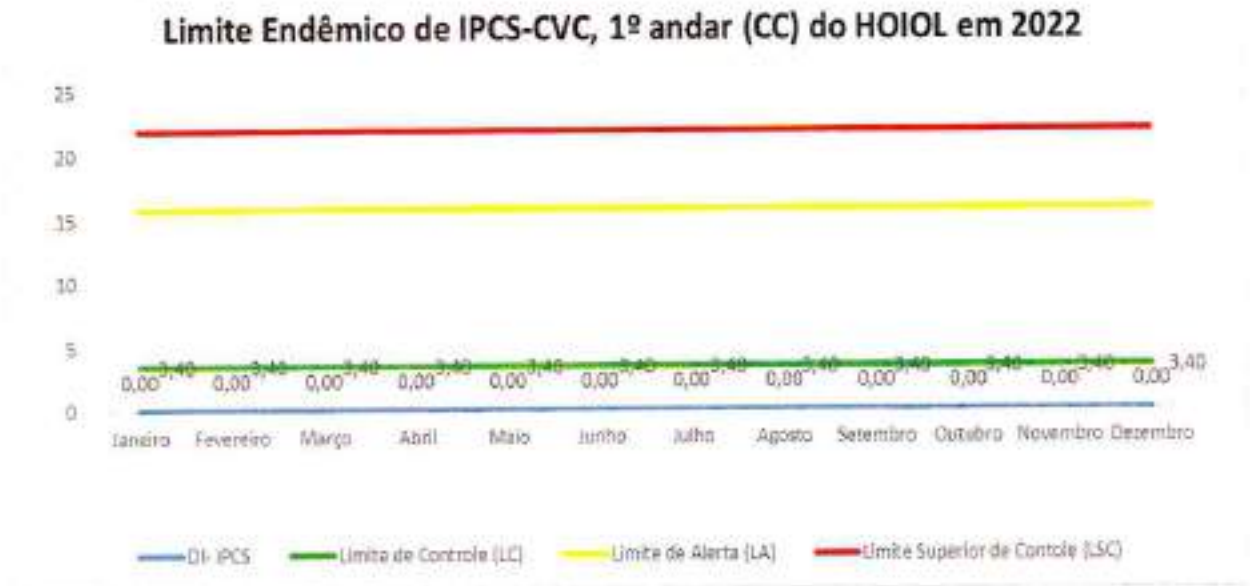
MÊS	Paciente/Dia	IRAS	Pacientes IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	DI. ITU-SVD
JAN	373	4	4	75	37	10,72	0,00	27,03

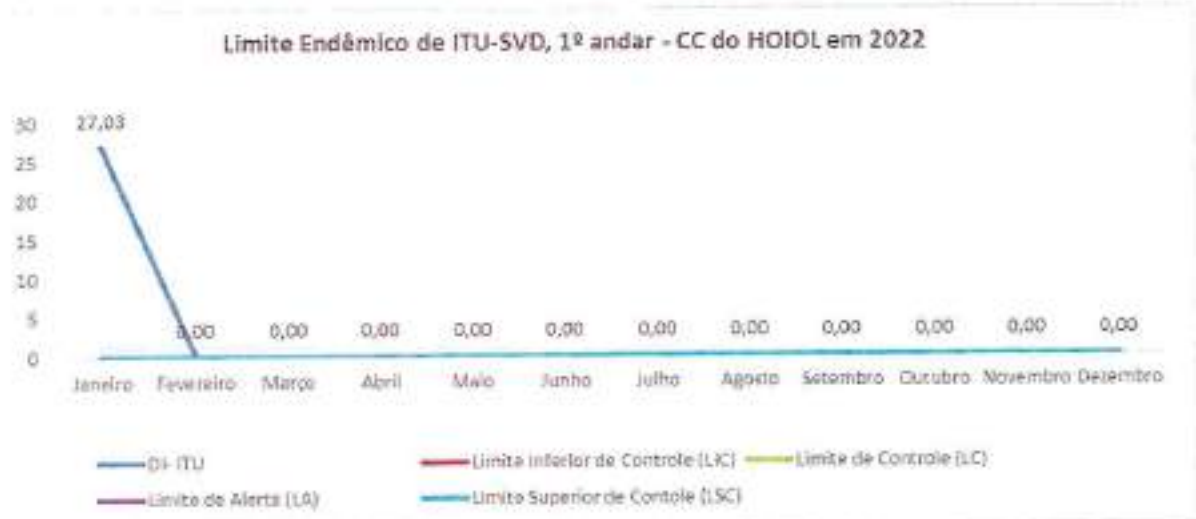
Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.



Identificador de autenticação: C6498D38754475C7A7DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D





8.2 Distribuição Topográfica das IRAS do 1º andar cirúrgico

MÊS	IPCS-CVC	IPCS NÃO CVC	ITU-SVD	ITU Não SVD	ITR não assoc.	ISC	OUTRAS
JAN	0	0	1	0	3	0	0

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

Análise: Neste mês, o setor teve 04 notificações de IRAS: 03 ITR, 01 ITU-SVD, ficando com uma Densidade de IRAS de 10,72 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (2,51), quase chegando no limite de alerta, conforme pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da unidade.

Identificador de autenticação: 658939DC3875147FC74FDC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor não teve casos de IPCS-CVC, porém teve 01 ITU-SVD, identificada falha no registro dos bundles de prevenção de ITU-SVD. Houve um aumento do uso de CVC-dia, saindo de 67 para 75 CVC-dia e mantendo a média de SVD-dia, saindo de 40 para 37 SVD-dia).

Ao avaliarmos os fatores de risco e os eventos adversos que podem ter contribuído para a infecção destaca-se: afastamentos de colaboradores e remanejamentos, diante da 3ª onda de COVID 19 e surto de gripe no município, quanto aos fatores ligados aos pacientes: que todos estavam em uso de antibióticos, a maioria era de longa permanência, a doença de base era neurológica, a maioria com neutropenia febril grave, presença de dispositivos invasivos, extremo de idade e quadro clínico grave.

Entre as ações de melhoria para os eventos foram realizadas: discussão do caso com equipe do setor, reforçando a importância sobre o Registro e avaliação diária dos bundles de prevenção de IRAS, manutenção das medidas de prevenção de IRAS, execução da missão do projeto guardiões dos maninhos, realizadas orientações para acompanhantes e pacientes, reforçadas medidas de prevenção de COVID 19/INFLUENZA, sobre a restrição de visitas, trocas de acompanhantes com frequência e circulação desnecessárias de pessoas, importância da vacinação contra a COVID 19.

9 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, 1º andar Quimioterapia – HOIOL

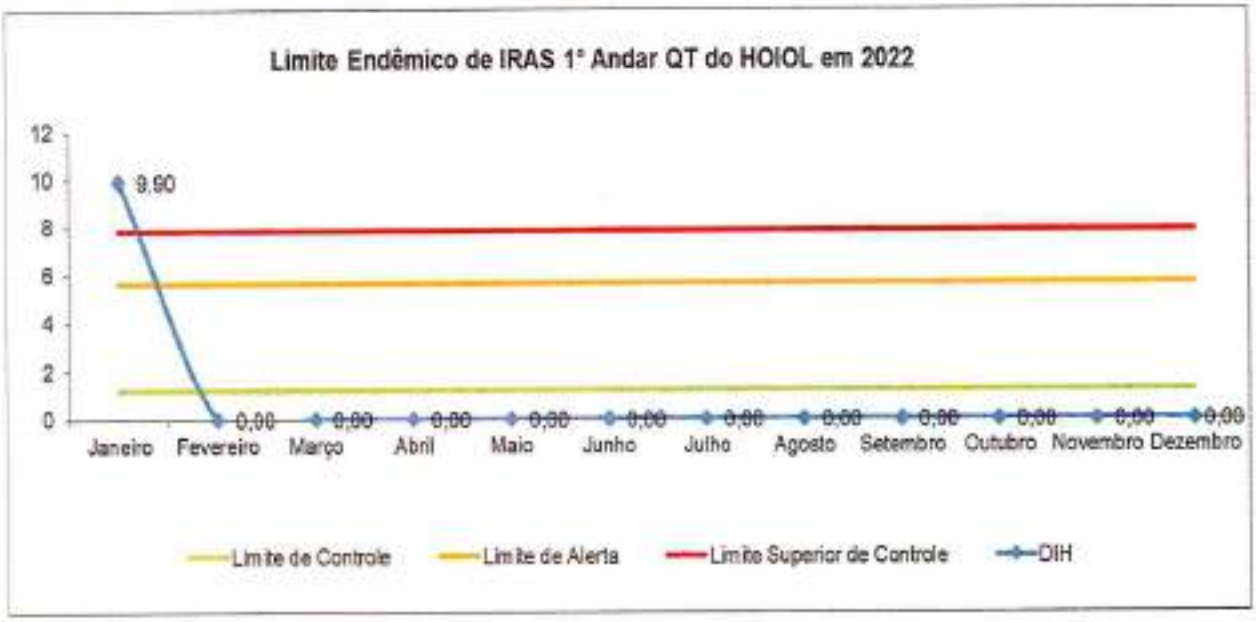
9.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCS-CVC e ITU-SVD)

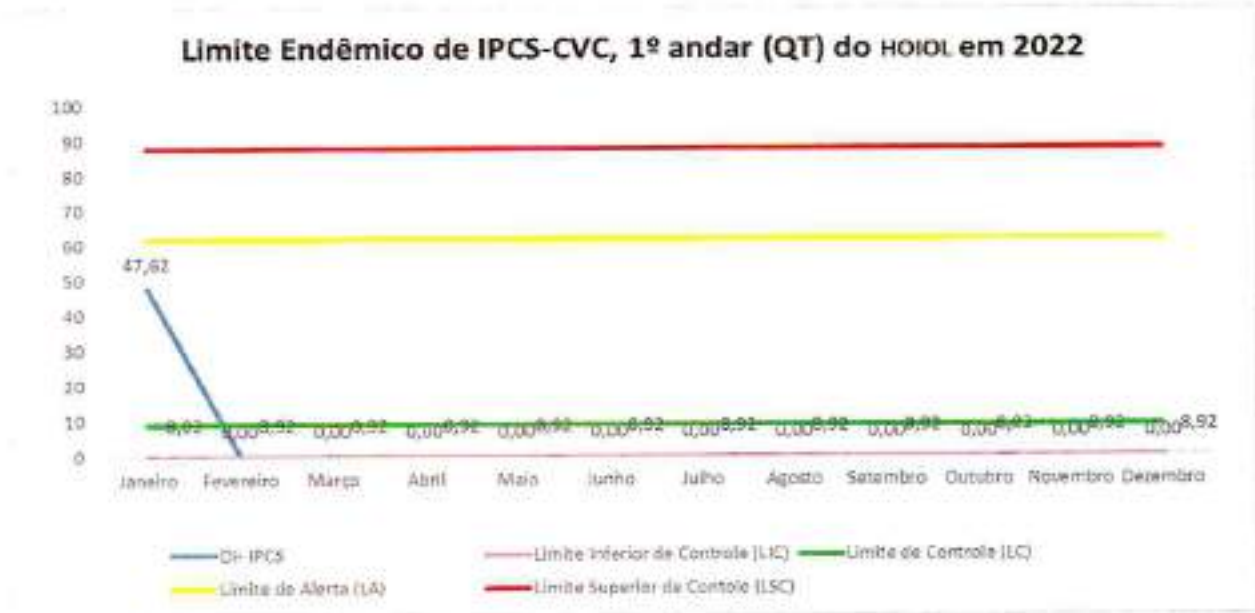
MÊS	Usuário Dia	IRAS	Usuários IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	DI. ITU-SVD
JAN	303	3	3	21	0	9,90	47,62	0,00

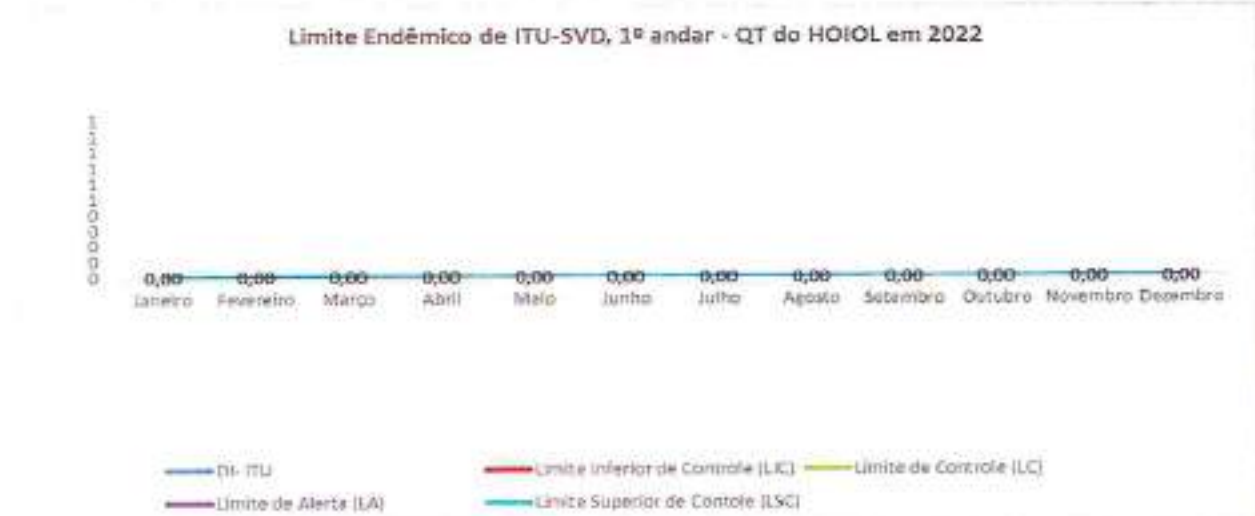
Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.

Identificador de autenticação: 658939DC3875A75C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D







Identificador de autenticação: 658929D3875147 5C147DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
- 000054
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

9.2 Distribuição Topográfica das IRAS no 1º andar – Quimioterapia

Mês	IPCS-CVC	IPCS NÃO CVC	ITU-SVD	ITU NÃO SVD	ITR NÃO VM	ISC	OUTRAS
JAN	1	1	0	0	0	0	1[1]

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE
Outras IRAS: [1]1 IPPM (flebite).

Análise: Neste mês, o setor teve 03 notificações de IRAS: 01 IPCS-CVC, 01 IPPM (flebite), 01 ITU não associada a SVD, ficando com uma Densidade de IRAS de 9,90 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (4,03), acima do limite de controle, porém abaixo do limite de alerta, como pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da unidade.

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor teve 01 IPCS-CVC (PICC), sem casos de ITU-SVD, não identificadas falhas dos bundles de prevenção. Houve um aumento do uso de CVC-dia, saindo de 04 para 21 CVC-dia e mantendo sem uso de SVD.

Ao avaliarmos os fatores de risco e os eventos adversos que podem ter contribuído para a infecção, destaca-se: afastamentos de colaboradores e remanejamentos, diante da 3ª onda de COVID 19 e surto de gripe no município, quanto aos fatores ligados aos pacientes: que todos estavam em quimioterapia, a maioria com neutropenia febril grave, presença de dispositivos invasivos, extremo de idade e quadro clínico grave.

Entre as ações de melhoria para os eventos foram realizadas: discussão do caso com equipe do setor, reforçando a importância sobre o Registro e avaliação diária dos bundles de prevenção de IRAS, manutenção das medidas de prevenção de IRAS, execução da missão do projeto guardiões dos maninhos, realizadas orientações para acompanhantes e pacientes, reforçadas medidas de prevenção de COVID 19/INFLUENZA, sobre a restrição de visitas, trocas de acompanhantes com frequência e circulação desnecessárias de pessoas, importância da vacinação contra a COVID 19.

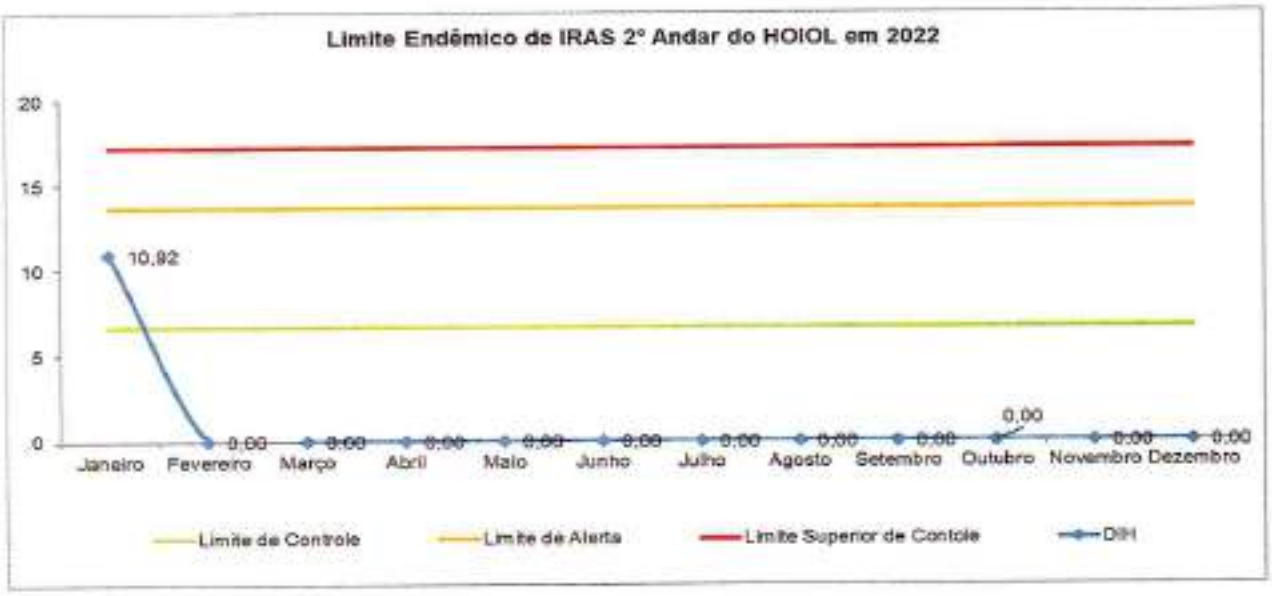
10 Indicadores de Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde, 2º andar – HOIOL

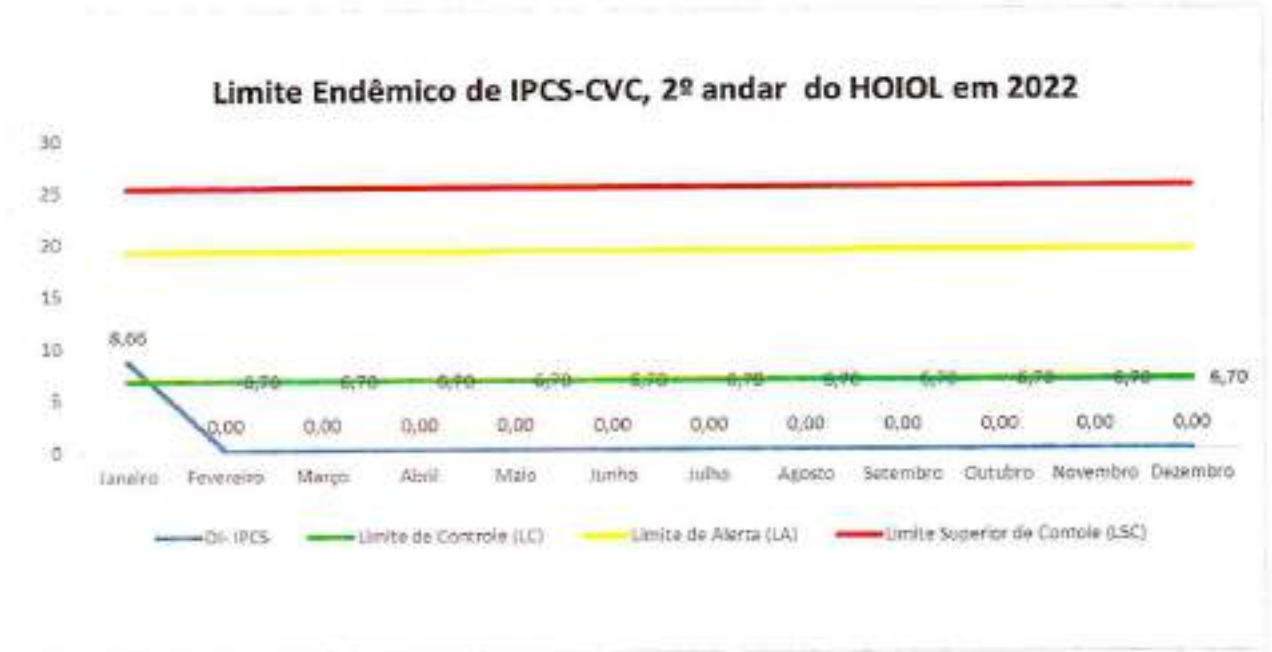
10.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCS-CVC e ITU-SVD)

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D
Identificador de autenticação: 658939D3875A75C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

Período	Paciente Dia	IRAS	Paciente IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	DI. ITU-SVD
JAN	824	9	8	231	8	10,92	8,66	0,00

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.





Identificador de autenticação: 658939DC3875(475CC47DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

10.2 Distribuição Topográfica de IRAS no 2º andar

Mês	IPCS-CVC	IPCS NÃO CVC	ITU-SVD	ITU NÃO SVD	ITR não VM	ISC	OUTRAS
JAN	2	0	0	1	3	0	3[1]

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE
Outras IRAS: [1]03 IPPM.

Análise: Neste mês, o setor teve 09 notificações de IRAS: 02 IPCS-CVC, 03 IPPM (mucosite e lesão de pele), 01 ITU não associada a SVD, 03 ITR (COVID 19), ficando com uma Densidade de IRAS de 10,92 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (3,72), acima do limite de controle, porém abaixo do limite de alerta, como pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico da unidade.

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor teve 02 IPCS-CVC, sem casos de ITU-SVD, não identificadas falhas dos bundles de prevenção. Houve um aumento do uso de CVC-dia, saindo de 60 para 231 CVC-dia e uma queda do uso de SVD-dia, saindo de 29 para 08 SVD-dia.

Ao avaliarmos os fatores de risco e os eventos adversos que podem ter contribuído para a infecção, destaca-se: afastamentos de colaboradores e remanejamentos, diante da 3ª onda de COVID 19 e surto de gripe no município, quanto aos fatores ligados aos pacientes: a maioria estava de longa permanência, doença de base hematológica, em quimioterapia, com neutropenia febril grave, presença de dispositivos invasivos, extremo de idade e quadro clínico grave.

Identificador de autenticação: 658039D3875475C074ZDC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
000057
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

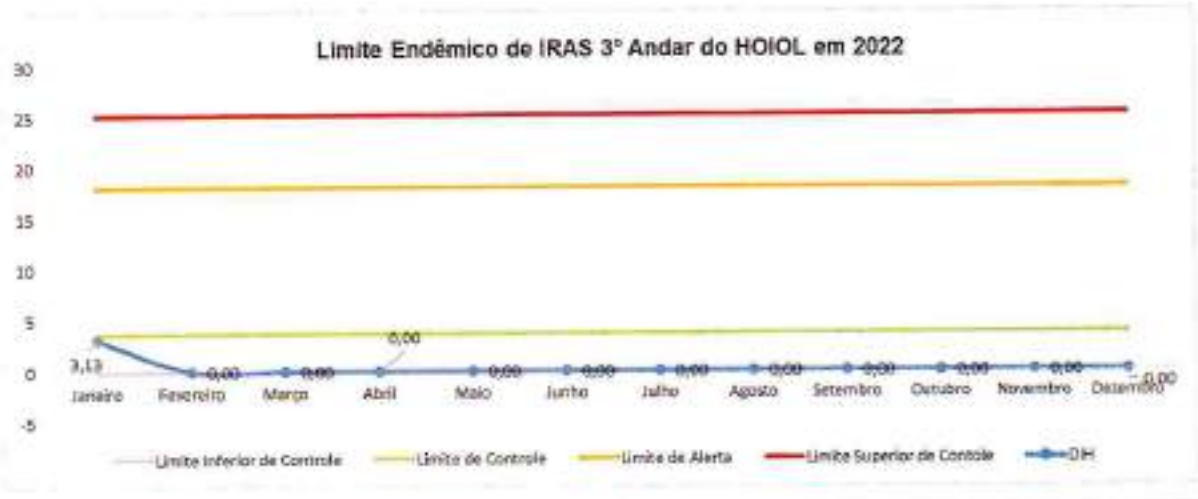
Entre as ações de melhoria para os eventos foram realizadas: discussão do caso com equipe do setor, reforçando a importância sobre o Registro e avaliação diária dos bundles de prevenção de IRAS, manutenção das medidas de prevenção de IRAS, execução da missão do projeto guardiões dos maninhos, realizadas orientações para acompanhantes e pacientes, reforçadas medidas de prevenção de COVID 19/INFLUENZA, sobre a restrição de visitas, trocas de acompanhantes com frequência e circulação desnecessárias de pessoas, importância da vacinação contra a COVID 19.

11 Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, 3º ANDAR – HOIOL

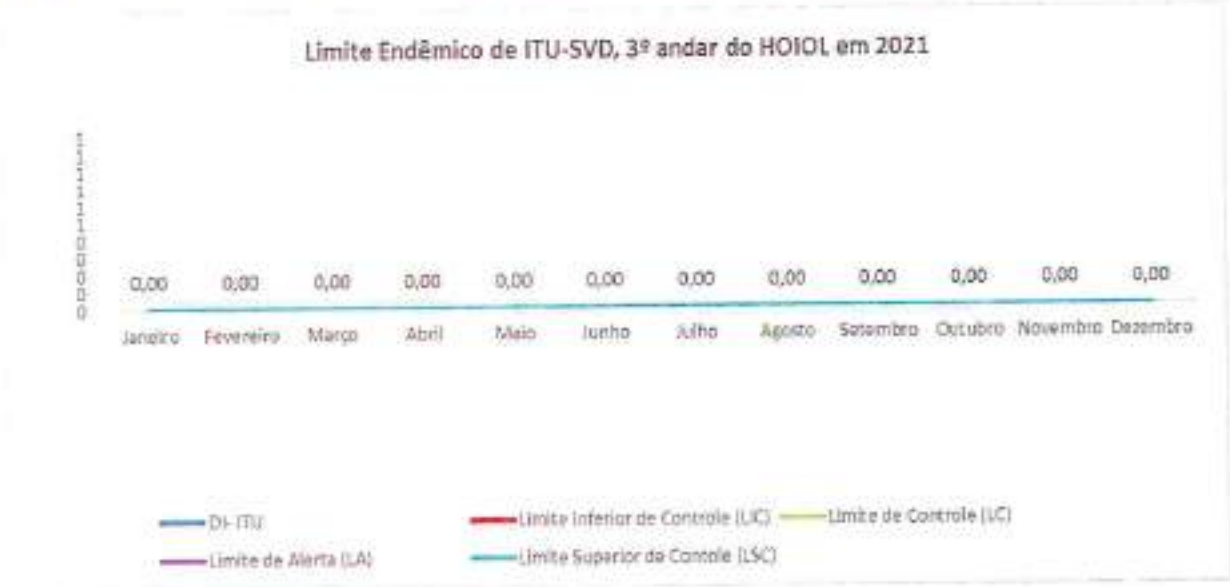
11.1 Densidade de Incidência de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCSCVC e ITUSVD)

Período	Paciente/Dia	IRAS	Paciente/ IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	D. IPCS-CVC	D. ITU-SVD
JAN	319	1	1	79	0	3,13	12,66	0,00

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.



Identificador de Autenticação: 658989D3875c475C74D0614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
000058
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D



11.2 Distribuição Topográfica das IRAS no 3º andar

Mês	IPCS-CVC	IPCS não CVC	ITU – SVD	ITU não SVD	ITR não VM	ISC	OUTRAS
JAN	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

Análise: Neste mês, o setor teve 01 notificação de IRAS: 01 IPCS-CVC, ficando com uma Densidade de IRAS de 3,13 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (0,00), porém abaixo do limite de alerta, como pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da unidade.

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor teve 01 IPCS-CVC, sem casos de ITU-SVD, identificadas falhas de registro dos bundles de prevenção. Houve um aumento do uso de CVC-dia, saindo de 18 para 79 CVC-dia e mantendo sem uso de SVD.

Ao avaliarmos os fatores de risco e os eventos adversos que podem ter contribuído para a infecção, destaca-se: afastamentos de colaboradores e remanejamentos, diante da 3ª onda de COVID 19 e surto de gripe no município, quanto aos fatores ligados ao paciente: longa permanência, uso de antibióticos, em quimioterapia, presença de dispositivo invasivo e quadro clínico grave.

Entre as ações de melhoria para os eventos foram realizadas: discussão do caso com equipe do setor, reforçando a importância sobre o Registro e avaliação diária dos

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747D0614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

bundles de prevenção de IRAS, manutenção das medidas de prevenção de IRAS, execução da missão do projeto guardiões dos maninhos, realizadas orientações para acompanhantes e pacientes, reforçadas medidas de prevenção de COVID 19/INFLUENZA, sobre a restrição de visitas, trocas de acompanhantes com frequência e circulação desnecessárias de pessoas, importância da vacinação contra a COVID 19.

