GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DOCUMENTO			PROTOCOLO ELETRÔNICO	
Espécie	**Data**	**Número**	**Data**	**Número do Protocolo**
OFÍCIO ESPECIAL	10/05/2022		10/05/2022 11:36	2022/569666

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 – abril/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/2022/569666

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

GOVERNO DO PARÁ

Ofício DH-HOIOL - Nº184/2022 **Belém/PA, 10 de maio de 2022**

À
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ

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

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

Assunto: Apresentação do Relatório de Prestação de Contas de Atividades Mensal – abril/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 abril 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

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 748F560692B38D88.8521ED52FB2A822B.235EF51410BE1565.DA94795D3C3CA526

Identificador de autenticação: BEE2900.BA7A.64E.25F021030F7AC0824C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 1

PRÓ SAÚDE

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 036/2015 – REF.: 04/2022

10/05/2022	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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A745178B62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

Relatório de Execução das Atividades do Contrato de Gestão Nº 036/2015 – Ref.: 04/2022

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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A745178B62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 abril de 2022, o Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo recepcionou o total de 34 (trinta e quatro) casos novos. Ainda nessa competência, foram registradas também 145 (cento e quarenta e cinco) saídas hospitalares. As Metas Qualitativas e Quantitativas vinculadas ao Plano de Trabalho estabelecidas no Contrato de Gestão foram cumpridas, considerando o percentual de 95% 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

2.1. Metas Quantitativas

No mês de abril de 2022, todas as metas quantitativas vinculadas ao Plano de Trabalho estabelecidas no Contrato de Gestão foram superadas. Nesse período foram realizadas 2.503 (dois mil, quinhentos e três) sessões de quimioterapia o que representa o percentual de 4,29% acima da meta contratual. Já o quantitativo de consultas ambulatoriais foi de 2.035 (dois mil e trinta e cinco) obtendo o percentual de 50,74% acima da meta. Foram registradas 145 (cento e quarenta e cinco) saídas hospitalares com percentual de 46,46%.

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 abril de 2022, todas as metas qualitativas foram cumpridas satisfatoriamente, com avaliação positiva dos usuários em 95%.

As conformidades em prontuário chegaram a 100%. Todas as autorizações de internação hospitalar referentes ao mês anterior foram apresentadas no dia 12 de abril 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

unidade, o resultado de 6,34%, abaixo dos parâmetros estipulados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conforme demonstrativo abaixo:

INDICADORES	META CONTRATUAL - %	PARÂMETROS*	META ATINGIDA abril
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO (APRESENTAÇÃO DE AIH)	100%	Apresentação de 100% das AIHs referente ao mês de competência. Livre de crítica e reapresentações. Preenchimentos de forma correta e idônea.	100%
ATENÇÃO AO USUÁRIO	100%	Espaço fisico, 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

3. Censo de Origem dos Usuários

Em abril de 2022, foram 137 (cento e cinquenta e dois) internações. Destaque para usuários da cidade de Belém que representaram 26,27% do total.

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

Também foram registrados, em abril, 2.035 (dois mil e trinta e cinco) consultas ambulatoriais, sendo que deste montante 145 (cento e quarenta e cinco) foram interconsultas, 83 (oitenta e três) foram absenteísmo e 1.807 (mil, oitocentos e sete) são consultas de usuários que já realizam tratamento no hospital e de casos novos. Novamente, destaque para usuários da cidade de Belém, que representaram 23,98% 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

Ainda em abril houveram 1.388 (mil, trezentos e oitenta e oito) pacientes que realizaram 2.503 (dois mil, quinhentos e três) sessões de quimioterapia, sendo distribuído os quantitativos de pacientes da seguinte forma: 470 (quatrocentos e setenta) pacientes em caráter de internação e 918 (novecentos e dezoito) em caráter ambulatorial, que tiveram como ênfase a cidade de Belém, que apresentou 16,13% 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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;
4.16- Oferta de atendimento mensal.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A745178B62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

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

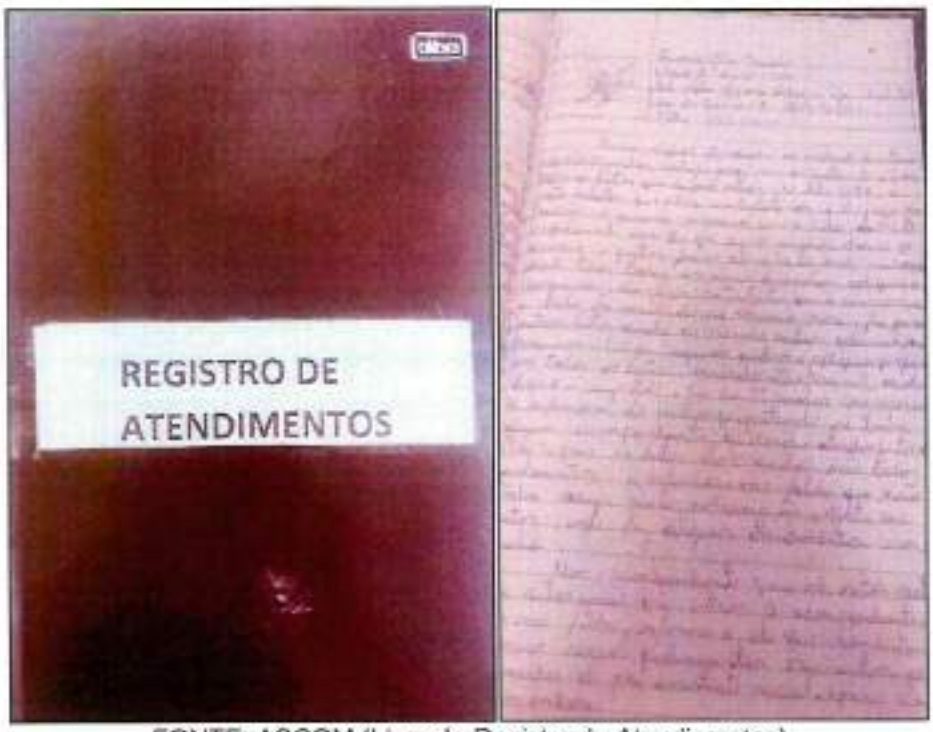
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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
Hoton Pró-Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde
070020
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D129209 2B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517 8B62B06508
Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

4.1.6 Pesquisas de satisfação

O Serviço de Atendimento ao Usuário, avalia a satisfação do usuário, por meio dos questionários de Internação (onde acompanha diariamente beira leito ou via telefone para áreas virais a satisfação dos usuários internados), Ambulatoriais, SADT, e Unidade de Atendimento Imediato. Estes formulários estão em todos os andares do hospital, assim como mural de elogiados. As pesquisas de satisfação com os usuários/acompanhantes também são realizadas via tablet, interfaceada com o Interact/SAS. A boa prática é baseada nos fundamentos da gestão da saúde (Manual ONA), representando a Gestão da Inovação, Responsabilidade Socioambiental e Melhoria Contínua.

Regina Carvalho da Silva
Líder SAU
HOOI/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A257009BEFF181A6.A74517BB62B06508

4.1.7 Resultados das pesquisas de satisfação

Durante o período 01/04/2022 a 30/04/2022 foram realizadas pesquisas de satisfação que contabilizadas nos forneceram os seguintes dados abaixo:

Tabela 01: Total de questionários respondidos em abril 2022.

1- Total de Questionários Respondidos	Atendimentos	Meta	Pesquisas Realizadas
Ambulatório	1229	123	323
Exames	568	57	304
Internação	137	14	120
Unidade de Atendimento a Intercorrências	566	57	319
TOTAL	**2500**	**251**	**1066**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, abril 2022.

Tabela 2: Percentual da Satisfação por Setores e Global.

Percentual da Satisfação do Usuário por Setores e Global	%
Internação	97%
Exames	98%
UAI	94%
Ambulatório	90%
Taxa Global	**95%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, abril 2022.

Tabela 2: Percentual da Satisfação Pós alta

1- Total de Questionários Respondidos	ALTAS	Meta	Pesquisas Realizadas
N de saídos (Altas+ Óbitos+ Transf. Internas e Externas)	242	24	73
Altas nas Unidades de Internação	130		
TAXA DE SATISFAÇÃO PÓS ALTA			**86%**

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

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

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

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

ABRIL/2022

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

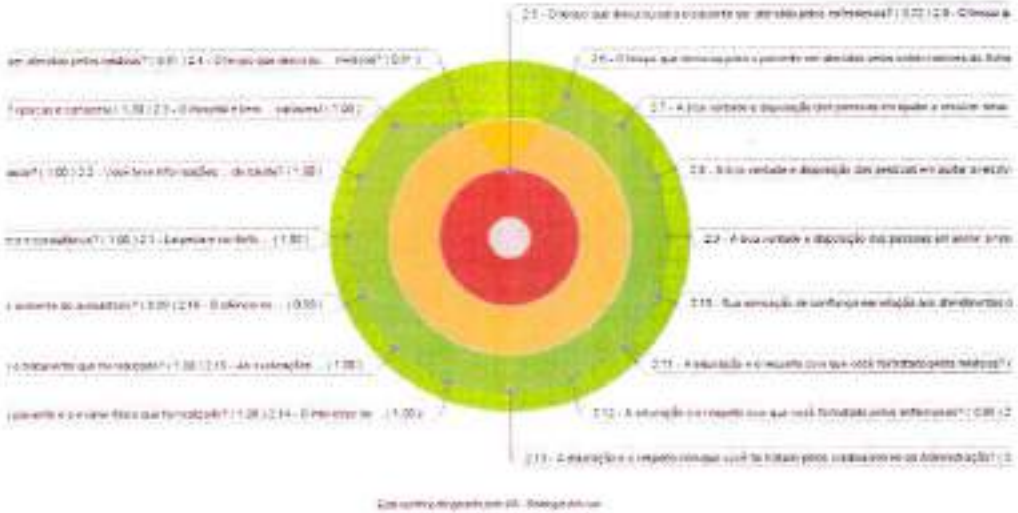
Data: 03/05/2022
Página: 1

8.2 Diagrama 02: Pesquisa de Satisfação Ambulatório

ABRIL/ 2022

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Ambulatório

Data: 03/05/2022
Página: 1



Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hobi/PRÓ Saúde
000025

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D129209 2B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517 8B62B06508

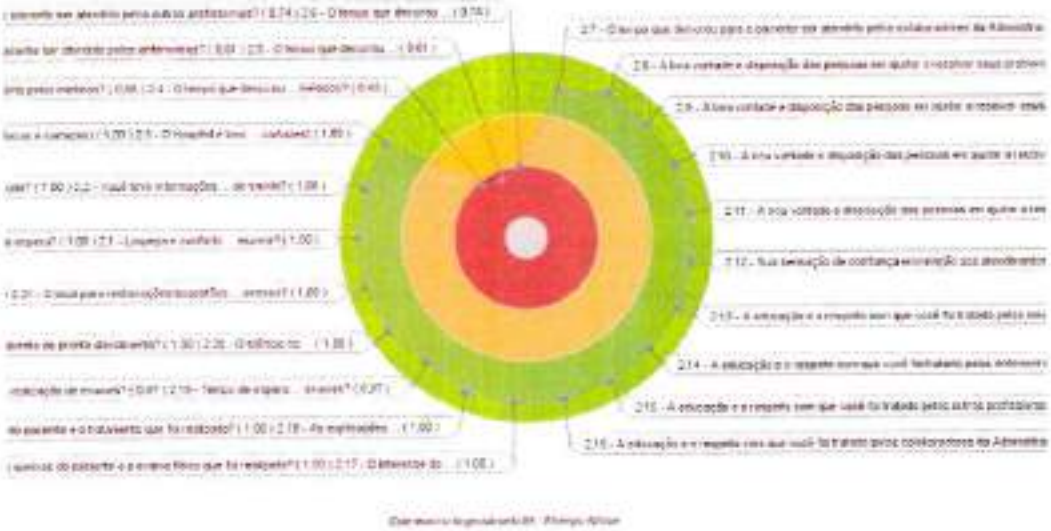
Identificador de autenticação: 558A944A406F4 5DB:58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

8.3 Diagrama 03: Pesquisa de Satisfação UAI.

ABRIL/2022

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário UAI

Data: 03/05/2022
Página: 1

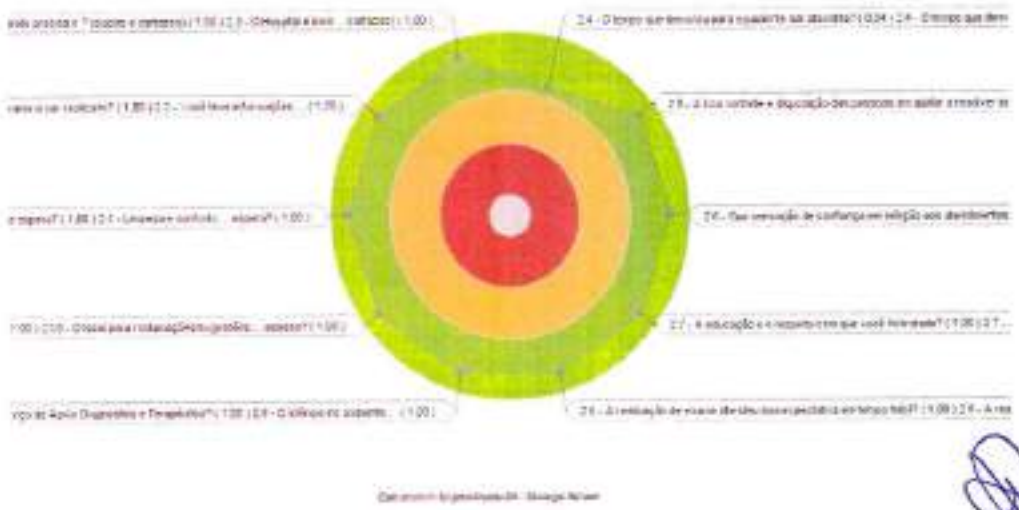


8.4 Diagrama 04: Pesquisa de Satisfação Exames.

ABRIL/2022

Pesquisa: Pesquisa de Satisfação do Usuário Exames

Data: 03/05/2022
Página: 1



Regina de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hospital Pró-Saúde

000026

Identificador de autenticação: 558A044A96F/5DB/5B04D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - AUT: Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517B62B06508

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

Dos 43 (quarenta e três) registros, 81% foram direcionados aos elogios, 9% para reclamações e 9% 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 abril 2022.

Classificação Registro	Total	%
Reclamações	4	9%
Elogios	35	81%
Sugestões	4	9%
TOTAL	**43**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, abril 2022.

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

Reclamações	Total	%
Ambulatório	0	0%
Exames	0	0%
Internação	2	50%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	0	0%
Atendimento em Sala	2	50%
TOTAL	**4**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, abril 2022.

Tabela 5: Elogios Realizados nos Formulários de Pesquisa

Elogios	Total	%
Ambulatório	4	11%
Exames	1	3%
Internação	30	86%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	0	0%
TOTAL	**35**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, abril 2022.

Regiane de Jesus do Silva
Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 558A044:496F:5DB:5BD4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

Tabela 6: Sugestões Realizadas nos Formulários de Pesquisa.

Sugestões	Total	%
Ambulatório	1	25%
Exames	0	0%
Internação	3	75%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	0	0%
TOTAL	**4**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, abril 2022.

Conforme a tabela 7, tivemos das 04 (quatro) 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	2	100%
Unidade de Atendimento a Intercorrências	0	0%
Atendimento em sala	2	100%
TOTAL	**4**	**100%**

Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, abril 2022.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Regina de Carvalho da Silva
Gestor SAU
Hoiol Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 558A044.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

GOVERNO DO PARÁ

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1º ANDAR

Preenchimento:

"Há três meses estou neste hospital com uma criança em decorrência da necessidade dela de passar por tratamento oncológico. Infelizmente, venho através desta, relatar que na noite do dia 20/04/2022, esta criança de apenas 04 anos, foi agressivamente atendida pelo enfermeiro S. N., ao ser solicitado para verificar a sonda destinada a alimentação dela. o enfermeiro supracitado, movimentou bruscamente a sonda, provocando choro e desespero, ele com muita agressividade, submeteu criança a três exames de raio X seguidamente, sem pedido médico. Ressalto que a criança nunca havia sido tratada de tal forma. Desde que começou a usar sonda, esta foi a primeira vez que um profissional manejou o aparelho de maneira tão agressiva. Não consigo expressar em palavras a indignação que senti ao ver a criança sendo submetida a um tratamento tão desumano. O enfermeiro ainda respondeu a todas minhas indagações com extrema arrogância e me fez carrega-la no colo para realizar os exames, sendo que em todas as outras vezes ela foi levada por um profissional em uma cadeira de rodas. Como irei explicar a uma criança de 04 anos, que não precisa ter medo dos enfermeiros e ficar apavorada quando algum entrar no quarto, depois do episódio que ela viveu? A criança ficou traumatizada, um profissional que pratica tal conduta está realmente apto a cuidar de crianças, em situação de tamanha vulnerabilidade? O princípio da dignidade da pessoa humana que rege todo e qualquer estatuto de qualquer profissão no Brasil, não foi ensinado a este enfermeiro? O que resolveria acerca desta situação e o conselho de enfermagem? Deixo aqui minha manifestação e aguardo as devidas providências. Todas as medidas cabíveis serão tomadas caso a situação não seja devidamente esclarecida, e o profissional torne a exercer sua profissão com crueldade." [sic [J.G.C (Acompanhante)

Tratamento:

Após analisar TRS-0596, primeiramente pedimos desculpas pelo ocorrido e informamos que este tipo de atitude não condiz com os princípios da instituição, tampouco nossos profissionais são orientados a manusear dispositivos de maneira brusca, conforme relatado. A sonda utilizada precisa estar na localização certa e ao levantar as informações, identificamos que de fato foi necessário realizar mais de uma vez o raio x, porque o dispositivo não estava bem posicionado, o que pode acontecer e cabe ao profissional de enfermagem readequá-la e confirmar seu correto posicionamento para a

Regiane de Carvalho Silva
Líder SAE
Hoiol/Pró-Saúde

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508
Identificador de autenticação: 558A944.496E.5D8.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

006029

segurança do usuário e evitar que a alimentação seja desviada para o local incorreto. Porém reforçamos que, embora tenha sido necessário realizar o procedimento de ajuste de posicionamento e realização de raio x, nossos colaboradores são orientados quanto atendimento empático e da forma adequada de conduzir casos como este, no manuseio junto ao usuário e família e condução para exames, portanto, o colaborador citado será devidamente orientado sobre a postura e realização de procedimentos inadequados e seu comportamento será acompanhado junto a esta coordenação. Me coloco à disposição para maiores esclarecimentos no que concerne à tratativa, bem como para apresentar normas institucionais que se fizerem necessárias ao conhecimento dos genitores e responsáveis, objetivando oferecer ao paciente assistência segura durante o período em que estiver sob nossos cuidados. S.B.F – Coordenação de Quimioterapia

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Estim./Real	Responsável
Orientar colaborador sobre ocorrido com ênfase no atendimento empático e realização dos processos em grupo Retorno:	E 25/04/2022 - 28/04/2022 R n/d - n/d	Elise Umezaki Suzuki

- Orientar colaborador sobre ocorrido em ênfase no atendimento empático e realização dos processos em grupo.

Retorno:

O SAU entrou em contato pessoalmente com a reclamante, que após ciência ficou satisfeita com o retorno, porém destaca que espera que este funcionário reveja suas atitudes e condutas com os pacientes. E deixo uma solicitação para que em futuras internações o enfermeiro em questão não preste atendimento com os mesmos. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar e repassar a sua solicitação para a coordenação de enfermagem.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

RECLAMAÇÃO FORMULÁRIO UNIDADE DE INTERNAÇÃO 2º ANDAR

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hotel/Pró Saúde

Preenchimento:

"Em poucos meses acompanhando meu filho no hospital, muitas foram minhas observações e insatisfações com algumas coisas. Uma delas é os atendimentos por parte de alguns profissionais, tanto médicos, como enfermeiros, técnicos e etc, as vezes

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7b129209 2B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517 8B62B06508
Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DE.5BD4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

é muito demorado para o momento que se precisa, temos que esperar bastante tempo para que eles venham ao leito. Na questão da limpeza dos quartos, alguns funcionários não fazem uma boa limpeza no quarto em geral, como limpar também os leitos; os lençóis e toalhas não são entregues todos os dias, as vezes não levam e temos que ir atrás. A alimentação, infelizmente, já me aconteceu de receber coxa de frango com pena, comida crua (com sangue ainda) e pitiú, por essas situações não tem condições de comer a refeição. Já come meu filho, as nutricionistas fazem com frequência suas visitas, anotam tudo que repassamos, mas não são atendidas nossas solicitações. Acredito que isso ocorre por não ser feita aqui a comida, pedimos de um jeito e sempre vem de outro, como meu filho ainda mama, não fico exigindo muito e também fico envergonhada. Em questão aos procedimentos cirúrgicos, dizem que os menores são prioridades, mas nem sempre é o que acontece, porque já ocorreu várias vezes isso com o G., que ainda amamento. Tenho muito dificuldade de deixar ele muito tempo em jejum, ele chora muito para querer mamar. Isso quando não acontece de não se realizar os procedimentos, já ocorreu várias vezes do meu filho ficar em jejum em vão, porque cancelarem o exame dele para dar prioridade a outra criança e o dele sempre vai ficando, como da vez que ele tinha uma tomografia do tórax e 4 vezes foi solicitado para fazer até que consegui, assim como em vários outros exames e essa situação sempre acontece. Outra situação bastante delicada é que venho tendo dificuldade em ficar sozinha acompanhando meu filho, por conta de uma H.pilory que descobrir antes dele adoecer, não posso me tratar porque ainda amamento ele. Não desmamei porque ele fica só no peito quando estamos internados, então as vezes passo mal por não está tratando e está sendo bem dificil ficar acompanhando ele sozinha, sendo que é permitido outra pessoa ficar com ele, mas por conta do covid (é o que me alegaram) não tem sido possível outro acompanhante, sendo que ele pegou covid aqui no hospital, com os próprios técnicos que estavam trabalhando com sintomas gripais." [sic] S.A.T (Acompanhante)

Tratamento:

No que concerne sobre o centro cirúrgico, vale esclarecer que se realiza uma triagem e a prioridade de atendimento é conforme o quadro clínico de cada criança, sendo priorizados aqueles com maior risco de apresentar instabilidade clínica, com maior risco cirúrgico e de extrema idade, lactentes exclusivos. Ressaltamos que o tempo de jejum é monitorado, em virtude do risco envolvido ao se utilizar anestesia nos procedimentos cirúrgicos.

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

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508
Identificador de autenticação: 558A944.496E.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

Enfermagem - No que concerne a equipe de enfermagem, primeiramente gostaríamos 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, levando em consideração o grau de complexidade de cada usuário. Diante do relato recebido os colaboradores receberão, por sua Coordenação, orientação em reunião setorial quanto ao pontuado pela genitora.

SHL e SPR - Sobre a limpeza de ambientes, esclarecemos que os colaboradores possuem padronização para executar suas atividades de limpeza e troca de enxoval. Diante do relato, a equipe será orientada e também realizaremos adequação de pessoal que atuam no 2º andar.

No que se diz respeito ao reagendamento (dias 05/02 e 07/02) de tomografias citadas esclarecemos que a dificuldade está na disponibilidade de profissional anestesista para acompanhamento durante os exames; já foi realizada reunião entre diretoria, núcleo de segurança do paciente e os setores envolvidos para resolução da problemática. Informamos que não houve mais reincidência do ocorrido com o usuário e que o mesmo realizou as tomografias dia 08/02/2022 sem prejuizo para a sua condição clínica.

Quanto ao segundo acompanhante, informo que foi criado um protocolo pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar baseado nas recomendações do Ministério da Saúde com o intuito de orientar os acompanhantes, usuários e colaboradores sobre as medidas de prevenção a COVID19 e uma dessas orientações era a permanência de somente 01 acompanhante para diminuir o fluxo de circulação de pessoas. No momento, devido a diminuição dos casos de COVID a instituição já consegue liberar a presença de outro acompanhante em casos que necessitem de atenção especial (que é o caso do usuário).

Em relação a afirmação de que os colaboradores teriam passado COVID aos usuários esclarecemos que no contexto da pandemia os profissionais da saúde também foram acometidos pela doença e que nós como instituição seguimos os protocolos de afastamento ao identificar os casos e todos foram notificados e enviados para avalição na medicina do trabalho e SESMT e só retornaram as atividades quando já estavam fora do período de infecção e transmissibilidade.

Sobre as refeições, como citado, as refeições não são produzidas internamente, recebemos as mesmas em recipientes devidamente fechados no qual entregamos diretamente aos usuários, fazendo os testes de qualidade nas amostras recebidas separadamente antes de efetuar as entregas do dia, a fim de garantir a segurança da

Rosana de Carvalho da Silva
Líder SAU
Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 558A944c496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

alimentação ofertada. Esta recomendação visa mitigar o risco de contaminação da refeição distribuída aos usuários. Por ser fornecedor externo, fazemos visitas técnicas programadas a fim de também contribuir com melhorias no fornecedor, observamos que os produtos são de procedência segura e com selo de inspeção, conforme exigido por lei. Entretanto, considerando seu relato, informamos que este padrão de desvio de qualidade não condiz com o praticado na instituição e trabalharemos para evitar reincidência. Coordenação do Serviço de Nutrição e Dietética- R.P

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Estim./Real.	Responsável
Orientação para equipe do SHL quanto a execução de limpeza concorrente e troca de enxoval. Retorno	E 04/05/2022 - 04/05/2022 R n/d - n/d	Fabiana de Nazaré F. Rodrigues
Readequação da equipe do SHL e SPR atuante no 2º andar Retorno	E 04/05/2022 - 05/05/2022 R n/d - n/d	Fabiana de Nazaré F. Rodrigues
Orientação em reunião setorial quanto a postura comportamental no ambiente de trabalho e na prestação de cuidados aos usuários e acompanhantes. Retorno	E 04/05/2022 - 03/05/2022 R n/d - n/d	Michelle de Oliveira Kzam

-Orientação para equipe do SHL quanto a execução de limpeza concorrente e troca de enxoval.

-Readequação da equipe de SHL e SPR atuante no 2º andar.

-Orientação em reunião setorial quanto a postura comportamental no ambiente de trabalho e na prestação de cuidados aos usuários e acompanhantes.

Retorno:

O SAU entrou em contato com a reclamante, após ciência a mesma ficou insatisfeita, onde relata que não é pelo retorno em si, e sim porque as situações que questionou ainda ocorrem, como por exemplo, a entrega de apenas 1 toalha para acompanhante e paciente. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar e iremos repassar suas insatisfações.

Aceitação do usuário: Insatisfeito (a)

Regina Carvalho da Silva
Líder SAU
HOOI/Pró-Saúde

UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1º ANDAR

Preenchimento:

"Foi marcado para o S. internar dia 15/03/2022 para uma cirurgia com o médico cirurgião pediatra, essa cirurgia seria realizada hoje (16/03/2022). Ontem mesmo, às 22h fui informada que suspenderam a cirurgia devido a lotação na UTI, e então fiquei aguardando hoje para ter alguma resposta do que iria se fazer já que a cirurgia foi suspensa. Desde então, estou aguardando o dia todo e até agora (17h) não tive

Identificador de autenticação: 558A944C496F5D85380408F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

nenhuma informação, ninguém sabe me informar se vão remarcar e para quando ou se vamos para casa. Fico preocupada porque meu filho já está a muito tempo sem quimio e precisa fazer essa cirurgia para a doença não agravar mais." [sic] D.R.R.S (Acompanhante)

Tratamento:

Sugiro que nos casos em que não haja leito de UTI disponível para a internação, o setor responsável avise ao genitor via ambulatorial da nova data. Cabe ao médico da UAI informar que a internação não poderá ser realizada por falta de leito, porém não é de sua responsabilidade fazer o agendamento, nem comunicar nova data ao paciente. A.C.B.A – Médica

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Estimativa	Responsável	Situação
Melhorar fluxo de comunicação entre paciente-NIR Retorno: Sugiro que nos casos em que não haja leito de UTI disponível para a internação, o setor responsável avise ao genitor via ambulatorial da nova data. Cabe ao médico da UAI informar que a internação não poderá ser realizada por falta de leito, porém não é de sua responsabilidade fazer o agendamento, nem comunicar nova data ao paciente	E 15/03/2022 - 04/04/2022 R 16/03/2022 - 04/04/2022	Ana carolina Bechara Abrão	Concluída

- Melhorar fluxo de comunicação entre paciente e NIR.

Retorno:

O SAU entrou em contato pessoalmente com a reclamante, que após ciência ficou satisfeita, porém espera que tenha uma melhor comunicação entre os profissionais do hospital, pois percebe que isso pode prejudicar o paciente. O SAU se dispôs a atendê-la sempre que precisar.

Aceitação do usuário: Satisfeito (a)

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

CENTRO CIRÚRGICO

Preenchimento:

"No dia 24/03/2022 minha filha veio ao hospital para realizar o procedimento de intratecal as 07h30 chegamos no hospital e as 11h o médico que realiza o procedimento chegou, ficamos esse tempo todo esperando e minha filha em jejum desde o dia anterior. No entanto, com toda essa demora minha filha acabou passando mal, vindo a ter vomito, ou seja, minha filha só sofreu e foi tudo em vão, e ainda gastamos dinheiro com uber, pois não foi realizado o procedimento. Essa é uma situação muito complicada e precisa ser

EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

Identificador de autenticação: 558A94C496F5DB58B4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

revista, porque uma criança não aguenta ficar mais de 12h em jejum, espero que isso não ocorra novamente e que o médico cumpra seu horário." [sic] A.O (Acompanhante)

Tratamento:

Após analisar TRS-0591, a qual se refere ao atraso no procedimento de quimioterapia intratecal é importante destacar que conforme o fluxo institucional, o setor de quimioterapia ambulatorial é responsável pela triagem dos procedimentos, neste caso a quimioterapia intratecal é realizada no bloco cirúrgico, o paciente é atendido por ordem de chegada, conforme abertura do atendimento (BAA) são aferidos os sinais vitais e condição clínica pela enfermagem e checados os exames pelo médico, posteriormente encaminhado ao bloco cirúrgico, ressalto que o tempo máximo de espera na triagem é de 45 minutos. No dia 24/03 haviam 18 procedimentos agendados. A paciente em questão foi atendida e encaminhada as 9h30min ao bloco cirúrgico. No entanto, as 10h foi identificado pelo setor equívoco no envio da prescrição da prescrição correta, o qual foi corrigido as 10h30min pela equipe de enfermagem da quimioterapia ambulatorial, no entanto a paciente apresentou êmese e a critério médico, visando a segurança do paciente quanto ao risco de broncoaspiração, foi suspenso procedimento e usuária encaminhada para unidade de atendimento imediato e liberada as 12h após melhora clínica para domicílio e teve seu procedimento reagendado e realizado em outro data, neste caso dia 29/03. Vale ressaltar que a criança se encontra em fase de manutenção de tratamento e a quimioterapia intratecal é realizada a cada dois meses, sendo observado que apesar do ocorrido não ultrapassou o limite estabelecido pelo protocolo, assim não ocasionando prejuízo terapêutico. É importante destacar que após o ocorrido, o setor de quimioterapia ambulatorial tem elaborado plano de ação no intuito de evitar futuros eventos desta natureza e melhorar a qualidade da assistência ao usuário. À Genitora, agradeço o repasse de informações oportunizando melhorias no cuidado e continuidade na assistência de nossos usuários. Me coloco à disposição para maiores esclarecimentos no que concerne à tratativa, bem como para apresentar normas institucionais que se fizerem necessárias ao conhecimento dos genitores e responsáveis, objetivando oferecer ao paciente assistência segura durante o período em que estiver sob nossos cuidados. S.B.F – Coordenação de Quimioterapia

Regina Carvalho da Silva
Líder SAU
Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 558A944C406F5DB5BD4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

PLANO DE AÇÃO:

Ações de Análise propostas

Descrição	Data/Real.	Responsável	Situação
orientação pontual com a colaboradora Retorno: Realizar checagem completa dos documentos anexados ao bloco.	E 06/04/2022 - 08/04/2022 R 04/04/2022 - 11/04/2022	Saulo Beate de Freitas	Concluída

- Orientação pontual com a colaboradora.

Retorno:

O SAU entrou em contato pessoalmente com a reclamante, que após ciência ficou muito satisfeita com o retorno, entende o motivo da demora, mas espera que essa situação não ocorra novamente, porque é muito chato chegar no hospital, estando em jejum e o procedimento demorar por falta de atenção dos funcionários e no final ainda ser remarcado. 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 04,13 e 20 de abril 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.

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

Considerações finais

Durante o mês de abril de 2022 foram realizadas pesquisas com mais 10% da população amostral setorial. Obtivemos 98% de satisfação no formulário do setor de Exames, Unidade de Atendimento a Intercorrências – UAI 94%, 90% do atendimento Ambulatorial e no formulário da Internação 97%. A satisfação Global em 95%. Atingimos 100% de reclamações tratadas com o retorno ao usuário, sendo 80% a meta estipulada no contrato de gestão. Foram realizados 35 elogios pelos usuários/acompanhantes e reforçada a prática da realização da pesquisa de satisfação para a melhoria dos nossos serviços.