Considerações Finais

Pode-se perceber com os resultados dos indicadores de processo e de resultado obtidos este mês, que os fatores de riscos: afastamentos de colaboradores e remanejamentos, diante da 3ª onda de COVID 19 e surto de gripe no município, aumento de pacientes-dia, quanto aos fatores ligados ao paciente: longa permanência, neutropenia febril, doença de base hematológica e neurológica, uso de antibióticos, extremos de idade, quimioterapia, uso de dispositivos invasivos, contribuiu diretamente para o desenvolvimento das IRAS, bem como a maior gravidade clínica dos pacientes, situação semelhante ao mês anterior, apesar disso, ações contínuas da equipe do SCIH, junto as unidades assistenciais, atuando pontualmente nas dificuldades encontradas durante a vigilância diária, assim como a conscientização e comprometimento das equipes com a aplicação das diretrizes de medidas de prevenção e controle de IRAS, principalmente o protocolo de higienização das mãos, orientações para acompanhantes e pacientes, reforçadas medidas de prevenção de COVID 19/INFLUENZA, sobre a restrição de visitas, trocas de acompanhantes com frequência e circulação desnecessárias de pessoas, reuniões com diretoria, SEMST, para ajustes de estratégias durante a onda de COVID 19, importância da vacinação contra a COVID 19, fortalecendo a ações de segurança dos processos assistenciais, garantindo um cuidado de qualidade ao paciente atendido no HOIOL.

A equipe do SCIH continua divulgando, nas unidades de internação, UTI , Centro cirúrgico, aos gestores e diretorias, a parcial da higienização das mãos, relatório com prioridades e ações, bem como a divulgação do número absoluto de IRAS, através do INFECTÔMETRO, podendo assim ser trabalhado semanalmente com as equipes a necessidade de fortalecer as boas práticas, com a fortificação da prática de feedback imediato, com intuito educativo, assim como dando andamento ao projeto GUARDIÕES DOS MANINHOS, em que representantes das unidades, junto ao SCIH, realizam

Identificador de Autenticação: 658939D 3875 475 C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

missões voltadas a aplicação das medidas de prevenção de IRAS que precisam ser fortalecidas em cada setor no mês.

Adrielle Karoline de Souza Ribeiro Monteiro
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Presidente da Comissão

Ilce Carla Moreira Beckmann Menezes
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Vice Presidente da Comissão

Aline Lima Gonzaga
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Coordenadora de Qualidade

Belém-PA, 07 de fevereiro de 2022.

Identificador de autenticação: 658939DC3875|475CC47DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
13/01/2022 – Horário proposto: das 10:00h às 11:00h
Local: Auditório 5º andar

Pautas Propostas:
Pauta 01: Leitura da ata da reunião;
Pauta 02: Indicadores de resultados e de processo de prevenção de IRAS;
Pauta 03: Missão guardiões dos maninhos: prevenção de ISC
Pauta 04: Próxima missão: prevenção de IPCS-CVC, IPPM (flebite).
Pauta 05: PCIRAS 2021
Pauta 06: Insumos de HM: mudança de fornecedor, troca de dispenser e papeleira, limpeza noturno.
Pauta 07: Laboratório: antibiogramas, genotipagem de MR
Pauta 08: Verificação dos membros ausentes, justificativas de faltas e atualização de membros na comissão e considerações finais;

Início: 10h10

Pauta 01 (*Leitura da ata da reunião com feedback das ações);*
Coordenadora Adrielle iniciou a reunião com a leitura da ata anterior informando o andamento das ações conforme abaixo:
Ação 1 (Concluída) - Executar Missão para dezembro: foco nas medidas de prevenção de ISC – Coord. Adrielle informou que a missão dos guardiões dos maninhos foi exitosa, uma vez que não tivemos ISC identificadas no mês em questão, onde foi discutido o "trace" do paciente que retorna para curativo de ferida operatória, assim como as orientações para os acompanhantes sobre prevenção de infecções em sítio operatório
Ação 2 (Nova) - Executar Missão para janeiro/22: foco nas medidas de prevenção de IPCS-CVC, IPPM – Coord. Adrielle mencionou que a próxima missão dos guardiões dos maninhos está relacionada a prevenção de IPCS-CVC e IPPM em especial relacionada a flebites, onde o foco será no monitoramento e intervenções imediatas junto as equipes.
Ação 3 (Nova) - Reunir com médica do NQSP sobre estratégias de melhoria para adesão aos bundles de prevenção de IRAS. – Coord Adrielle mencionou sobre os bundles estarem ainda fora da meta, apesar de uma melhora no mês em questão, onde será discutido junto ao NQSP estratégias para garantir a adesão equipes, em especial o corpo clínico, no que diz respeito a possibilidade de remoção do CVC.

Pauta 02: (*Análise de Indicadores de resultado e de processos*).
Enfermeira Adrielle verificou junto aos membros a análise de indicador do mês de dezembro/2021, antes disso, apresenta a distribuição topográfica das IRAS nos últimos anos, em que percebe-se uma queda importante da IPCS-CVC, que em 2016 correspondiam a 53% das IRAS notificadas e hoje correspondem a 20%, queda também em ITU-SVD, ITR de 24% do ano passado para 14%, IGI que chegou a 19% em 2018 e hoje é de 5%. A topografia que aumentou no decorrer do ano e tem relação direta ao perfil dos usuários são as IPPM, que era de 14% ano passado e passaram a ser 25%.
Foi apresentado o PCIRAS mostrando-se as metas que foram cumpridas no ano de 2021 e as metas que precisam ser fortalecidas neste ano, afim de garantir a melhoria contínua dos processos.
Indicadores de resultados e de processo: Neste mês, a **Densidade de Incidência de Infecção Hospitalar Geral** ficou em 4,51 episódios por 1000 pacientes-dia, menor que a observada no mês anterior (5,26), permanecendo abaixo do limite de controle e abaixo do limite de alerta, conforme visualizado na curva endêmica geral de IRAS do hospital.
Foram notificadas 09 IRAS no total, em 09 pacientes, sendo estas 02 infecções associadas à dispositivos (2 IPCS-CVC), e 07 infecções não associadas à dispositivos, distribuídas com as topografias seguintes:
1º CC (total 1): 01 outras: infecção de SNC (meningite), resultando em uma densidade de incidência geral de IRAS de 2,51 episódios por 1000 pacientes-dia, valor menor em relação ao mês anterior (9,46), ficando abaixo do limite de controle.
1º QT (total 1): 01 IPCS associada a CVC, resultando em uma densidade de incidência geral de IRAS de 4,03, maior em relação ao mês anterior (0,00), ficando acima do limite de alerta porém abaixo do limite de alerta.
Foram identificados fatores que contribuíram para a ocorrência da infecção, no qual foi discutido junto a equipe médica e de enfermagem.
2º andar (total 3): 01 IPCS associada a CVC e 02 IPPM (flebite), resultando em uma densidade de incidência geral de IRAS de 3,72 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (3,33), porém permanecendo abaixo do limite de controle.
UTI (total 4): 02 ITR não associada a VM, 01 IPPM (flebite) e 01 ITU outras, resultando em uma densidade de incidência geral de IRAS de 15,44 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (12,12), acima do limite de controle, porém abaixo do limite de alerta.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei. 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

Enfª Adrielle ressaltou que a incidência das infecções teve como fator importante a alta permanência dos pacientes na unidade, além da complexidade dos mesmos e a alta ocupação da unidade, resultando no aumento das chances da ocorrência de infecção.
3º andar e CC: não foram notificadas infecções. Não tivemos óbito associado a IRAS no hospital, sendo a taxa de letalidade de 0%.
Quando avaliamos os fatores de riscos e os eventos adversos relacionados as IRAS evidenciamos que tivemos um aumento de infecções em pacientes com doença relacionada aos cânceres hematológicos: leucemias em geral foram 06, 02 de sistema nervoso central e 01 tumor de tecidos moles (rabdomiossarcoma). Além disso, observamos outros fatores inerentes ao paciente, como: longa permanência hospitalar, uso de antimicrobianos diversos, quimioterapia com longos períodos de neutropenia febril, gerando imunossupressão avançada, as quais foram muito relevantes para a ocorrência das IRAS. Este mês houve um aumento significativo de internações, devido ao surto de gripe que está ocorrendo em Belém. Percebe-se este fato, através do número de pacientes dia de dezembro, que foi o maior do ano, ficando em 1997. Apesar disso, a densidade de incidência de IRAS foi uma das mais baixas de 2021.
Fazendo uma análise em paralelo com as medidas de prevenção de IRAS implantadas no hospital, tais como a taxa de adesão à higiene das mãos (meta 95%) e validação das limpezas terminais (meta 85%), com respectivos resultados 98% e 81%, percebe-se que a melhora constante na adesão de higienização das mãos é resultado da intervenção mais próxima do SCIH nas unidades, da discussão da parcial do indicador na semana e do envolvimento de todos no monitoramento do indicador, contribuindo para reduzir as infecções hospitalares, a validação das limpezas terminais ficou abaixo da meta, diante das fragilidades do processo de limpeza em dois setores ao avaliarmos as equipes do noturno. Ao correlacionarmos com o número de infusões quimioterápicas que aconteceram no mês em questão (2808). percebeu-se que a quantidade de infusões foi maior em relação ao mês passado (2903), porém com um total de 5 pacientes neutropênicos que desenvolveram IRAS, já que a quimioterapia reduz as células de defesas dos pacientes, tornando-os mais susceptíveis a desenvolver infecções, apesar da boa adesão das medidas de prevenção e controle de IRAS.

Indicador da Validação das Limpezas Terminais: A adesão por setor está descrita a seguir:

PERIODO	UTI	CC	UAI	QT	1º QT	1º CC	2º	3º	HOIOL
Dezembro	100	95	0	93	94	79	100	85	81

Coord. Adrielle menciona que o indicador geral não atingiu meta, onde 2 setores influenciaram na queda deste percentual (UAI e 1ºCC), setores observados que não atingiram meta de higienização. Gestora do SHL Fabiana menciona que esteve com dificuldades na sua equipe devido menor quantitativo de pessoas, além da mudança de carga horária de seus colaboradores, o que pode ter impactado nesse cenário. Sobre o percentual da UAI, gestora Fabiana menciona que foram aplicadas medidas disciplinares à colaboradora do turno identificado as falhas e ficará monitorando para evitar nova ocorrência da situação.
Indicador de busca fonada: a taxa de efetividade de ligações ficou em 100%, diante do fortalecimento da internação com o ambulatório de egressos que realizou os atendimentos dos pacientes monitorados, onde não foi identificado ISC este mês.

Estratificando o **Indicador de Adesão a Higienização das Mãos** temos:
Por unidade assistencial:
Os setores de internação e centro cirúrgico atingiram a meta estipulada (95%) e a Unidade de Terapia Intensiva ficou abaixo da meta com (94%). Logo, os setores com maiores percentuais foram 1ºCC, 1º QT e 3º andar (100%).
Por categoria profissional:
Na adesão geral, observa-se que todas as categorias atingiram a meta estabelecida, ficando superior ao referencial (95%). No centro cirúrgico, a categoria "Médico Anestesista" teve a adesão de (94%), ficando abaixo da meta, foram observadas 4 não conformidades. Os profissionais receberam o feedback imediato e foram orientados quanto aos 5 momentos da higiene das mãos. Na UTI, as categorias fisioterapeuta, técnico de enfermagem e outros tiveram a adesão de (93%) e Enfermeiro teve a adesão de (94%), ficando abaixo da meta. Sendo 03 não conformidades da fisioterapeuta, 05 não conformidades da técnica de enfermagem, 1 não conformidade do técnico de manutenção (Outros) e 02 não conformidades do Enfermeiro, todos receberam o feedback imediato e foram orientados quanto aos 5 momentos da Higiene das mãos. Com exceção da fisioterapeuta que é fixa da UTI, os demais profissionais com não conformidades foram remanejados de outros setores, reflexo direto do impacto que absenteísmo no mês teve diante da adesão de higiene de mãos, assim como nos demais processos assistenciais.
Em relação **aos bundles de prevenção de IRAS**, percebemos que apenas a UTI atingiu a meta estipulada (95%) – ITU-SVD, IPCS-CVC e PAV.
No CC, os bundles de inserção de CVC e SVD ficaram em 100%. Quanto aos bundles de prevenção de ISC, todos os quesitos auditados ficaram em 100% (taxa de tricotomia adequada, taxa de antibioticoprofilaxia

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

cirúrgica, taxa de antissepsia da pele e caixas cirúrgicas). Coord. Adrielle informou que foi observado uma melhora significativa em todos os indicadores voltados ao centro cirurgico, fruto das intervenções junto a equipe e a gestora da unidade, o que garantiu excelentes resultados no mês em questão.
Na UTI, os bundles de prevenção de IPCS-CVC ficou em 97%, ITU-SVD ficou em 99% e PAV ficou em 95%. Quanto aos bundles de prevenção de IPCS-CVC: no 1º CC os bundles ficaram em 83% (possibilidade de remoção). No 1º QT, ficou em 94% (possibilidade de remoção), no 2º UI, os bundles ficaram em 92% (possibilidade de remoção) e no 3º andar ficaram em 61% (possibilidade de remoção) . Quanto aos bundles de prevenção de ITU-SVD, o 1º CC ficou em 100%, o 2º andar ficou em 60%, e o 1º QT e 3º andar não tiverem SVD. Quanto a baixa adesão aos bundles de prevenção de infecção nas unidades, coord. Adrielle informou que será convocada uma reunião junto com o NQSP para discussão de estratégia para viabilizar e garantir uma melhora no percentual de adesão. Sendo assim, coord. Adrielle menciona que foram encontradas situações de risco que justifica o baixo percentual dos bundles de ITU-SVD no 2º andar, o que pode contribuir para a ocorrencia da infecção no mês subsequente. Dra Flávia menciona a dificuldade dos médicos plantonistas no preenchimento dos bundles em especial nos finais de semana, e que vai reforçar com os mesmos para sanar tal problemática.

Uso Racional de Antimicrobianos: Adesão de antibioticoterapia empírica manteve-se em 100% e o antibioticoprofilaxia cirúrgica ficou em 81%, menor em relação ao mês anterior, devido não conformidade encontradas em 03 fichas. Houve um aumento do custo de antimicrobianos, no qual dra. Ilce justifica o alto quantitativo de pacientes em uso de antimicrobiano via UAI, refletindo também no alto quantitativo de fichas prescritas (739 prescrições), maior do ano, e apesar disso, o custo ficou abaixo do custo médio anual.

Indicadores de Culturas: positividade de hemoculturas ficou em 21%, uroculturas em 1% e outras culturas em 13%. Porcentagem de culturas entregues no prazo: hemoculturas ficou em 99%, uroculturas e outras culturas ficou em 93%

Indicador de pesquisa de gene de resistencia: Enfº Mattheus mostra a tabela contendo as pendencias de envio das amostras de culturas positivas para microrganismos multirresistentes ao LACEN para a pesquisa de gene de resistencia, onde no mês em questão tiveram 02 amostras que estiveram pendentes tal envio. Coord. Bioquimico Márcio explica que entrou em contato com o LPA para cobrar as amostras e alinhar que sejam encaminhadas ao laboratório HOIOL sempre que identificar MR. Foi mencionado que teve situação específica junto ao LACEN no qual não foi testado 03 amostras devido erro de cadastro no GAL. Coord. Bioquimico Márcio menciona que está intervindo junto ao LACEN para evitar a ocorrencia de situações similares.

Visitas Técnicas: Este mês foram realizadas visitas técnicas no Centro Cirúrgico, Ambulatório, CME (HMUE) e SPR (HMUE). Ficaram pendentes as visitas técnicas nos setores SADT (HPD) e Nuclear center. Sendo ficaram pendentes as visitas técnicas de reinspeção nos setores Ambulância, SND (HMUE) e SND/Lactário (HOIOL)
Enfº Mattheus mencicou que foram encontradas algumas dificuldades na realização das visitas em fornecedores externos, o que comprometeu a visita ao setores supramencionados. DASS Lorena fala sobre a importancia de envolver o setor de contratos para a garantia das proximas VT aos fornecedores externos, afim de viabilizar um vinculo mais proximo.

Entre as principais ações de melhoria aplicadas pelo SCIH para fortalecer as medidas de prevenção e controle de IRAS foram: Vigilância epidemiológica (ativa e passiva); Instituição e monitoramento de precauções hospitalares; auditorias de bundles; notificação das IRAS como eventos adversos, discutidas em conjunto com a equipe assistencial e para desenvolver estratégias para melhoria do processo; implementação do projeto INFECTÔMETRO - Discussão dos resultados de IRAS e das principais fragilidades/fatores de risco para IRAS encontradas; implementação do projeto Guardiões dos Maninhos abordando todas as medidas de prevenção de IRAS, havendo missões mensais com base nas Iras identificadas no mês anterior; abordagem para feedback ao profissional observado logo após a avaliação da aplicação dos 5 momentos da higienização das mãos, de modo a esclarecer os pontos a serem corrigidos; reuniões pontuais com equipes quando há situações especificas a serem discutidas e com os acompanhantes e treinamentos internos para melhora dos processos.

Pauta 03: (*Missão guardiões dos maninhos: prevenção de ISC*):
Coordenadora Adrielle falou sobre a missão dos guardiões dos maninhos do mês de dezembro voltada a prevenção de ISC, onde foi reunido com coordenação de enfermagem das unidades de internação e UAI/ambulatório para traçar estratégias afim de mitigar a ocorrência de infecções de sitio cirúrgico, no qual foi

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

feito o "trace" do paciente que retorna para fazer curativos no hospital. Também foi discutido estratégias de orientar e conscientizar os responsáveis para garantir que os pacientes pós operatório orientados adequadamente quanto aos curativos de FO. Foi sugerido a padronização das evoluções dos pacientes em PO para garantir que todas as informações fundamentais sejam registradas e repassadas aos usuários e acompanhantes. Sendo assim, coord. Adrielle mencionou que no mês em questão não observamos caso de ISC dentre as IRAS notificadas, mostrando que a missão proposta foi eficiente.

Pauta 04: (*Próxima missão: prevenção de IPCS-CVC, IPPM (flebite)*)
Coordenadora Adrielle menciona que a missão dos guardiões dos maninhos para o próximo mês será voltada para a prevenção de IPCS-CVC e IPPM voltadas a flebites, uma vez que foram notificadas essas topografias em maior prevalência no mês em questão. Sendo assim, serão feitas intervenções juntos aos guardiões de cada unidade para garantir a efetividade da missão.

Pauta 05: (*PCIRAS 2021*)
Coordenadora Adrielle menciona que foi concluído todas as metas propostas no PCIRAS de 2021, no qual será reforçado algumas metas para o ano de 2022, onde será fortalecido as prevenções gerais das infecções prioritárias e fortalecer o indicador de genotipagem de microrganismos multirresistente. Posteriormente foi mostrado um gráfico onde demonstra o decréscimo das IPCS-CVC de 53% em 2016 para 20% em 2021, fruto do fortalecimento e intervenções adotadas constantemente ao longo dos anos. Coordenadora Adrielle explica que teve um aumento nas IPPM, o que será fortalecido em 2022. Além disso, observou-se queda das ITR, IGI e ITU-SVD ao longo dos anos.

Pauta 06: (*Insumos de HM: mudança de fornecedor, troca de dispenser e papeleira, limpeza noturno.*)
Coordenadora Adrielle menciona a questão da mudança de fornecedores de álcool, sabão e papeis toalha no hospital. Gestora SHL Fabiana menciona que a equipe está ainda em processo de mudança dos dispensadores nas unidades, onde foi priorizada as unidades de internação, mas que estão estendendo por todo hospital. Gestora do SHL Fabiana pede a todos a colaboração para identificar e sinalizar caso haja alguma dificuldade em alguma unidade com relação a este assunto. Sobre a higienização das enfermarias pela equipe do noturno na UAI, gestora do SHL Fabiana justifica a situação devido menor quantitativos de funcionários na equipe e a readequação dos mesmos a uma nova escala de trabalho, o que pode ter colaborado para ocorrência do evento. Coord. Adrielle explicou que o evento foi notificado como evento de risco ao paciente, e gestora do SHL Fabiana explica que a colaboradora do turno avaliado foi orientada em ficha e que irá monitorar para evitar que próximos eventos possam ocorrer.

Pauta 07: (*Laboratório: antibiogramas, genotipagem de MR*)
Coordenadora Adrielle fala sobre os problemas dos resultados sem antibiogramas ocorridos nos meses anteriores e da um retorno positivo explicando que não tivemos mais problemas relacionados a esse fluxo, onde o laboratório HOIOL alinhou com o laboratório externo para garantir que os resultados sejam entregues. Sobre o fluxo de genotipagem de MR, coordenadora Adrielle fala sobre um problema que o hospital teve com o Laboratório Central (LACEN) onde descartaram as amostras de MR encaminhadas do local. Coord. Do Centro Cirúrgico Samia explica que o laboratório entrou em contato com eles comunicando que as amostras foram descartadas devido um erro de cadastro na plataforma GAL, porém não foi sinalizado o HOIOL antes de descartarem tais amostras, ficando sem possibilidade de testagem para gene de resistência. Coord. Centro cirúrgico Sâmia e coord. Laboratório HOIOL Márcio foram orientados como deve proceder e ambos ficarão monitorando tal processo pra evitar que ocorra situações desse cunho.

Pauta 08: (*Verificação dos membros ausentes, justificativas de faltas e atualização de membros na comissão e considerações finais*)

Compareceram à reunião: Coordenadora SCIH Adrielle Ribeiro, Enfermeiro do SCIH/NHE Mattheus Carvalho, Médica do SCIH/NHE Drª Ilce Menezes, Coordenador do Laboratório/SADT- Farmacêutico Bioquímico Marcio Pires, Coordenadores Assistenciais: Dielle Pantoja, Italo Marinho, Michelle Kzam e Samia Medeiros, DASS Lorena Portal, Médica Pediatra Flávia Paes (representando Dra. Regina), Fisioterapeuta Niegh, representando coordenadora da fisioterapia Adriana Medeiros, farmacêutica Mayara Arouck e analista de hotelaria JR Fabiana Rodrigues.
Não compareceram à reunião: Enfª SCIH/NHE Talita Sena, Enfª SCIH/NHE Thais Meireles, Tec. de enfermagem SCIH Bruna Costa e Coordenadora assistencial Salú Beato.
Justificativas de falta são monitoradas pelo NQSP.

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D - ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

Considerações finais:
Pode-se perceber com os resultados dos indicadores de processo e de resultado obtidos este mês, que a gravidade clínica dos pacientes contribuiu diretamente no número de IRAS, bem como a maior gravidade clínica dos pacientes, em paralelo ao observado no mês anterior, apesar do fortalecimento das ações por parte da equipe do SCIH, mantendo uma intervenção mais próxima e direta com as unidades assistenciais, atuando pontualmente nas dificuldades encontradas durante a vigilância diária, assim como a conscientização e comprometimento das equipes com a aplicação das diretrizes de medidas de prevenção e controle de IRAS, principalmente o protocolo de higienização das mãos, fortalecendo a ações de segurança dos processos assistenciais, garantindo um cuidado de qualidade ao paciente atendido no HOIOL.
A equipe do SCIH continua lançando, toda semana nas unidades de internação, UTI e centro cirúrgico, a parcial da higienização das mãos e número absoluto de IRAS, através do INFECTÔMETRO, podendo assim ser trabalhado semanalmente com as equipes a necessidade de fortalecer as boas práticas, com a fortificação da prática de feedback imediato, com intuito educativo, assim como dando andamento ao projeto GUARDIÕES DOS MANINHOS, em que representantes das unidades referência em higienização das mãos, participam aleatoriamente das observações de higienização das mãos junto com os observadores do SCIH para compreenderem as dificuldades e as oportunidades de melhoria do protocolo de higienização das mãos.

Término: 10:50h

Pendências/Plano de Ação:

O que	Quem	Quando	Status
1 Executar Missão Guardiões dos Maninhos: foco nas medidas de prevenção de ISC.	Coord. SCIH- Enfª Adrielle e equipe, junto com Coord CC e UI.	01/12/2021 a 31/12/2021	**Concluída**
2 Executar Missão para janeiro/22: foco nas medidas de prevenção de IPCS-CVC, IPPM.	Equipe do SCIH junto com os guardiões dos maninhos das unidades e coord. Das UIs	01/01/2022 à 31/01/2022	**Nova**
3 Reunir com médica do NQSP sobre estratégias de melhoria para adesão aos bundles de prevenção de IRAS.	Coord. SCIH Adrielle junto com médica do NQSP	03/01/2022 à 12/01/2022	**Nova**

** O plano de ação será inserido no sistema Interact SA pelo Gestor das Comissões em 72 horas para acompanhamento e andamento dos responsáveis.*

Próxima Reunião: Conforme cronograma de reuniões de 2022.

Ata Elaborada por: Mattheus Lucas Neves de Carvalho

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

4.3- Relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

- Orientações aos acompanhantes sobre as boas práticas no controle de vírus respiratório e orientação sobre suspensão temporária de visitas;
- Monitoramento diário dos resultados de exames cadastrados no GAL (predominantemente RT-PCR para pesquisa de COVID-19);
- Encaminhamento ao CIEVS sobre suspeita de reinfecção por COVID-19 de paciente atendido neste hospital;
- Reunião com diretorias, SESMT e SCIH para alinhamento de estratégias frente ao aumento de casos suspeitos/confirmados de COVID-19 neste mês;
- Solicitação de orientações à Vigilância Epidemiológica do Município e Estado sobre o fluxo de notificação paciente com suspeita de Influenza.

O quadro abaixo demonstra as atividades desenvolvidas pelos membros da comissão do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE).

	Busca ativa de DNC	**Enfermeiros**
DIÁRIO	Controle e orientações na prevenção de DNC	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Controle dos usuários em Medidas de Precaução	Coordenadora, Médica e enfermeiros
	Monitoramento de casos suspeitos e confirmados de COVID 19	Coordenadora e enfermeiros
	Orientações para usuários em isolamento domiciliar	Enfermeiros
SEMANAL	Comunicação dos agravos às autoridades competentes	Coordenadora e enfermeiros
	Envio de fichas de DNC, conforme portaria	Coordenadora e enfermeiros
MENSAL	Reunião interna da NHE/SCIH (executores) e Confecção de Atas	Coordenadora, Médica e enfermeiros.
	Fornecer dados das buscas ativas para Relatório NHE	Enfermeiros.
	Relatório das NHE execução e revisão	Coordenadora e enfermeiros
	Reunião do NHE (consultores)	Coordenadora, Médica e

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
000070
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

		enfermeiros.
	Reunião com setores envolvidos	Coordenadora, Médica e enfermeiros.
TRIMESTRAL	Relatório do NHE	Coordenadora e enfermeiros
ANUAL	Relatório Anual do NHE	Coordenadora e enfermeiros

4. Vigilância Epidemiológica de Doenças de Notificação Compulsória (DNC)

O quadro abaixo descreve o quantitativo de fichas de notificação/investigação das doenças de notificação compulsória recebidas pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, referente às doenças infectocontagiosas, no decorrer do mês no HOIOL em 2022.

MÊS	Acidente com Material Biológico	Síndrome Gripal	SG Suspeito de COVID-19	SRAG-hospitalizado	Outras
JAN	0	56	133	0	0
TOTAL	**0**	**56**	**133**	**0**	**0**

Fonte: NHE/HOIOL

Análise: No mês janeiro foram recebidas 189 fichas de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde, estratificadas em: 133 fichas de SG suspeito de COVID-19 e 56 de síndrome gripal (suspeito de influenza), não houveram fichas de acidente com material biológico, SRAG ou outras. Por fim, verificou-se que 01 ficha de notificação não foi recebida da unidade notificante .

Todas as fichas de DNC foram enviadas para a vigilância epidemiológica do município de Belém e estado do Pará, dentro do prazo estabelecido, conforme portaria nº 1061, de 18 de maio de 2020, sendo também lançados na plataforma ESUS-VE e encaminhados as amostras para laboratório de referência do estado (LACEN).

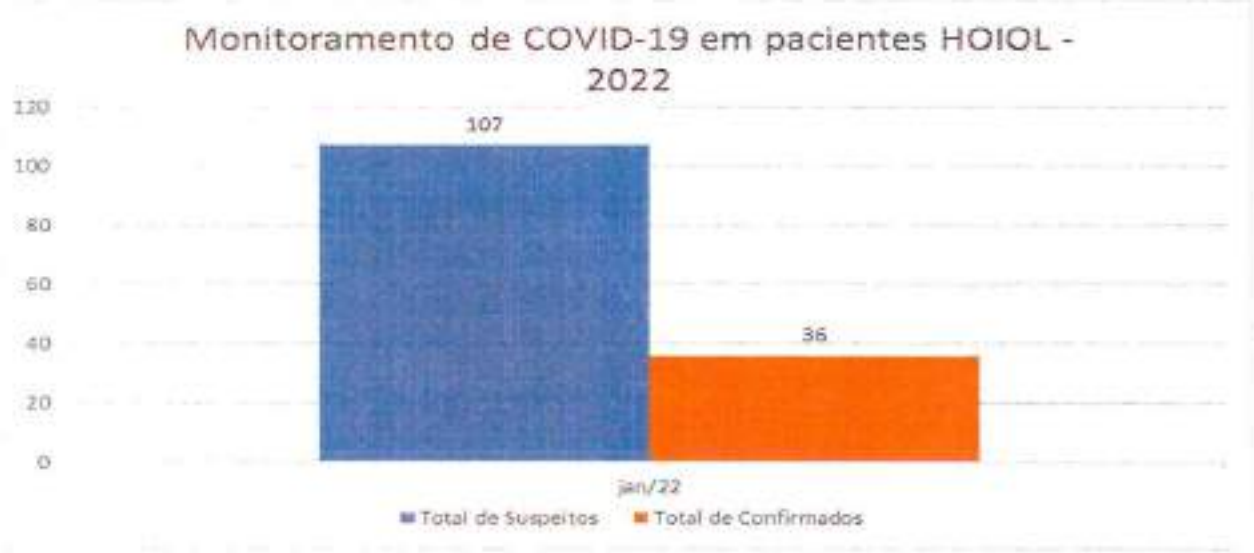
5. Monitoramento de COVID 19 - HOIOL:

Dentre os casos suspeitos/confirmados de COVID-19, houveram 04 casos em acompanhantes de pacientes que estavam com sintomas gripais na instituição e que não podiam realizar troca com outra pessoa, destes 03 tiveram resultados positivo para COVID-19 e 01 negativo, onde foram adotadas medidas de precaução, juntamente aos usuários.

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475-C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

Neste cenário, também foram recebidas da medicina do trabalho, 25 fichas de notificação de colaboradores que apresentaram teste positivo para COVID-19, sendo estes colaboradores monitorados e acompanhados pela medicina do trabalho.

O gráfico abaixo descreve o quantitativo de casos suspeitos e casos confirmados de COVID-19 em pacientes atendidos no HOIOL no decorrer do mês.



Fonte: SCIH/HOIOL

Análise: Foram monitorados com SG suspeito de COVID-19 em 107 usuários atendidos neste HOIOL, sendo que 36 destes foram confirmados para COVID-19, nos quais todos apresentaram sintomas leves da doença, e nenhum caso evoluiu para SRAG ou óbito associado à doença.

O aumento dos casos de COVID-19 observado no gráfico se deu em decorrência do cenário epidemiológico do Estado, diante do aumento exponencial do quantitativo de casos confirmados para o vírus. Sendo assim, dentre os 36 casos confirmados em usuários atendidos neste HOIOL, 19 foram pacientes sintomáticos respiratórios atendidos via UAI e que cumpriram isolamento domiciliar e outros 17 usuários receberam tratamento durante o período de internação. Sendo que 01 destes veio com teste reagente de outra instituição.

Entre os casos confirmados para COVID-19, apenas 8 foram classificados como IRAS (ITR associadas ao SARS-COV-2), sendo identificados fatores que potencializaram a situação: acompanhantes com sintomas respiratórios, fragilidade na frequência de troca de acompanhantes e visitas. Neste cenário, foi discutido junto a diretoria, onde adotou-se medidas para controle e prevenção do vírus no ambiente

Identificador de autenticação: 658039D.3875.475c.0747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

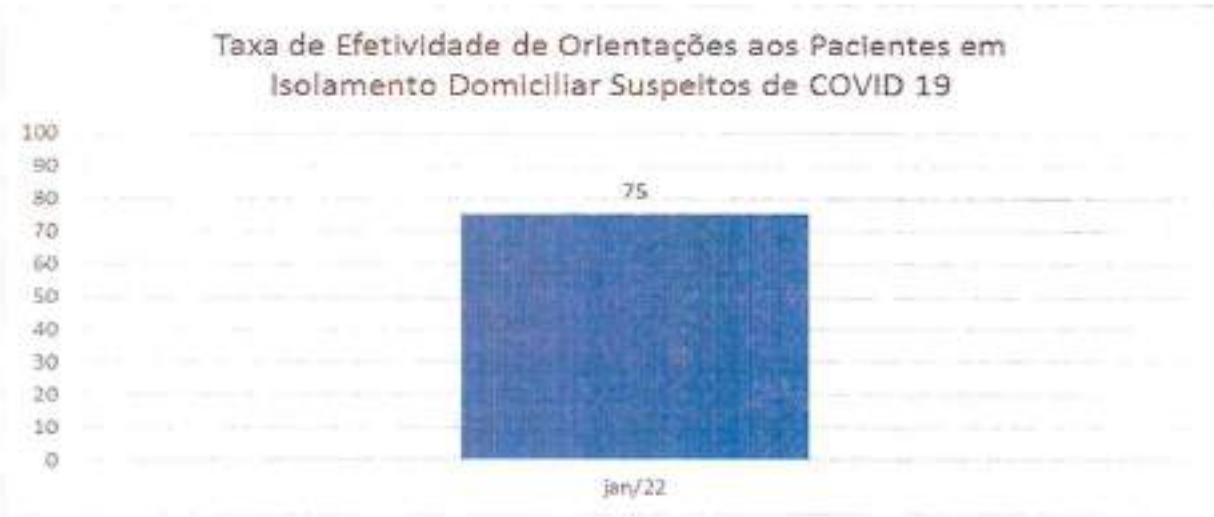
000072

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

hospitalar, como a suspensão temporária de visitas, orientação aos acompanhantes sobre as boas práticas para prevenção e controle de vírus respiratório, reforçado com equipe assistencial sobre a importância da identificação de casos de usuários sintomáticos respiratórios, estabelecimento de medidas de precaução e isolamento, entre outros. Dentre estas IRAS, 6 foram diagnosticas por meio de RT-PCR (diagnostico laboratorial) e 2 por critérios clínicos-epidemiológicos, onde todos os pacientes evoluíram com melhora do quadro clínico apresentado. 03 destes pacientes receberam alta hospitalar antes do resultado do exame e cumpriram isolamento domiciliar.

Por fim, dentre as 56 fichas de síndrome gripal de pacientes com suspeita de Influenza, foram identificados 02 casos de influenza tipo A não subtipado. Ambos os pacientes identificados apresentaram sintomas leves, no qual fizeram tratamento em seu domicilio, e evoluíram com melhora do quadro clínico.

6. Orientações para casos suspeitos/confirmados de COVID 19 em isolamento domiciliar.



Fonte: SCIH/HOIOL

Análise: Neste mês de janeiro, a taxa de efetividade de orientações domiciliares foi de 75%, maior em relação ao mês anterior (74%), mantendo-se dentro da média com base nos resultados anteriores. Sendo assim, foram mantidas ações como: buscar apoio do serviço social quando aos contatos telefônicos dos pacientes que não conseguimos contato, e a atualização cadastral dos dados dos pacientes pelo equipe da recepção.

Identificador de autenticidade: 658039D3876,475C7470C9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
000073
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Considerações Finais

Pode-se perceber com os resultados do monitoramento das DNC, que o monitoramento diário das doenças, assim como o levantamento dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19, desde início dos sintomas, acompanhamento diário dos casos, monitoramento do tempo de precaução, data de exame, altas ou óbitos, e a rotina constante de orientações quanto as medidas de prevenção e controle de vírus respiratórios em ambiente hospitalar aos acompanhantes, usuários e equipe assistencial, realizado pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, contribuiu para o fortalecimento das medidas preventivas para evitar a disseminação desse agravo, garantindo a segurança dos pacientes e colaboradores.

O NHE segue encaminhando diariamente para vigilância epidemiológica do município e do estado as notificações feitas por este estabelecimento, tipos de internações e andamento do caso. Para o Ministério da Saúde é lançado diariamente a situação de leitos ocupados por COVID-19 nas plataformas ESUS-VE deste hospital, onde toda sexta-feira é feito levantamento de leito e encaminhado para vigilância municipal, inclusive aos finais de semana.

Matheus Lucas N. Carvalho
Enfermeiro
COREN-PA: 638882-ENF

Mattheus Lucas Neves de Carvalho
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Enfermeiro do NHE

Ilce Carla Moreira Beckmann Menezes
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Vice Presidente da Comissão

Aline Lima Gonzaga
Coordenadora NQSP
COREN-PA

Aline Lima Gonzaga
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Coordenadora de Qualidade

Belém-PA, 07 de fevereiro de 2022.

Identificador de Autenticação: 658989D3875475C747D0614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Comissão de Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
13/01/2022 – Horário proposto: das 10:00h às 11:00h
Local: Auditório 5º andar

Pautas Propostas:
Pauta 01: *Leitura da ata da reunião*
Pauta 02: *Notificação de Doenças de Notificação Compulsória, agravos e eventos de saúde;*
Pauta 03: *Monitoramento COVID 19;*
Pauta 04: *Orientações para casos suspeitos/confirmados de COVID 19 em isolamento domiciliar;*
Pauta 05: *Teste de antígenos, surto de gripe, exames LACEN;*
Pauta 06: *Verificação dos membros ausentes, justificativas de faltas e atualização de membros na comissão e considerações finais.*

Início: 10h10

Pauta 01: *Leitura da ata da reunião*
Enfermeiro Mattheus iniciou a reunião com a leitura da ata anterior informando o andamento das ações conforme abaixo:

Ação 1 (Concluída) - Orientação sobre testagem de COVID-19 para pacientes provenientes do interior do Pará: Foi orientado a equipe médica da UAI quanto a solicitação dos testes para os pacientes que atendam os critérios descritos no fluxo. Sendo assim, o corpo clínico ficou ciente da importância de solicitar tais testes como forma de garantir segurança a usuários e colaboradores em geral. Porém, com a mudança do cenário onde houve um aumento no quantitativo de pacientes sintomático respiratório, foi pensado em estratégia de viabilizar a utilização do teste seguindo novos critérios que se encaixem na realidade atual.

Pauta 02: (*Notificação de Doenças de Notificação Compulsória, agravos e eventos de saúde)*
Enfº Mattheus informou que no mês dezembro foram recebidas 106 fichas de notificação compulsória de doenças, agravo e eventos de saúde, sendo este total referente a ficha de investigação de SG suspeita de doença pelo Coronavírus, sendo maior valor de fichas recebidas no ano de 2021. Logo, não foram recebidas ficha de notificação de outras DNCs.
Enfº Mattheus explicou que tal cenário aconteceu devido o aumento de casos na população do Estado do vírus respiratório influenza, onde os sintomas são semelhantes, havendo um alto quantitativo de usuário sintomático respiratório.
Todas as fichas de DNC foram enviadas para a vigilância epidemiológica do município de Belém dentro do prazo estabelecido conforme portaria nº 1061, de 18 de maio de 2020, sendo também lançados na plataforma ESUS-VE e encaminhados as amostras para laboratório de referência do estado (LACEN).

Pauta 03: (*Monitoramento de COVID 19)*
Dentre os 106 casos suspeitos, 103 foram em pacientes, e 03 foi em responsável de pacientes , onde 20 eram pacientes que estavam internados na instituição e 86 foram orientados a ficar em isolamento domiciliar até resultado do exame para pesquisa de COVID-19, onde nenhum caso evoluiu para SRAG ou caso grave.
Dentre os casos de COVID-19 monitorados no mês de dezembro, 05 destes testaram positivo para sars-cov-2, onde 01 deste foi de paciente que já estava internada no hospital, 02 foram atendidos na UAI e os pacientes precisaram internar para tratamento voltado a doença de base, e 02 foram pacientes que estavam em isolamento domiciliar, onde foram devidamente orientados quanto as medidas de prevenção e controle do vírus.
Enfº Mattheus continua explicando que no mês de dezembro, devido o alto quantitativo de usuários sintomáticos respiratórios que coletaram RT-PCR, o LACEN-PA liberou o painel viral dos usuários, sendo identificado 01 usuário positivo pra influenza, onde apresentou sintomas leves e cumpriu isolamento domiciliar, onde recuperou-se do quadro em questão.
Os exames de RT-PCR foram encaminhados para o LACEN, assim como todos os casos foram discutidos com os médicos assistentes para avaliar os critérios diagnósticos dos mesmos.

Pauta 04: (*Orientações para casos suspeitos/confirmados de COVID 19 em isolamento domiciliar)*
Mensalmente o NHE realiza orientações aos pacientes em isolamento domiciliar via telefone, após o recebimento do exame e COVID 19, reforçando sobre a aplicação das medidas preventivas como higiene de mãos, uso de máscara, distanciamento social, esclarece dúvidas dos pacientes e responsáveis. Desde o mês de julho o setor começou a medir a taxa de efetividade dessas orientações, neste mês de dezembro a taxa de efetividade de orientações domiciliares foi de 74%, maior em relação ao mês de novembro que foi de 63%. Ressaltou-se que existem inúmeros fatores nos quais interferem no sucesso destas orientações, tais como: ligação não completa, cadastro de telefone de pessoas sem grau de parentesco com usuário e outros.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

Enfº Mattheus ressaltou que as orientações via telefone tiveram sucesso nos dois pacientes que testaram positivo para o vírus, onde os responsáveis foram devidamente orientados quanto ao fluxo e tempo de isolamento que os mesmos devem cumprir em domicilio.

Pauta 05: (*Teste de antígenos, surto de gripe, exames LACEN)*
Coord. Adrielle falou sobre o fluxo de teste de antígeno em pacientes que vinham do interior de zonas endêmicas, assintomáticos, porém o cenário mudou com o aumento dos casos de pacientes sintomáticos respiratórios, sendo assim foi mencionado que ainda está sendo discutido um novo fluxo pra utilização destes testes considerando esse novo cenário, onde surgiu a ideia de utilizar os testes em colaboradores pra reduzir o absenteísmo, bem como em acompanhantes de pacientes sintomáticos. Quanto ao surto de gripe, enfº Mattheus fala que foi observado um cenário atípico a nível nacional, com a circulação do vírus influenza e novas variantes do COVID-19, e devido a sazonalidade do nosso Estado nessa época do ano, propicia o aumento da circulação dos vírus respiratório, onde foram adotadas medidas para situação: orientação aos responsáveis e acompanhantes de pacientes internados quanto as boas práticas para prevenção de vírus respiratórios, além da importância de estar com a vacinação em dias. Foi mencionado que buscamos apoio do LACEN quanto a liberação no menor tempo possível dos testes de RT-PCR encaminhados por este hospital, afim de garantir que evitar que possa comprometer o tratamento dos nossos usuários. Por fim, também foi entrado em contato com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) para buscar orientações ao fluxo de envio e preenchimento das fichas de notificação de SG suspeito de COVID-19 e Influenza.

Pauta 06: (*Verificação dos membros ausentes, justificativas de faltas e atualização de membros na comissão e considerações finais*);
Compareceram à reunião: Coordenadora SCIH Adrielle Ribeiro, Enfermeiro do SCIH/NHE Mattheus Carvalho, Médica do SCIH/NHE Drª Ilce Menezes, Coordenador do Laboratório/SADT- Farmacêutico Bioquímico Marcio Pires, Coordenadores Assistenciais: Dielle Pantoja, Italo Marinho, Michelle Kzam e Samia Medeiros, DASS Lorena Portal, Médica Pediatra Flávia Paes (representando Dra. Regina), Fisioterapeuta Niegh, representando coordenadora da fisioterapia Adriana Medeiros, farmacêutica Mayara Arouck e analista de hotelaria JR Fabiana Rodrigues.
Não compareceram à reunião: Enfª SCIH/NHE Talita Sena, Enfª SCIH/NHE Thais Meireles, Tec. de enfermagem SCIH Bruna Costa e Coordenadora assistencial Salú Beato.
Justificativas de falta são monitoradas pelo NQSP.

Considerações finais:
O núcleo de vigilância epidemiológica realiza monitoramento diário das doenças de notificação compulsória, assim como faz um levantamento das crianças suspeitas ou confirmadas de COVID-19, de seus acompanhantes, desde início dos sintomas, acompanhamento diário dos casos, monitoramento do tempo de precaução, data de exame, altas ou óbitos, no qual gera um relatório contendo as informações necessárias para controle da doença e a garantia da segurança dos pacientes e colaboradores. Encaminha-se diariamente para vigilância epidemiológica do município e estado as notificações feitas por este estabelecimento, tipos de internações e andamento do caso. Para o Ministério da Saúde é lançado diariamente a situação de leitos ocupados por COVID-19 nas plataformas ESUS-VE deste hospital.

Término:10h50

Pendências/Plano de Ação:

Oque	Quem	Quando	Status
Orientação sobre testagem de COVID-19 para pacientes provenientes do interior do Pará	Equipe do SCIH	01/12/2021 à 31/12/2021	**Concluída**

** O plano de ação será inserido no sistema Interact SA pelo Gestor das Comissões em 72 horas para acompanhamento e andamento dos responsáveis.*

Próxima Reunião: Conforme cronograma de reuniões 2022.

Ata Elaborada por: Mattheus Lucas Neves de Carvalho

Obs. Lista de presença em anexo

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

4.4- Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásica

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

4.4 - Incidência de extravasamento de quimioterápicos referência janeiro 2022.

Na criança e no adolescente, o câncer compreende de 1 a 3% de todas as neoplasias malignas, estimando-se no mundo, incidência anual de cerca de 200.000 casos. No Brasil, de acordo com as referências dos registros de câncer de base populacional, atualmente consolidados, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima a ocorrência de mais de 9.000 casos novos de câncer infanto-juvenil por ano. O câncer representa a primeira causa de óbito por doença entre as crianças e adolescentes de 1 a 19 anos de idade para todas as regiões do Brasil. Os tumores malignos na criança tendem a apresentar menores períodos de latência, crescem quase sempre rapidamente, são geralmente invasivos e respondem melhor à quimioterapia. Diferentemente do câncer do adulto, na criança as neoplasias geralmente afetam as células do sistema sanguíneo e os tecidos de sustentação, enquanto que no adulto compromete as células do epitélio que recobre os diferentes órgãos. As neoplasias malignas pediátricas mais frequentes são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas. No Brasil, fundamentado nos dados dos registros de câncer consolidados, infelizmente muitos pacientes ainda são encaminhados aos centros de tratamento com a doença em estágio avançado.

Dentre as modalidades de tratamento das neoplasias, a quimioterapia é a que detém a maior incidência de cura. Trata-se de um método que utiliza compostos químicos chamados quimioterápicos e, quando aplicada ao câncer, a quimioterapia antineoplásica ou antiblástica aumenta a sobrevida dos portadores da doença, mesmo aqueles com tumores muito avançados. Entretanto, alguns agentes antineoplásicos podem acarretar toxicidade dermatológica decorrente do extravasamento, definido como a infiltração dessas substâncias, por via endovenosa, para os tecidos circunjacentes ao espaço puncionado.

As quimioterapias podem ser administradas pelas vias oral, subcutânea, intramuscular, endovenosa, intra-arterial, intratecal, intrapleural,

Identificador de autenticação: 658939D.5875.475.C7470C9014E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

intravesical, intraperitoneal e tópica. É uma modalidade de tratamento sistêmico em que os agentes antineoplásicos são tóxicos a qualquer tecido que apresentem uma atividade mitótica rápida e ciclo celular causando os efeitos colaterais. A administração por meio de acesso venoso periférico é a mais comum. Porém, requer treino e habilidade técnica na escolha da veia e do melhor dispositivo para punção, principalmente no caso das drogas vesicantes. A prevenção do extravasamento desse tipo de droga é fundamental, pois mesmo em pequenas quantidades produzem danos importantes nos tecidos e o tratamento ainda é muito controverso sobre o melhor antídoto a ser utilizado.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) determina ser competência do enfermeiro planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as ações de enfermagem em clientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico. Assim, cabe também ao profissional de enfermagem a responsabilidade pela promoção da segurança e manutenção da qualidade da assistência, participando na educação da sua equipe e nos cuidados ao paciente e também por meio da resolução 210/1998, como atividade privativa do enfermeiro a administração de drogas quimioterápicas.

A terapia intravenosa periférica é considerada um dos procedimentos mais comumente desenvolvidos na terapêutica onco-hematológica pediátrica. O tratamento é prolongado e as drogas quimioterápicas desgastam progressivamente a rede venosa da criança que possui características peculiares, sejam elas biológicas, cognitivas ou emocionais.

- Classificação dos antineoplásicos conforme a estrutura e função em nível celular:

- Agentes alquilantes: mostarda nitrogenada e derivados (mecloretamina, ciclofosfamida, clorambucil), etilenamina, epoxidos (dibromomanitol, dibromocitrol), alquil sifonatos (bussulfan), nitrosouréias

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

(carmustine, lomustine, streptomizicin), diaquitriazenes (dacarbazina), streptozocina, ifosfamida, melfalan, cisplatina, estramustina, melfalano, tiopeda, semustina, dacarbazina, carboplatina.

- Agentes antimetabólicos: metotrexato, são análogos da purina (6-mercapturina, 6- tioguanina, azatioprina), análogos da pirimidina (5-flurouracil, citosin-arabinosidio).

- Antibióticos antitumorais: antacíclicos (doxorubicina, daunublastina, epirubicina, idarubicina), bleomicina, mitomicina, mitoxotrona.

- Plantas alcalóides: grupo da vincristina e vimblastina, paclitaxel, teniposido e etoposido.

- Outras classificações: hidroxilréias, asparaginase.

- Classificação dos antineoplásicos conforme as reações dermatológicas locais:

- Quimioterápicos vesicantes: provocam irritação severa com formação de vesículas e destruição tecidual quando extravasados.

- Quimioterápicos irritantes: causam reação cutânea menos intensa quando extravasados (dor e queimação sem necrose tecidual ou formação de vesículas); porém, mesmo que adequadamente infundidos, podem ocasionar dor e reação inflamatória no local da punção e ao longo da veia utilizada para aplicação.

- Quimioterápicos não vesicantes/irritantes: não causam reação cutânea quando extravasados e não provocam dor e queimação durante a administração.

O extravasamento de drogas antineoplásicas se trata de risco conhecido. A gestão sobre o número de ocorrências deste tipo de evento é um dos principais desafios para os enfermeiros de quimioterapia. A base de cálculo para este acompanhamento e obtenção dos dados se dá pela

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AE0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

seguinte fórmula: **Número de extravasamento de droga antineoplásica X 100 dividido pelo número de infusões de droga antineoplásicas.**

A incidência de extravasamento faz parte de indicadores de qualidade assistencial. Cada ocorrência de extravasamento deve ser reconhecida como incidente de segurança que afeta diretamente o paciente, por isso, institucionalmente existe a necessidade de notificação deste tipo de evento.

A notificação é realizada em sistema próprio (Interact) com o objetivo de gerar análise do ocorrido e serem estabelecidos planos de ações de melhoria.

Os principais sinais e sintomas de extravasamento são: vermelhidão, edema, ausência de retorno venoso, parada na infusão, ardor, queimação e a dor pode ou não estar presente. É importante que o enfermeiro que administra quimioterapia saiba fazer um diagnóstico diferencial para não confundir a irritação das drogas irritantes com o extravasamento de vesicantes e vice-versa, o reconhecimento imediato do extravasamento é fator determinante no prognóstico da lesão.

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, na cidade de Belém, é o maior do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil em volume de leitos para o atendimento voltado exclusivamente ao diagnóstico e tratamento especializado do câncer infantojuvenil. Uma das marcas do hospital desde a inauguração é a oferta de um tratamento diferenciado, pautado nos princípios da Política Nacional de Humanização Assistência Hospitalar.

A unidade ambulatorial é a modalidade de atendimento que favorece o vínculo familiar e social da criança dentro do processo saúde doença, uma vez que a criança recebe a quimioterapia e liberada para casa ao término.

Na unidade internação primeiro andar lado B, o perfil é exclusivo para usuário em seguimento de quimioterapia em altas doses, que exigem maior tempo de infusão e observação multiprofissional rigorosa, com internação especifica para esta finalidade.

Nas unidades de internação segundo e terceiro andar é destinada a um perfil clínico e respiratório, respectivamente, porém com usuários com

Identificador de autenticação: 659039D.3875.475.C747DC9614E4550AE0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

doença de base oncológica e tem necessidade de internação por diversos fatores esperados, mas não desejados dentro do tratamento quimioterápico. Vale ressaltar aqui que é tratado a intercorrência apresentada pelo usuário com avaliação continua para bom andamento do tratamento quimioterápico.

A UTI recebe principalmente os usuários referenciados de outras instituições com necessidade de realização de quimioterapia de forma imediata após a confirmação do diagnóstico, que apresentam situação de maior grau de complexidade. Permanece com monitorização 24hs antes, durante e após o término da infusão da terapia antineoplásica, bem como a avaliação pontual de cada usuário e de sua especificidade.

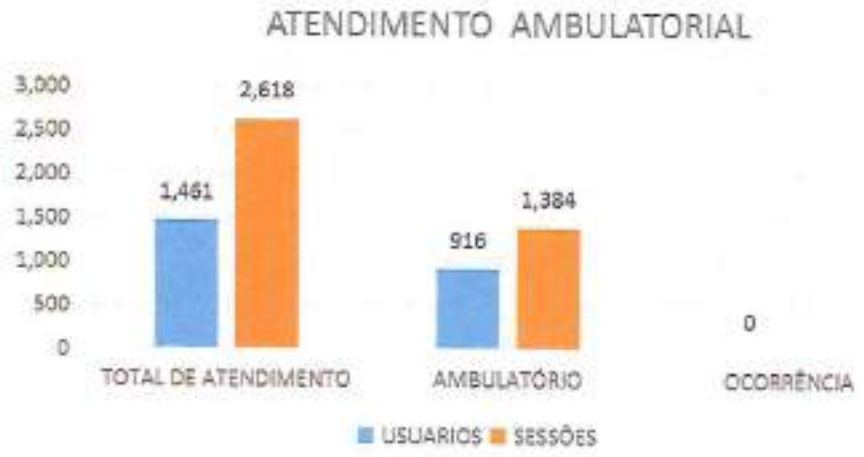
Em conhecimento de fatores relacionados ao tratamento com terapia antineoplásica é realizado acompanhamento continuo de casos complicadores como a ocorrência de extravasamento. Mensurando-se mensalmente o risco e os casos identificados como ocorrência para acompanhamento posterior, conforme levantamento deste indicador no mês de janeiro de 2022 é possível evidenciar que:

- **Janeiro/2022:**

Ao avaliar os dados referentes ao periodo de 1 a 31 de janeiro identifica-se um total de 1.461 atendimentos que realizaram 2.618 infusões de quimioterapia. Destes 916 atendimentos ambulatoriais que realizaram 1.384 infusões, sem ocorrência de extravasamento e 545 atendimentos nas unidades de internação que realizaram 1.234 infusões, sem ocorrência de extravasamento. Obtendo, taxa de 0% de extravasamento em ambas unidades no mês.

Identificador de autenticação: 659939D.3875.475.C747DC9614E4550AE0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D



Fonte: Dados HOIOL janeiro 2022

Fonte: Dados HOIOL janeiro 2022

Desta forma é possível identificar que o percentual de extravasamento se mantém dentro do limite aceitável pela literatura atingindo a margem de 0,5 a 6,0% de ocorrência de casos.

A fragilidade capilar e rede venosa pouco visível, comum aos pacientes infantojuvenil em tratamento antineoplásico, é um fator que favorece o extravasamento de medicação, o evento ocorrido resultou em efeito adverso classificado leve relacionado a droga irritante com melhora significativa dos sintomas após 24h tratamento convencional conforme

Identificador de autenticação: 659939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

protocolo institucional, sem prejuízo funcional significativo e não ocasionando atraso no tratamento do paciente.

No entanto, vale ressaltar que o monitoramento da qualidade da assistência se faz necessário, bem como refletir sobre a prática clínica com base naquilo que é observado, reforçando a cultura de segurança do paciente. Assim, torna-se importante a implementação de protocolos baseados em evidências científicas sobre prevenção e manejo do extravasamento de antineoplásicos e outros fármacos, buscando a capacitação dos profissionais, para gerenciar, assistir, notificar e realizar tratativas acerca desse perfil de paciente, tendo em vista que o tratamento é prolongado e as drogas quimioterápicas desgastam progressivamente a rede venosa da criança que possui características peculiares, sejam elas biológicas, cognitivas ou emocionais.

Lorena de Castro Portal
Diretora Assistencial
COREN-PA 39.565-ENF
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo - Pró-Saúde

Lorena de Castro Portal

Diretora Assistencial Hospital Oncológico Octávio Lobo

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo - Pró-Saúde

Salú Beato de Freitas
COREN-PA-457145-ENF

Salú Beato de Freitas

Coordenação de Enfermagem Quimioterapia

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo - Pró-Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D
Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747D69614E4560AF9
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

Equipe Multiprofissional de Terapia Antineoplásica
26/01/2022 – Horário proposto: das 14:00h às 15:00h
Local: Online (Microsoft Teams)

Pauta Proposta:
Pauta 1: Leitura da ata da reunião com feedback das ações;
Pauta 2: Análise dos indicadores de dezembro/2021;
Pauta 3: Quimioterápicos a vencer em 180 dias;
Pauta 4: O que ocorrer;
Pauta 5: Verificação dos membros ausentes e justificativas de faltas.