No mês de abril 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

Identificador de autenticação: 553A944A496F1DB5BD4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE,B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

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 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

Identificador de autenticação: 558A944-496f-5D6-58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A7451788B2B06508

4.2- Relatório SCIH / Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A745178B62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

4.2 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

1 Introdução

Este relatório apresenta as atividades planejadas e executadas pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, referentes ao mês de abril/2022.

Os dados foram coletados pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) através da Vigilância Epidemiológica das Infecções, utilizando a metodologia NHSN nas Unidades de Terapia Intensiva e Enfermarias Pediátricas.

2 Membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

A CCIH é constituída pelos seguintes membros:

- *Diretora Assistencial (Lorena de Castro Portal) – Membro Consultor*
- *Presidente/ Coordenadora do SCIH/NHE (Adrielle Karoline de Souza Ribeiro Monteiro) – Membro Executor*
- *Vice-Presidente/ Infectologista do SCIH/NHE (Ilce Carla Moreira Beckmann Menezes) – Membro Executor*
- *Enfermeira do SCIH/NHE (Thais Alaíde Reis Meireles) – Membro Executor*
- *Enfermeiro do SCIH/NHE (Mattheus Lucas Neves de Carvalho) – Membro Executor*
- *Enfermeiro do SCIH/NHE (Eduardo Pastana Cardoso) – Membro Executor*
- *Coordenadores Assistenciais da UTI, UI's, QT, NIR e CC (Ítalo Pimentel Marinho, Michelle de Oliveira Kzam, Sâmia Medeiros Matos, Dielle Pantoja e Salú Beato de Freitas) – Membros Consultores.*
- *Médica representante do corpo clínico (Flavia Paes) – Membro Consultor*
- *Coordenador do Laboratório (Marcio Pires de Moraes) – Membro Consultor*
- *Farmacêutica (Mayara Arouck Barros) – Membro Consultor*
- *Coordenadora de Fisioterapia – (Adriana Medeiros Ribeiro) - Membro consultor*
- *Enfermeira do NQSP – (Melyane de Assunção Gaia) - Membro Consultor*
- *Analista de Hotelaria Júnior (Fabiana de Nazaré F. Rodrigues) - Membro Consultor*

Identificador de autenticação: 558A934-496E-5DB-58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A2451788B2B06508
Identificador de autenticação: 558A944.4065.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 físico-química da água	Médica
	Validação da análise do ar	Médica

Identificador de autenticação: 558A944.496F.5DB.53D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A257C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

000041

ANUAL	Perfil microbiológico das IH	Médica
	Relatório anual da CCIH	Coordenadora

4 Capacitações, Visitas Técnicas e Outras atividades

Reunião da CCIH ocorrida no dia 14/04/2022.

- Integração de Colaboradores e de Terceirizados.
- Visitas Técnicas: Serviço de Remoção.
- Visitas de Reinspeção: Serviço de Remoção, Ambulatório, Centro Cirúrgico.
- Reunião interna: normas e rotinas internas, foco em medidas de prevenção de IPCS-CVC, treinamentos do PAT, mudanças equipe SCIH, campanha de higienização das mãos.
- Missão do Projeto Guardiões dos maninhos: fortalecer todas as medidas de prevenção de IPCS-CVC.
- 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: participação em reuniões de comissões, reunião da médica SCIH com DT sobre melhorias para o mês, reunião com representantes de materiais de curativos e acessos venosos, reunião com diretoria sobre processo de licitação, reunião com HMUE (NQSP, CME, SCIH e diretoria assistencial) sobre fluxos de CME.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA373.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 553A944.496F.5DB|58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

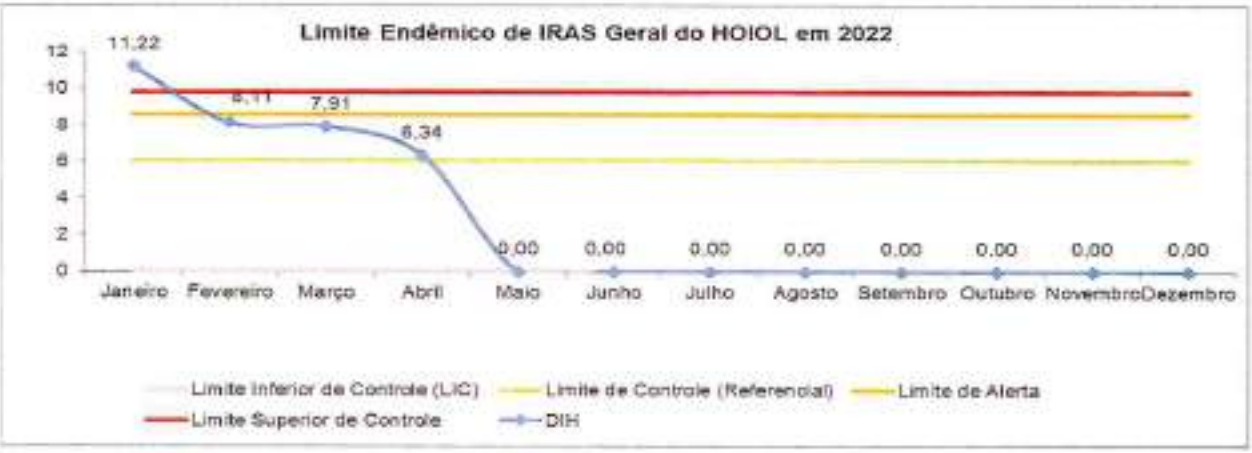
- Treinamentos: Realização de treinamentos do PAT (Medidas de Prevenção de IRAS e Limpeza e desinfecção de superfícies). Participação na Jornada de Liderança, treinamento da Sede: Análise Crítica de Indicadores.

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

5.1 Densidade de IRAS Geral do HOIOL

MÊS	Saídas	Paciente Dia	IRAS	Paciente IRAS	Óbito associado a IRAS	DI de IRAS	DI de Usuários IRAS	Taxa Letalidade (%)
JAN	147	2049	23	19	0	11,22	9,27	0,00
FEV	114	1849	15	14	0	8,11	7,57	0,00
MAR	140	2148	17	17	0	7,91	7,91	0,00
ABR	145	1894	12	11	0	6,34	5,81	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]
FEV	1	3	1	3	2	0	1	4[2]
MAR	7	0	1	1	0	1	1	6[3]
ABR	0	2	0	5	0	1	0	4[4]
TOTAL	12	6	2	19	3	3	3	19

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.
Outras IRAS: [1] 01 Infecção de abdome, 04 IPPM; [2] 01 Infecção de abdome, 01 IGI e 02 IPPM, [3]02 Infecção de abdome, 04 IPPM, [4]02 IPPM, 2 abdomes.

Identificador de autenticação: 556A944.406F.5DB.5BD4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F48E.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508
000043

Análise: Neste mês, a Densidade de IRAS Geral ficou em 6,34 episódios por 1000 pacientes-dia, menor que a observada no mês anterior (7,91), abaixo do limite de alerta, 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 12 IRAS foram notificadas no total, em 11 pacientes, sendo estas apenas não associadas a dispositivos: UTI: 01 abdome (colite), 02 ITR; 1ºCC e 1ºQT: não tiveram IRAS; 2ºUI: 01 IPCS não CVC (CDL), 01 ITU não SVD, 02 IPPM (mucosite), 01 abdome (pancreatite); 03 ITR não associada a VM; 3ºUI: 01 IPCS-não CVC; Centro Cirúrgico: não teve ISC notificada. Não tivemos óbito associado a IRAS no hospital, sendo a taxa de letalidade de 0%.

Quando avaliamos os fatores de riscos e/ou os eventos adversos relacionados as IRAS evidenciamos que permanece o aumento considerável de novos colaboradores no periodo, alguns eventos relacionados a assistência, limpeza do ambiente, insumos higiene de mãos e materiais médico-hospitalares, infecções em pacientes com doença relacionada aos cânceres hematológicos (8 em geral), em segundo os canceres de sistema nervoso central, assim como o perfil de pacientes em estado muito grave, com doença de base avançada e outros fatores ligados ao paciente como: uso prolongado de antimicrobianos, uso de dispositivos invasivos, longa permanência, disfunção metabólica, doença de base hematológica, infecção prévia, extremos de idade, quimioterapia, com longos periodos de neutropenia febril, gerando imunossupressão avançada, contribuiu diretamente para o desenvolvimento das IRAS.

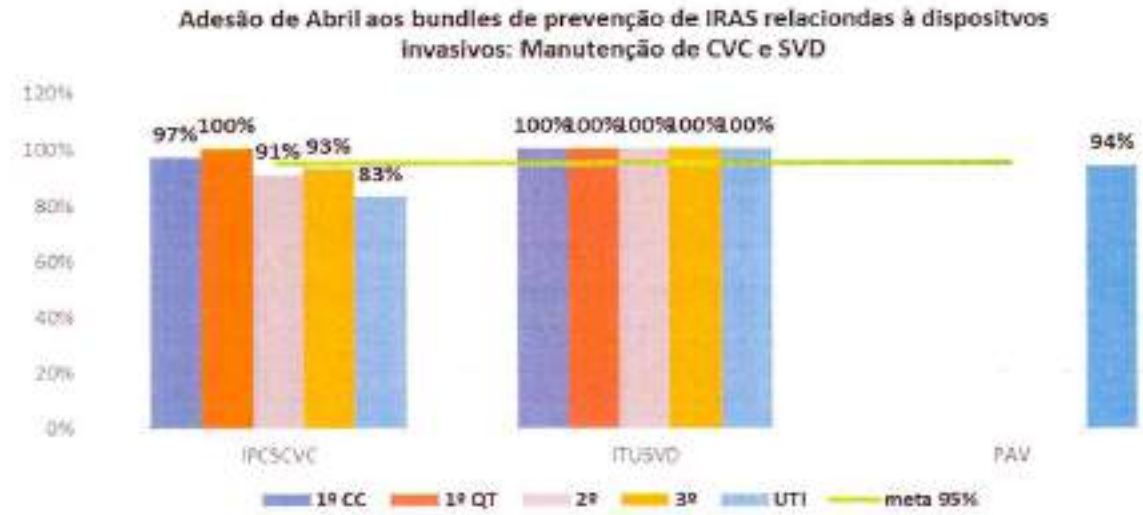
Fazendo uma análise em paralelo com as medidas de prevenção de IRAS implantadas no hospital, tais como a taxa de adesão à higiene das mãos (meta 95%), os bundles de prevenção de IRAS (meta 95%) e validação de limpeza terminal (85%), percebe-se que a meta de adesão de higienização das mãos ficou acima da meta com 96%, a validação de terminal ficou acima com 90%. Quanto a adesão aos bundles de prevenção de IRAS, a UTI ficou com 94% no bundle de PAV, 83% em IPCS-CVC e 100% em ITU-SVD; 1ºCC ficou com 97% nos bundles de IPCS-CVC e 100% no de ITU-SVD; 1ºQT ficou com 100% nos bundles de IPCS-CVC e nos bundles de ITU-SVD; 2º UI ficou com 91% nos bundles de IPCS-CVC e 100% nos bundles de ITU SVD; 3º

Identificador de autenticação: 558A944.096F.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D129209 2B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517 8B62B06508

000044

andar ficou com 93% bundles de IPCS-CVC e 100% no de ITU-SVD, conforme gráficos abaixo:



Ao correlacionarmos com o número de infusões quimioterápicas que aconteceram no mês em questão (2503), este mês foi menor que no mês anterior

Identificador de autenticação: 558A944.496E.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517882B06508

(2875), porém com um total de 08 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 bundles; notificação das IRAS como eventos adversos, discutidas em conjunto com a equipe assistencial e para desenvolver estratégias para melhoria do processo; execução 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 as medidas de prevenção de IPCS-CVC; abordagem para feedback ao profissional observado logo após a observação dos 5 momentos da higienização das mãos; divulgação dos resultados parciais de Higienização das mãos para gestores e alta gestão, reuniões pontuais com equipes quando há situações específicas a serem discutidas e com os acompanhantes.

6 Indicadores de Infecções Relacionadas ao Sitio Cirúrgico, HOIOL.

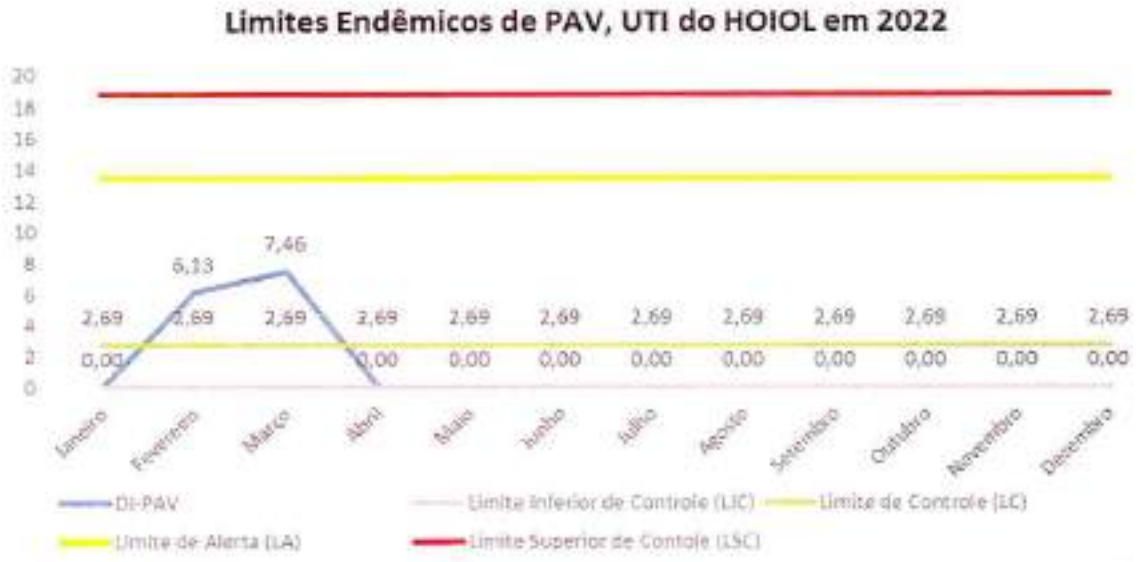
6.1 Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC).

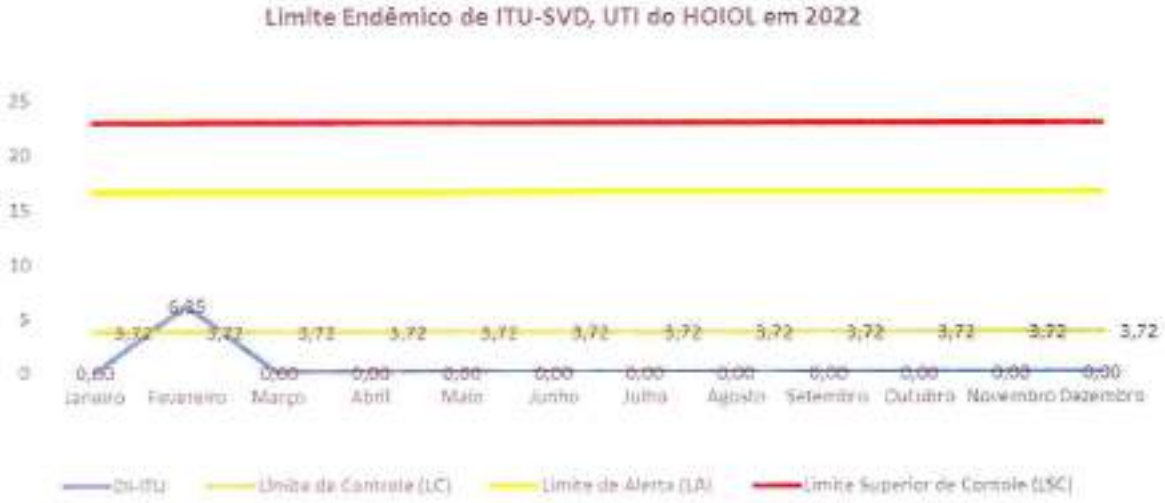
MÊS	ISC Total	Total de cirurgias (limpas e contaminadas)	Tx geral de ISC	ISC cirurgias limpas	Total de cirurgias limpas	Tx de ISC em cirurgias limpas
JAN	1	23	4,35	1	17	5,88
FEV	1	22	4,55	1	11	9,09
MAR	1	33	3,03	1	16	6,25
ABR	0	24	0,00	0	13	0,00

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A745178862B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496E.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2





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]
FEV	0	0	1	2	1	0	0	1[2]
MAR	1	0	1	0	0	0	0	0
ABR	0	0	0	2	0	0	0	1[3]

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE
Outras IRAS: [1]01 infecção de abdome, [2]01 infecção de abdome, [3]01 abdome (colite).