Início: 14:13h

Pauta 01:
A Farmacêutica Aline Oliveira (1ª secretária), iniciou a reunião com a leitura da ata anterior, verificando o andamento das ações, conforme abaixo:

Ação 1 (em andamento) – Treinamento do protocolo RE-LLA: A Dra. Renata Barra informou que o treinamento não retornou ainda porque a Dra. Alayde, responsável por ministrar a próxima aula, estava com COVID. Além disso, devido ao elevado número de casos de síndrome respiratória, foi sugerido em reunião que o treinamento passasse a ser online. Será verificado essa possibilidade junto à enfermeira Meliane;

Ação 2 (NOVA) – Fluxo de pacientes com sintomas gripais X Quimioterapia: Serão convocados para estarem presentes na próxima reunião a Dra. Ana Carolina Abrahão (pediatra), Dr. José Miguel, Enfermeira Adriele (Coordenadora – CCIH) e a enfermeira Meliane para discussão a respeito do fluxo de pacientes que apresentam sintomas gripais durante o tratamento quimioterápico.

Pauta 02:
A Farmacêutica Aline Oliveira (1ª secretária), verificou junto aos membros a análise dos indicadores referentes ao mês de dezembro/21:

Custo – Quimioterápicos:
Resultados obtidos: No mês de Dezembro/2021, o consumo de quimioterápicos ficou, pelo décimo nono mês consecutivo, fora da meta orçamentária estipulada em R$ 244.908,13 e atingiu o valor total de R$ 300.408,76 (aproximadamente 18% acima da meta orçamentária), classificando o indicador como Crítico. Comparado ao mês anterior, apresentou aumento de 8%, o que distanciou ainda mais este indicador do limite de orçamento.
Apesar da redução do número de sessões de quimioterapia (2808 sessões), se comparado ao mês anterior (2903 sessões), o orçamento deste mês se tornou mais alto, e mantendo-se acima da meta contratual de 2400 sessões.
O grande volume de atendimentos e sessões de quimioterapia, assim como os altos valores para aquisição dos quimioterápicos, são fatores que têm influenciado diretamente na performance deste indicador, impactando no custo de quimioterapia.
Segue abaixo os quimioterápicos com maior consumo durante o mês de Dezembro:

PEG-Asparaginase 3750UI	O consumo de PEG-Asparaginase permanece sendo o de maior representatividade no valor de custo total de quimioterapia, tal condição se justifica pelo seu alto custo de aquisição (R$ 4.843,80). No mês de dezembro, o medicamento correspondeu a cerca de 38% (R$ 116.251,22) do custo total mensal desde indicador, que quando comparado ao mês de Novembro/2021 é possível verificar aumento em R$ 14.530,88; cerca de 12% a mais. Tal condição pode estar relacionada com o consumo maior de frascos de PEG-ASPARAGINASE, um aumento em 6 unidades, apesar disso, o número de sessões nos meses de novembro e dezembro permaneceu o mesmo (42 sessões). Condições somadas a redução na farmacoeconomia do medicamento em dezembro, R$ 14.531,40 a menos que foram economizados durante o mês de análise (21 frascos-novembro e 18 frascos-dezembro; economizados).
Dexrazoxano 500mg	Dexrazoxano está entre os medicamentos com custo unitário de compra mais elevado (R$ 990,00), o que faz com que este impacte diretamente na performance deste indicador. O medicamento manteve a segunda maior representatividade dentro do valor de custo total, fato que tem se repetido nos últimos meses, resultando no custo de R$ 65.557,35, aproximadamente 22% do total; ficando atrás somente da Peg asparaginase. No comparativo com o mês

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

	anterior, verificou-se aumento no consumo em reais do medicamento em 7% (R$ 4.613,45), Entre outros fatores o aumento do número de pacientes em quimioterapia que demandassem terapia de suporte com Dexrazoxano, tais quais: Daunorrubicina, Doxorrubicina e Mitoxantrona, não foi significativo, sendo 41 em novembro aumentando para 42 pacientes em dezembro. Porém, pode ser justificado pelo aumento significativo do número de sessões que quando comparado, foi verificado que passou de 63 sessões em novembro para 72 sessões em dezembro (diferença de 9 sessões). Somado a esse fator, verificou-se redução da farmacoeconomia relacionada a esse medicamento, R$ 2.970,00 a menos de economia quando comparado ao mês de novembro, demonstrando que houve menor aproveitamento do medicamento durante o mês de análise.
Metotrexato 500mg inj 20ml fr/amp	O custo associado a este medicamento representou pouco mais de 6% do valor total, seu custo de aquisição atual está em R$ 116,75. Em relação ao mês anterior teve um aumento significativo de aproximadamente 59%, passando de 8º para o 3º com maior representatividade neste indicador. Apesar de seu baixo custo de aquisição comparado a outros medicamentos, apresenta uma alta demanda. O que mostra a necessidade de realização de farmacoeconomia deste medicamento afim de reduzir seus custos mensais, já que se trata de uma medicação onde um único frasco atende vários pacientes. No mês de dezembro tivemos um aumento no consumo de frascos de metotrexato 500mg, que pode justificar o aumento no seu consumo, passou de 570 frascos (Novembro) para 604 frascos (Dezembro).
Dactinomicina 0,5mg	Assim como no mês passado, Dactinomicina está entre os cinco medicamentos que mais impactaram no custo mensal do setor de quimioterapia, correspondendo 6% (R$ 17.454,40) do valor total. Ao se comparar os dois meses de análise, é possível evidenciar aumento no custo associado ao medicamento no mês de dezembro (R$ 1.904,39 a mais) se comparado ao mês anterior, fato este que não está relacionado diretamente ao número de sessões, tendo em vista que permaneceu sem alteração nos últimos dois meses (5 sessões), já o número de frascos utilizados teve um pequeno aumento de 11 frascos (Novembro) para 12 frascos em (Dezembro). O que pode estar justificando essa diferença já que seu valor unitário é em torno de R$ 1.679,77. Além disso, vale ressaltar, ainda, que o volume reduzido do medicamento (1,1mL) dificulta o aproveitamento (farmacoeconomia) do frasco para dois ou mais pacientes. Nos meses observados, não tivemos nenhum frasco economizados do medicamento.
Mercaptopurina 50mg	A Mercaptopurina igualmente no mês passado, apareceu entre os cinco medicamentos de maior consumo em reais no setor de Quimioterapia, representando 5% do custo total com quimioterápicos no mês de Dezembro. Ao relacionar com o mês anterior, foi verificado aumento em 23% (R$ 3.688,57 a mais), condição esta que tem provável relação com o aumento do número de sessões de quimioterapia, 7 sessões a mais em dezembro/21.

Práticas de Controle: A constante busca por atualização e conhecimento da estabilidade físico-química dos medicamentos após a reconstituição e diluição dos mesmos, realizada pela equipe de farmacêuticos do setor, favorece a otimização do uso dos medicamentos, bem como o trabalho da EMTA quanto ao agendamento, gerando continuamente uma maior farmacoeconomia e uma otimização do Custo de Quimioterápicos.

Correlação de indicadores:
O custo com quimioterápicos tem relação direta com o número de sessões de quimioterapia realizado, dado que reduziu em relação ao mês anterior (95 sessões a menos), bem como com o número de casos novos diagnosticados, que aumentou em 14 pacientes quando comparado a novembro/2021. Estes fatores têm interferido bastante no indicador dos últimos meses, contudo para este mês, o dado de maior influência no aumento de custos associados aos quimioterápicos o também aumento na utilização de medicamentos com alto custo de aquisição como Peg asparaginase e Dexraroxano. Além disso, o indicador de farmacoeconomia demonstrou que o melhor aproveitamento dos frascos e comprimidos de quimioterapia proporcionou redução em R$ 127.749,06 no custo

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

associado a esse grupo de medicamentos, porém valor inferior ao mês anterior onde atingimos uma farmacoeconomia de R$ 156.260,00 (redução de 18%).

Para o indicador deste mês é válido destacar que todos os cinco medicamentos com maior representatividade tiveram aumento no custo associado a eles quando comparado ao mês de novembro/2021, o que influenciou diretamente no custo, que, também, aumentou, no mês de dezembro/2021. Ressalta-se, ainda, que o perfil de diagnóstico e fase do tratamento dos usuários atendidos no HOIOL refletem diretamente no consumo de quimioterápicos e o custo orçamentário que será gerado ao mês em análise, assim como, o custo de aquisição dos quimioterápicos.

Taxa de Intervenções Farmacêuticas Aceitas - Quimioterapia:

Resultados obtidos: Em Dezembro de 2021 foram realizadas 103 intervenções farmacêuticas referentes às prescrições de quimioterapia, média de 3 intervenções/dia. A aceitabilidade das intervenções em dezembro de 2021 foi de 96%, já que durante este mês houve 1 intervenção não aceita com justificativa médica (devido condições clínicas do paciente) e 3 intervenções aceitas com alterações. Este resultado demostra a importância e necessidade do trabalho farmacêutico nas barreiras de segurança dos usuários e na assertividade das prescrições de quimioterapia. A análise, por parte dos farmacêuticos, dos protocolos quimioterápicos durante a avaliação das prescrições garante boa parcela das intervenções e correções de não conformidades.

A análise dos tipos de intervenções realizadas pelos farmacêuticos do setor da quimioterapia está demonstrada na tabela abaixo:

TIPOS DE INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA	NÚMERO	%
ADEQUAÇÃO DE DOSE	28	27%
MEDICAMENTO NÃO ADEQUADO OU FALTANDO NA FASE DO TRATAMENTO	17	17%
APRAZAMENTO	15	15%
AUSÊNCIA DE RECEITA/PRESCRIÇÃO	12	12%
DIVERGÊNCIA NAS DOSES PRESCRIÇÃO x RECEITA	8	8%
ADEQUAÇÕES NO PROTOCOLO QUIMIOTERÁPICO: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	6	6%
ADEQUAÇÃO DE CONCENTRAÇÃO DO MEDICAMENTO NA SPGV	6	5%
ADEQUAÇÃO DE TEMPO DE INFUSÃO	4	4%
DADOS DOS PACIENTES	3	3%
AUSÊNCIA ASSINATURA E CARIMBO DO PRESCRITOR	2	2%
SC DIVERGENTE	1	1%
SUSPENSÃO DE MEDICAMENTO NÃO NECESSÁRIO	1	1%
ADEQUAÇÃO DE MODO DE ADMINISTRAÇÃO	1	1%
TOTAL	103	100%

A intervenção de maior impacto observada foi em relação à **Adequação de Dose**, que representou 28 das 103 intervenções realizadas, equivalente à 27% dos casos. Este tipo de intervenção assume importante relevância clínica no contexto de prevenção de superdoses e/ou subdoses na terapia, e, desta forma, contribui para evitar eventos relacionados à toxicidade ou redução da efetividade do tratamento. Essa conduta preventiva, realizada durante a avaliação de prescrições, pode impactar na diminuição do tempo de internação, gerando benefícios à qualidade do serviço prestado aos usuários, assim como impacto econômico positivo ao hospital. Podemos destacar em segundo e terceiro lugar, respectivamente, a intervenção do tipo **Medicamento não adequado para a fase do tratamento**, correspondendo a 17% e **Aprazamento**, representando 15% do total das intervenções. Estas intervenções se devem a análise detalhada dos protocolos pela equipe farmacêutica e o contato, de forma direta, com a equipe de Oncopediatria para ajustes que tem interferência direta sobre o tratamento dos usuários em quimioterapia. Esta prática apresenta grande contribuição clínica na segurança dos pacientes, demonstrado a seguir pelos tipos de erros evitados a partir da abordagem direta aos prescritores:

TIPOS DE ERROS PREVENIDOS	NÚMERO	%
DOSE INADEQUADA	37	36%
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NÃO NECESSÁRIO	18	17%
FREQUÊNCIA INAPROPRIADA	16	15%
OMISSÃO DO MEDICAMENTO	12	12%
TERAPIA INADEQUADA	6	6%
ERRO DE PREPARO	5	5%
TEMPO DE INFUSÃO	4	4%
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	3	3%
IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR	2	2%
MEDICAMENTO ADMINISTRADO DE FORMA INCORRETA	1	1%
TOTAL	103	1

Práticas de controle realizadas: A realização de intervenções farmacêuticas para a prevenção de não

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

conformidades nas prescrições, vêm demonstrando que a atividade do farmacêutico tem sido um fator importante na garantia de qualidade à assistência do paciente, bem como de segurança na prestação do serviço de saúde, contribuindo de forma muito particular com a manutenção dos critérios e valores desta instituição, referência no tratamento de câncer infanto-juvenil.

Correlação de Indicadores: Ao correlacionar o número de prescrições avaliadas (253) com o número de intervenções realizadas (103) no mês de Dezembro, observa-se uma discreta diminuição de 7% na da taxa de avaliação porém, a taxa de intervenção deve um aumento de 50% em relação ao mês passado. O aumento em 45% deste parâmetro pode estar relacionado ao número de casos novos em relação ao mês anterior.

Taxa de Incidência de Extravasamento de Quimioterapia Antineoplásica:
Não houve ocorrência de extravasamento de quimioterapia em dezembro/2021.

Taxa de Absenteísmo em Sessões de Quimioterapia:
Obteve-se o quantitativo de 2,5%, sendo classificado como desfavorável. No período analisado contabilizamos 39 ausências em número absoluto, superior ao mês anterior. Sendo 19 ausências de pacientes que estão em manutenção de quimioterapia; 9 ausências em intratecal e 2 ausências de Peg-Asparaginase.

Taxa de Derramamento de Quimioterapia Antineoplásica:
Não houve ocorrência de derramamento de quimioterapia em dezembro/2021.

Taxa de Interrupção de Quimioterapia:
No mês de dezembro de 2021 foram realizadas 417 quimioterapias, sendo documentadas 17 suspensões no mês de dezembro/21. A taxa portanto de suspensão de QT no mês ficou em 4 %.
Conforme os registros os motivos de suspensão foram:

- Infecções: 12. NEUTROPENIA FEBRIL: 5; SINTOMAS GRIPAIS: 4; FLEBITE: 1; PNEUMONIA: 1;
- Toxicidades: 5. HEMATOLÓGICA: 1 NEUTROPENIA; HEPÁTICA: 3; GASTROINTESTINAL: 1;
- Outros: 0.

A média de atraso da QT RETOMADA DE QT FOI 7-10 DIAS.

Taxa de Mortalidade nos Primeiros Sete Dias de Tratamento de Quimioterápico:
No mês de dezembro de 2021 houve 5 casos de óbito, sendo que deste total, não houve nenhum caso de óbito nos primeiros sete dias de quimioterapia.
A taxa de mortalidade nos primeiros 7 dias do início de quimioterapia foi de 0 %, abaixo da meta esperada de até 1%. Foram 5 óbitos no total de pacientes oncológicos no período de 01 a 31 de dezembro de 2021.

Tempo Médio de Espera do Cadastro ao Início de Tratamento Quimioterápico:
No mês de dezembro de 2021 foram cadastrados 45 usuários de casos novos, sendo 8 casos hematológicos e 14 tumores sólidos.
O tempo médio do cadastro ao início do tratamento foi de 20 dias, fora da meta de 14 dias para confirmação diagnóstica e início de tratamento.

Variação de Geração de Resíduo do Grupo B – Químicos:
Não houve análise desse indicador em dezembro/2021.

Pauta 03: Foram informados os quimioterápicos com vencimento em até 180 dias (em anexo).

Pauta 04: A Dra. Renata Barra repassou para o Ayrton (Suprimentos) que a oncopediatria não realizará procedimento em pacientes na indisponibilidade de tamanho adequado do material. Pois acaba gerando riscos durante o procedimento.
Foi discutido o novo fluxo para o medicamento Dactinomicina. O Ayrton (Suprimentos) informou que faltam 132 frascos do medicamento para finalizar o tratamento de todos os pacientes que fazem atualmente uso da Dactinomicina. O Ayrton sugeriu que fosse revisto o fluxo de atendimento e a possibilidade de comprar o medicamento de acordo com agenda dos pacientes, para evitar o desabastecimento. Além disso, o Ayrton sugeriu para a Dra. Renata Barra que os pacientes sejam encaminhados ao serviço social no momento da consulta com a oncopediatra, para que possam preencher o formulário necessário para a compra do medicamento e desta forma agilizar o início do tratamento. A coordenadora de farmácia Taiana Carvalheiro disse que a Dactinomicina poderá ser comprada mensalmente, para agilizar o início do tratamento e evitar que o paciente fique esperando muito tempo pela chegada do medicamento.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

Pauta 05:
- **Ausências justificadas:** nenhuma.
- **Ausências não justificadas:** José Miguel; Camila Castello; membros do serviço social, psicologia, fisioterapia e nutrição.

Pendências/Plano de Ação:

Nº	O que?	Quem?	Quando?	Status
1	Treinamento do protocolo RE-LLA	EMTA	18/02/2022 (3° prazo)	Em andamento
2	Fluxo de pacientes com sintomas gripais X Quimioterapia	EMTA	18/02/2022 (1° prazo)	**NOVA**

**O plano de ação será inserido no sistema Interact SA pelo Gestor das Comissões em 72 horas para acompanhamento e andamento dos responsáveis.*

Término: 15:00h

Próxima Reunião: 18/02/2022

Ata Elaborada por: Farmacêutica Aline Oliveira

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

4.5- Comissão de Prontuário

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

4.5.2 - Plano de ação

Em janeiro de 2022, a Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) e a equipe multiprofissional do HOIOL realizaram as seguintes ações preventivas, corretivas e de melhorias:

- Reunião ordinária da CRP dia 12/01/2022, conforme cronograma anual.
- Análise do indicador qualitativo Taxa de Conformidade de Preenchimento de Prontuários do mês de dezembro. Indicador dentro da meta. Classificação ótimo (100%).
- Apresentação e avaliação dos resultados quantitativos – observa-se uma tendência negativa quantitativamente comparado ao mês anterior pois obtivemos aumento nas não conformidades gerais.
- Feedback e andamento das ações da comissão – 02 realizada (Contínua), 02 em andamento e 05 concluídas.
- Treinamento in loco para os anestesistas sobre a Ficha de Recuperação Pós Anestésica para preenchimento no sistema EDOC. Ação foi realizada durante 01 semana in loco com parceria do supervisor de TI Srº Jozadaque. Ação concluída.
- Realizada ação do Placar setorial de taxa de conformidade em prontuários. Ação realizada do placar de podium nos setores além de orientação in loco repassando sobre o número de não conformidades por setores para melhoria, esta ação será contínua. Ação concluída do placar setorial de taxa de não conformidades nos andares.
- Conforme as não conformidades geradas pelas equipes foi realizado orientações in loco e auditoria nos setores pela equipe da auditoria (equipe multidisciplinar, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem).
- No módulo prontuário de internação, atualizar os CIDs da FIA e BAA. Essa ação já está sendo implementada e acompanhado pelo supervisor de facilities e equipe da recepção atualizando o cid desatualizado dos pacientes através da carteirinha de quimioterapia. Informado pelo supervisor Luís que esta ação será continua e estará sendo confeccionada.

Identificador de autenticação: 658039D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

- Avaliação do prontuário Cirúrgico e orientação da avaliação pelos membros da comissão.
- Liberação do Laudo de Autorização de Internação Hospitalar pela equipe de tecnologia de informação para os médicos preencherem em EDOC no Salux.
- Criação em EDOC no salux – Histórico de Enfermagem aguardando coordenação de enfermagem alterar documento para dar continuidade. Ação em andamento.
- Atualização dos códigos de procedimentos pelo SIGTAP para descrição de nova AIH. Ação para atualização do procedimento em casos de internação e realização de outro procedimento para descrição da nova AIH (Ficha de autorização e Internação Hospitalar) pelo cirurgião. Ação realizada pela faturista.
- Treinamento pelo Núcleo de Educação Continuada (Registro Transfusional). Ação realizada pela enfermeira do NEAS (Núcleo de Educação Assistencial) e agência transfusional com as auditorias sobre o preenchimento conforme dos registros transfusionais.
- Inclusão do CID-O nas evoluções. Ação desenvolvida com o setor de auditoria, registro hospitalar de câncer e oncologistas. Inclusão do CID-O (Classificação Internacional de Doenças para Oncologia) nos prontuários de pacientes casos novos. Repassado código e orientações sobre o preenchimento no prontuário de topografia e morfologia. Ação nova e andamento.
- Realização da Ação Tinta de carimbo que foi realizada pela equipe da auditoria para melhora do registro nos documentos que constam carimbo dos profissionais da área da saúde. Ação concluída.

4.5.3 – Resultados

Em janeiro de 2022, registramos 147 altas – 11 altas melhoradas, 127 altas com previsão de retorno para acompanhamento do paciente, 08 óbitos (sendo as 08 fornecida pelo médico assistente) e 01 transferência externa para outro estabelecimento. Auditamos 100% dos prontuários quantitativamente. Destes, a CRP auditou 17% qualitativamente (18 prontuários), apresentando 100% de taxa de conformidade em

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

prontuário – 18 classificados como ÓTIMO, considerando-se os 11 itens de verificação. As avaliações foram feitas por 11 membros da comissão composto por: auxiliar administrativo da auditoria, registrador de câncer, enfermeiros, coordenadores assistenciais, nutricionista, coordenação farmacêutica, faturista e supervisor de tecnologia de informação.

	FORMULÁRIO - Comissão de Revisão de Prontuários (CRP)		
	Avaliação Qualitativa de Prontuário		
	Código: FO.HOIOL.CRP.001	Versão: 002	Página: ½

Avaliador: COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

Mês / Ano: JANEIRO / 2022

Nº de Ordem	Prontuário	Itens de Verificação												Qualidade
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total	
1	3850	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
2	3918	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
3	2191	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
4	3825	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
5	3860	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
6	3871	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
7	3740	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
8	4036	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
9	4088	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

10	4058	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
11	3882	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
12	3894	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
13	3807	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
14	3537	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
15	4077	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
16	3849	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
17	3704	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
18	1584	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO

Itens de Verificação	Média	Classificação	Peso
1. Identificação	5	Completo Incompleto	5 2
2. Evolução Multiprofissional	10	Elucidativa Não Elucidativa Ausente	10 2 0
3. Solicitação de Exames	5	Realizado Realizado parcialmente Não Realizado	5 2 0
4. Relatório Operatório	5	Completo Incompleto Ausente	5 2 0
5. Ficha de RPA	5	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	5 2 0
6. Prescrição Médica	15	Completo Incompleto Ausente	15 5 0
7. Letra	9	Legível Legível em parte Ilegível	10 5 0

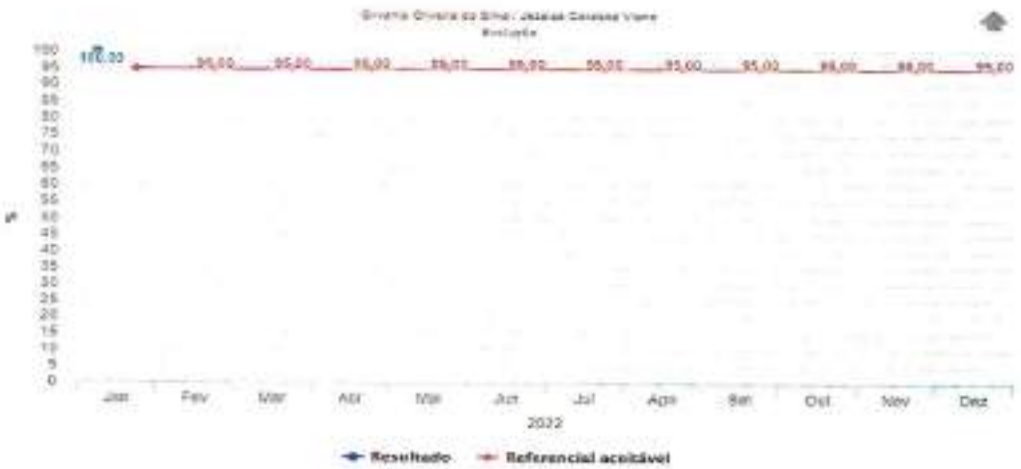
Identificador de autenticação: 658039D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

8. Assinatura e Carimbo do Médico	10	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	10 2 0
9. Plano Assistencial de Enfermagem	10	Completo Incompleto Ausente	10 2 0
10. Assinatura e Carimbo da Equipe Multiprofissional	10	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	10 2 0
11. Resumo de Alta	15	Realizada Realizado parcialmente Não Realizado	15 5 0
TAXA DE CONFORMIDADE DE PREENCHIMENTO DE PRONTUÁRIOS: 100%			

	Nota	Qualidade	Recomendação
Classificação	0 - 50	Péssimo	Controle para supervisão + Advertência
	51 - 80	Razoável	Controle para supervisão + Advertência
	81 - 90	Bom	Recebe resultado como incentivo
	91 - 100	Ótimo	Recebe resultado como exemplo

4.5.4 - Taxa de Conformidade de Preenchimento de Prontuários



Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13DD.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

4.5.5 - Considerações finais

Em janeiro de 2022, a Comissão de Revisão de Prontuário evidenciou tendência negativa da auditoria quantitativa, pois obtivemos aumento de não conformidades por profissionais, comparado ao mês anterior. Porém na auditoria qualitativa tivemos um resultado positivo na qual os 11 itens de verificação de 18 prontuários obtivemos análise da CRP como ótimos. São realizadas ações in loco associadas as integrações. Neste mês de dezembro foi realizado orientação para equipe multiprofissional, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos in loco sobre a auditoria de prontuários e preenchimentos com conformidades. Além disso é realizado a auditoria in loco por setor tendo um auxiliar administrativo da auditoria responsável em cada setor além de ser repassado informações diárias para melhoria contínua.

Dr. Jose Miguel Alves Júnior
Diretor Técnico
CRM 108
HOIOL/Pró-Saude

José Miguel Alves Júnior
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Diretor Técnico – Presidente da Comissão

Jessica Cardoso Viana
COREN - PA 390.746 - ENF

Jéssica Cardoso Viana
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Enfermeira Auditora – Secretária da Comissão

Aline Lima Gonzaga
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Coordenadora da Qualidade

Identificador de autenticação: 6B9930D.3875.475|C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Comissão de Revisão de Prontuários
12/01/2022 – Horário proposto: das 16:30h às 18h
Local: Auditório

Pauta Proposta:

Pauta 1: Leitura da ata da reunião com feedback das ações.

Pauta 2: Avaliação dos prontuários cirúrgicos e clínicos.

Pauta 3: Apresentação de resultados qualitativos e quantitativos de dezembro de 2021.

Pauta 4: Análise do indicador.

Pauta 5: Orientação in loco.

Pauta 6: Justificative das ausências.

Início:16 h30

Pauta 01 – Jéssica Cardoso iniciou a reunião com a leitura da ata anterior informando o andamento das ações conforme abaixo:

Ação 1 (Realizada) – Criar placar setorial de taxa de conformidade em prontuários. Placar setorial de taxa de conformidade em prontuários. Iniciamos no mês de maio, repassamos nos setores as número de não conformidade e realizamos desde o mês de maio o primeiro placar setorial de taxa de não conformidades. Apresentado apenas pelo computador nos setores. Prazo: Concluída.

Ação 2 (Realizada) – Atualização dos CIDs no histórico de internação e alta do SALUX. No módulo prontuário de internação, atualizar os CIDs da FIA e BAA. Essa ação será realizar pelo supervisor da TI acompanhado de o supervisor de facilities, onde será feito o levantamento de todos os pacientes que estão com o Cid desatualizada. Informado pelo supervisor Luís que essa ação será contínua e que a equipe da recepção solicita a carteira de quimioterapia para confirmação do CID e a partir das próximas confecções de carteirinhas será necessário colocar o item CID para facilitar o processo. Prazo: Contínua.

Ação 3 (Andamento) – Criação em EDOC no salux – Histórico de Enfermagem aguardando coordenação de enfermagem alterar documento no Interact para dar continuidade pela equipe de Tecnologia de Informação. Essa ação será realizada pelo supervisor de tecnologia de informação. Prazo: 30 dias.

Ação 4 (Contínua) - Orientação in loco sobre preenchimento conforme. Ação realizada diariamente e mensalmente conforme a necessidade para melhorias das não conformidades nos prontuários dos usuários. Prazo: Contínua.

Ação 5 (Concluída) Atualização dos códigos de procedimentos pelo SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS) para descrição de nova AIH. Ação foi realizada pela analista do faturamento Srª Darlene.

Ação 6 (Concluída) Treinamento pelo Núcleo de Educação Continuada. Ação será realizada pela enfermeira do NEAS (Núcleo de Educação Permanente) e Agência Transfusional. Aguardando calendário de treinamento aos Enfermeiros sobre o preenchimento e a importância do registro conforme do registro transfusional.

Ação 7 (Concluída) Treinamento in loco para os anestesistas sobre a Ficha de Recuperação Pós Anestésica para preenchimento no sistema EDOC. Ação foi realizada durante 01 semana in loco com parceria do supervisor de TI Srº Jozadaque.

Ação 8 (Andamento) Inclusão do CID-O nas evoluções (Classificação Internacional de Doenças para Oncologia). Ação sendo realizada pela auditoria, registro hospitalar de câncer e oncopediatria. Prazo: 30 dias.

Ação 9 (Concluída) Ação Tinta de carimbo – com o intuito de diminuir as não conformidades relacionadas a visibilidade da tinta de carimbo foi realizada essa ação pela enfermeira auditora Jéssica Cardoso.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 421F75F7635C13D0.99FBEA6C4AF517E7.E0B1F1B9EC2A0C88.0F6D051DA6E8E12D

Identificador de autenticação: 658939D.3875.475.C747DC9614E4550AF0
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 3

Pauta 02 – Avaliação do prontuário Cirúrgico e Clínico e orientação da avaliação pelos membros da comissão. Sendo realizado no mínimo 10% pela quantidade de altas mensais pela comissão de prontuários. Antes do prontuário ser encaminhado para o faturamento.

Pauta 03 – Apresentação dos resultados qualitativos e quantitativos de dezembro de 2021.

Pauta 04 – Em dezembro de 2021, registramos 135 altas – 16 altas melhoradas, 110 altas com previsão de retorno para acompanhamento do paciente, 02 altas por outros motivos, 01 alta curada, 05 óbitos (sendo as 05 fornecida pelo médico assistente) e 01 transferência externa para outro estabelecimento. Auditamos 100% dos prontuários quantitativamente. Destes, a CRP auditou 11% qualitativamente (15 prontuários), apresentando 100% de taxa de conformidade em prontuário – 15 classificados como ÓTIMO, considerando-se os 11 itens de verificação. As avaliações foram feitas por 11 membros da comissão composto por: auxiliar administrativo da auditoria, registrador de câncer, enfermeiros, coordenadores assistenciais, nutricionista, coordenação farmacêutica, faturista e supervisor de tecnologia de informação.

Pauta 05: Devido as não conformidades geradas pelas equipes assistenciais e corpo clínico, foi realizado orientações in loco e auditoria nos setores pela equipe da auditoria diariamente conforme sinalização de não conformidades.

Pauta 06: Não puderam participar da reunião e não justificaram:, José Miguel, Patricia e Dayse.

Justificaram: Drª José Miguel, Drª Patricia, Drª Renata Barra, Kamila Dolores, Salu e Taiana.

Pendências/Plano de Ação:

O que	Quem	Quando	Status
1. Criar placar setorial de taxa de conformidade em prontuários.	Auditoria	F:30/02/2021	Concluída
2. Atualização dos CIDs no histórico de internação e alta do SALUX	Luís e Jozadaque	Contínua	Realizada (Contínua)
3. Criar EDOC: REGISTRO DE ENFERMAGEM	Jozadaque	I: 14/07/2021 F: 30/02/2022	Andamento
4.Orientação in loco sobre preenchimento conforme	Auditoria	Contínua	Realizada (Contínua)
5. Atualização dos códigos de procedimentos pelo SIGTAP para descrição de nova AIH	Darlene	I: 01/12/2021 F:30/12/2021	Concluída
6. Treinamento pelo Núcleo de Educação Continuada (Registro Transfusional)	Neas/Agência Transfusional	I:15/12/2021 F:12/01/2022	Concluída
7. Treinamento in loco para os anestesistas sobre a Ficha de Recuperação Pós Anestésica para preenchimento no sistema EDOC	Jozadaque	I:19/10/2021 F:30/12/2021	Concluída
8. Inclusão do CID-O nas evoluções	Registro Hospitalar de Câncer/ Auditoria/ Oncopediatria	I:14/12/2021 F:14/01/2022	Andamento
9. Ação Tinta de carimbo	Auditoria	I:06/12/2021 F: 30/12/2021	Concluída

** O plano de ação será inserido no sistema Interact SA pelo Gestor das Comissões em 72 horas para acompanhamento e andamento dos responsáveis.*

Próxima reunião: Conforme cronograma de reuniões.

Ata Elaborada por: Jéssica Cardoso Viana.

Jessica Cardoso Viana
COREN - PA 800746 - ENF

OBS.: Lista de presença anexa.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.6- Protocolo de Remessa - AIH's

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

GOVERNO DO PARÁ

Oficio DH-HOIOL nº 06/2022 **Belém, 12 de janeiro de 2022**

À
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ
Avenida João Paulo II, 602, Belém – PA

Sr. Rômulo Rodovalho Gomes
Secretário de Estado da Saúde do Pará

Sr. Sipriano Ferraz Santos Junior
Secretário Adjunto de Políticas Públicas de Saúde

Sr. Ariel Dourado Sampaio Martins
Secretário Adjunta de Gestão Administrativa

Ilmo. Sr. Albenir Dias da Silva
Coordenador do GTCAGHMR/SESPA

Assunto: Apresentação de Produção de SIHSUS - Faturamento-Competência 12-2021.

Prezados,

A Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, administradora do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo (HOIOL), vem respeitosamente, encaminhar a produção de AIH, da Competência 12-2021 (Apresentação 01-2022).

ANEXO 1 – E-mail com o Arquivo da Produção Processado no SISAIH01.

Contando com vossas costumeiras providências, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente.

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Pró Saúde - HOIOL

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Administrativa Financeira
Pró Saúde - HOIOL

www.prosaude.org.br | www.oncologicoinfantil.org.br | (91) 3182-4500
Travessa 14 de abril, 1394, São Brás. CEP 66063-005 - Belém (PA).
Todos os serviços prestados pelo Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo são gratuitos e integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Identificador de autenticação: [illegible]
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/30972 Anexo/Sequencial: 1

000101

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 982269DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486
EM 10/02/2022 14:43 (Hora ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (LGPD 13.709/2018)

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

MS-DATASUS

VERSÃO: 19.40

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

HOSPITAL ONCOLOGICO INFATIL OCTAVIO LOBO

PROTOCOLO DE REMESSA

PAG.: 1

APRESENTAÇÃO: 01 / 2022 DATA: 06/01/2022

CNES.....:787190-2

ESFERA ADM.....:PÚBLICO

CPF DIR. CLÍNICO:293.765.592-04

TELEFONE.....:32493155

Nº LOTE	QUANTIDADE	ESPECIALIDADE
00000001	166	07-PEDIATRICOS

Total QTD: 166

Assinatura:

Data:___/___/_____ Hora:___:___

Reservado à Secretaria

Motivo:

( ) Fora do Prazo
( ) Falta de Etiqueta
( ) Defeito Fisico
( ) Bloqueado
( ) Cancelado / Não Cadastrado
( ) Inconsistência
( ) Divergência Conteúdo
( ) Processo OK

Integrado em: ___/___/_____

Assinatura:

Matricula: Data:___/___/_____ Hora:___:___

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOOL / Pró-Saúde

Darlene Souza
Faturista
Mat. 590
HOOL / Pró-Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR HORA DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: 43ABCFD.DCTA.DC2.D631D002AF9532EE54
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/30972 Anexo/Sequencial: 1

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.7- Comissão de Ética de Enfermagem

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO – PRÓ-SAÚDE	CRONOGRAMA –Comissão Ética em Enfermagem			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA – GOVERNO DO PARÁ
	Cronograma Anual de Reuniões			
	Código:CRO.HOIOL.CEE.001	Versão: 004	Página: 1/1	

COMISSÃO DE ETICA EM ENFERMAFEM (CEE)

FREQUENCIA: ( ) MENSAL (x) BIMESTRAL ( ) TRIMESTRAL ( ) QUADRIMESTRAL

ANO: 2022

	DATA PREVISTA	DATA REALIZADA	OBSERVAÇÕES
1º SEMESTRE	-		
	22//02/22		
	-		
	26/04/2022		
	-		
	28/06/2022		

	DATA PREVISTA	DATA REALIZADA	OBSERVAÇÕES
2º SEMESTRE	-		
	30/08/2022		
	-		
	25/10/2022		
	-		
	27/12/2022		

Horário e local da reunião será comunicado previamente pelo gestor das comissões.

Vinícius Silva Gomes
Assistente Administrativo

000107

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.8- Comissão de Ética Médica

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO – PRÓ-SAÚDE	CRONOGRAMA – Comissão de Ética Médica			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA – GOVERNO DO PARÁ
	Cronograma Anual de Reuniões			
	Código:CRO.HOIOL.CEM.001	Versão: 004	Página: 1/1	

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (CEM)

FREQUENCIA: ( ) MENSAL (x) BIMESTRAL ( ) TRIMESTRAL ( ) QUADRIMESTRAL

ANO: 2022

	DATA PREVISTA	DATA REALIZADA	OBSERVAÇÕES
1º SEMESTRE	-		
	03/02/2022		
	-		
	07/042022		
	-		
	02/06/2022		

	DATA PREVISTA	DATA REALIZADA	OBSERVAÇÕES
2º SEMESTRE	-		
	04/08/2022		
	-		
	06/10/2022		
	-		
	01/12/2022		

Horário e local da reunião será comunicado previamente pelo gestor das comissões.

Vinícius Ribeiro Calhos
Assistente Administrativo

000109

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.11- Relatório de Sugestões e Elogios - S.A.U

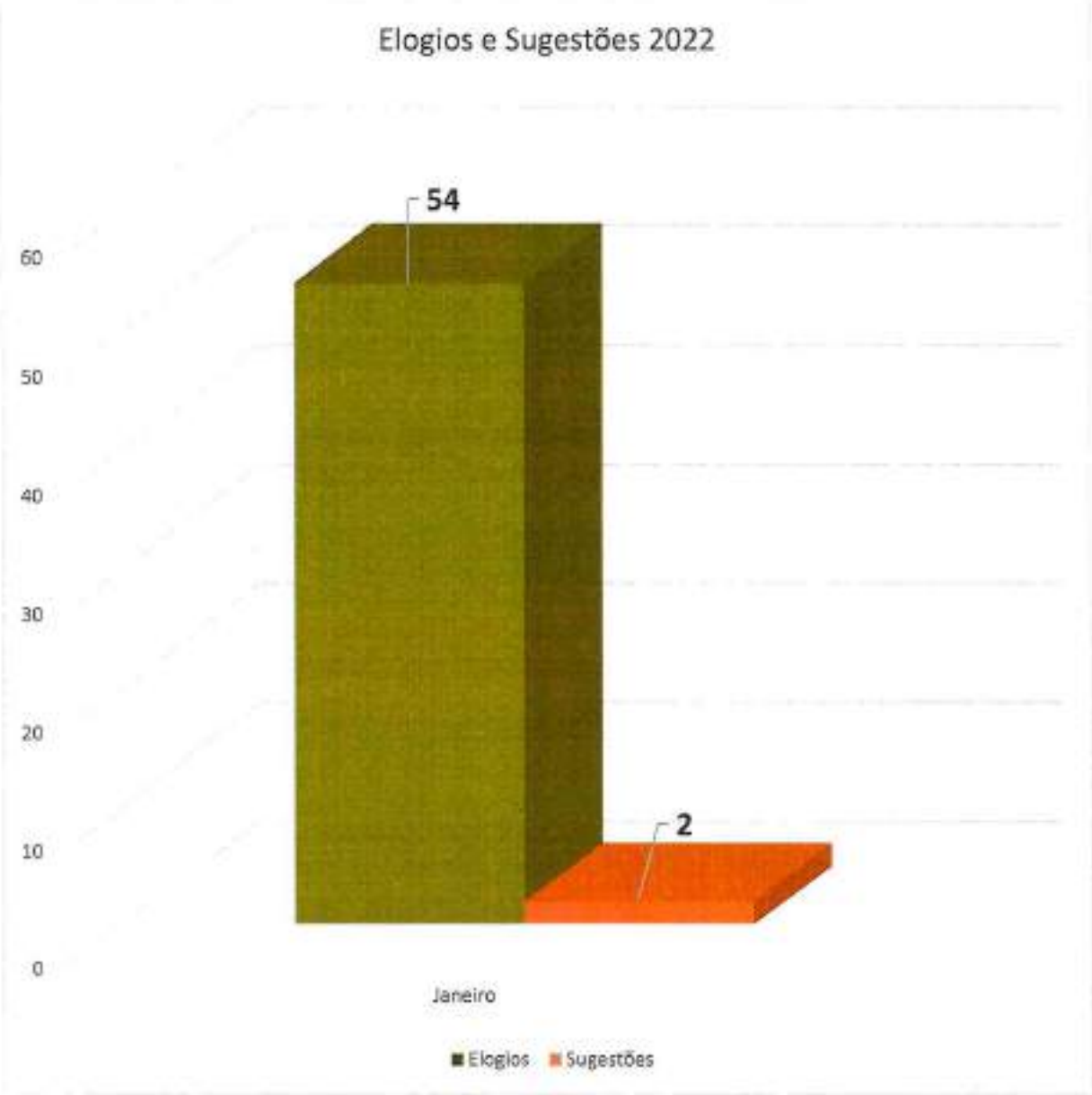
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.11 Relatório de Sugestões e Elogios - S.A.U

4.11.1 Introdução

Apresentação de sugestões e elogios captados pelos nossos usuários, no período de 01 a 31 de janeiro de 2022 aos colaboradores do Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo.



Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, 2022.

Regiane Carvalho da Silva
Líder SAU
HOIOL/Pró-Saúde
000126
Identificador de autenticação: DBFCABD 5D49 15B E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Fonte: Pesquisa de satisfação setorial HOIOL, janeiro 2022.

ELOGIOS FORMULÁRIO AMBULATÓRIO

- ✓ *"Quero elogiar a Tia P. do SHL, gosto muito dela!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Quero elogiar as meninas da Recepção, C., C. e B." [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Quero elogiar os tios da portaria, W., B., R., D., H." [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Quero elogiar a F. da Recepção da UAI, porque ela é muito carinhosa" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"A tia S., M. (noite), G. e S., todas da QT, são maravilhosas." [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"O tio F., M., D. e as meninas do NIR, todos são incríveis!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"A equipe da brinquedoteca, são todos muito atenciosos e divertidos!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar o V. da qualidade, porque ele é muito legal. " [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"A tia J. e A. do Laboratório são maravilhosas!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Quero elogiar as Dras. F., A., C. e R., são muito atenciosas e nos atendem sempre muito bem." [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Quero elogiar a J. da humanização, porque ela é legal e divertida" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar os Enfermeiros R. e B., são maravilhosos!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar a equipe da escola, A., A.E, M. e L., são maravilhosos e ensinam a gente muito bem!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Quero elogiar a equipe do SAU, R. e J., são muito atenciosas e nos atendem muito bem." [sic] D.M (Usuária)*

Regina de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: DBFCABDC5D49 15B E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

- ✓ *"Quero elogiar o G. da rouparia, ele é muito gente boa!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar a N., Assistente social, ela é maravilhosa!" [sic] D.M (Usuária)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar o Dr. A. pelo atendimento excelente!" [sic] A.S (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento ótimo!" [sic] R.V (Usuária)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar o G., ele é o melhor técnico da QT, sempre nos atende muito bem. Quero elogiar também, as meninas da Recepção, todas são muito legais." [sic] A.B (Acompanhante)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar e agradecer pelo atendimento, às Dras. A., C., C., V., A. e G." [sic] L.F (Usuário)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar e agradecer pelo atendimento, aos Enfermeiros C. e V." [sic] L.F (Usuário)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar e agradecer pelo atendimento, às técnicas S., S., A." [sic] Lara França (Usuário)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar e agradecer pelo atendimento, a Fono N. e as Psicólogas L. e Y." [sic] L.F (Usuário)*
- ✓ *"A Onco Dra. S., é muito maravilhosa!" [sic] C.S (Acompanhante)*
- ✓ *"Dra. R. é ótima!" [sic] A.M (Acompanhante)*

ELOGIOS FORMULÁRIO EXAMES

- ✓ *"O Técnico E., é excelente, atendimento maravilhoso!" [sic] A.A(Acompanhante)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS INTERNAÇÃO 1º ANDAR

- ✓ *"O atendimento é maravilhoso, toda a equipe do 1º andar é muito atenciosa. Agradeço a todos pelo cuidado e carinho com meu filho/neto. Em especial, quero elogiar a enfermeira V., ela é um amor!" [sic] N.R (Acompanhante)*
- ✓ *"Todos são muito legais!" [sic] M.F (Acompanhante)*
- ✓ *"O atendimento é excelente, o hospital é nota 10! Todos são muito atenciosos, nos tratam com carinho e atenção." [sic] S.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Todos os colaboradores estão de parabéns, desde a equipe da limpeza até a equipe médica, todos muito educados e atenciosos!" [sic] F.L (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento é ótimo, todos nos atendem muito bem!" [sic] J. (Acompanhante)*
- ✓ *"Quero elogiar o Dr. A., excelente atendimento." [sic] L.S (Acompanhante)*
- ✓ *"O atendimento da Dra. R. é maravilhoso, ela é uma excelente pessoa e profissional!" [sic] G.S (Acompanhante)*
- ✓ *"Dra. R. é ótima!" [sic] J.S (Acompanhante)*

Regina de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E4C4CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

- ✓ *"A equipe da UTI é maravilhosa! Todos são excelentes, nos atendem sempre muito bem. A dra. F. é um amor de pessoa" [sic] M.D (Acompanhante)*
- ✓ *"Todos são maravilhosos, muito educados e prestativos!" [sic] M.S (Acompanhante)*
- ✓ *"Gostaria de elogiar as Dra. P. e A., elas são excelentes médicas, muito atenciosas e gente boa. O Dr. A. é um excelente profissional. A Dra. C. é muito carinhosa, um amor de pessoa!" [sic] B.S (Acompanhante)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS INTERNAÇÃO 2º ANDAR

- ✓ *"A equipe de técnicos e enfermeiros do 3º andar é excelente! E a equipe do SHL também." [sic] C.S (Acompanhante)*
- ✓ *"Todos são ótimos!" [sic] I.N (Acompanhante)*
- ✓ *"Os Enfermeiros R. e C., são ótimos, excelente atendimento!" [sic] M.P (Acompanhante)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS INTERNAÇÃO 3º ANDAR

- ✓ *"Gostaria de elogiar a todos do hospital, eu e meu filho fomos muito bem acolhidos e atendidos, desde a equipe da limpeza até a equipe médica!" [sic] A.R (Acompanhante)*
- ✓ *"Os Técnicos são muito solícitos, atendimento muito humano!" [sic] E.M (Acompanhante)*
- ✓ *"Os técnicos e enfermeiros são maravilhosos, não tenho do que me queixar." [sic] G.C (Acompanhante)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS PÓS ALTA

- ✓ *"Quero elogiar a toda equipe do 2º andar, atendimento muito bom!" [sic] N.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento muito bom!" [sic R.P (Acompanhante)*
- ✓ *"Ótimo atendimento!" [sic] E.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Quero elogiar a toda equipe da copa, são muito prestativos! A S., o G. e o M. da QT, são maravilhosos. O técnico E. é um excelente profissional, gostei muito dele.*
- ✓ *A enfermeira V. e E. são maravilhosas!!!" [sic] A.A (Acompanhante)*
- ✓ *"Quero elogiar a toda equipe do 2º andar, atendimento muito bom!" [sic] N.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento muito bom!" [sic] A.P (Acompanhante)*

Regina de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hobol/Pró-Saúde

Identificador de autenticidade: DBFCABD 5049 15B E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

- ✓ *"Eu quero deixar um grande agradecimento e elogio para a técnica de enfermagem G., que foi uma pessoa maravilhosa comigo e muito gentil, uma ótima profissional e que se dedica no que faz." [sic] M.S (Usuário)*
- ✓ *"O atendimento dos técnicos melhorou consideravelmente, estão bastante atenciosos, atendimento nota 10! Quero elogiar o agente de portaria B., excelente atendimento!" [sic] A.A (Acompanhante)*
- ✓ *"O atendimento de todos é muito bom!" [sic] R.V (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento muito humano, todos nos tratam muito bem" [sic] E.M (Acompanhante)*
- ✓ *"Quanto ao atendimento, é muito bom, os profissionais nos atendem muito bem. Mas em relação a comida, precisa melhorar!" [sic] L.R (Acompanhante)*

SUGESTÃO FORMULÁRIOS INTERNAÇÃO 3º ANDAR

- ✓ *"Deixo apenas uma sugestão, a limpeza dos banheiros deve melhorar, principalmente os vasos sanitários." [sic] A.R (Acompanhante)*
- ✓ *"Minha sugestão quanto a refeição é para diminuir a quantidade e variar o lanche da manhã, colocar frutas, para não ficar somente pão toda vez." [sic] M.M.B (Acompanhante)*

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Regiane de Carvalho da Silva
Líder do Serviço de Atendimento ao Usuário
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Aline Lima Gonzaga

Aline Lima Gonzaga
Coordenadora de Qualidade
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Identificador de autenticação: DBFCABD5D49 15B E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

4.12- Relatório da Humanização

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.12 Relatório do Setor de Humanização

O presente relatório tem por objetivo descrever as ações de promoção, prevenção e proteção à saúde realizadas no mês de janeiro de 2022, pelo setor de Humanização do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo.

Os valores institucionais estão pautados na Humanização, Sustentabilidade, Qualidade, Integridade, Solidariedade e Pertencimento, oferecendo assim um cuidado ampliado em saúde em consonância com os mesmos, tendo como compromisso a realização de ações de promoção, prevenção e proteção à saúde todas alinhadas às políticas institucionais.

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, gerido pela Pró- Saúde, inaugurado no ano de 2015 e situado em Belém - Pará, atende uma demanda 100% SUS e é habilitado pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), com atuação dedicada exclusiva à oncologia pediátrica, tornando-se destaque no tratamento especializado na região Norte e Nordeste do País.

Ressaltamos que continuamos seguindo os protocolos de segurança do Ministério da Saúde e também as diretrizes do Serviço de Controle de Infecção do hospital (SCIH). Ressaltando que a equipe do setor de Humanização utiliza os EPIs adequados em todas as atividades e respeita o distanciamento social.

Dessa forma, o setor de Humanização busca realizar ações voltadas para a construção de uma cultura institucional pautada no respeito, ética e cidadania, promovendo o acolhimento dos usuários, buscando o atendimento assistencial seguro e ampliado, utilizando-se da gestão participativa e valorização do trabalhador. Uma ação integral entre pessoas com efeitos e repercussões de interações positivas e entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Portanto para fortalecer a Política Nacional de Humanização em nossa unidade de saúde, nesse mês de janeiro as ações realizadas foram:

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

000132
Identificador de autenticação: DBFCABD16D49 15B1E408CED92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.12.1 Atividades Lúdicas e Pedagógicas dos brinquedistas nos leitos, nas Brinquedotecas, Ateliê e Sala de Música.

O setor de Humanização do hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, busca proporcionar, juntamente com a equipe multidisciplinar, um atendimento Humanizado e acolhedor para as crianças e adolescentes em tratamento.

Uma das formas de atender estas demandas são as ações realizadas nos espaços recreativos do hospital, bem como o desenvolvimento das atividades lúdico pedagógicas que sucedem também beira leito, estas organizadas pela coordenação de Humanização local através da atuação dos profissionais Brinquedistas e voluntariado.

As atividades lúdicas são de extrema importância no ambiente hospitalar uma vez que associam parcerias fundamentais que cooperam para o desenvolvimento da criança hospitalizada. Neste contexto, os pedagogos tem desenvolvido seu papel de brinquedista no processo de ensino e aprendizagem que por hora estão interrompidos pelo longo período de tratamento. Portanto as atividades desenvolvidas não se limitam apenas a atividades de passa tempo mais também brincadeiras, jogos e ações educativas com intuito de contribuir com a capacidade de estímulo mental, motor, criativo, oral, expressivo, imaginário e alegre de nossos usuários.

4.12.1.2 Atividades lúdicas Brinquedoteca 5° andar sala de espera do ambulatório

Nossa unidade de saúde disponibiliza um ambiente acolhedor para a realização de atividade lúdicas pedagógicas com os usuários que estão aguardando consulta na brinquedoteca (sala de espera do ambulatório) e assim oferecer um atendimento humanizado para os mesmos.

Durante o mês de janeiro as atividades de humanização que foram realizadas com a as crianças na brinquedoteca (sala de espera do ambulatório), foram jogos, brincadeiras, atividades com movimento de pinça, pinturas, dobraduras de papel, musicalização e palestras educativas sobre a prevenção da COVID 19 e contação

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 982609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486
Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD02BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

no leito direcionadas com usuários com casos complexos a partir da abordagem realizada pelos brinquedistas e também sempre que acionado pelas Unidades Assistenciais; participando nos Rounds, interagindo com a equipe multiprofissional, realizando visitas de acompanhamento e evoluindo em prontuário.

Segue o quantitativo de atividades realizadas aos pacientes Internados:

AÇÕES	Dezembro
Atendimentos no leito	120
Atendimentos na Brinquedoteca 2º andar	52
Atendimento na sala de música e ateliê	0
Atendimento na brinquedoteca do 5° andar	172

Tabela 1- Número de atendimentos estratificado por ação.

Este mês não houve atendimento na sala de músicas e ateliê em virtude da suspensão das visitas de voluntariados que promovem as oficinas de artesanato.

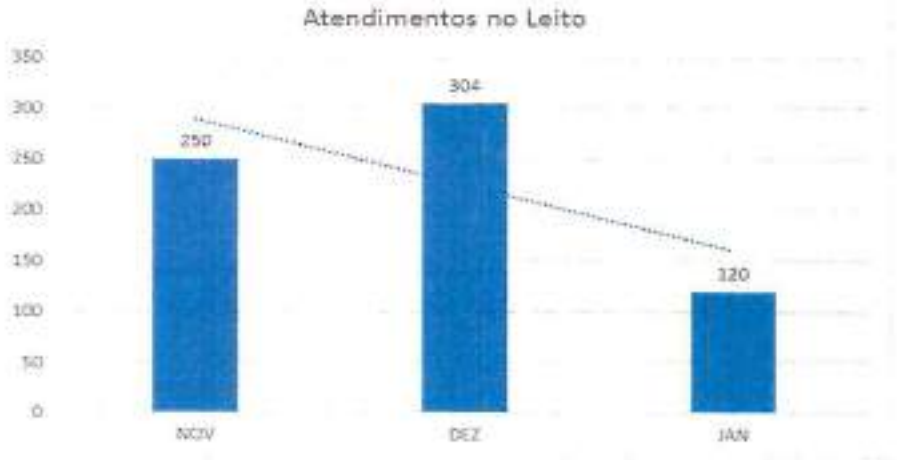


Figura 1 evolução de atendimento nos leitos - Resultado trimestral.

Todos os atendimentos nos leitos são relevantes para as crianças e acompanhantes pois os mesmos não podem sair para ir até a brinquedoteca, portanto os benefícios proporcionados a eles contribuem significativamente para continuidade do tratamento. No mês de janeiro foram realizados 120 atendimentos no leito.

Identificador de autenticação: DEFCABD5D49158E404CED92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

4.12.9 Atendimento na Sala de Música

Para participar de atividade recreativa, lúdica e pedagógica na brinquedoteca do 2º andar é preciso que o usuário esteja liberado pelo profissional médico ou de enfermagem, responsável pelo andar correspondente. Para tanto é preciso realizar o censo diário utilizando o formulário do Setor de Humanização (FO.HOIOL.HUM.003). E a dupla checagem ao aplicar o formulário (FO.HOIOL.HUM.025). – Conformidades de segurança para o uso da brinquedoteca no período da pandemia.

4.12.10 Interação Musical

De acordo com a ciência a música tem diversos benéficos e auxilia as crianças no tratamento Oncológico, trazendo sensações de bem star, alivio e calmaria. Portanto em nossa unidade de saúde utilizamos essa ferramenta com o objetivo de proporcionar momentos de alegria para o nosso público hospitalar.

A interação musical acontece três vezes ao mês é realizado na sala de música e nos corredores do hospital e beira leito.

4.12.11 Ateliê G.A.I.A – Gerando Amor, Ideias e Arte Oficina de Artesanato

O ateliê G.A.I.A (Gerando amor Ideias e Artes) foi criado para desenvolver atividades de pintura, customização e reciclagem de matérias que seriam descartados, nesse mês de janeiro as atividades foram desenvolvidas pelo Grupo do Instituto Áster que realiza todos os sábados atividades de artesanato com missangas e envolve as crianças e os adolescentes.

Essas atividades tem como principal objetivo a educação Ambiental, onde a criança e adolescente aprendem a importância da reciclagem para o meio ambiente.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.158.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.12.12 Considerações finais:

O Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo, desde o início de suas atividades preza por uma assistência e cuidado humanizado, seja ele coletivo e/ou individualizado desta forma, durante o mês de janeiro de 2022 o Setor de Humanização e o Grupo de Trabalho Humanizado - GTH desenvolveram ações pautadas na Política Nacional de Humanização – PNH e nas necessidades dos pacientes.

Vale ressaltar que as classificações de risco para adoção de medidas restritivas de controle e combate ao coronavírus e a nova variante, no mês de novembro, em nossa cidade de Belém, continua na bandeira verde, considerado de risco baixo de contaminação ao novo coronavírus. Com novas medidas de proteção frente a pandemia, permitindo a retomadas de atividades presenciais dos voluntários.