Análise: Neste mês, o setor teve 03 notificações de IRAS, conforme descrito em tabela, ficando com uma Densidade de IRAS de 13,04 episódios por 1000 pacientes-

Identificador de autenticação: 558A944.4965.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE:B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut.

dia, menor que o mês anterior (7,72), ficando abaixo do limite de controle, conforme pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da UTI.

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor não teve casos de IPCS-CVC, PAV ou ITU-SVD este mês. Houve queda no uso de todos os dispositivos (VM, CVC e SVD-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: eventos ligados a limpeza do ambiente, quanto aos fatores ligados aos pacientes: todos pacientes gravíssimos com presença de dispositivos invasivos, instáveis, em uso de antibióticos, quimioterapia, casos novos admitidos com gravidade, neutropenia febril grave.

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 precauções e treinamentos do PAT.

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

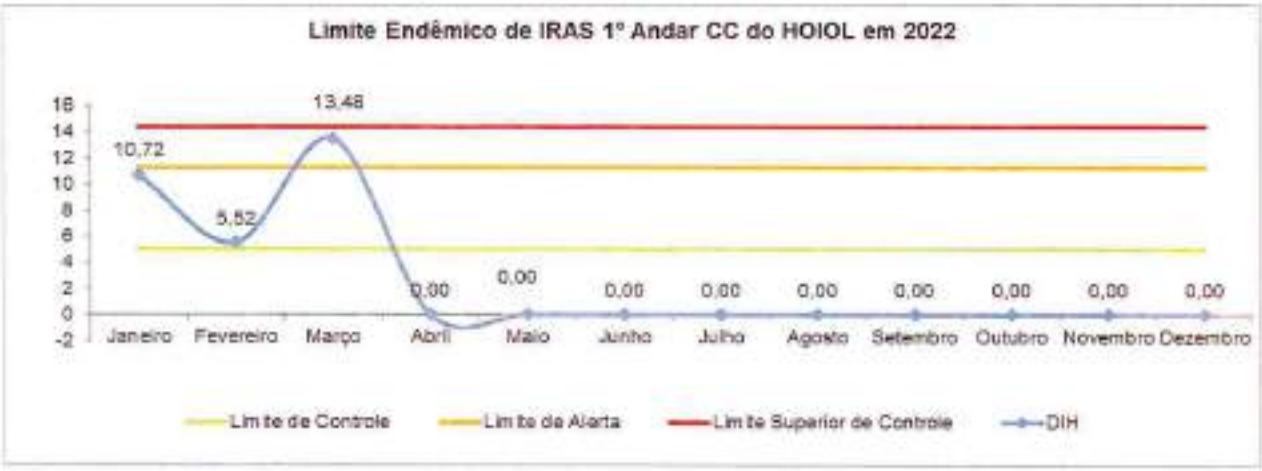
8.1 Densidade de Incidência de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCS-CVC e ITU-SVD) no 1º andar cirúrgico.

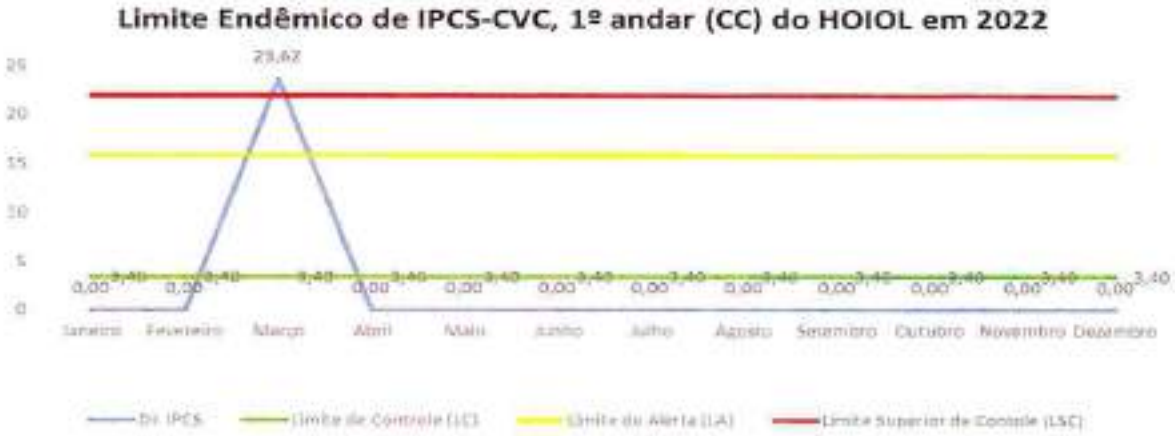
MÊS	Paciente/Dia	IRAS	Pacientes IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	DI. ITU-SVD
JAN	373	4	4	75	37	10,72	0,00	27,03
FEV	362	2	2	106	21	5,52	0,00	47,62
MAR	371	5	5	127	0	13,48	23,62	0,00
ABR	335	0	0	135	7	0,00	0,00	0,00

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

Identificador de autenticação: 558A944.496E.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2





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
FEV	0	0	1	0	0	0	1[1]

Identificador de autenticação: 558A044.496E.5DB.58D4D8F406C77416A4
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 2
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Autenticação Assinatura: 7D1292092B20F4BE.B504A0F77AFA3973.A2570C9BEFF181A6.A74517BB62B06508

MAR	**3**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**2[2]**
ABR	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE
Outras IRAS: [1]01 infecção gastrointestinal, [2]02 IPPM.

Análise: Neste mês, o setor não teve notificações de IRAS, ficando com uma Densidade de IRAS de 0,00 episódios por 1000 pacientes-dia, conforme pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da unidade.

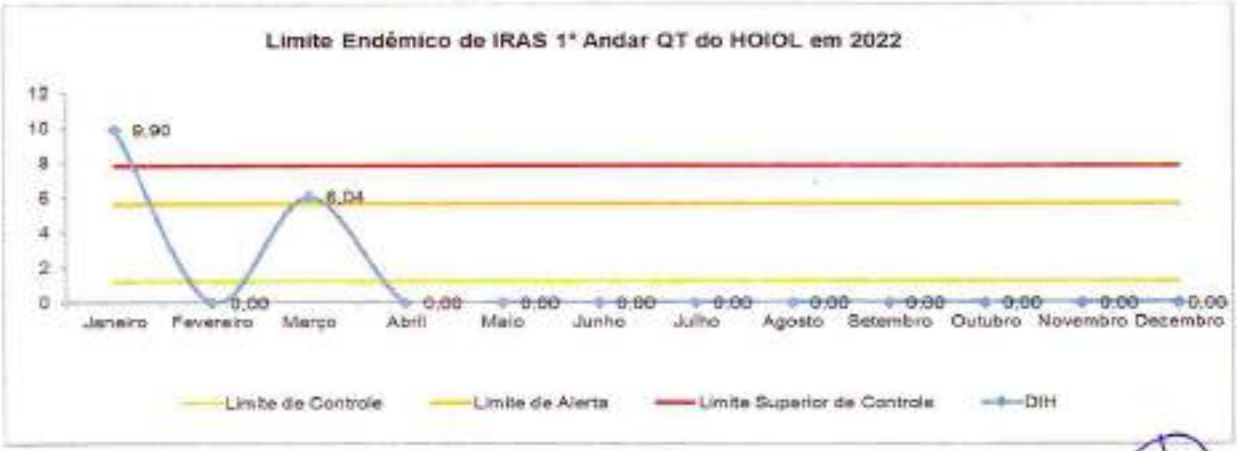
O bom resultado está relacionado a manutenção das ações contínuas a discussão do caso com as equipes da unidade, intervenções imediatas sobre as situações de risco e eventos dentro da unidade, bem como o feedback aos profissionais dos setores e o monitoramento dos indicadores de prevenção de IRAS, envolvimento do usuário e do acompanhante no cuidado prestado.

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

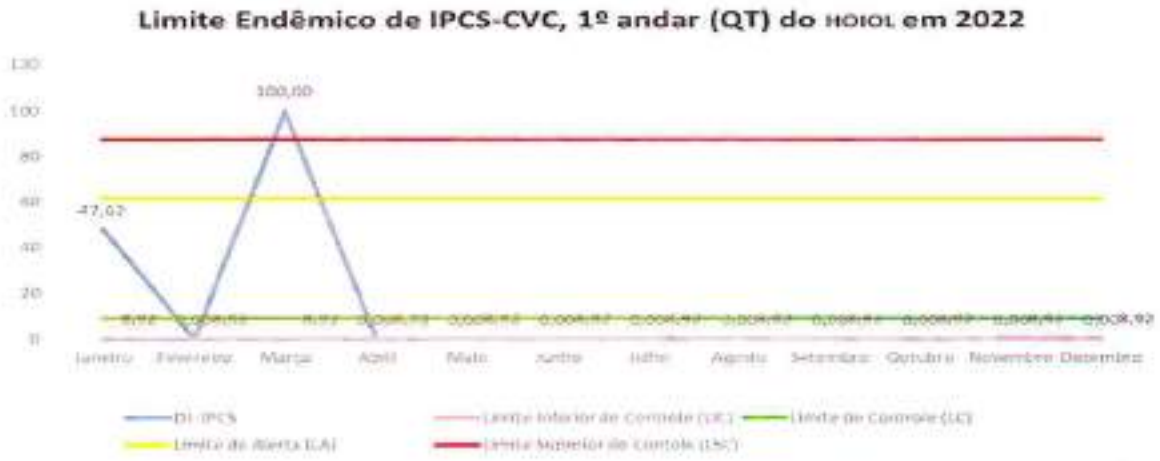
9.1 Densidade de Incidência Global de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCS-CVC e ITU-SVD)

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**
FEV	**239**	**0**	**0**	**19**	**5**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
MAR	**331**	**2**	**2**	**10**	**3**	**6,04**	**100,00**	**0,00**
ABR	**235**	**0**	**0**	**33**	**0**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.



Identificador de autenticação: 6030481-D4EE-7AA1-A60A-26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
000050
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243



9.2 Distribuição Topográfica das IRAS no 1° 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]
FEV	0	0	0	0	0	0	0
MAR	1	0	0	0	0	0	1[2]
ABR	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE
Outras IRAS: [1]1 IPPM (flebite), [2]1 IPPM (flebite).

Análise: Neste mês, o setor não teve notificações de IRAS, ficando com uma Densidade de IRAS de 0,00 episódios por 1000 pacientes-dia, conforme pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da unidade.

O bom resultado está relacionado a manutenção das ações contínuas a discussão do caso com as equipes da unidade, intervenções imediatas sobre as situações de risco e eventos dentro da unidade, bem como o feedback aos

Identificador de autenticação: 6039431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

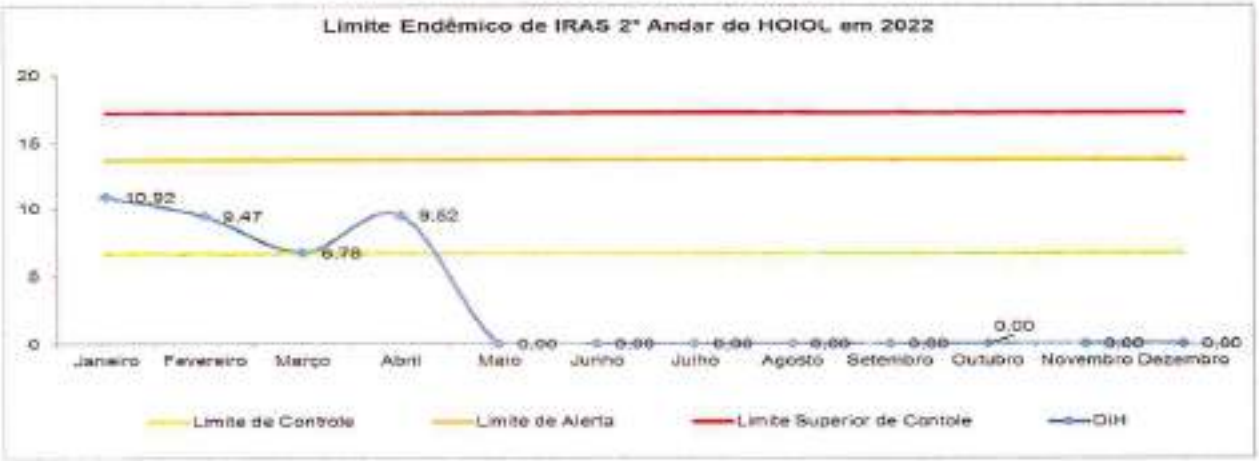
profissionais dos setores e o monitoramento dos indicadores de prevenção de IRAS, envolvimento do usuário e do acompanhante no cuidado prestado.

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)

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
FEV	739	7	7	196	12	9,47	5,10	0,00
MAR	885	6	6	222	12	6,78	9,01	0,00
ABR	840	8	7	178	14	9,52	0,00	0,00

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.



Identificador de Autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A6DA26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

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]
FEV	1	3	0	0	1	0	2[2]
MAR	2	0	0	1	0	0	3[3]
ABR	0	1	0	1	3	0	3[4]

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE
Outras IRAS: [1]03 IPPM. [2]02 IPPM, [3]01 IPPM (flebite); 02 ABD (colite), [4]2 IPPM (mucosite), 1 abdome.

Análise: Neste mês, o setor teve 08 notificações de IRAS, ficando com uma Densidade de IRAS de 9,52 episódios por 1000 pacientes-dia, maior que o mês anterior (6,78), ficando acima do limite de controle, como pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico da unidade.

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor não teve IPCS-CVC ou casos de ITU-SVD. Houve queda do uso de CVC-dia, saindo de 222 para 178 CVC-dia e a uso de 14 SVD-dia, media parecida com do mês passado (12).

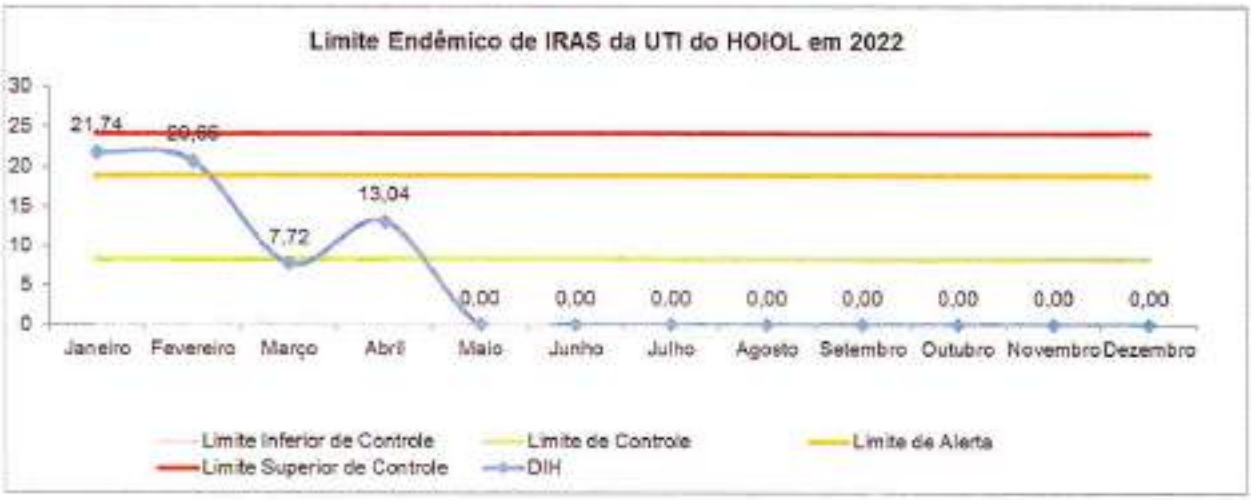
Ao avaliarmos os fatores de risco e os eventos adversos que podem ter contribuído para a infecção destaca-se: novos colaboradores, eventos assistenciais e na limpeza do ambiente, quanto aos fatores ligados aos pacientes: disfunção imunológica, disfunção metabólica, longa permanência, em quimioterapia, infecção prévia, uso de antibióticos, extremo de idade e dispositivos invasivos.