As ações que foram realizadas no mês de janeiro em nossa unidade de saúde estavam a cargo do GTH, Programa de Voluntariado, Sustentabilidade, Escritório de Experiência do Paciente e Recursos Humanos. Para realizarmos com segurança todas as ações estamos seguindo todos os protocolos de prevenção e proteção dos usuários, as mesmas foram validadas pelo Serviço de Controle e Infecção Hospitalar e Diretoria Hospitalar e orientações do último decreto estadual relacionado ao enfrentamento da COVID-19, além dos protocolos internos já estabelecidos.

Natacha Silva Cardoso

Natacha Silva Cardoso

Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Coordenadora de Humanização

Identificador de autenticação: DBFCABDL5D49-15B-E404DFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Fábio Machado

Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Diretor – Hospitalar

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: D8FCABD15D49-15B-E404DFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.13- Relatório do Núcleo de Educação Permanente - NEP

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Identificador de autenticação: DBFCABD.5D49.15B.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

4.13 Relatório do Núcleo de Educação Permanente - NEP

4.13.1 Introdução

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, por meio do Núcleo de Educação Permanente busca desenvolver competências pessoais e profissionais através de treinamentos visando adequar as equipes a cultura institucional necessárias para o bom desempenho das funções, de modo a prestar um atendimento humanizado e com qualidade. Neste relatório serão apresentadas as atividades realizadas no período de 01 a 31 de janeiro de 2022.

4.13.2 Desenvolvimento das Atividades

4.13.2.1 Integração Institucional

O processo de Integração Institucional, é o primeiro treinamento do colaborador, onde é apresentado a cultura, visão, missão, valores e os setores do hospital. Junto ao Núcleo de Gestão de Pessoas, o NEP programa os dias para realização da Integração Institucional. No mês de janeiro ocorreram 2 processos de integração com participação total de 9 novos colaboradores. Os setores dos novos colaboradores estão expressos no gráfico abaixo:

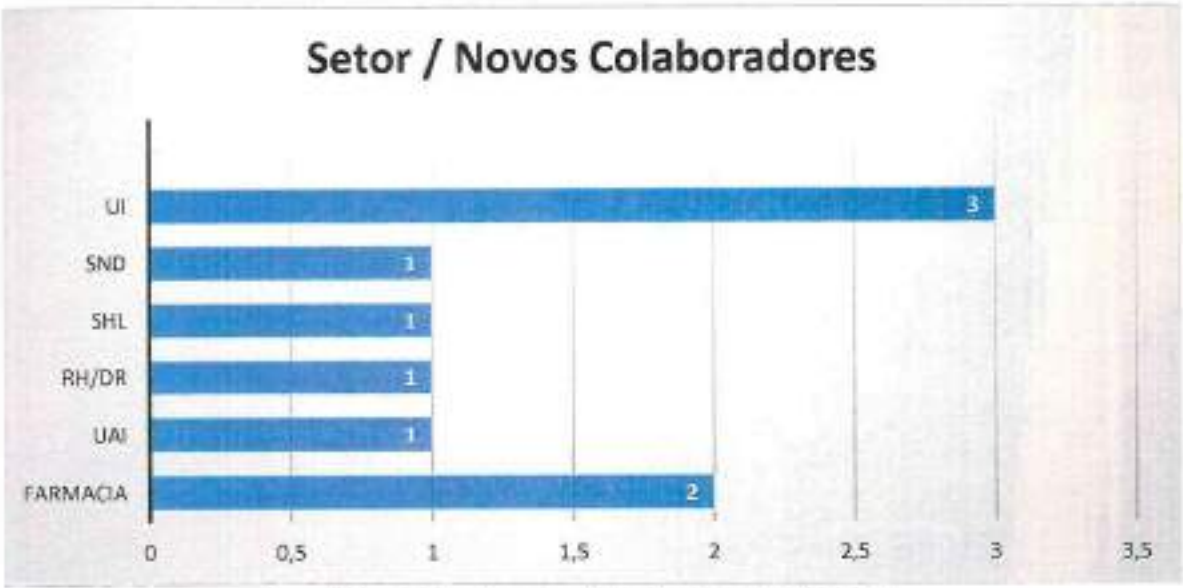


Figura 1-Quantitativo de novos colaboradores por setor (janeiro)

4.13.2.2 Relatório de Acompanhamento Anjo

Identificador de autenticação: DEFCABD.5049.15E.E404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Após a Integração Institucional o novo colaborador é acompanhado nos primeiros 15 dias por um colaborador do setor denominado anjo. O acompanhamento do anjo, objetiva facilitar a ambientação completa do novo colaborador, esclarecendo suas primeiras dúvidas e favorecendo o desempenho das atividades com qualidade. No mês de dezembro foram entregues 2 *Checklists* do Projeto Anjo. O gráfico abaixo demonstra os setores e funções dos profissionais que foram entregues:

Figura 2- Tabela Setor e Cargo - Projeto Anjo (Janeiro)

4.13.2.3 Uso, Guarda e Conservação de EPI

A forma correta de utilização dos Equipamento de Proteção Individual - EPI é apresentada desde o momento da integração para todos os colaboradores. Constantemente na hora da troca de EPI é realizado o reforço da orientação. O setor de Segurança do Trabalho encaminha mensalmente ao NEP a evidência da orientação. No mês de janeiro, foram orientados 865 (oitocentos e sessenta e cinco) colaboradores.

4.13.2.4 Capacitação Externa

O NEP realiza a divulgação dos cursos, palestras e *workshops* para todos os colaboradores e recebe os certificados para serem anexados na pasta do colaborador. O conhecimento e a melhoria contínua impulsionam o aprimoramento dos colaboradores que procuram se aperfeiçoar em cursos, além dos treinamentos internos e externos realizados.

4.13.2.5 Capacitações Internas

Identificador de autenticação: DBFCABD5D49415B4404CFD92BFD96D332
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9822609DF35BE74C.C0E8AD7CA5DB93AB.E992EF65D45451F9.E9EED106C39BE486

Figura 4 - Gráfico Indicador Evolução de Treinamento Global (janeiro)

O Núcleo de Educação Permanente, junto à diretoria do hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, busca desenvolver capacitações aos colaboradores para que realizem suas atividades com segurança. Ações que contribuem para o desenvolvimento humano, bem como na satisfação dos nossos usuários, uma vez que profissionais bem capacitados diminuem os riscos e possíveis erros durante a assistência.

Natacha Silva Cardoso
Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar-ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Fábio Souza Machado
Diretor Hospitalar
Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar-ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Identificador de autenticação: 2E09E30-CE95-4FF-C108DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

4.14- Relatório da Sustentabilidade

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

4.14 Sustentabilidade

Mediante os valores sustentáveis assumidos pelo Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo algumas iniciativas são seguidas buscando ser exemplo transformador para toda a sociedade em aspectos de proteção ao meio ambiente e à saúde do trabalhador, do paciente e da população em geral, compromisso este que o Oncológico Infantil tem com o projeto *Hospitais Verdes e Saudáveis* em transformar o setor saúde em um exemplo para toda a sociedade.

4.14.1 Introdução

Este relatório apresenta as ações desenvolvidas durante o período de 31 dias correspondente ao mês de janeiro de 2022 pelo Setor de Sustentabilidade ou em parceria com outros setores do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo.

Houveram ações tanto interna quanto externa, sempre buscando o equilíbrio do tripé sustentável, atuando na prática e monitoramento de ações sociais, econômicas e ambientais, desenvolvendo, implantando e fortalecendo uma cultura através da sensibilização e engajamento dos stakeholders, dentro dos compromissos estabelecidos pela unidade hospitalar.

4.14.2 Comissões

As comissões de Sustentabilidade, custos e Resíduos são de total importância para auxiliar e apoiar as ações idealizadas pelo Setor de Sustentabilidade, uma vez que as ações planejadas envolvem temáticas multidisciplinares com intuito de fortalecer o tripé sustentável dentro dos compromissos estabelecidos pela instituição, pautados nos valores e missão a qual objetiva cumprir.

No mês de janeiro as ações da sustentabilidade foram executadas conforme planejamento. E outros setores também executam projetos que envolve a sustentabilidade.

Esse resultado reflete a interação entre os setores da Unidade Hospitalar que tem fortalecido o valor sustentável em ações de forma direta e indireta citando os aspectos sociais, ambientais ou financeiro. As ações realizadas durante o período analisado serão expostas a partir do tópico 4.14.3 demostrando seu planejamento, execução e resultados.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

4.14.3 Horta Cantinho verde

Todas as Sextas-feiras do mês de janeiro os voluntários estudantes de agronomia da Universidade Federal Rural integrantes do Programa de Voluntariado da Pró-Saúde estão realizando a manutenção da Horta para que a mesma possa se manter e realizar os possíveis reparos e melhorias.

As atividades do mês de janeiro foram voltadas para a ampliação da Horta e realização de colheitas.

Fonte: Sustentabilidade/HOIOL, 2022

4.14.5 Ateliê Sustentável - Reciclagem de Materiais

O ateliê G.A.I.A (Gerando amor Ideias e Artes) foi criado para desenvolver atividades de pintura, customização e reciclagem de matérias que seriam descartados, nesse mês de dezembro as atividades realizadas foram: Oficina de pintura de bolsas feitas a partir da confecção de lençóes em desuso pela Hotelaria, oficinas de atividades manuais onde o material utilizado foi rolos de papel toalha. A equipe do SHL faz o

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

recolhimento e entrega para a Humanização realizar atividades com as crianças. E também temos o Grupo do Instituto Áster que realiza todos os sábados atividades de artesanato com missangas e envolve as crianças e os adolescentes. .

O Ateliê Sustentável do Oncológico Infantil está alinhado à política de Sustentabilidade da Pró-Saúde, gestora da unidade, que possui este conceito entre seus valores institucionais. No espaço são produzidos diversos materiais artesanais oriundos de resíduos recicláveis, como garrafas de álcool, rolos de papel-toalha, papel rascunho, filtro de café, dentre outros. A proposta do espaço é permitir a ressignificação dos materiais que são reutilizados, contribuindo com minimização do impacto ambiental-financeiro.

GAIA (uma espécie de acróstico em que cada letra significa Gerando, Amor, Ideias e Artes) é o nome do Ateliê Sustentável do Oncológico Infantil. O espaço é usado pelos pacientes e seus acompanhantes, estendendo-se também aos colaboradores. A iniciativa atua como um espaço de economia criativa, que contribui para o processo de conscientização socioambiental.

4.14.6 Monitoramento do consumo de copos descartáveis.

Durante o mês de Janeiro, o consumo de descartáveis apresentou-se acima da meta orçamentária, apresentando um consumo mensal referente a R$ 9.585,14, porém, ao realizar uma avaliação minuciosa, é possível observar que os itens de impacto são os que sofreram aumento na aquisição via compra.

Em relação somente aos copos descartáveis, o consumo atingiu 29,2% do total de descartáveis utilizados no mês.

Algumas ações vêm sendo desenvolvidas no hospital para minimizar este consumo, e desde novembro de 2020 os setores possuem cotas de solicitação deste item, que podem sofrer reajuste em caso de aumento de internação. O intuito desta ação não é desabastecer áreas, mas promover o consumo consciente. Em Janeiro, a média de consumo de copos diminuiu em 4,4% comparado ao mês anterior.

Tabela: consumo de pacotes copos do SND e demais áreas.

Mês	Outras áreas	Nutrição	Total
Janeiro	138	**500**	638
Fevereiro			
Março			

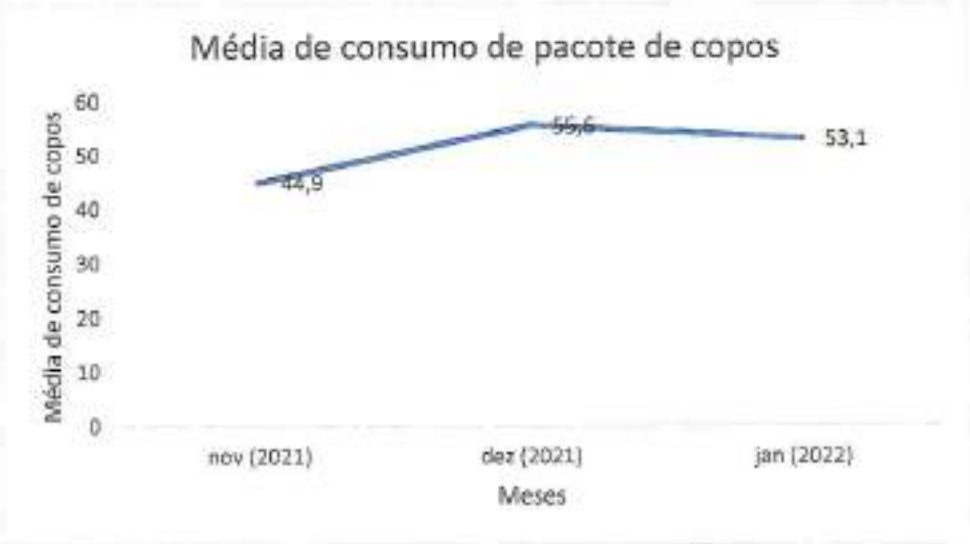
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

Abril			
Maio			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

Fonte: SND/ Pró-Saúde, Janeiro, 2022.

Avaliando a média geral de consumo de copos por mês, temos o seguinte resultado conforme sinalizado no gráfico:



Fonte: SND/ Pró-Saúde, Janeiro, 2022.

O setor que mais consome este item é o Serviço de Nutrição e Dietética, devido a necessidade de distribuição aos usuários, acompanhantes por causa das refeições servidas e eventos realizados no hospital. Durante o mês de Janeiro, a nutrição consumiu 65 pacotes de copos a menos comparado ao mês de Dezembro.

Realizando um comparativo anual entre 2020 e 2021 sobre o consumo de copos, tivemos como resultado a redução de consumo de 3.281 pacotes de copos em 2021, isso equivale a uma economia financeira de aproximadamente R$:13.058,00.

Algumas ações serão mantidas na unidade hospitalar, sendo elas voltadas para conscientização e consumo consciente de copos.

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

4.14.7 Gerenciamento de resíduo.

O quantitativo de resíduo gerado na unidade hospitalar é monitorado através de planilhas estatísticas de quantificação dos grupos de resíduos. E o fluxo interno e externo são descritos em manual de Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviço de Saúde, conforme a legislação da Agência de Vigilância Sanitária nº 222 de 2018.

Gráfico: Geração de resíduos meses dezembro e janeiro.

Fonte: SHL/Comunicação, 2021.

De acordo com a análise do gráfico acima, obtivemos um aumento no resíduo Biológico, Químico e Reciclável.

As comissões de resíduos e sustentabilidades realizarão no mês de janeiro ações educativas para minimizar os desperdícios e descarte correto dos memos.

Conforme o gráfico podemos observar um aumento na geração do resíduo reciclável, onde é possível concluir que os setores de estoques de insumos como almoxarifado, CAF, e setores administrativos contribuiram para o aumento desses resíduos em função de descarte de papelão.

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

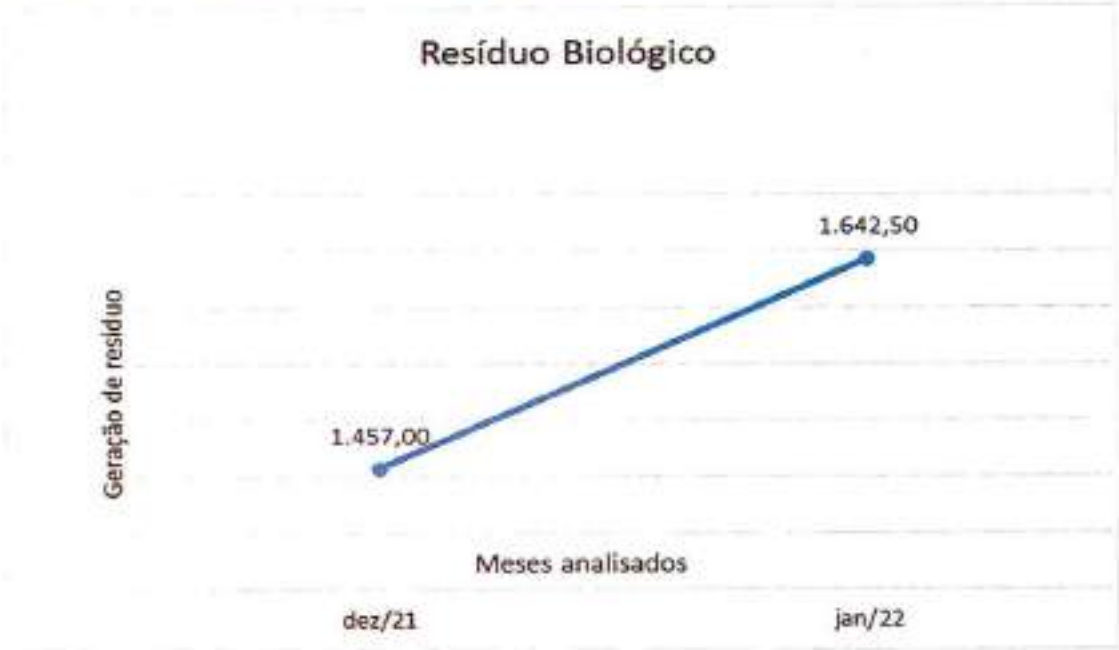
Gráfico: comparação na geração de resíduo reciclável dez/21 a janeiro/22.

Como justificativa para o aumento de Resíduos Químicos e biológico gerados na unidade no mês de janeiro, temos o número de pacientes/dia. Pois o mesmo teve aumento com relação à competência passada, analisada da seguinte forma: 11/11 a 10/12, paciente/dia: 2.015; 11/12 a 10/01, paciente/dia: 2.256.

Gráfico: comparação na geração de resíduo Químico e Biológico - dezembro/2021 e Janeiro/2022.

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016



Fonte: SHL/Comunicação, dezembro 2021.

2.14.9 Consumo de água

O monitoramento deste indicador processa-se através do faturamento realizado pela concessionária responsável pela distribuição, abastecimento e saneamento básico de água, cujo o nome de Companhia de Saneamento do Pará - COSANPA, em que realiza a medição do consumo em M³.

A soma total desta despesa é realizada por toda força de trabalho da Unidade, independentemente do tipo de vínculo, ou seja, incluindo pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores.

A meta orçamentaria referente a este indicador do mês de janeiro do ano de 2022 é de R$ 21.234,91 (vinte e um mil e duzentos e trinta e quatro reais e noventa e um centavos), o custo utilizado foi de R$ 18.256,32 (dezoito mil e duzentos e cinquenta e seis reais e trinta e dois centavos). Ficamos dentro da meta estipulada.

A equipe de manutenção local realiza o controle de consumo de água diário através do formulário de código FO.HOIOL.MAN.004 para abranger os custos, bem como, ações internas com intuito de conscientizar o uso de água.

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

GRÁFICO DE CONSUMO DIÁRIO

Fonte: Manutenção, HOIOL, 2022

O custo com consumo de água neste mês foi menor devido ao período de dias contabilizados no faturamento da conta, 28 dias no total, já em dezembro de 2021 foi contabilizado 34 dias. Também identificamos que o consumo médio diário de água neste mês foi de 38,04 M³, menor comprado ao mês anterior que foi de 52,06 M³.

Como ação emergencial, a partir do dia 03/01/2022, passamos a utilizar uma bomba de vácuo com sistema de água, no entanto, esta ação não impactou na meta estipulada.

Foi aberto o total de 13 (treze) O.S. através do sistema GLPI para a manutenção informando vazamento de água. Os chamados foram atendidos e solucionados em horário comercial.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

TABELA DE CHAMADOS REFERENTE AO VAZAMENTO DE ÁGUA

ID	Status	Titulo	Conteúdo	Requerente
23214	Solucionado	Torneira jorrando água sem para e chuveiro alagando	Boa tarde! solicito manutenção de torneira jorrando água sem parar, pia interditada impossibilitando lavagem das mãos dentro dos leitos e chuveiro não para de jorrar água.3º andar enfermaria 304. atte.: Enf. Francinete.	Posto de Internação 3º andar
23184	Solucionado	Chuveiro com vazamento	Após realizar visita é observado que chuveiro está com vazamento mesmo apertando a válvula para fechar.	Posto de Internação 3º andar
23175	Solucionado	Enfermaria 04 com vazamento em descarga	Enfermaria 04 com vazamento em descarga	Quimioterapia
23146	Solucionado	Banheiro feminino com vazamento	Banheiro feminino com vazamento	U.T.I
23059	Solucionado	Banheiro n°2 com vazamento	Solicito avaliação de vazamento no banheiro.	U.T.I
23056	Solucionado	Torneira do banheiro feminino com vazamento	Torneira do banheiro feminino com vazamento	Posto de Internação 2º andar
23043	Solucionado	Pia do banheiro vazando - enfermaria 104	Enfermaria 104 - pia do banheiro com vazamento e molhando tudo	Posto de Internação 1º andar
22995	Solucionado	Pia	Estamos com vazamento na pia do banheiro na sala	Recursos Humanos
22988	Solucionado	Banheiro com vazamento na enfermaria 211	Solicito a manutenção do vazamento do banheiro na enf. 211	Posto de Internação 2º andar
22987	Solucionado	Pia do banheiro com vazamento	Pia do banheiro com vazamento da enfermaria 6	Posto U.A.I
22986	Solucionado	Banheiro com vazamento 212	Banheiro com vazamento 212	Posto de Internação 2º andar
22966	Solucionado	Torneira emperrada no wc masculino do segundo andar	Torneira emperrada no wc masculino do segundo andar, está vazando muita água.	S.H.L

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

22962	Solucionado	Pia vazando na Enfermaria 213	Pia vazando, risco de queda de paciente, acompanhante e equipe assistencial.	Posto de Internação 2º andar

Fonte: Manutenção, HOIOL, 2022

Dados da fatura do mês em questão:
Total a pagar: R$ 18.256,32
Consumo: 1065
Até 10 M³: R$ 87,90
Acima de 10 M³: R$ 10,97
Esgoto 60% do valor da água: R$ 6.846,12
Valor em M³: R$ 17,14
Período contabilizado: 28 dias
Média diária em M³: 38,04
Tipo de consumo: Ajustado

2.14.10 - Consumo de Energia

O monitoramento deste indicador processa-se através do faturamento realizado pela concessionária responsável pela distribuição, cujo o nome, Equatorial Energia, em que realiza a medição do consumo em kWh.

A soma total desta despesa é realizada por toda força de trabalho da Unidade, independentemente do tipo de vínculo, ou seja, incluindo pacientes, acompanhantes, visitantes e colaboradores.

A meta orçamentaria referente a este indicador do mês de janeiro do ano de 2022 é de R$ 117.816,40 (cento e dezessete mil e oitocentos e dezesseis reais e quarenta centavos), o custo utilizado foi de R$ 131.361,98 (cento e trinta e um mil e trezentos e sessenta e um reais e noventa e oito centavos). Ficamos fora da meta estipulada.

A equipe de manutenção local realiza o controle de consumo de energia elétrica diária através do formulário de código FO.HOIOL.MAN.013 para abranger os custos, bem como, ações internas com intuito de conscientizar o uso de energia.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

FIGURA 1 - GRÁFICO DE CONSUMO DIÁRIO

Fonte: Manutenção, HOIOL, 2022

O custo com energia neste mês em comparação ao mês anterior, dezembro/2021, observamos uma redução de 7% no valor da fatura e 9% referente ao consumo em kWh, totalizando o valor de R$ 9.251,24 de economia.

Esta redução esta atribuído ao período de inverno amazônico em nossa cidade, onde costumasse chover mais contribuindo para a diminuição da temperatura local, e como ação para a redução no consumo de energia ainda neste mês, passamos a utilizar somente um chiller, já o outro é desligado e realizado o revezamento entre eles a cada 15 dias. Diante do resultado positivo, daremos continuidade na mesma ação para os próximos meses.

O valor da fatura ainda permanece alta, o motivo está relacionado a Bandeira Tarifaria Escassez Hídrica de custo adicional de R$ 14,20 a cada 100 kWh que vem sendo cobrado desde setembro/2021.

Dados da fatura do mês em questão:

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

000169

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Total a pagar: R$ 131.361,98

Consumo fora ponta: 142.774,38 kWh

Consumo ponta: 14.278,74 kWh

Consumo total: 157.053,12 kWh

Consumo médio diário: 5.066,23 kWh

Adicional da bandeira: R$ 23.063,70

Período contabilizado: 31 dias

FIGURA 2 – COMPARATIVO TRIMESTRAL

Fonte: Manutenção, HOIOL, 2022

Como podemos observar, o consumo vem diminuindo de acordo com a passagem dos meses, se mantendo em uma média diária de 5.100, kWh, esta redução vem através das ações implementadas, em que realizamos ações internas e campanhas de conscientização para o consumo eficiente de energia elétrica.

Todos os dias, a equipe de manutenção local efetua a parada de dois elevadores nomeados de social e maca I no final do expediente. Também reforçamos com os setores a importância em desligar as luzes, ar condicionado e computadores quando não tiver ninguém no ambiente de trabalho.

Pequenas mudanças em nosso dia a dia podem ser mais sustentáveis, além de otimizar o uso de recursos naturais.

4.14.9 Considerações finais

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

O Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo reconhece a sua importância e dos seus posicionamentos para as questões ambientais, buscando em suas atividades seguir condutas positivas em prol da sustentabilidade. Sendo este, um dos valores prezados pela Pró-Saúde, empresa que administra o Oncológico Infantil.

Desta forma, durante o mês de janeiro, o Setor de Sustentabilidade trabalhou ações buscando envolver cada vez mais setores dentro dos eixos ambiental e socioeconômico. Durante o mês analisado, foi realizado ações de reciclagem, colheita na Horta Cantinho verde, planejamentos de ações para minimizar desperdícios, monitoramento de consumo de descartáveis, Impressão de Papel, Resíduos, água e energia. Todas as ações elaboradas durante o mês foram adaptadas as condições de segurança como o distanciamento social devido ao cenário de pandemia, seguindo as orientações dos órgãos competentes, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Organização Mundial da Saúde, visando a qualidade do serviço e responsabilidade assumida pelo hospital.

Natacha Silva Cardoso
Coordenadora da Humanização
Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

00017

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

4.15- Relatório do Programa Prosseguir

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

4.15 Relatório do Programa Prosseguir

4.15.1 Introdução

O Programa Prosseguir oferta aos usuários em tratamento oncológico seguimento das atividades escolares, por meio de parceria entre a Secretaria de Estado de Educação – SEDUC e o Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo.

4.15.2 Desenvolvimento das atividades

No mês de janeiro, as atividades pedagógicas ainda seguiram suspensas, pois a classe está em período de férias escolares. Contudo, o corpo docente segue reunindo para a elaboração do planejamento de atividades do ano letivo de 2022.

Neste período também demos início às matrículas de novos alunos, que deverá continuar até o início das aulas, previsto para 08 de março 2022.

Os estudantes permanecerão, ainda no próximo ano, no ensino híbrido. Sendo assim, as aulas remotas continuarão obedecendo aos mesmos critérios, isto é, seguindo o horário ajustado conforme a disponibilidade que o pai/ responsável do aluno nos apresentou, utilizando no atendimento *on line* o *whatsapp* ou o *Google meet*, como as principais ferramentas digitais e no presencial seguiremos o agendamento por turno de segunda a sexta feira.

4.15.3 Conclusão

As aulas em formato presencial, permite que as crianças e adolescentes possam aproveitar momentos de interação e aprendizagem. Com isso, conseguimos melhorar a qualidade de vida dos usuários. O fato de estudar no próprio local onde realizam o tratamento, possibilita que os mesmos não visualizem o hospital apenas como um lugar que traz sofrimento, mas como um ambiente que possibilita a educação, a socialização e o brincar com outras pessoas em iguais condições, contribuindo para a qualidade de vida dos usuários.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2509E30CE95 4FF C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

Natacha Silva Cardoso

Natacha Silva Cardoso

Coordenadora do Núcleo de Educação Permanente

Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar-ABASH

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Fábio Souza Machado

Diretor Hospitalar

Pró Saúde-Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar-ABASH

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de Autenticação: 2E09E30CCE95.4EF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

5. Outras informações:

O Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo conta com a seguinte capacidade instalada:

- Perfil dos Serviços Ofertados: Oncológico Infanto-juvenil;
- Clínica de Oncológica Pediátrica 1ª andar - 33 leitos, sendo 01 isolamento;
- Clínica de Oncológica Pediátrica 2ª andar - 34 leitos, sendo 02 isolamentos;
- Clínica de Oncológica Pediátrica 3ª andar - 12 leitos, sendo 02 isolamentos;
- Leitos de UTI Pediátrica 4 ª andar - 10, sendo 01 isolamento;
- Leitos em Operação: 89, sendo 79 de enfermaria e 10 de UTI;
- Bloco Cirúrgico: 04 salas;
- Consultórios: 05 salas;
- Serviços de Quimioterapia ambulatorial e de longa duração; UAI, Unidade de Terapia Intensiva, Internações de Oncologia Pediátrica; Espaços de convivências especiais para as crianças, adolescentes e jovens, como Biblioteca, Brinquedoteca e Espaço Teen. Reabilitação com Serviços de Cinesioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. SADT próprio com exames de Ultrassom e Raio X e laboratório.