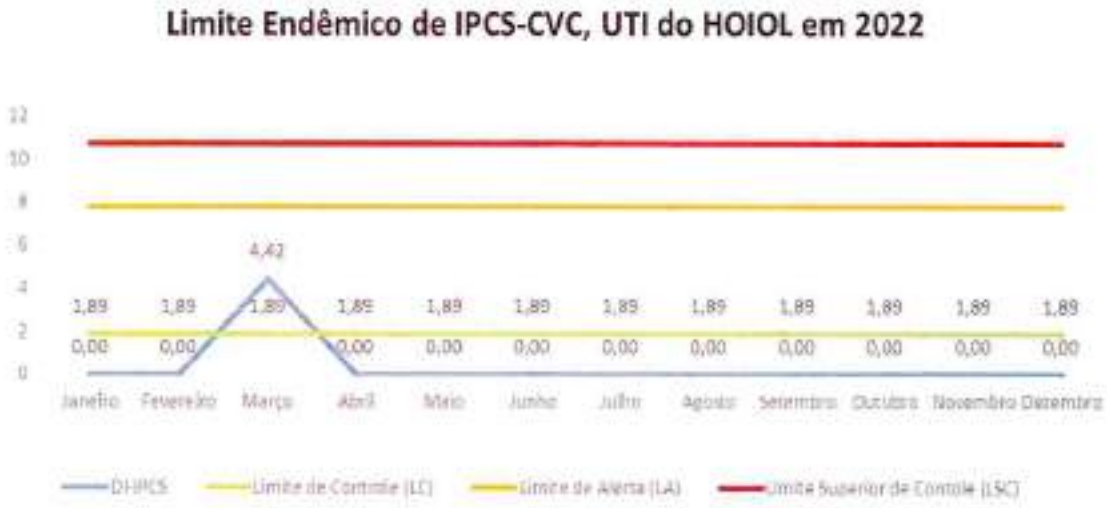
Entre as ações de melhoria para os eventos foram realizadas: discussão do caso com equipe do setor, reforçando a importância sobre o Registro e avaliação diária dos bundles de prevenção de IRAS, manutenção das medidas de prevenção de IRAS,

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

JAN	**230**	**5**	**4**	**143**	**109***	**96***	**21,74**	**0,00**	**0,00**	**0,00**
FEV	**242**	**5**	**5**	**210**	**163**	**160**	**20,66**	**0,00**	**6,13**	**6,25**
MAR	**259**	**2**	**2**	**226**	**134***	**179***	**7,72**	**4,42**	**7,46***	**0,00**
ABR	**230**	**3**	**3**	**174**	**92**	**126**	**13,04**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL. Retificados dados de VM-dia, SVD-dia de janeiro e março e DI de PAV de março.





ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243
Identificador de Autenticação: 6030431.D4EE.7AA/A50AZ6F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

Análise: Neste mês, não houve notificação de infecção de sitio cirúrgico, resultando em uma taxa de 0,00%, como pode-se observar no gráfico acima.

O bom resultado está relacionado a manutenção das ações contínuas a discussão do caso com as equipes da unidade, 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 IRAS, envolvimento do usuário e do acompanhante no cuidado prestado. Realizado também visita de reinspeção do CC e reunião com fornecedor externo CME/HMUE sobre oportunidades de melhorias.

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	Pacientes com IRAS	CVC-dia	VM-dia	SVD-dia	DI de IRAS	DI. IPCS-CVC	DI. PAV	DI. ITU-SVD

Identificador de autenticação: 6030481.D2EE.7AA.A60A2GF1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

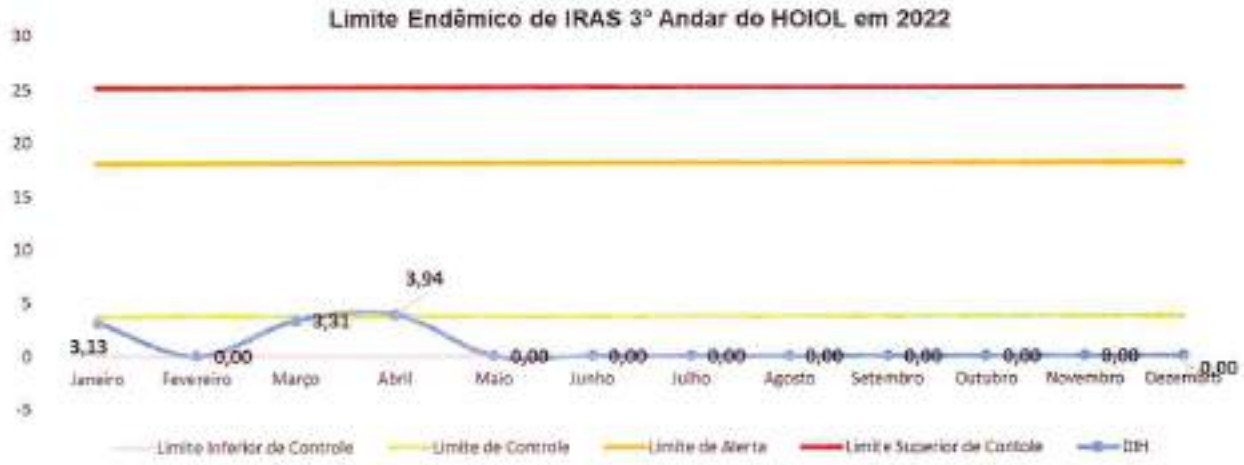
execução da missão do projeto guardiões dos maninhos, realizadas orientações para acompanhantes e pacientes, reforçadas medidas de prevenção de COVID 19 e medidas de precaução.

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

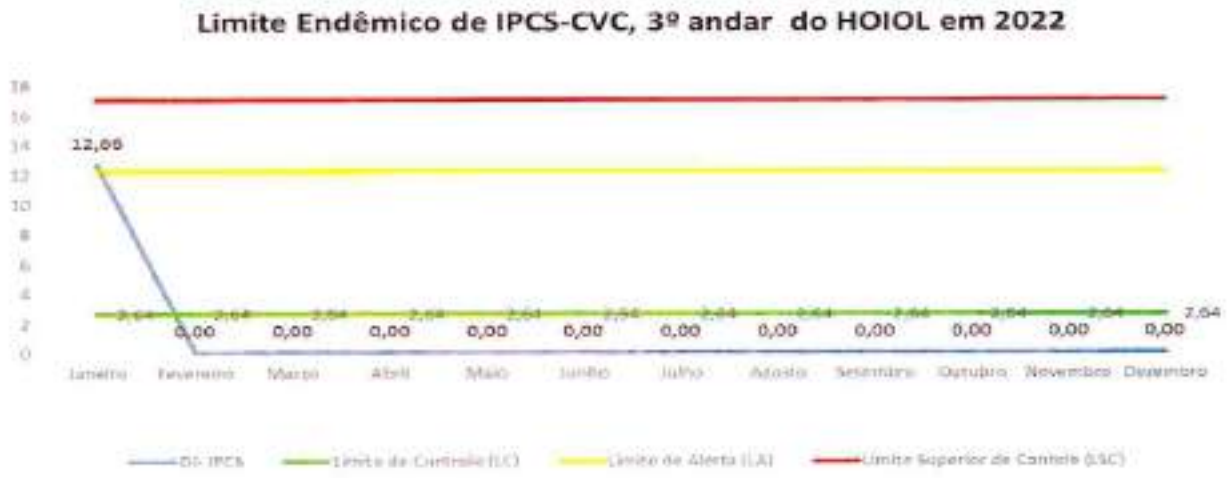
11.1 Densidade de Incidência de IRAS e de IRAS por Dispositivo Invasivo (IPCSCVC e ITUSVD)

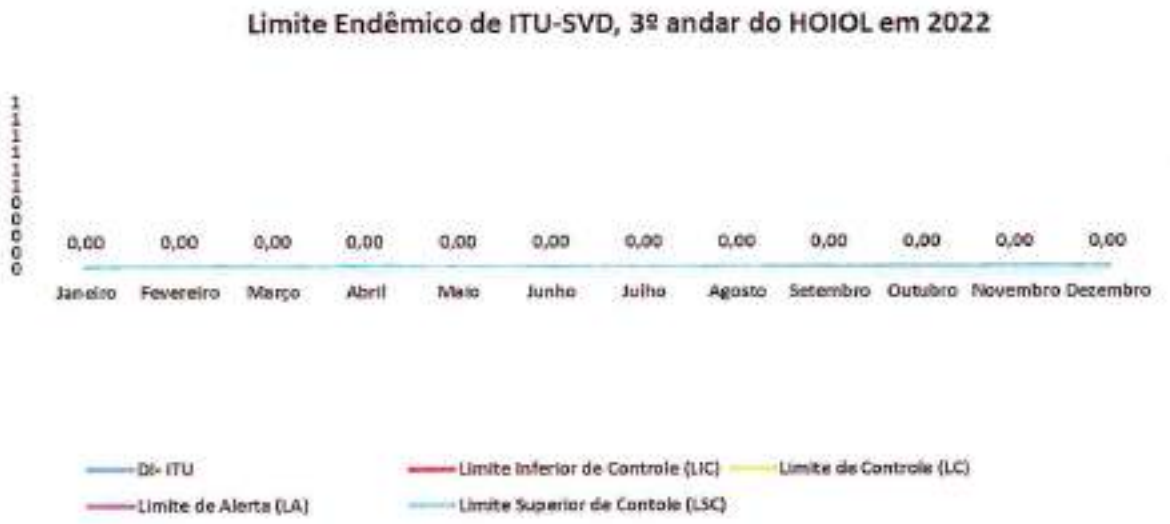
Período	Paciente/Dia	IRAS	Paciente/ IRAS	CVC-dia	SVD-dia	DI de IRAS	D. IPCS-CVC	D. ITU-SVD
JAN	319	1	1	79	0	3,13	12,66	0,00
FEV	267	0	0	61	5	0,00	0,00	0,00
MAR	302	1	1	69	0	3,31	0,00	0,00
ABR	254	1	1	40	15	3,94	0,00	0,00

Fonte: Busca Ativa SCIH e Estatística do HOIOL.



Identificador de autenticação: 6030431.D4EF.7AA.A60A2651CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
000056
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243





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
FEV	0	0	0	0	0	0	0
MAR	0	0	0	0	1	0	0
ABR	0	1	0	0	0	0	0

Fonte: Busca Ativa SCIH/HOIOL/PRÓ-SAÚDE

Análise: Neste mês, o setor teve 01 notificação de IRAS, ficando com uma Densidade de IRAS de 3,94 episódios por 1000 pacientes-dia, enquanto que no mês anterior foi de 3,31, como pode-se visualizar no gráfico do limite endêmico geral da unidade.

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26E1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Quando se avalia as IRAS por dispositivos: o setor não teve IPCS-CVC e não teve ITU-SVD. Houve uma queda do uso de CVC-dia de 61 no mês passado para 40 este mês e aumento de uso de SVD-dia de 0 no mês passado para 15 este mês.

Ao avaliarmos os fatores de risco e os eventos adversos que podem ter contribuído para a infecção destaca-se: novos colaboradores, eventos assistenciais e na limpeza do ambiente e nos insumos de higiene de mãos, quanto aos fatores ligados aos pacientes: disfunção metabólica, longa permanência, uso de antibióticos e dispositivos invasivos.

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 e medidas de prevenção de IRAS.

Considerações Finais

Pode-se perceber com os resultados dos indicadores de processo e de resultado obtidos este mês, que os fatores de riscos: a permanência de novos colaboradores no período, alguns eventos relacionados a assistência, limpeza do ambiente, insumos higiene de mãos e materiais médico hospitalares, assim como o perfil de pacientes em estado muito grave, com doença de base avançada e outros fatores ligados ao paciente como: longa permanência, disfunção metabólica, procedimentos cirúrgicos, casos novos, doença de base hematológica, infecção prévia, uso de antibióticos, extremos de idade, quimioterapia, uso de dispositivos invasivos, quimioterapia com longos períodos de neutropenia febril, gerando imunossupressão avançada, contribuiu diretamente para o desenvolvimento das IRAS, 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, reuniões com equipes sobre situações pontuais.

Identificador de Autenticação: 6030481.D4EE.7AA.A6DA2GF1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

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

Adrielle Ribeiro
COREN 177682-ENF

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
CRM 7377/RQE 3415
INFECTOLOGIA
CRS 0800160055-00052

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
HOIOL/PRÓ-SAÚDE

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

Belém-PA, 04 de maio de 2022.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Identificador de autenticação: 6030431.D4E5.7AA.A60A26E1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

4.3- Relatório do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia - NHE

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

- Solicitação de informação ao LACEN sobre testagem de influenza e outros vírus respiratórios.

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
	Monitoramento diário dos resultados de exames cadastrados no GAL (predominantemente RT-PCR para pesquisa 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
	Reunião interna da NHE/SCIH (executores) e Confecção de Atas	Coordenadora, Médica e enfermeiros.
	Fornecer dados das buscas ativas para Relatório NHE	Enfermeiros.
MENSAL	Relatório das NHE execução e revisão	Coordenadora e enfermeiros
	Reunião do NHE (consultores)	Coordenadora, Médica e enfermeiros.
	Reunião com setores envolvidos	Coordenadora, Médica e enfermeiros.
	Envio de relação de pacientes	Enfermeiros

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243
Identificador de autenticação: 6030431.04EF.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

	confirmados à diretoria assistencial e coordenadores	
	Encaminhamento ao SESMT sobre a relação de agravos notificados	Enfermeiros
	Relatório do NHE	Coordenadora e enfermeiros
TRIMESTRAL	Relatório de atividades para a SESPA	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 dos meses 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
FEV	0	7	39	0	2[1]
MAR	0	5	63	0	2[2]
ABR	0	7	70	0	1[3]
TOTAL	**0**	**75**	**305**	**0**	**6**

Fonte: NHE/HOIOL

[1]01 Notificação de Dengue e 01 Investigação de Evento adverso pós vacinação associado a uso de vacinas; [2]02 Ficha de notificação de doenças exantemáticas (sarampo); [3]Ficha de tuberculose.

Análise: No mês abril foram recebidas 78 fichas de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde, estratificadas em: 70 fichas de SG suspeito de covid-19, 7 de síndrome gripal (suspeito de influenza) e 01 ficha de tuberculose.

Com relação a ficha de tuberculose, o usuário notificado realizou os testes para diagnóstico de tuberculose, no qual a investigação ainda se encontra em andamento, e o mesmo necessitará iniciar com o esquema de tratamento empírico devido a quadro sugestivo encontrado em exame de imagem.

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

Identificador de Autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A6DA2GF1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

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:

O gráfico abaixo descreve o quantitativo de casos suspeitos e confirmados de covid-19 em pacientes atendidos no HOIOL no decorrer dos meses de 2022.

Fonte: SCIH/HOIOL.

Análise: Foram monitorados SG suspeito de covid-19 em 70 usuários atendidos no HOIOL, onde não foram identificados casos confirmados para o vírus em questão, onde observa-se a diminuição progressiva dos casos confirmados, observado também no cenário epidemiológico do município e estado, além da garantia das medidas de controle e combate ao vírus.

Diante de todos os casos negativos para covid-19 em usuários atendidos, o LACEN liberou o resultado de outros vírus respiratórios e influenza, por meio do painel viral, onde foram identificados 3 outros vírus circulantes: vírus sincicial respiratório, metapneumovirus e rinovirus. Dos usuários identificados com os vírus mencionados, nenhum evoluiu para quadros respiratórios graves (SRAG), e cursaram com melhora da clínica apresentada.

Quanto aos casos testados para influenza, todos os exames verificados constaram como não detectáveis.

Considerações Finais

Pode-se perceber com os resultados supramencionados 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,

Identificador de autenticação: 6030431CD4EE7AA7A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

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 e conter a disseminação de doenças infecto-contagiosas, o que refletiu na diminuição progressiva dos casos confirmados de covid-19, por exemplo, ao longos dos meses, não sendo observado novos casos de IRAS por covid-19 desde janeiro deste ano.

Sendo assim, com o avanço da vacinação no público em geral, somando-se ao cenário epidemiológico do Estado, e os reforços das medidas de prevenção a nível de hospital e por meio de contato telefônico aos usuários em isolamento social garantiram a diminuição do vírus e a maior segurança aos usuários e colaboradores.

Adrielle Ribeiro
COREN-PA 257.882-ENF

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

Mattheus 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 Menezes
INFECTOLOGIA
CRM 7377/RQE 3115
CNS 700018003929052

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
PRÓ-SAÚDE

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

Belém-PA, 05 de maio de 2022.

Identificador de autenticação: 6030431-D4EE-7AA-A6DA-6F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

4.4- Incidência de Extravasamento de Drogas Antineoplásica

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

4.4 - Incidência de extravasamento de quimioterápicos referência abril 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,

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243
Identificador de autenticação: 6080431.DAEE7AA.A60A26E1C.F3AE0E690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

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: 6030431 DAES7AM A60/26FJCF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

(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: 0030431.D4EE7AA.A60AA6F1CF8AE0F890
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

000076

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: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0E690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

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 abril de 2022 é possível evidenciar que:

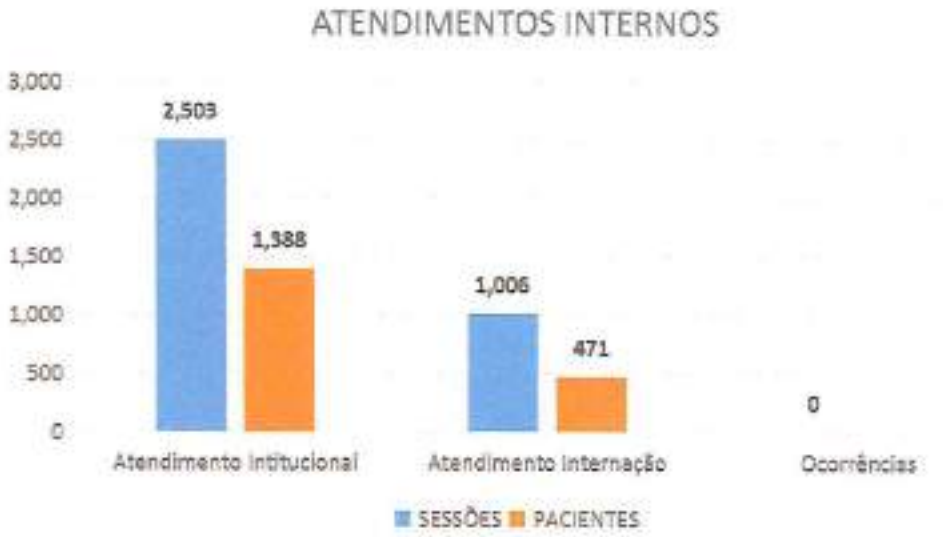
- **Abril/2022:**

Ao avaliar os dados referentes ao período de 1 a 30 de abril identifica-se um total de 1.388 atendimentos que realizaram 2.503 infusões de quimioterapia. Destes 917 atendimentos ambulatoriais que realizaram 1.497 infusões, sem ocorrência de extravasamento e 471 atendimentos nas unidades de internação que realizaram 1.006 infusões, sem ocorrência de extravasamento. Obtendo, taxa de extravasamento de 0% no mês em ambas unidades.

Identificador de autenticação: 6030431 D4EE1ZAA A60A26F1CF8AE0E890
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

000078

Fonte: Dados HOIOL Abril 2022



Fonte: Dados HOIOL Abril 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

Identificador de autenticação: 6039431-D4EE-7AA-A60A-26F1C58AE9F699
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

efeito adverso classificado leve relacionado a droga irritante com melhora significativa dos sintomas após 24h tratamento convencional conforme 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 397.855-ENF
HOIOL/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 457185-ENF

Salú Beato de Freitas

Coordenação de Enfermagem Quimioterapia

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo - Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 0030431:D4EE:ZAA:A6DA26F1CF8AE0E690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

4.5- Comissão de Prontuário

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

4.5 - Comissão de Prontuário

4.5.1 - Membros da Comissão

Membros	Função no Hospital	Função na Comissão
José Miguel Alves Junior	Diretor Técnico	Presidente
Patrícia B. de Carvalho	Diretora Clínica	Vice-Presidente
Jéssica Cardoso Viana	Enfermeira Auditora	Secretária
Ítalo Pimentel	Coordenador UTI	Membro
Darlene Cunha de Souza	Analista de Faturamento	Membro
Mayara Arouck Barros	Coordenadora da Farmácia	Membro
Jozadaque Silva Sousa	Supervisor de T.I.	Membro
Carolaine Thais Santos	Auxiliar Administrativo Auditoria	Membro
Sâmia Medeiros Matos	Coordenadora Assistencial	Membro
Michele de Oliveira Kzam	Coordenadora de enfermagem	Membro
Kamila Negrão	Registrador de Câncer - Auditoria	Membro
Dayse Marcia de Sousa Gurjão	Nutricionista	Membro
Ana Carolina Abraão	Pediatra	Membro
Melyane de Assunção Gaia	Enfermeira NQSP	Membro
Dielle Pantoja	Coord. Enfermagem	Membro
Salu de Freitas	Coord. Quimioterapia	Membro
Luís Victor Andrade	Supervisor de Atendimento	Membro
Renata Barra	Oncopediatra	Membro
Márcio Pires	Coordenador Assistencial	Membro

Identificador de autenticação: 6030431D4EE17AA7A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

4.5.2 - Plano de ação

Em abril 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 06/04/2022, conforme cronograma anual.
- Análise do indicador qualitativo Taxa de Conformidade de Preenchimento de Prontuários, referente ao mês vigente. Indicador dentro da meta. Classificação ótimo (100%).
- Apresentação e avaliação dos resultados quantitativos – observa-se uma tendência positiva quantitativamente comparado ao mês anterior pois obtivemos diminuição das não conformidades gerais.
- Feedback e andamento das ações da comissão – 02 realizada (Contínua), 03 em andamento.
- Será confeccionado nova carteirinha de quimioterapia para inclusão e Atualização dos CIDs na carterinha de quimioterapia. As próximas confecções de carteirinhas serão necessárias colocar o item CID justamente para facilitar o processo de cadastro na recepção. A nova confecção está sendo organizada pela coordenadora da Quimioterapia e equipe multiprofissional para dar seguimento ao NQSP.
- Conforme as não conformidades geradas pelas equipes foi realizado orientações in loco, repasse aos coordenadores e orientação da auditoria nos setores de forma individualizada pela equipe da auditoria (equipe multidisciplinar, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem).
- Avaliação do prontuário Cirúrgico e orientação da avaliação pelos membros da comissão.
- Criação em EDOC no salux – Histórico de Enfermagem alterado no Interact pela coordenação de enfermagem e auditoria de prontuários. Ação concluída pelo supervisor de TI, documento autorizado pelo NQSP e liberado no salux.
- 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

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A6DA.2CF1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

preenchimento no prontuário de topografia e morfologia. Informado pela oncopediatria que seria disponibilizado uma tabela, porém reforço que a ação continua em andamento e será incluído os dados no prontuário com as informações do CID- O, de acordo com o INCA as informações devem ser registradas no SIS RHC apenas com base do que conste nos registros dos prontuário, sendo assim seguiremos com as orientações da Coordenação de Oncologia do Estadual do Pará.

- Abordado novamente sobre as fichas de RPA, que devem ser preenchidas durante recuperação anestésica e auditadas in loco no centro cirúrgico.

4.5.3 – Resultados

Em abril de 2022, registramos 143 altas – 26 altas melhoradas, 104 altas com previsão de retorno para acompanhamento do paciente, 11 óbitos (sendo as 11 fornecida pelo médico assistente) e 02 transferências externa para outro estabelecimento. Auditamos 100% dos prontuários quantitativamente. Destes, a CRP auditou 13% qualitativamente (18 prontuários), apresentando 100% de taxa de conformidade em prontuário – 18 classificados como ÓTIMO, considerando-se os 11 itens de verificação. As avaliações foram feitas por 13 membros da comissão composto por: auxiliar administrativo da auditoria, registrador de câncer, enfermeiros, coordenadores assistenciais, nutricionista, coordenação farmacêutica 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: ABRIL / 2022

Nº de Ordem	Prontuário	Itens de Verificação												Qualidade
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total	
1	3421	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
2	4161	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
3	2773	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO

Identificador de Autenticação: 6030431-D4EE-7AA7-A60A-20F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

4	4013	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
5	3582	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
6	2997	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
7	3104	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
8	3760	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
9	3904	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
10	4116	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
11	3940	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
12	4145	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
13	4221	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
14	4224	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
15	4004	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
16	3839	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
17	4063	5	10	5	5	5	15	10	10	10	10	15	100	ÓTIMO
18	2975	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	9,6	Legível Legível em parte Ilegível	10 5 0

Identificador de autenticação: 6030431CD4EE7AA7460A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

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%			
Classificação	Nota	Qualidade	Recomendação
	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: 6030431:D4EE:7AA:A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

4.5.5 - Considerações finais

Em abril de 2022, a Comissão de Revisão de Prontuário evidenciou tendência positiva da auditoria qualitativa avaliando os 11 itens de verificação de 18 prontuários obtendo 100% pela análise da CRP, sendo classificados como: ótimos. Já em relação a auditoria quantitativa obtivemos melhoria de 17,67% em todos os prontuários clínicos analisando os itens: ausência de carimbo, ausência de assinatura, rasura, ausência de checagem entre outros, pois obtivemos diminuição de não conformidades por profissionais, comparado ao mês anterior no índice geral de não conformidades. Reforço que são realizadas ações in loco e neste mês de abril foi realizado orientação para equipe multiprofissional, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos sobre a auditoria de prontuários. É realizado a auditoria quantitativa por setor, sendo um auxiliar administrativo da auditoria e enfermeira auditora responsáveis por repassar as informações diárias para melhoria contínua.

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
Coordenadora NQSP
PRÓ-SAÚDE

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

Identificador de autenticação: 6030431D4EE7AAC60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Comissão de Revisão de Prontuários
06/04/2022 – Horário proposto: das 16:00h às 17h
Local: Auditório e Teams

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.

Pauta 4: Análise do indicador.

Pauta 5: Orientação in loco.

Pauta 6: Justificativa das ausências.

Início: 16 h00

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

Ação 1 (Andamento) – **Confecção e Atualização dos CIDs na carterinha de quimioterapia.** As próximas confecções de carteirinhas serão necessárias colocar o item CID para facilitar o processo de cadastro na recepção. A nova confecção está sendo organizada pela coordenadora da Quimioterapia e equipe multiprofissional para dar seguimento ao NQSP. Prazo: 03 meses.

Ação 2 (Concluída) – **Criação em EDOC no salux – Histórico de Enfermagem,** aguardando supervisor de Tecnologia de Informação dar seguimento da ficha no salux. Ação concluída pelo supervisor de tecnologia de informação.

Ação 3 (Realizada) - **Orientação in loco**. Ação realizada diariamente e mensalmente conforme a necessidade para melhorias das não conformidades nos prontuários dos usuários. Prazo: Contínua.

Ação 4 (Andamento) **CID-O e topografia** (Classificação Internacional de Doenças para Oncologia). Ação sendo realizada pela auditoria, registro hospitalar de câncer e oncopediatria. Drª Fabiola está realizando uma tabela para RHC com os principais CID O e topografia Prazo: 15 dias.

Ação 5 (Andamento) **Ficha de RPA –** As fichas devem ser preenchidas durante recuperação anestésica e auditadas in loco no centro cirúrgico. Prazo: Contínua.

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 março de 2022.

Pauta 04 – Em março de 2022, registramos 140 altas – 30 altas melhoradas, 100 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 e 01 alta por evasão. Auditamos 100% dos prontuários

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

quantitativamente. Destes, a CRP auditou 10% qualitativamente (14 prontuários), apresentando 99,6% de taxa de conformidade em prontuário – 14 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.

- Letra – 01 documento médico com ilegibilidade;

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 justificaram: Drº José Miguel, Drª Patrícia Carvalho e Sâmia.

Não puderam participar da reunião e não justificaram: Dielle Oliveira, Márcio Pires.

Pendências/Plano de Ação:

O que	Quem	Quando	Status
1. Confecção e inclusão do CID na Carteirinha de Quimioterapia	Salu, equipe multi e Nqsp	I:09/03/2022 F:09/06/2022	Andamento
2. Criar EDOC: REGISTRO DE ENFERMAGEM E HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	Jozadaque	I: 14/07/2021 F: 30/03/2022	Realizada (Concluída)
3.Orientação in loco sobre preenchimento conforme	Auditoria	Contínua	Realizada (Contínua)
4. Tabela do CID-O e topografia	Registro Hospitalar de Câncer/ Auditoria/ Oncopediatria	I:14/12/2021 F:21/04/2021	Andamento
5. Preenchimento da Ficha de RPA – 100%	Anestesista	I: 10/03/2022	Andamento (Contínua)

** 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.

OBS.: Lista de presença anexa.

Jessica Cardoso Viana
COREN - PA 390.746 - ENF

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

4.6- Protocolo de Remessa - AIH's

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DOCUMENTO			PROTOCOLO ELETRÔNICO	
Espécie	Data	Número	Data	Número do Protocolo
OUTROS	12/04/2022		12/04/2022 10:14	2022/441940

Procedência:	SESPA
Interessado:	HOIOL - Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Assunto:	ASSISTENCIA A SAUDE
SubAssunto:	
Complemento:	Oficio DH-HOIOL n°153-2022-Apresentação de Produção SIHSUS-Comp.03-2022-GT
Origem:	SESPA - HOIOL - SP02
Anexo/Sequencial:	1

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 03A78AC6C2A3C014.68798F9EDBF9D105.9FCD41DF3F641336.F2DD2CFAF3A43243

Processo Administrativo Eletrônico do Estado do Pará
Consulta de protocolo
https://www.sistemas.pa.gov.br/consulta-protocolo/numero/2022/441940

Identificador de autenticação: 6030431.D4EE.7AA.A60A26F1CF8AE0F690
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 3

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO | PRÓ-SAÚDE | SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA | GOVERNO DO PARÁ

Ofício DH-HOIOL nº 153/2022 **Belém, 12 de abril de 2022**

À
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ

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

Sr. Albenir Dias da Silva
Coordenador do GTCAGHMR - SESPA

Assunto: Apresentação de Produção de SIHSUS - Faturamento-Competência 03-2022.

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 03-2022 (Apresentação 04-2022).

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

Contando com vossas costumeiras providências, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente.

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

Gilvania Oliveira da Silva
Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo
Diretora Administrativa Financeira

000100

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993D11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

PROTOCOLO DE REMESSA

APRESENTAÇÃO: 04 / 2022 DATA: 08/04/2022

CNES.....:787190-2

ESFERA ADM.....:PÚBLICO

CPF DIR. CLÍNICO:293.785.592-04

TELEFONE.....:32493155

Nº LOTE	QUANTIDADE	ESPECIALIDADE
00000001	167	07-PEDIATRICOS

Total QTD: 167

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:

Matrícula: Data:____/____/____ Hora:____:____

Darlene Souza
Faturista
Mat: 570
HOIOL / Pró-Saúde

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

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006) 8/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9816EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: EA7C10C.0A2F.F54.830C08C7F5842FDCD5
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/441940 Anexo/Sequencial: 1

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

4.7- Comissão de Ética de Enfermagem

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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	22/02/2022	Realizada
	-		
	26/04/2022	05/05/2022	Reagendada para a referida data.
	-		
	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.