Além disso, o Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo possui Habilitações, Premiações e Reconhecimentos, tais como:

- Habilitação como UNACON - Exclusiva de Oncologia Pediátrica
- Habilitação de10 leitos de UTI Pediátrica;
- Signatário do Pacto Global da ONU – 2016;
- Selo ONA 1 – concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) 2017;
- Signatário do Pacto de Principios de Empoderamento das Mulheres, iniciativa da ONU para promover a igualdade de gêneros e empoderamento das mulheres (2017);
- Prêmio Excelência em Saúde 2017 - Categoria Gente e Gestão (2017);

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

- Prêmio 'Líderes da Saúde Norte e Nordeste' - categoria Saúde Pública (2017)

- 2º lugar - Categoria Organizacional - modalidade Gestão de Pessoas, na 9ª edição do Prêmio Ser Humano, da Associação Brasileira de Recursos Humanos - Seccional do Pará (ABRH-PA) - (2017);

- Reconhecimento pela participação na Campanha Global Desafio 2020 Saúde pelo clima, campanha internacional coordenada pela Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis (2017);

- Reconhecimento pela participação no Desafio Resíduo, iniciativa da Rede Global de Hospitais Verdes e Saudáveis (2017);

- Selo ONA 2 – concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) 2018;

- Cozinha com Selo Green Kitchen (2017);

- Cozinha com Selo Green Kitchen (2018);

- Cozinha com Selo Green Kitchen (2019);

-Cozinha com Selo Green Kitchen (2020);

-Cozinha com Selo Green Kitchen (2021);

- 3º lugar - Prêmio Melhores Práticas do 3º Seminário Internacional de Segurança do Paciente e Acreditação em Saúde - ONA São Paulo (2018);

- Manutenção da Certificação Hospital Acreditado Pleno - ONA 2 (2019);

- Selo ONA 3 - Acreditado com Excelência – concedido pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) 2019;

- Manutenção da Certificação ONA 3 (2021).

- Convidado a participar do Projeto Painel de Eficiência Hospitalar. É um projeto que tem como foco a eficiência e a cooperação horizontal entre os hospitais pediátricos. Esta iniciativa está sendo coordenada pelo Hospital da Criança de Brasília (HCB) e pela OPAS, com apoio do CONASS.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

A Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, nesta competência, se depara com a situação abaixo, a qual já sinalizou à Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará, nos meses anteriores e que, porém, ainda seguem pendentes de resolução:

- Solicitação de autorização para aquisição de bens materiais, utilizando o valor de R$ 320.000,00 (trezentos e vinte mil reais) de investimento, solicitado através dos seguintes ofícios: ofício DG-HOIOL Nº 366/2018, protocolado em 11/05/2018; ofício DG-HOIOL Nº 544/2018, protocolado em 05/07/2018; ofício DG-HOIOL Nº 1206/2018, protocolado em 30/11/2018; ofício DG-HOIOL Nº 1228/2018, protocolado em 11/12/2018; ofício DG-HOIOL Nº 595/2019, protocolado em 06/08/2019; ofício DG-HOIOL Nº 879/2019, protocolado em 20/01/2020.

- Ofício DH-HOIOL Nº 230/2021 – Convenção coletiva de trabalho 2020-2021 - SESPA - DISSIDIO, protocolado em 15/04/2021 – protocolo nº 2021/397768.

- Ofício DH-HOIOL Nº 466/2021 – solicitação repasse de custeio de DEA, protocolado em 06/05/2021 – protocolo nº 2021/484839.

- Ofício DH-HOIOL Nº 467/2021 – pendência de recebimento de custeio - contrato de gestão nº 036/2015 - 11º termo aditivo, protocolado em 06/05/2021 – protocolo nº 2021/485757.

- Ofício DH-HOIOL Nº 468/2021 – solicitação de pagamento de OPME sem cobertura do usuário Paulo Vitor, protocolado em 06/05/2021 – protocolo nº 2021/484788.

- Ofício DH-HOIOL Nº465/2021 – Solicitação de repasse de custeio pendente, referente ao 8º 9º 12º Termo Aditivo ao Contrato de Gestão nº 036/2015, protocolado em 29/06/2021 – protocolo nº 2021/705293.

- Ofício DH-HOIOL Nº 581/2021 – Desconto no custeio de setembro 2021 – Contrato de Gestão nº036/SESPA/2015, protocolado em 30/09/2021 – protocolo nº2021/1092072.

- Ofício DH-HOIOL Nº 582/2021 – Descontos no recebimento do custeio de fevereiro, março e abril de 2021 – Contrato de Gestão nº 036/SESPA/2015, protocolado em 30/09/2021 – protocolo nº2021/1092094.

- Ofício DH-HOIOL Nº 590/2021 – Reiteração do Ofício DH HOIOL nº 468.2021 reembolso OPME - Paulo Victor – Contrato de Gestão nº 036/SESPA/2015, protocolado em 20/10/2021 – protocolo nº2021/1197738.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

- Ofício DH-HOIOL Nº 613/2021 – Reiteração do Oficio DH HOIOL nº 467.2021 - Pendência no recebimento do 11º Termo aditivo - Dactinomicina – Contrato de Gestão nº 036/SESPA/2015, protocolado em 20/10/2021 – protocolo nº2021/1197566.

- Ofício DH-HOIOL Nº 614/2021 –Reiteração do Oficio DH HOIOL nº 265.2021 - Pendência no repasse do 8º, 9º e 12º TA– Contrato de Gestão nº 036/SESPA/2015, protocolado em 20/10/2021 – protocolo nº2021/1197317.

O demonstrativo detalhado do Censo de Origem dos Usuários bem como dos Colaboradores contratados (CLT) consta no plano estatístico anexo.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ANEXO I – CONTROLE DE METAS

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO
MAPA DE PRODUÇÃO - JANEIRO - 2022

PRÓ-SAÚDE

PARÁ

1 - Internação

HOSPITALIZAÇÃO	ADMISSÕES	SAÍDAS	ÓBITOS		PACIENTES/ DIA	LEITOS OPERACIONAIS	LEITOS DIA	TOTAL DE SAÍDAS
			ATÉ 24 HS	APÓS 24 HS				
Clínica Oncológica Pediátrica - UI 1° andar (Lado A)	19	17	-	1	456	17	527	17
Clínica Oncológica Pediátrica - UI 1° andar (Lado B)	61	49	-	-	307	16	496	49
Clínica Oncológica Pediátrica - UI 2° andar	42	52	-	3	947	34	1.054	52
Clínica Oncológica Pediátrica - UI 3° andar	19	26	-	1	361	12	372	26
UTI Pediátrica	7	2	-	2	237	10	310	2
UAI	-	1	1	-	-	-	-	1
Centro Cirúrgico	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	148	147	1	7	2.308	89	2.759	147

2 - Atividade Cirúrgica

2 - Atividade Cirúrgica	CARATER		Média de salas CIRURGICAS OPERALIZADAS/DIA
	Urgência	Eletiva	
Nº de cirurgias ortopedia benigna	-	3	2
Nº de cirurgias por especialidade	3	20	

3 - Atendimentos de Ambulatório

Especialidade	Nº DE CONSULTAS REALIZADAS			
	Consultas	Interconsulta	Absenteismo	Total
ONCOPEDIATRIA - AMBULATORIAL	991	-	62	1.053
NEUROCIRURGIA	28	4	8	40
CIRURGIÃO PEDIATRA	9	15	4	28
ORTOPEDIA MALIGNA	12	-	-	12
ORTOPEDIA BENIGNA	22	6	6	34
CIRURGIA PLASTICA	-	2	-	2
CIRURGIA TORÁCICA	5	1	1	7
ANESTESIOLOGISTA	9	35	1	45
ODONTOLOGIA	28	51	17	96
NUTRICIONISTA	-	-	-	-
PSICOLOGIA	10	-	6	16
PEDIATRIA	677	-	-	677
HEMATOLOGIA	-	-	-	-
CUIDADOS PALIATIVOS	14	9	5	28
CIPE	-	-	-	-
BRONCOSCOPIA	-	-	-	-
ENDOCRINOLOGIA	-	1	-	1
NEFROPEDIATRIA	-	5	-	5
OFTALMOLOGISTA	-	10	-	10
ONCOORTOPEDIA	-	-	-	-
CIRURGIA VASCULAR	-	2	-	2
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	-	-	-	-
ENDOSCOPIA/BRONCOSCOPIA	-	-	-	-
DERMATOLOGIA	-	-	-	-
OTORRINOLARINGOLOGISTA	-	2	-	2
CARDIOTERAPIA	-	3	-	3
PSIQUIATRIA	-	3	-	3
INFECTOLOGISTA	-	-	-	-
REUMATOLOGIA	-	-	-	-
TOTAL	1.805	149	110	2.064

4 - Serviço de Apoio Diagnóstico - S A D T (Interno)

Exames	Exames Realizado	Absenteismo
Quimioterapia	2.618	27

Fonte de dados: Sistema Saisa

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Diretora Administrativa Financeira

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOIOL / Pró-Saúde

Assistente Custo PL

000180

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FISICAS CONTRATADAS/EXECUTADAS DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO - SADT

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO - 2022

ESPECIALIDADES	JANEIRO/2022			FEVEREIRO/2022			MARÇO/2022			ABRIL/2022			MAIO/2022			JUNHO/2022			1º SEMESTRE - 2022		
	Contrat.	Execut.	%	Contrat.	Execut.	%	Contrat.	Execut.	%	Contrat.	Execut.	%	Contrat.	Execut.	%	Contrat.	Execut.	%	Contrat.	Execut.	%
EXAMES LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLINICAS	-	18.035	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	18.035	#DIV/0!
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	-	117	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	117	#DIV/0!
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	-	53	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	53	#DIV/0!
RADIOTERAPIA	-	107	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	107	#DIV/0!
EXAMES DE CINTILOGRAFIA	-	24	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	24	#DIV/0!
EXAMES DE ANÁTOMO PATOLÓGICO	-	53	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	53	#DIV/0!
BIÓPSIAS	-	14	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	14	#DIV/0!
RADIOLOGIA	-	311	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	311	#DIV/0!
ULTRASSONOGRAFIA	-	131	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	131	#DIV/0!
ECOCARDIOGRAMA	-	32	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	32	#DIV/0!
QUIMIOTERAPIA	2.400	2.618	109,08	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	2.400	2.618	109,08
ENDOSCOPIA /COLONOSCOPIA/BRONCOSCOPIA	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!
EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA	-	16	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	16	#DIV/0!
HEMODIALISE - PACIENTE INTERNADO	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!
TOTAL	2.400	21.511	896,29	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	2.400	21.511	896,29

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FISICAS CONTRATADAS/EXECUTADAS DO SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICO - SADT

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO - 2022

ESPECIALIDADES	1º SEMESTRE - 2022			2º SEMESTRE - 2022			TOTAL GERAL - 2022		
	Contrat.	Execut.	%	Contrat.	Execut.	%	Contrat	Execut.	%
EXAMES LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLINICAS	-	18.035	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	18.035	#DIV/0!
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	-	117	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	117	#DIV/0!
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	-	53	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	53	#DIV/0!
RADIOTERAPIA	-	107	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	107	#DIV/0!
EXAMES DE CINTILOGRAFIA	-	24	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	24	#DIV/0!
EXAMES DE ANÁTOMO PATOLÓGICO	-	53	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	53	#DIV/0!
BIÓPSIAS	-	14	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	14	#DIV/0!
RADIOLOGIA	-	311	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	311	#DIV/0!
ULTRASSONOGRAFIA	-	131	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	131	#DIV/0!
ECOCARDIOGRAMA	-	32	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	32	#DIV/0!
QUIMIOTERAPIA	2.400	2.618	109,08	-	-	#DIV/0!	2,400	2.618	109,08
ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA/BRONCOSCOPIA	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!
EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA	-	16	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	16	#DIV/0!
HEMODIALISE - PACIENTE INTERNADO	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!
TOTAL	2.400	21.511	896,29	0	0	#DIV/0!	2.400	21.511	896,29

Fonte de dados: Sistema Saúde

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOIOL / Pró-Saúde

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 12E09E80-C595-4FF1-A208-C69BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FISICAS CONTRATADAS/EXECUTADAS POR ALTAS HOSPITALARES (CLINICAS ESPECIALIZADAS)

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO - 2022

ESPECIALIDADES	JANEIRO/2022			FEVEREIRO/2022			MARÇO/2022			ABRIL/2022			MAIO/2022			JUNHO/2022			1º SEMESTRE - 2022		
	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA CIRURGICO	-	17	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	17	#DIV/0!
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA	-	128	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	128	#DIV/0!
CENTRO CIRURGICO	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!
UTI PEDIATRICA	-	2	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	2	#DIV/0!
TOTAL	99	147	148,48	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	99	147	148,48

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FISICAS CONTRATADAS/EXECUTADAS POR ALTAS HOSPITALARES (CLINICAS ESPECIALIZADAS)

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO - 2022

ESPECIALIDADES	1º SEMESTRE - 2022			2º SEMESTRE - 2022			TOTAL ANUAL - 2022		
	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%	Contr.	Execut.	%
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA CIRURGICO	-	17	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	17	#DIV/0!
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA	-	128	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	128	#DIV/0!
CENTRO CIRURGICO	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!
UTI PEDIATRICA	-	2	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	2	#DIV/0!
TOTAL	99	147	148,48	-	-	#DIV/0!	99	147	148,48

Fonte de dados: Sistema Salux

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOIOL / Pró-Saúde

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FÍSICAS CONTRATADAS E EXECUTADAS PELOS SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO - 2022

ESPECIALIDADES	JANEIRO/2022				FEVEREIRO/2022				MARÇO/2022				ABRIL/2022				MAIO/2022				JUNHO/2022				1º SEMESTRE - 2022			
	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTA	Abs.	CONT.	%
ONCOGINECOLOGIA - AMBULATORIAL	661	62	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
NEUROCIRURGIA	28	8	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
CIRURGIA PEDIATRA	8	4	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA MAIOR/MENOR	12	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA BIOMEDICA	22	8	20	110,00	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
CIRURGIA PLÁSTICA	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
CIRURGIA TORÁCICA	5	1	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
ANESTESIOLOGISTA	5	1	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
ODONTOLOGIA	28	17	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
NUTRICIONISTA	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
PSICOLOGIA	10	8	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
PEDIATRIA	677	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
DERMATOLOGIA	-	-	80	0,00	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	80	0,00
OUTROS	163	5	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	163	5	-	#DIV/0!
TOTAL	1.664	116	1.150	112,9%	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	1.664	116	1.150	112,9%
TOTAL GERAL	2.944				0				0				0				0				0				2.944			

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO - 2022

ESPECIALIDADE	1º SEMESTRE - 2022				2º SEMESTRE - 2022				TOTAL GERAL - 2022			
	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTA	Abs.	CONT.	%	CONSULTAS	Abs.	CONT.	%
ONCOGINECOLOGIA - AMBULATORIAL	661	62	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	661	62	-	#DIV/0!
NEUROCIRURGIA	28	8	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	28	8	-	#DIV/0!
CIRURGIA PEDIATRA	8	4	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	8	4	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA	12	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	12	-	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA BIOMEDICA	22	8	20	110,00	-	-	-	#DIV/0!	22	8	20	110,00
CIRURGIA PLÁSTICA	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
CIRURGIA TORÁCICA	5	1	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	5	1	-	#DIV/0!
ANESTESIOLOGISTA	5	1	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	5	1	-	#DIV/0!
ODONTOLOGIA	28	17	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	28	17	-	#DIV/0!
NUTRICIONISTA	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
PSICOLOGIA	10	8	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	10	8	-	#DIV/0!
PEDIATRIA	677	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	677	-	-	#DIV/0!
DERMATOLOGIA	-	-	80	0,00	-	-	-	#DIV/0!	-	-	80	0,00
OUTROS	163	5	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	163	5	-	#DIV/0!
TOTAL	1.664	116	1.150	112,9%	0	0	0	#DIV/0!	1.664	116	1.150	112,9%
TOTAL GERAL	2.944				0				2.944			

Fonte de dados: Sistema Gafin

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm Financeira
HOOL / Pró-Saúde

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

000183

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FÍSICAS CONTRATADA E EXECUTADA REFERENTES A CIRURGIAS REALIZADAS

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO 2022

DISTRIBUIÇÃO	Janeiro/2022			Fevereiro/2022			Março/2022			Abril/2022			Maio/2022			Junho/2022			1º SEMESTRE - 2022		
	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	ELETIVA	URGENTE	TOTAL
CIRURGIA ONCOLOGICA	20	3	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	3	23
CIRURGIA ORTOPEDIA BENIGNA	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3
TOTAL	23	3	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	3	26

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FÍSICAS CONTRATADA E EXECUTADA REFERENTES A CIRURGIAS REALIZADAS

CONTRATO 036/2015 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - TOTAL GERAL - JANEIRO À DEZEMBRO 2022

DISTRIBUIÇÃO	1º SEMESTRE - 2022			2º SEMESTRE - 2022			TOTAL GERAL - 2022		
	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	ELETIVA	URGENTE	TOTAL	Eletiva	Urgente	TOTAL
CIRURGIA ONCOLOGICA	20	3	23	-	-	-	20	3	23
CIRURGIA ORTOPEDIA BENIGNA	3	-	3	-	-	-	3	-	3
TOTAL	23	3	26	0	0	0	23	3	26

Fonte de dados: Sistema Soluz

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOIOL /Pro-Saúde

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C20BDA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

MAPA COMPARATIVO DAS METAS CONTRATADAS/EXECUTADAS DE

CONTRATO GESTÃO - ENTIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO – JANEIRO A DEZEMBRO - 2022

ESPECIFICAÇÃO	JANEIRO/2022					FEVEREIRO				MARÇO/2022				ABRIL/2022				MAIO/2022				JUNHO/2022				TOTAL DE 2022			
	Nº de leitos Disponíveis	Saídas	Transf. Int. de Saída	Média de Permanência	Permanência	Saídas	Transf. Int. de Saída	Média de Permanência	Permanência	Saídas	Transf. Int. de Saída	Média de Permanência	Permanência	Saídas	Transf. Int. de Saída	Média de Permanência	Permanência	Saídas	Transf. Int. de Saída	Média de Permanência	Permanência	Saídas	Transf. Int. de Saída	Média de Permanência	Permanência	Saídas	Transf. Int. de Saída	Média de Permanência	Permanência da
UTI	10	2	40	0,79%	237	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	2	41	0,79%	237

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOIOL / Pró-Saúde

Mayco Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

ANEXO II – PLANO ESTATÍSTICO

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.999820312D632016

Identificador de autenticação: 2E09E30.CE95.4FF.C208DA869BB5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

PLANO ESTATISTICO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
1- ESTATÍSTICA DE PACIENTE INTERNADOS													
1.1. Nº DE LEITOS POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
UTI PEDIÁTRICA	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
TOTAL	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89
1.2. Nº DE LEITOS - DIA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	527	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	527
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	496	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	496
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	1.054	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.054
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	372	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	372
UTI PEDIÁTRICA	310	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310
TOTAL	2.759	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.759
1.3. PACIENTES-DIA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	456	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	456
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	307	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	307
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	947	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	947
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	361	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	361
UTI PEDIÁTRICA	237	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	237
TOTAL	2.308	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.308
1.4. MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	14,71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,[illegible]
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	9,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,[illegible]
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	30,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,[illegible]
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	11,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,[illegible]
UTI PEDIÁTRICA	7,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,[illegible]
TOTAL	74,46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
1.5. INTERNAÇÃO POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1[illegible]
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6[illegible]
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4[illegible]
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
UTI PEDIÁTRICA	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
TOTAL	148	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14[illegible]
MÉDIA DIA DE PAC. INTERNADOS	4,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,[illegible]
1.6. INTERNAÇÕES POR MUNICIPIO													
ABAETETUBA	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
APUA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
ALTAMIRA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
ANANINDEUA	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
OIAPOQUE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
AUGUSTO CORREA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
AURORA DO PARA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
BARCARENA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
BELÉM	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41
BENEVIDES	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BRAGANÇA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BREU BRANCO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BREVES	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CAMETA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CAPANEMA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CAPITAO POÇO	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
CASTANHAL	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CURRALINHO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CUTIAS /AP	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DOM ELISEU	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
FLORESTA DO ARAGUAIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
GARRAFAO DO NORTE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
IGARAPE-AÇU	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ITAITUBA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
JACUNDA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
LIMOEIRO DO AJURU	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MACAPA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
MAE DO RIO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MARABA	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5

Identificador de autenticação: 2E09E30[illegible]
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: [illegible]
PLANO [illegible]
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551F6A1FC6AE.8FE38C7C8BFE6012.6738BF627CAF9223.99982031 2D632016

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
Em 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Art. Última Assinatura: DF1D5BF6A1FC6AE8E38C7CBBFB012.6738BF627CAF9223.99982031 2D63201 6

PLANO ESTATÍSTICO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
MARITUBA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MEDICILANDIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MOCAJUBA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MOJU	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OURÉM	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PARAGOMINAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PARAUAPEBAS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PICARRA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PONTA DE PEDRAS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PORTO DE MOZ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
REDENÇÃO	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SALINOPOLIS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTANA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO FELIX DO XINGU	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SÃO GERALDO DO ARAGUAIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO JOAO DE PIRABAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO MIGUEL DO GUAMA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TAILANDIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TRACUATEUA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TUCURUI	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
VISEU	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	148	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	148
1.7. INTERNAÇÕES POR FAIXA ETÁRIA														
DE 0 A 2 ANOS	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
DE 3 A 5 ANOS	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39
DE 6 A 8 ANOS	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
DE 9 A 11 ANOS	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
DE 12 A 14 ANOS	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
DE 15 A 17 ANOS	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
DE 18 A 19 ANOS	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
OUTROS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	148	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	148
1.8. ALTAS POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)														
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	138	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	138
1.9. OBITOS POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)														
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UTI PEDIÁTRICA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UAI	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
1.10. OBITOS POR MUNICÍPIO														
BELÉM	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CASTANHAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MELGAÇO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OURÉM	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TAILANDIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
1.11. OBITOS POR FAIXA ETÁRIA														
DE 0 A 2 ANOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DE 3 A 5 ANOS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
DE 6 A 8 ANOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DE 9 A 11 ANOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DE 12 A 14 ANOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DE 15 A 17 ANOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DE 18 A 19 ANOS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
1.12. OBITOS PACIENTES NA UAI														

Autenticação digital: 2022.02.09.09:00:00 CEST +04'00' 6206BA0608B517388
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora local) - Aut. Última Assinatura: DF1D5E16A1FC6AE1B1E38C7C8BF6012.6783BF627CAF9223.9998203120632010

PLANO ESTATÍSTICO

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
ÓBITOS PRONTO SOCORRO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,00
TOTAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1.12.1 ÓBITOS PACIENTES / CASOS NÃO ONCOLÓGICOS													
ÓBITOS NÃO ONCOLÓGICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.13. ÓBITOS NÃO INSTITUCIONAIS POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO (-24h)													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1.14. ÓBITOS INSTITUCIONAIS POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO (+24h)													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UTI PEDIÁTRICA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO CIRÚRGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
1.15. TRANSFERÊNCIA INTERNA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
UTI PEDIÁTRICA	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41
TOTAL	169	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	169
1.16. TRANSFERÊNCIA EXTERNA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLÍNICA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1.17. PACIENTES SAÍDOS POR UNIDADE													
CLÍNICA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
UTI PEDIÁTRICA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UAI	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CENTRO CIRÚRGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	147	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	147
1.18. PORCENTAGEM DE OCUPAÇÃO POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLÍNICA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	86,53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86,53
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	61,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61,90
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	89,85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89,85
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	97,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97,04
UTI PEDIÁTRICA	76,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,45
TOTAL	83,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83,65
1.19. MÉDIA DE PERMANÊNCIA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	8,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8,29
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	4,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,72
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	10,41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,41
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	5,92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,92
UTI PEDIÁTRICA	5,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,51
TOTAL	15,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,70
1.20. ÍNDICE DE GIRO DE LEITOS POR UNIDADE													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	3,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,24
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	4,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,06
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	2,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,68
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	5,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,08
UTI PEDIÁTRICA	4,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,30
TOTAL	1,05	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,05

Identificador de autenticação: 2E00E30.CE95.4FF.A2B0.A9B8517BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)
Em 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DEIDSSIE6AIFC6AE8EF38C7C8BFE012.6738BF627CAF9223.99982031206320160

PLANO ESTATÍSTICO

1.21. INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO POR UNIDADE		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	1,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,29
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	2,91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,91
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	1,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,18
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	0,18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,18
UTI PEDIÁTRICA	1,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,70
TOTAL	3,07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,07
1.22. TAXA DE MORTALIDADE POR UNIDADE														
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	1,82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,82
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	3,30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,30
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,64
UTI PEDIÁTRICA	4,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,65
UAI	0,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,32
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TAXA DE MORTALIDADE GLOBAL	5,44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,4
1.22.1 TAXA DE MORTALIDADE GLOBAL POR CASOS NÃO ONCOLOGICOS														
OBITOS NÃO ONCOLOGICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.23. TAXA DE MORTALIDADE POR TIPO														
INSTITUCIONAL (+24 h)	4,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,76
NÃO INSTITUCIONAL (-24h)	0,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,68
2. SERVIÇOS ASSISTENCIAIS														
2.1. CENTRO CIRÚRGICO														
2.1.1. CIRURGIAS PACIENTES INTERNOS POR PORTE														
CIRURGIAS PEQUENAS	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CIRURGIAS MÉDIAS	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CIRURGIAS GRANDES	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6
MÉDIA DIÁRIA	0,84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07
TOTAL	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6
2.1.2. CIRURGIAS POR ESPECIALIDADE														
CIPE														
ADRENALECTOMIA DIREITA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
BIOPSIA DE LINFONODO INGUINAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
BIOPSIA DE MASSA CERVICAL	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
BIOPSIA DE LESÃO PELE	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
EXERESE DE NÓDULO NA AXILA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
LAPROTOMIA EXPLORADORA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
NEFRECTOMIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL CIPE	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ONCOLOGICA														
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL ONCOLOGICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NEUROLOGIA														
DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONIAL - DVP	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
DRENAGEM HEMATOMA SUBDURAL CRONICO BILATERAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
LAMINECTOMIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
NEUROENDOSCOPICA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
TOTAL NEUROLOGIA	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
OFTALMOLOGIA														
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL OFTALMOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ORTOPEDIA MALIGNO														
BIOPSIA DE FEMUR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE MEDULA OSSEA DE CRISTA ILIACA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA OSSEA DE TÍBIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE UMERO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL ORTOPEDIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
ORTOPEDIA BENIGNA														
RESSECÇÃO DE OSTEOCONDROMA DE FEMUR	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
RESSECÇÃO DE TU OSSEO BENIGNO DE TIBIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL ORTOPEDIA BENIGNA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
CIRURGIA PLÁSTICA														
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

PLANO ESTATÍSTICO
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DPLDS3T6AIFC6AE8FE38C7C8BFE012.6783BF627CAF9223.99982031206320160

TOTAL DE CIRURGIAS PLÁSTICAS		JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
		-	-	-	-	-	-	-	-
CIRURGIA TORÁGICA									
DRENAGEM TORACICA	1	-	-	-	-	-	-	-	1
METASTASECTOMIA PULMONAR	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TORACOSTOMIA	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL CIRURGIA TORACICA	3	-	-	-	-	-	-	-	3
OTORRINOLARINGOLOGISTA									
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO									
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE CIRURGIAS CABEÇA E PESCOÇO	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CIRURGIA DE ODONTOLOGIA									
	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE CIRURGIA DE ODONTOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL DE CIRURGIAS	26	-	-	-	-	-	-	-	26
2.1.3. PEQUENOS PROCEDIMENTOS									
COLOCAÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL - AVC	20	-	-	-	-	-	-	-	20
COLOCAÇÃO DE PORTOCATH	1	-	-	-	-	-	-	-	1
CONFECÇÃO DE TQT	1	-	-	-	-	-	-	-	1
DEBRIDAMENTO CIRURGICO	1	-	-	-	-	-	-	-	1
DRENAGEM TORACICA	1	-	-	-	-	-	-	-	1
IMUNOFENOTIPAGEM	43	-	-	-	-	-	-	-	43
INTRATECAL	100	-	-	-	-	-	-	-	100
LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO - LCR	100	-	-	-	-	-	-	-	100
MIELOGRAMA	43	-	-	-	-	-	-	-	43
PASSAGEM DE PICC	4	-	-	-	-	-	-	-	4
TROCA DE CANULA DE TQT	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TROCA DE SONDA DE GTT	2	-	-	-	-	-	-	-	2
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO METALICO EM LIACO	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL PEQUENOS PROCEDIMENTOS	316	-	-	-	-	-	-	-	316
2.2. ANESTESIA									
2.2.1. NÚMERO DE ANESTESIAS POR TIPO									
GERAL BALANCEADA	11	-	-	-	-	-	-	-	11
GERAL ENDOVENOSA	9	-	-	-	-	-	-	-	9
GERAL INALATORIA	160	-	-	-	-	-	-	-	160
LOCAL	1	-	-	-	-	-	-	-	1
RAQUIANESTESIA	1	-	-	-	-	-	-	-	1
SEDAÇÃO	4	-	-	-	-	-	-	-	4
TOTAL	186	-	-	-	-	-	-	-	186
MÉDIA DIARIA	6,00	-	-	-	-	-	-	-	6,00
2.2.2. ANESTESIAS POR UNIDADE									
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 ª ANDAR (LADO A)	20	-	-	-	-	-	-	-	20
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	8	-	-	-	-	-	-	-	8
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR (LADO B)	33	-	-	-	-	-	-	-	33
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	12	-	-	-	-	-	-	-	12
UTI PEDIÁTRICA	8	-	-	-	-	-	-	-	8
AMBULATÓRIO	105	-	-	-	-	-	-	-	105
TOTAL	186	-	-	-	-	-	-	-	186
2.3. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO - CME									
2.3.1. PRODUÇÃO - ENCAMINHADA PARA ESTERELIZAÇÃO EXTERNA									
PEQUENO	974	-	-	-	-	-	-	-	974
MÉDIO	1.168	-	-	-	-	-	-	-	1.168
GRANDE	895	-	-	-	-	-	-	-	895
TOTAL	3.037	-	-	-	-	-	-	-	3.037
Média Diaria	98	-	-	-	-	-	-	-	8
2.4. AMBULATÓRIO - CONSULTAS									
2.4.1. ONCOPEDIATRIA									
CONSULTAS	309	-	-	-	-	-	-	-	309
CONSULTAS FORA DE TRATAMENTO	69	-	-	-	-	-	-	-	69
ABSENTEISMO	62	-	-	-	-	-	-	-	62
TOTAL	440	-	-	-	-	-	-	-	440
MÉDIA DIARIA	14,19	-	-	-	-	-	-	-	0,85