Vivian Silva Cabo
Assistente Administrativo

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

4.8- Comissão de Ética Médica

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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	10/02/2022	Reagendado para o dia 10/02
	-		
	07/042022	14/04/2022	Reagendada para a supreda data.
	-		
	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 Lima Coelho
Assistente Administrativo

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO LOBO PRÓ-SAÚDE	Lista de Presença de Reunião de Comissão			SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA GOVERNO DO PARÁ
	Código: FO.HOIOL.CEM.001	Versão: 002	Página 1/1	

Comissão de Ética Médica
Data: 14/04/22 Hora: 16h às 18h
Local: Teams

LISTA DE PRESENÇA

Nomes	Função na Comissão/Função e Área	Assinatura
Simone M. Rogerio	Presidente - Médica Neurocirurgiã	
Fernando Brasil	Membro-Médico Ortopedista	
Brian G. Malacarne	Membro-Médico Cirurgião Pediátrico	

Convidado (Nome por extenso)	Assinatura

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

4.9- Comissão de Farmácia Terapêutica

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

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

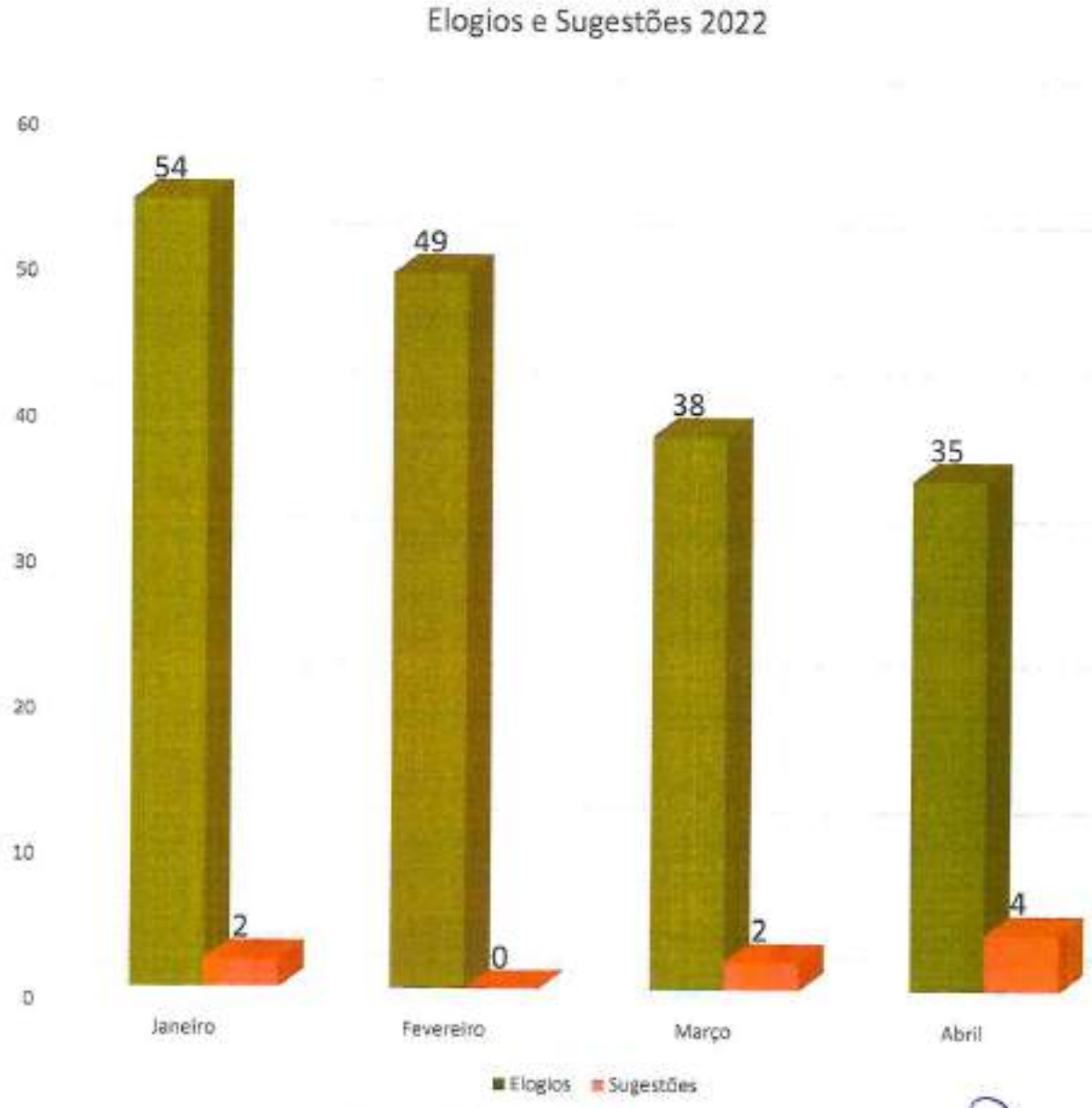
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 30 de abril de 2022 aos colaboradores do Hospital Oncológico Infantil Octavio Lobo.

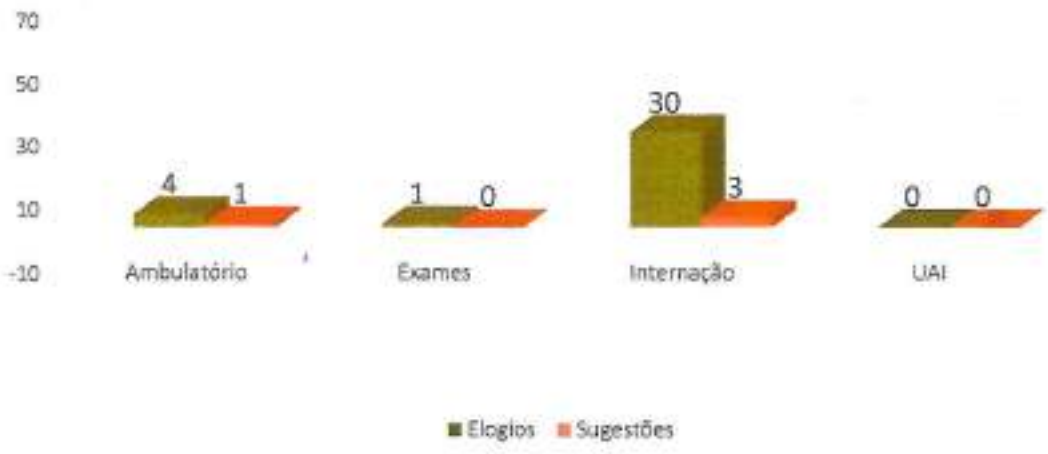


Fonte: Pesquisa de satisfação HOIOL, 2022.

Líder SAU
Hoiol/Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Elogios e Sugestões Abril 2022



Fonte: Pesquisa de satisfação setorial HOIOL, abril 2022.

ELOGIOS FORMULÁRIO AMBULATÓRIO

- ✓ *"Atendimento muito bom!" [sic] Â.A (Acompanhante)*
- ✓ *"A limpeza do hospital sempre é muito boa!" [sic] J.L (Acompanhante)*
- ✓ *"O atendimento dos médicos é muito bom." [sic] N.T (Acompanhante)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS EXAMES

- ✓ *"Quero fazer elogios para as tias K. e S (técnicas da QT) e para a tia A. do Laboratório, elas são maravilhosas, eu amo muito elas." R. (Usuária)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS INTERNAÇÃO 1º ANDAR

- ✓ *"Dra. R. é maravilhosa, melhor médica desse hospital!" [sic] M. (Acompanhante)*
- ✓ *"Parabéns a todos, atendimento muito bom!" [sic] M.S (Acompanhante)*
- ✓ *"O atendimento é muito bom! " [sic] E.S (Acompanhante)*
- ✓ *"O atendimento de todos é muito bom!" [sic] A.M (Usuária)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS INTERNAÇÃO 2º ANDAR

- ✓ *"A P. do SHL é maravilhosa, excelente profissional, gente boa demais!" [sic] M.C (Acompanhante)*
- ✓ *"P. do SHL maravilhosa!" [sic] E.S (Acompanhante)*

Regianeia Carvalho da Silva
Líder SAU
Hoiol Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CEF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

ELOGIOS FORMULÁRIOS INTERNAÇÃO 3º ANDAR

- ✓ *"O colaborador F., é um excelente profissional!" [sic] M.S (Acompanhante)*
- ✓ *"A téc. D.L e Enfa. D., são maravilhosas, atendem muito bem!" [sic] M.J (Acompanhante)*

ELOGIOS FORMULÁRIOS PÓS ALTA

- ✓ *"Atendimento muito bom!" [sic] S.M (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento excelente." [sic] J.A (Acompanhante)*
- ✓ *"Ótimo atendimento!" [sic] M.A (Acompanhante)*
- ✓ *"Gostei muito do atendimento da equipe do primeiro andar, muito bom!" [sic] T.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento nota 10!" [sic] C.A (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento muito bom, parabéns!" [sic] M.B (Acompanhante)*
- ✓ *"Equipe do primeiro andar, atendimento maravilhoso." [sic] P.S (Acompanhante)*
- ✓ *"Equipe muito atenciosa com as crianças, todos muito atenciosos." [sic] P.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Todos muito atenciosos, gostei muito do atendimento." [sic] O.F (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento da equipe do segundo é muito bom!" [sic] J.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento muito bom, equipe bastante atenciosa!" [sic] G.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento excelente." [sic] I.B (Acompanhante)*
- ✓ *"Ótimo atendimento no primeiro andar." [sic] J.N (Acompanhante)*
- ✓ *"Todos que atenderam meu filho, foram excelentes!" [sic] J.N (Acompanhante)*
- ✓ *"Parabéns, atendimento muito bom! [sic] M.C (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento muito bom, a equipe do primeiro andar é maravilhosa!" [sic] M.C (Acompanhante),*
- ✓ *"Atendimento muito bom!" [sic] A.P (Acompanhante)*
- ✓ *"Gostei do atendimento, muito bom!" [sic] M.R (Acompanhante)*
- ✓ *"Muito bom o atendimento" [sic] L. (Acompanhante)*
- ✓ *"Atendimento muito bom! " [sic] J. (Acompanhante)*
- ✓ *"Excelente atendimento." [sic] T.A (Acompanhante)*

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

Identificador de Autenticação: 17C905 33AA CEF 9571 C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

- ✓ *"Atendimento muito bom!" [sic] H.D (Acompanhante)*

SUGESTÕES FORMULÁRIO AMBULATÓRIO

- ✓ *"Quanto aos projetos e/ou oficinais direcionados aos acompanhantes, que acontecem no hospital, poderia ter uma maior divulgação e até mesmo antecipada, porque sempre que ficamos sabendo já passou." [sic] A.F (Acompanhante)*

SUGESTÕES FORMULÁRIOS UNIDADE DE INTERNAÇÃO

- ✓ *"Poderia ter uma mudança no cardápio, todo é dia frango!!!" [sic] J.N (Acompanhante)*
- ✓ *"Quanto as refeições, poderia ter uma variação nos lanches, sempre é café e pão." [sic] E.S (Acompanhante)*
- ✓ *"Na triagem deveria umas duas pessoas para agilizar." [sic] J. (Acompanhante)*

Regiane de Carvalho da Silva
Líder SAU
Hospital 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
Coordenadora de Qualidade
Pró-Saúde –Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - ABASH
Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Hospital Onc. Infantil
Octávio Lobo - Pró-Saúde

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

Identificador de autenticação: 1776905.33AA.CFFC.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

4.12- Relatório da Humanização

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 abril 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:

Identificador de autenticação: 177C905E33AA0FF095714C216C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

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 5º 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 abril as atividades de humanização que foram realizadas com 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 de história.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C005133AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

4.12.2 Atividades lúdicas nos Leitos (Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Humanização centrada no Paciente (Cuidado Individualizado). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas e condutas terapêuticas para um individuo ou comunidade articuladas a partir de discussão da equipe interdisciplinar, é, também, um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) que coloca em prática a diretriz da Clínica Ampliada (BRASIL, 2010). O PTS geralmente é indicado para situações mais complexas que demandam uma atuação individualizada com o usuário ou grupo, que é visto de forma holística sem desconsiderar suas especificidades (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010). A partir desta visão, o Setor de Humanização, em fevereiro de 2019, passou a realizar atividades 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	Abril
Atendimentos no leito	296
Atendimentos na Brinquedoteca 2º andar	66
Atendimento na sala de música e ateliê	6
Atendimento na brinquedoteca do 5° andar	619

Tabela 1- Número de atendimentos estratificado por ação (abril)

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

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

Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar

Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo

Coordenadora de Humanização

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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905:35AA:CFE:95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

4.13- Relatório do Núcleo de Educação Permanente - NEP

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 abril 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 abril ocorreram 3 processos de integração com participação total de 25 (vinte e cinco) novos colaboradores. Os setores dos novos colaboradores estão expressos no gráfico abaixo:

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

Identificador de autenticação: 177C905.33AA.CFF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

4.13.2.2 Relatório de Acompanhamento Anjo

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 abril foram entregues 6 *Checklists* do Projeto Anjo. O gráfico abaixo demonstra os setores e funções dos profissionais que foram entregues:

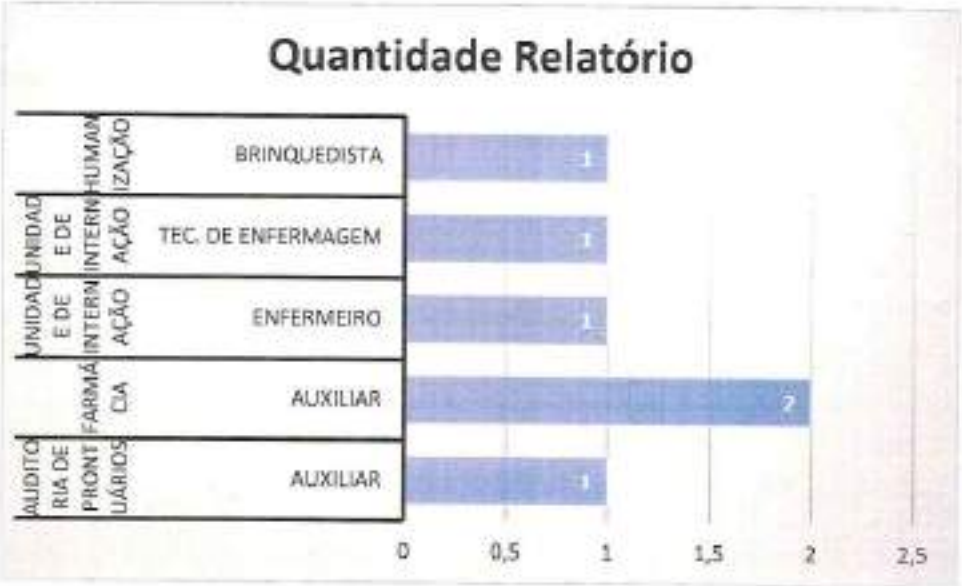


Figura 2- Tabela Setor e Cargo - Projeto Anjo (abril)

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 abril, foram orientados 806 (oitocentos e seis) 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.

Identificador de autenticação: 177C905:33AA:CFF:05714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)

	relacionadas a assistência de saúde						
13/04/2022	Processo de Integração	NEP	Gestores	Novos Colaboradores	4	300	1200
04/04/2022	Processo de Integração	NEP	Gestores	Novos Colaboradores	4	300	1200
20/04/2022	Processo de Integração	NEP	Gestores	Novos Colaboradores	17	300	5100
01/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI´s	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	50	15	750
04/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI´s	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	50	15	750
05/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI´s	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	50	15	750
14/04/2022	Campanha de Prevenção de Acidentes - Abril Verde	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	350	30	10500
25/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI´s	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	50	15	750
27/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI´s	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	50	15	750
20/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI´s, NR32	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	4	20	80
26/04/2022	Parçamentação e Desparamentação de EPI	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	2	15	30
27/04/2022	Jornada de Liderança	RH	Alba Muniz, Emanuel Jadir, Thalissa Muniz e Daiane Nogueira	Gestores e analistas	27	540	14580

Identificador de autenticação: 17C905.33AA.CEF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

28/04/2022	Limpeza e Desinfecção de Surpeficies Hospitalares	SCIH	Adrielle Monteiro, Mattheus Carvalho e Eduardo Cardoso	Equipe SHL	36	60	2160
28/04/2022	Interact - Indicadores, Documentos - Ações	NQSP	Equipe NQSP	Colaboradores	3	30	90
18/04/2022	Espia Aqui - Notificações, Não conformidades e Incidentes	NQSP	Dra Erika Figueiredo	Colaboradores	8	10	80
19/04/2022	A importância da identificação correta do paciente	NQSP	NQSP	Colaboradores	10	10	100
28/04/2022	Análise de Indicadores	NQSP	Veruska Ramalheiro	Gestores, líderes e responsáveis 'pr análise de indicadores	22	120	2640
27/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI's	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	100	15	1500
28/04/2022	Uso, Guarda e Conservação de EPI's	SESMT	Equipe SESMT	Colaboradores	100	15	1500
01/04/2022	Checklist do Anjo	Farmácia	Ivoneide Pinto	Aux. Farmácia	1	5400	5400
29/04/2022	Checklist do Anjo	Auditoria de Prontuários	Gabrielle Lima	Aux. Administrativo	1	8100	8100
29/04/2022	Checklist do Anjo	Farmácia	Mayara Barros	Aux. Farmácia	1	7200	7200
29/04/2022	Checklist do Anjo	UI	Agnaldo Corrêa	Enfermeira	1	5400	5400
28/04/2022	Checklist do Anjo	Humanização	Joyce	Brinquedista	1	5400	5400
28/04/2022	Checklist do Anjo	UI	Salu	Tec. Enfermagem	1	5400	5400
29/04/2022	GLPI - Abertura de Chamado	Patrimônio	Brenda Caroline	Colaboradores Assistenciais	28	45	1260

Identificador de autenticação: 177C905 23AA CFF 95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993DD11E

28/04/2022	Treinamento de atendimento e apresentação pessoal	Recepção/Atendimento	Luis Victor	Recepção/Atendimento	12	60	720
08/04/2022	Politicas Institucionais	NEP	Equipe NEP	Todos os colaboradores	43	60	2580
05/04/2022	Politicas Institucionais	NEP	Equipe NEP	Todos os colaboradores	62	60	3720
06/04/2022	Politicas Institucionais	NEP	Equipe NEP	Todos os colaboradores	63	60	3780

4.13.3 Considerações Finais

A partir dos dados levantados, a evolução de treinamento global, obteve o resultado de 3 horas e 40 minutos, apresentando-se acima da meta estipulada de 3 horas e 27 minutos.