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. oltima Assinatura: DFIDS5TFGAIFC6AE/8FE88C7C8BFE6012.6788BF627CAF9223.99982031206320160

PLANO ESTATÍSTICO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
2.4.2. NEUROCIRURGIA														
CONSULTAS	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
ABSENTEÍSMO	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
TOTAL	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
MÉDIA DIÁRIA	1,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,10
2.4.3. CIRURGIÃO PEDIATRA														
CONSULTAS	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
ABSENTEÍSMO	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
TOTAL	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
MÉDIA DIÁRIA	0,42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04
2.4.4. ORTOPEDIA														
CONSULTAS BENIGNA	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
CONSULTAS MALIGNAS	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
ABSENTEÍSMO	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
TOTAL	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
MÉDIA DIÁRIA	1,29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,11
2.4.5. CIRURGIA PLÁSTICA														
CONSULTAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABSENTEÍSMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MÉDIA DIÁRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.4.6. CIRURGIA TORÁCICA														
CONSULTAS	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
ABSENTEÍSMO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
MÉDIA DIÁRIA	0,19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0[illegible]
2.4.7. CONSULTAS - ANESTESIOLOGIA														
CONSULTAS	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
ABSENTEÍSMO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
TOTAL	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
MÉDIA DIÁRIA	0,32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0[illegible]
2.4.8. CONSULTAS - QUIMIOTERAPIA														
CONSULTAS	613	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	61[illegible]
ABSENTEÍSMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	613	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6[illegible]
MÉDIA DIÁRIA	19,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6[illegible]
2.4.9. CONSULTAS ODONTOLOGIA														
CONSULTAS	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2[illegible]
ABSENTEÍSMO	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
TOTAL	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	[illegible]
MÉDIA DIÁRIA	1,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1[illegible]
2.4.10. CONSULTAS NUTRICIONISTA														
CONSULTAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABSENTEÍSMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MÉDIA DIÁRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.4.11. CONSULTAS PSICOLOGIA														
CONSULTAS	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
ABSENTEÍSMO	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
TOTAL	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
MÉDIA DIÁRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04
2.4.12. CONSULTAS CUIDADOS PALIATIVOS														
CONSULTAS	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
ABSENTEÍSMO	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
TOTAL	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
MÉDIA DIÁRIA	0,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,05
2.4.13. CONSULTAS UAI - UNIDADE DE ATENDIMENTO À INTERCORRÊNCIAS														
ATENDIMENTO PACIENTE DO SERVIÇO	648	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	648
ATENDIMENTOS DE FUNCIONÁRIOS NO SERVIÇO	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
ATENDIMENTOS DEMANDA ESPONTÂNEA	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
TOTAL	677	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	677
MÉDIA DIÁRIA	21,84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,85

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 2E09E01CE91AFF02080A69BB5113BFE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)
Em 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Art. Última Assinatura: DF1D55H6AIFC6AEA7BE38C7C8BFE6012.6783BF627CAF9223.99982031 2D63201 0

PLANO ESTATÍSTICO

2.4.1.4. CONSULTAS AMBULATORIO / UAI ONCO - POR MUNICIPIO

ABAETETUBA	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	52
ACARA	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
AFUA	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
AGUA AZUL DO NORTE	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ALMERIM	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
ALTAMIRA	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
ANAJAS	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
ANANINDEUA	155	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	155
ANAPU	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
APICUTIAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
APIGIAPOQUE	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
APILARANJAL DO JARI	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
APIMACAPA	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99
APISANTANA	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
AUGUSTO CORREA	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
AURORA DO PARA	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
BAIAO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BANNACH	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BARCARENA	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33
BELEM	521	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	521
BENEVIDES	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
BRAGANÇA	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
BRASIL NOVO	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
BREU BRANCO	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
BREVES	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
BUJARU	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CAMETA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
CANAA DOS CARAJAS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CAPANEMA	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33
CAPITAO POCO	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
CASTANHAL	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40
COLARES	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CONCORDIA DO PARA	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
CURRALINHO	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
CURUCA	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
CUTIAS	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
DOM ELISEU	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
FLORESTA DO ARAGUAIA	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
GARRAFAO DO NORTE	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
GOIANESIA DO PARA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
IGARAPE AÇU	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
IGARAPE-MIRI	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
IPIXUNA DO PARA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
IRITUIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ITUPIRANGA	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
JACUNDA	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
LAGO DA PEDRA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
LIMOEIRO DO AJURU	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
MAE DO RIO	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
MARABA	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51
MARACANA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MARAPANIM	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MARITUBA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
MEDICILANDIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
MOCAJUBA	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
MOJU	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NOVA ESPERANÇA DO PIRIA	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
NOVA IPIXUNA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
NOVO PROGRESSO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NOVO REPARTIMENTO	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
OEIRAS DO PARA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
OURIEM	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
OURILANDIA DO NORTE	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PACAJA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PARAGOMINAS	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31
PARAUAPEBAS	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
PEIXE-BOI	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PICARRA	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
PONTA DE PEDRAS	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
PORTO DE MOZ	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
PRIMAVERA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
QUATIPURU	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
REDENCAO	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
SALINOPOLIS	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

PLANO ESTATISTICO EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DEIDSTEGALICGAEN8HE38C7C8BEE6012.6738BE627CAF9223.99982031 2D63201
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)

		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
SALVATERRA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTA BARBARA DO PARA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
SANTA ISABEL DO PARA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SANTA LUZIA DO PARA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTA MARIA DO PARA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
SANTANA DO ARAGUAIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SANTO ANTONIO DO TAUA	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
SAO CAETANO DE ODIVELAS	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAO DOMINGOS DO CAPIM	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO FELIX DO XINGU	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
SAO GERALDO DO ARAGUIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO JOAO DE PIRABAS	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAO MIGUEL DO GUAMA	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
SENADOR JOSE PORFIRIO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SOURE	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
TAILANDIA	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25
TOME AÇU	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
TRACUATEUA	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
TUCURUI	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
URUARA	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
VIGIA	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
VISEU	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
XINGUARA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
TOTAL	1.805	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.805
2.4.16. CONSULTAS AMBULATORIO - POR FAIXA-ETARIA														
DE 0 A 2 ANOS	144	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	144
DE 3 A 5 ANOS	413	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	413
DE 6 A 8 ANOS	411	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	411
DE 9 A 11 ANOS	249	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	249
DE 12 A 14 ANOS	219	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	219
DE 15 A 17 ANOS	238	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	238
DE 18 A 19 ANOS	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71
OUTROS	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62
TOTAL	1.805	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.805
2.5. INTERCONSULTAS														
ANESTESIOLOGISTA	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
CABEÇA E PESCOÇO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CARDIOTERAPIA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CIRURGIA PEDIATRICA	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
CIRURGIA PLÁSTICA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CIRURGIA TORACICA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CIRURGIA VASCULAR	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CUIDADOS PALIATIVOS	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
DERMATOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENDOCRINOLOGIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NEFROPEDIATRIA	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
NEUROCIRURGIA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
NUTRICIONISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ODONTOLOGIA	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51
OFTALMOLOGISTA	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
ONCOORTOPEDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ORTOPEDIA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
OTORRINOLARINGOLOGISTA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PSIQUIATRA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
REMAUTOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE INTERCONSULTAS	149	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	149
2.6. RESUMO CONSULTAS AMBULATORIAIS														
TOTAL DE CONSULTAS AMBULATORIAIS	1.805	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.805
TOTAL DE INTERCONSULTAS	149	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	149
TOTAL DE ABSENTEISMO	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110
TOTAL GERAL DE CONSULTAS	2.064	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.064
MEDIA DIARIA	86,58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	86,58
2.7. ATIVIDADES SOCIAIS														
2.7.1. SERVIÇO SOCIAL														
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	209	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	209
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
UTI PEDIÁTRICA	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60
QUIMIOTERAPIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 2E09E30C0E9E4FE C2B2D4B9B857B8F5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)
JM 10/02/2022 14:14 (Hora local) - Aut. Última assinatura: DE1D551F6A1C6AE7BEE38C7C8BFE6012.6738BE627CAF9223.99982031 2D63201

PLANO ESTATÍSTICO		JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
UAI		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
AMBULATÓRIO	553	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	553
TOTAL ATENDIMENTO ASSISTÊNCIAL	938	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	938
3. S.A.D.T - SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO														
3.1 RADIOLOGIA														
3.1.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTE INTERNO														
UTI PEDIÁTRICA	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
UAI	143	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	143
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
CENTRO CIRÚRGICO	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
AMBULATÓRIO	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
QUIMIOTERAPIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	311	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311
MÉDIA DIÁRIA	10,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,03
3.2 EXAMES LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS														
3.2.1. EXAMES ENCAMINHADOS POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS														
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	1.453	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.453
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	1.045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.045
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	4.955	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.955
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1.355	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.355
UAI	2.226	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.226
CENTRO CIRÚRGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATÓRIO	4.144	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.144
UTI PEDIÁTRICA	2.827	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.827
TOTAL - EXAMES DE LABORATÓRIO INTERNOS + EXTERNOS	18.036	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.036
MÉDIA DIÁRIA	581,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	581,8
3.3 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA														
3.3.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS														
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
UTI PEDIÁTRICA	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
UAI	5													5
AMBULATÓRIO	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
TOTAL - EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
MÉDIA DIÁRIA	3,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,77
3.4 ULTRASSONOGRAFIA														
3.4.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS														
UTI PEDIÁTRICA	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
UAI	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
CENTRO CIRÚRGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATÓRIO	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54
TOTAL	131	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	131
3.5 ECOCARDIOGRAMA														
3.5.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS														
UTI PEDIÁTRICA	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CENTRO CIRÚRGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATÓRIO	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
TOTAL	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
3.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA														
3.6.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS														
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 2E09E30CE95 4FE 9 0B6B8B5A7BBE

PLANO ESTATÍSTICO													
UTI PEDIATRICA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UAI / AMBULATORIO	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
TOTAL	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53

3.7 RADIOTERAPIA 3.7.1. NUMERO DE PACIENTES - POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 ª ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI PEDIATRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATORIO	102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102
TOTAL	107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
MEDIA DIARIA	3,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,25

3.8 QUIMIOTERAPIA 3.8.1 INFUSÕES QUIMIOTERÁPICAS - POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 ª ANDAR (LADO A)	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	715	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	715
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	294	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	294
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56
UTI PEDIATRICA	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78
UAI	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
AMBULATORIO	1.384	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.384
TOTAL	2.618	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.618
MEDIA DIARIA	84,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84,45

3.8.2. QUIMIOTERAPIA POR UNIDADE - POR PACIENTE/DIA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 ª ANDAR (LADO A)	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	257	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	257
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	154	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	154
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31
UTI PEDIATRICA	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATORIO	916	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	916
TOTAL	1.451	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.451
MEDIA DIARIA	47,13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,71

3.8.3 PACIENTE/DIA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL - POR MUNICIPIO													
ABAETETUBA	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29
ACARA	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
AFUA	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
AGUA AZUL DO NORTE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ALMEIRIM	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
ALTAMIRA	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
ANAJAS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ANANINDEUA	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88
APICUTIAS	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
APILARANJAL DO JARI	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
APIMACAPA	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43
APISANTANA	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
AUGUSTO CORREA	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
AURORA DO PARÁ	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
BARCARENA	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
BELEM	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	210
BENEVIDES	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
BRAGANCA	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
BRASIL NOVO	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
BREU BRANCO	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BREVES	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
CAMETA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CAPANEMA	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
CAPITAO POCO	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
CASTANHAL	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36
CURRALINHO	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
CONCORDIA DO PARA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CURUÇA	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
FLORESTA DO ARAGUAIA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
GARRAFAO DO NORTE	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
GOIANESIA DO PARÁ	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
IPIXUNA DO PARA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
ITUPIRANGA	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
JACUNDA	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
LIMOEIRO DO AJURU	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
MAE DO RIO	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

Em 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DEIDSTEGALECAEVBHE38C7CBBHE9012.6738BF627CAF9223.99982031206320160
- ASSINADO-ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei nº 11.419/2006)

PLANO ESTATÍSTICO													ACUMUL.
MARABA		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39
MARACANA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
MEDICILANDIA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MOCAJUBA	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
NOVA ESPERANÇA DO PIRIA	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
NOVO REPARTIMENTO	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
OURIEM	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
OURILANDIA DO NORTE	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PARAGOMINAS	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
PARAUAPEBAS	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
PICARRA	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
PONTA DE PEDRAS	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
PORTO DE MOZ	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
PRIMAVERA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
QUATIPURU	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
REDENCAO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTA BARBARA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SANTA ISABEL DO PARA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTA MARIA DO PARA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
SANTANA DO ARAGUAIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTO ANTONIO DO TAUA	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
SAO CAETANO DE ODIVELAS	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SAO FELIX DO XINGU	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SAO MIGUEL DO GUAMA	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
TAILANDIA	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
TOME AÇU	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
TUCURUI	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
URUARA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
VIGIA	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
VISEU	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
XINGUARA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
TOTAL	916	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	916
3.8.4. QUIMIOTERAPIA - PACIENTE AMBULATORIAL - POR FAIXA ETARIA													
DE 0 A 2 ANOS	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75
DE 3 A 5 ANOS	200	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	200
DE 6 A 8 ANOS	245	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	245
DE 9 A 11 ANOS	127	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	127
DE 12 A 14 ANOS	129	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	129
DE 15 A 17 ANOS	118	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	118
DE 18 A 19 ANOS	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	916	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	916
TOTAL - ABSENTEISMO DE QUIMIOTERAPIA	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
TOTAL - PACIENTES ATENDIDOS	1.451	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.451
TOTAL - INFUSÃO QUIMIOTERÁPICAS	2.618	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.618
MÉDIA DIÁRIA DE INFUSÕES QUIMIOTERÁPICAS	84,45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7[illegible]
MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES ATENDIDOS	47,13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4[illegible]
3.9 EXAMES DE CINTILOGRAFIA													
3.9.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNO													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATORIO	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15

Identificador de autenticação: 2509530CE95A4F8C208DA869B85178BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

PLANO ESTATISTICO EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D551E6A1FC6A6F8E38C7C8BEE6012.678BBE627CAF9223.99982031 2D6320169
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)

TOTAL										OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
MÉDIA DIÁRIA	0,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24 0,07
3.10 HEMOTERAPIA													
3.10.1. NÚMERO DE BOLSAS DE SANGUE POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	93
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
UTI PEDIÁTRICA	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	105
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI /AMBULATÓRIO	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43
TOTAL	284	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	284
MÉDIA DIÁRIA	9,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,78
3.11 TERAPIA OCUPACIONAL													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42
UTI PEDIÁTRICA	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
QUIMIOTERAPIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE SESSÕES	218	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	218
MÉDIA DIÁRIA	7,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,60
3.12 FISIOTERAPIA													
3.12.1. AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	62
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	51
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	163	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	163
MÉDIA DIÁRIA	5,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,45
3.12.2. SESSÕES DE FISIOTERAPIA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	429	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	429
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	259	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	259
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	827	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	827
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	303	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	303
UTI PEDIÁTRICA	709	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	709
UAI	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
TOTAL	2.530	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.530
MÉDIA DIÁRIA	81,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,[illegible]
3.13 SERVIÇO DE PSICOLOGIA													
3.13.1. ATENDIMENTO POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	306	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	306
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	136	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	136
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	534	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	534
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	226	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	226
UTI PEDIÁTRICA	201	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	201
UAI	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
AMBULATÓRIO	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
TOTAL	1.457	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.457
MÉDIA DIÁRIA	47,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,99
3.14 FONOAUDIOLOGIA													
3.14.1. ATENDIMENTOS POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50
UTI PEDIÁTRICA	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45
UAI / AMBULATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QUIMIOTERAPIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	308	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	308
MÉDIA DIÁRIA	9,94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,84
3.15 ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA/BRONCOSCOPIA													
3.15.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNO													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 2E09530.CE95.4FE0.9209.DA869B5A7381E

PLANO ESTATÍSTICO HOSPITALAR
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
Em 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: DF1D557E6A1FC6AE3EE38C7C8BFE012.6738F627CAF9223.99982031206320160.1

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MEDIA DIÁRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.15 EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA													
3.15.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNO E AMBULATÓRIO													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
MÉDIA DIÁRIA	0,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04
3.17 HEMODIALISE - PACIENTE INTERNADO													
3.17.1. SESSÃO DE HEMODIALISE - POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATÓRIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MÉDIA DIÁRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.18. BIOPSIAS PACIENTE INTERNADO - POR TIPO													
BIOPSIA MEDULAR	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
BIOPSIA DE PELE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE BIÓPSIAS	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
3.18.1. BIOPSIA PACIENTE INTERNADO - POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATÓRIO	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
MÉDIA DIÁRIA	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04
3.18.2 TOTAL S.A.D.T POR TIPO													
3.1 RADIOLOGIA	311	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	311
3.2 EXAMES LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLINICAS	18.035	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.035
3.3 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	117	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117
3.4 ULTRASSONOGRAFIA	131	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	131
3.5 ECOCARDIOGRAMA	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
3.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53
3.7 RADIOTERAPIA	107	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	107
3.8 QUIMIOTERAPIA	2.618	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.618
3.9 EXAMES DE CINTILOGRAFIA	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
3.10 HEMOTERAPIA	284	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	284
3.11 TERAPIA OCUPACIONAL	218	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	218
3.12 FISIOTERAPIA	2.630	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.630
3.13 SERVIÇO DE PSICOLOGIA	1.457	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.457
3.14 FONOAUDIOLOGIA	308	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	308
3.15 ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA/BIRONCOSCOPIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.16 EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16
3.17 HEMODIÁLISE - PACIENTE INTERNADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3.18 EXAMES DE ANÁTOMO PATOLÓGICO	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53
3.19 BIOPSIAS	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
TOTAL GERAL DE EXAMES	26.303	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.303
4. SERVIÇO DE APOIO													
4.1. NUTRIÇÃO E DIETÉTICA													
4.1.1. REFEIÇÕES SERVIDAS POR TIPO													
DESJEJUM	4.939	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.939
LANCHE MANHÃ	5.487	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.487
ALMOÇO	4.912	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.912
LANCHE TARDE	5.737	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.737

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Autenticação assinatura: DF1D5C16AFC6AEA8E38C7C8B51601267838F627CAF9223.99982031 2D63201 6

PLANO ESTATÍSTICO													
CEIA													1.943
JANTAR	5.112	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.112
SUPLEMENTO NUTRICIONAL	596	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	596
DIETA ENTERAL	492	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	492
LACTÁRIO - MAMADEIRAS	214	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	214
TOTAL	31.432	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.432
MÉDIA DIÁRIA	1.013,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,1
4.1.2. REFEIÇÕES SERVIDAS POR UNIDADE													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	4.302	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.302
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	3.404	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.404
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	9.894	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9.894
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	3.536	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.536
UTI PEDIÁTRICA	1.921	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.921
UAI	1.444	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.444
AMBULATÓRIO	269	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	269
QUIMIOTERAPIA	1.188	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.188
MÉDICOS	1.110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.110
COLABORADOR	4.364	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.364
TOTAL	31.432	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.432
MÉDIA REFEIÇÕES SERVIDAS	1.013,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98,1
4.2. PROCESSAMENTO DE ROUPA													
4.2.1. KG ROUPA ENCAMINHADA PARA LAVAGEM													
ENXOVAL / KG	7.556	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.556
RELAVE	287	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	287
MOPS	1.147	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.147
TOTAL	8.703	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.703
4.3. MANUTENÇÃO													
4.3.1 REPAROS													
OS CONCLUÍDAS	286	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	286
OS NÃO CONCLUÍDAS	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
TOTAL	296	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	296
MÉDIA DIÁRIA	9,55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,31
4.4. TI													
4.4.1 REPAROS													
TOTAL DE OS CONCLUÍDAS	343	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	343
MÉDIA DIÁRIA	11,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,36
4.5. HORAS TRABALHADAS - ENGENHARIA CLÍNICA													
ENGENHEIRO CLÍNICO	220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	220
COORD. TECNÓLOGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	220	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	220
MÉDIA DIÁRIA	7,10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,23
4.6. CÓPIAS													
TOTAL DE CÓPIAS NO PERÍODO	141.842	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	141.842
MÉDIA DIÁRIA	4.576	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	388,6
5.1. DEPARTAMENTO - PESSOAL													
5.1.1. FUNCIONÁRIOS EXISTENTES - PESSOAL PRÓPRIO													
ADMINISTRAÇÃO	126	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	126
PCD	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
APRENDIZ ADMINISTRATIVO	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
ENFERMEIROS (AS)	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66
TÉCNICOS ENFERMAGEM	183	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	183
AUXILIARES ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EQUIPE DE APOIO - (MULTIDISCIPLINAR)	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
SADT'S	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
AGENTES DE PORTARIA	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
SND	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
SHL	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46
SERV. PROCESSAM. ROUPA - SPR	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
MANUTENÇÃO	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	543	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	543
5.1.2. FUNCIONÁRIOS EXISTENTES - PESSOAL CEDIDOS													

Identificador da autenticação: 2E09E30-CE15-4FF1-C298-DA6C9B5173BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)
Em 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Aut. Digital Assinatura: DEIDS56E6A1FC6AE7BE38C7C8BF56012.6738BE627CAF9223.99982031206320100

PLANO ESTATÍSTICO													
									SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
ADMINISTRAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENFERMEIROS (AS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TÉCNICOS ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUXILIARES ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SADT'S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SND	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LIMPEZA E HIGIENE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERV. PROCESSAM. ROUPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MANUTENÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.1.3. FUNCIONÁRIO EXISTENTES - PESSOAL TERCEIRIZADOS													
ADMINISTRAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENFERMEIROS (AS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TÉCNICOS ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TÉCNICO RADIOLOGIA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
DENTISTA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SADT'S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SND	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LIMPEZA E HIGIENE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERV. PROCESSAM. ROUPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MANUTENÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL 1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
MÉDICOS	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
FISIOTERAPEUTA	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
SUB-TOTAL 2	108	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	108
TOTAL GERAL	113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	113
5.1.4. FUNCIONÁRIOS EXISTENTES - CLT													
ADMINISTRAÇÃO	126	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	126
PCD	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
APRENDIZ ADMINISTRATIVO	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
ENFERMEIROS (AS)	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66
TÉCNICOS ENFERMAGEM	183	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	183
SADT'S	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
EQUIPE DE APOIO - (MULTIDISCIPLINAR)	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35
AGENTES DE PORTARIA	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
SND	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26
LIMPEZA E HIGIENE	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46
SERV. PROCESSAM. ROUPA	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
MANUTENÇÃO	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL 1	543	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	543
MÉDICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FISIOTERAPEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TÉCNICOS ENGENHARIA CLÍNICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TÉCNICOS RADIOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DENTISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	543	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	543
5.1.5. GRAU DE INSTRUÇÃO													
PÓS-GRADUAÇÃO	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SUPERIOR	132	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
SUPERIOR INCOMPLETO	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2º GRAU	384	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
2º GRAU INCOMPLETO	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
1º GRAU	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
1º GRAU INCOMPLETO	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
SEM INSTRUÇÕES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	543	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45
5.1.6. ÍNDICES DO DEPTO. PESSOAL													
FUNCIONÁRIOS EM FÉRIAS	32,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32
FUNCIONÁRIO DE LICENÇAS/AFASTAMENTOS	28,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
ADMISSÕES	12,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
DEMISSÕES	25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25
Nº DE FUNCIONÁRIOS/MÊS	543,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45
TOTAL DE FALTAS EM DIAS	34,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34
ÍNDICE DE ABSENTEÍSMO	6,6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
HORAS EXTRAS	556,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	557
ATRASO EM HORAS	280,26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	280
ÍNDICE DE FUNCIONÁRIOS HOSPALEITO	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5

Identificador de autenticação: 2600600CE9E4FC208D7A69B85A73BFE
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5

Em 10/02/2022 14:14 (Hora Local) - Art. Última Assinatura: DE1D5CFEA1EC6AEA8E3E38C7C8BE5012.6788E627CAF9223.99982031 2D63201
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUARIO (Lei 11.419/2006)

PLANO ESTATISTICO													ACUMUL.
INDICE DE FUNCIONARIOS HOSPITALIZADO OCUPADO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
INDICE DE ROTATIVIDADE	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40,9
% DO PESSOAL - ADM	27,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23,2
% DO PESSOAL - ENFERMAGEM	45,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45,9
% DO PESSOAL - S.A.D.T	3,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5
% DO PESSOAL - APOIO	17,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18,3
TOTAL %	93,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87,85
TOTAL PESSOAL DE SERVIÇO TERCEIRIZADOS	113	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OUTROS NÃO EMPREGADOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
% FUNC. NECESSIDADES ESPECIAIS	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8
5.1.7. EDUCAÇÃO													
CURSOS MINISTRADOS - (INTERNOS)	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30
HORAS DE TREINAMENTOS	57:10:00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
PARTICIPANTE DE CURSOS INTERNOS	1.067	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.067
Nº DE CURSOS MINISTRADOS - (EXTERNOS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PARTICIPANTES DE CURSOS EXTERNOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. INDICADORES GERAIS													
MÉDIA DE LEITOS	89,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7,42
MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES - DIA	74,46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,32
PORCENTAGEM GERAL DE OCUPAÇÃO	83,66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83,66
MÉDIA GERAL DE PACIENTES-DIA	74,46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74,46
MÉDIA GERAL DE PERMANÊNCIA	15,70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,70
MÉDIA DIÁRIA GERAL CIRURG. INTERNAS	0,64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,06
ÍNDICE GERAL DE GIRO DE LEITOS	1,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,65
INTERVALO/SUBSTITUIÇÕES DE LEITOS	3,07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,07
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	11,22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9
TAXA MORTALIDADE GLOBAL	5,44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,44
TAXA MORTALIDADE INSTITUCIONAL	4,76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,4
TAXA MORTALIDADE OPERATÓRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TAXA MORTALIDADE NÃO INSTITUCIONAL	0,68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6
5.1. S.A.D.T.													
MÉDIA DIÁRIA DE RAIO-X	10,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10,03
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES LABORATÓRIO	582	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49,4
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES TOMOGRAFIA	3,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES ECOCARDIOGRAMA	1,03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	1,71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,16
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES CINTILOGRAFIA	0,77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES ELETROCARDIOGRAMA	0,52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES ULTRASSONOGRAFIAS	4,23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,3
6.2. APOIO													
MÉDIA DIÁRIA REFEIÇÕES SERVIDAS	1.013,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	84
MÉDIA DIÁRIA DE KG. ROUPA LAVADA	280,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23
MÉDIA DIÁRIA DE REPAROS - MANUTENÇÃO	9,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
MÉDIA DIÁRIA DE COPIAS	4.575,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	381
7. INDICADORES CONTRATUAIS													
7.1. INDICADORES QUANTITATIVOS													ACUMUL.
SAIDOS	147	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
SADT - QUIMIOTERAPIA	2.618	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.61
ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	2.064	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.06
CASOS NOVOS	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28
INDICE DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	97%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0
Nº DE DIAS DO MÊS	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	366

Diretora Administrativa Financeira

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOIOL / Pró-Saúde

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística
Assistente de Custo PL

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/166924 Anexo/Sequencial: 5
Código Verificador/de autenticação: 2E09E38/CE95/4FF/62B3/A0B9/B8C7/3BFE