O indicador de desempenho do Núcleo de Educação Permanente é calculado a partir do total de horas/homem de treinamentos realizados no mês, dividido pelo quantitativo de colaboradores ativos. O resultado obtido está demonstrado no gráfico abaixo:

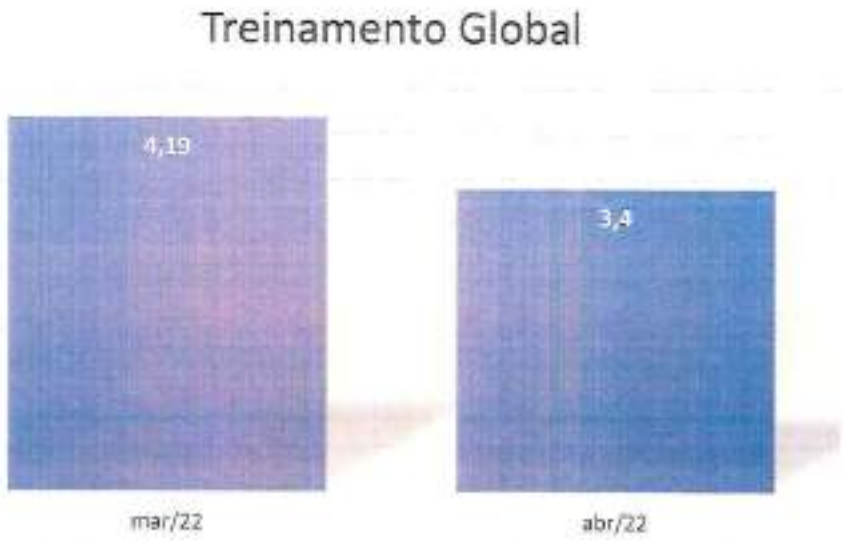


Figura 4 - Gráfico Indicador Evolução de Treinamento Global (abril)

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.

Identificador de autenticação: 177C005.23AA.CEF.95714C416C111F000C
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 4
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9016EF27A14ADC2A.D6FD2A865E4DC729.760A02AFE191EFD8.4C806188993D11E

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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 8867084.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

4.14- Relatório da Sustentabilidade

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 30 dias correspondente ao mês de abril 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 abril 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

4.14.3 Horta Cantinho verde

Todas as quintas feiras as voluntárias, estudantes de agronomia da Universidade Federal Rural e integrantes do Programa de Voluntariado da Pró-Saúde, estão realizando a manutenção da Horta, envolvendo os usuários em atividades voltadas para reparos e melhorias como poda, inserção de adubo orgânico, controle de vetores e etc, visto que a mesma já possui todos os itens necessários para seu funcionamento. Na horta dispõe de vegetais comestíveis, ervas medicinais, aromatizantes e ornamentais, sendo elas: Stévia, alecrim, pimentinha, pimentão, tomate cereja, manjericão, jambú, espinafre, carirú, couve, limão siciliano, pimenta biquinho, arruda, chicória, tomilho, orégano, boldo brasileiro, capim marinho, cidreira e plantas ornamentais. Além dos vegetais, temos também um sistema de captação de água da chuva que foram produzidos através de materiais descartáveis do SND, tornando o ambiente sustentável e autossuficiente no que se refere a todas as atividades voltadas para o uso de água como regar e lavar o espaço. As atividades estão voltadas apenas para a manutenção, visto que já está completa.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA
Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

Imagens: Comunicação/SND-HOIOL, Abril-2022.

4.14.4 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 março as atividades realizadas foram: Oficina de pintura de bolsas feitas a partir da confecção de lenções em desuso pela Hotelaria, oficinas de atividades manuais onde o material utilizado foi rolos de papel toalha, oficina de bordagem.

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

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

iniciativa atua como um espaço de economia criativa, que contribui para o processo de conscientização socioambiental.

4.14.5 Monitoramento do consumo de copos descartáveis.

Durante o mês de Abril, o consumo de descartáveis apresentou-se acima da meta orçamentária, apresentando um consumo mensal referente a R$ 7.897,53.

Em relação somente aos copos descartáveis, o consumo atingiu 36,5% 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. No mês de Abril houve redução em virtude da diminuição de ocupação e internação, então tivemos os seguintes resultados:

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

Mês	Outras áreas	Nutrição	Total
Janeiro	138	**500**	638
Fevereiro	139	**445**	584
Março	159	**550**	709
Abril	163	**435**	598
Maio			
Junho			
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

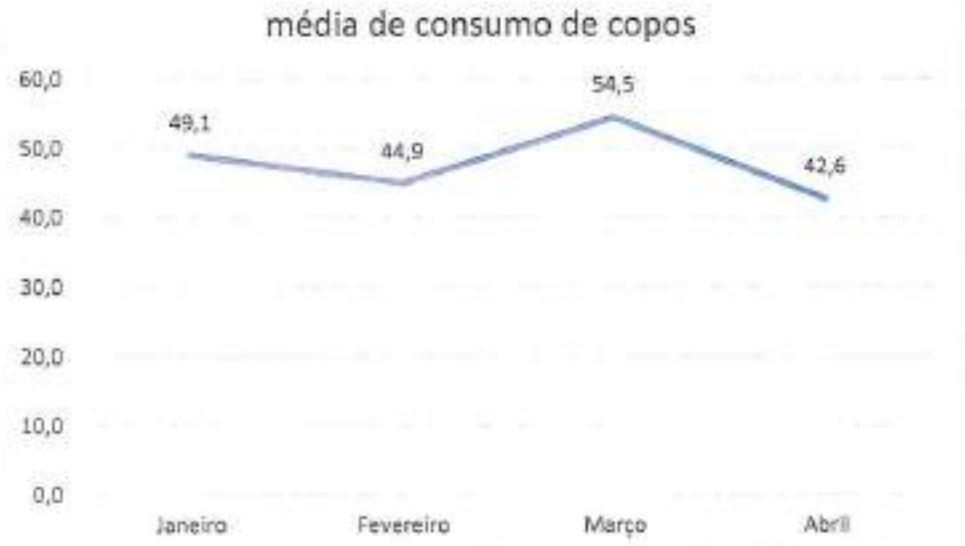
Fonte: SND/ Pró-Saúde, Abril, 2022.

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

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

000156



Fonte: SND/ Pró-Saúde, Abril, 2022.

O consumo médio de copos reduziu em virtude da diminuição no % de ocupação geral, pacientes-dia e tempo de permanência.

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.

4.14.6 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.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A48.F841E09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

Gráfico: Geração de resíduos meses março e abril.

Fonte: SHL/Comunicação, abril 2022.

De acordo com a análise do gráfico acima, obtivemos uma considerável diminuição no resíduo Comum, Biológico, Químico e Infectante perfuro e Reciclável.

As comissões de resíduos e sustentabilidades realizaram no mês de abril ações educativas para minimizar os desperdícios e conscientizar o descarte correto dos memos.

Como justificativa essa diminuição de consumo em todos os grupos de resíduos gerados na unidade no mês de abril, temos a taxa de ocupação que em comparação à competência anterior apresentou um resultado menor.

Gráficos: comparação na geração de resíduo Comum, Biológico, Químico e Infectante perfuro e Reciclável, março/22 a abril/22:

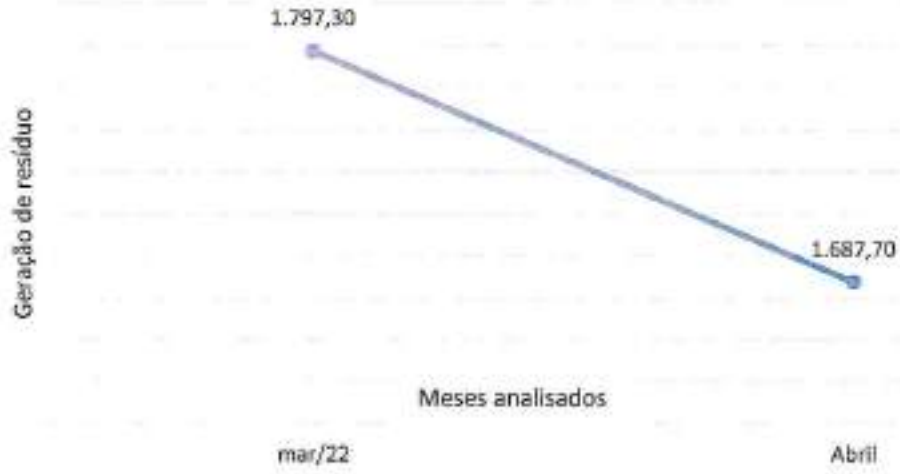
Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE9A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Resíduo Comum

Fonte: SHL/HOIOL, abril 2022

Resíduo Biológico



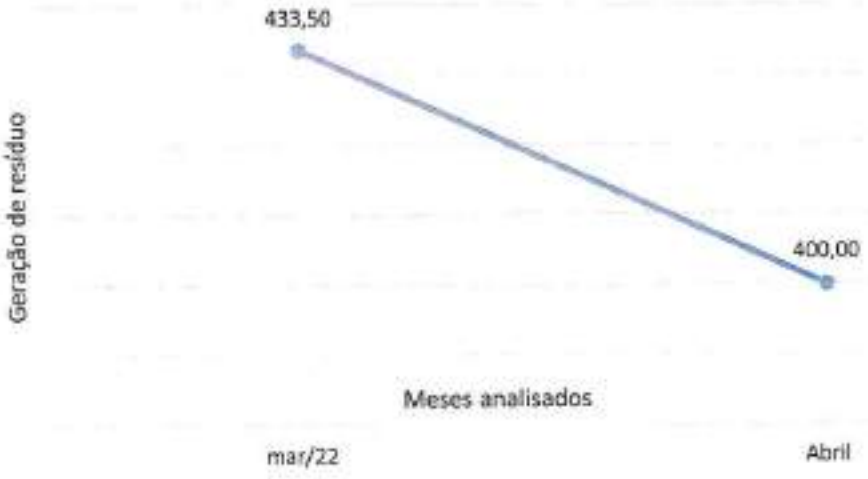
Fonte: SHL/HOIOL, abril 2022

000159

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52E7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Resíduo Infectante Perfuro



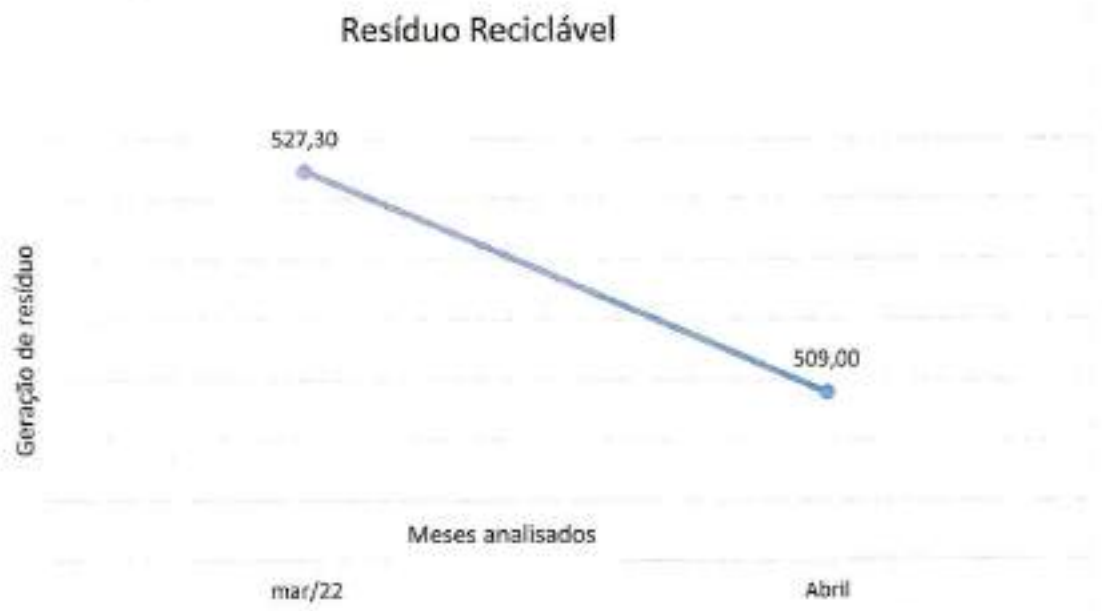
Fonte: SHL/HOIOL, abril 2022

Resíduo Quimico

Fonte: SHL/HOIOL, abril 2022

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5



Fonte: SHL/HOIOL, abril 2022

4.14.7 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 abril do ano de 2022 é de R$ 20.549,91 (vinte mil e quinhentos e quarenta e nove reais e noventa e um centavos), o custo utilizado foi de R$ 39.845,28 (trinta e nove mil e oitocentos e quarenta e cinco reais e vinte e oito centavos). Ficamos fora 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.

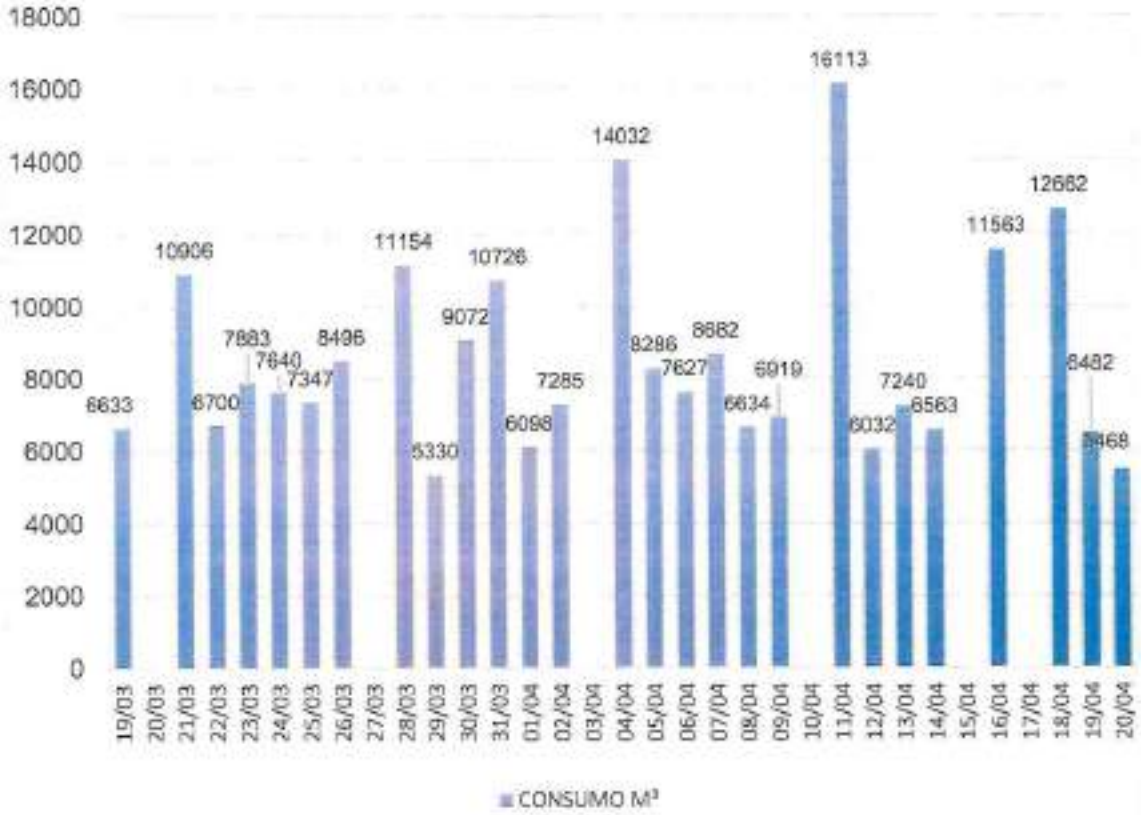
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

006161

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

GRÁFICO DE CONSUMO DIÁRIO

GRÁFICO DE CONSUMO EM M³



Fonte: Manutenção, HOIOL, 2022

O consumo médio diário de água neste mês foi de 69,48 M³, maior comparando ao mês anterior que foi de 66,10 M³. Observamos um aumento de 5% do consumo diário, devido a quantidade de dias contabilizados nesta fatura, em que está apresentando 33 dias.

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

TABELA DE CHAMADOS REFERENTE AO VAZAMENTO DE ÁGUA

ID	TITULO	CONTEÚDO	REQUERENTE
24084	Torneira da pia da enfermaria	Solicito manutenção para torneira de pia da enfermaria 214 2 ui	Posto de internação 2º andar
24034	Pia vazando	Pia vazando, solicito manutenção	Posto de internação 2º andar

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F69D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

24033	Pia enfermaria 213	Solicito manutenção para pia do 213	Posto de internação 2º andar
24030	Chuveiro quebrado	Chuveiro do vestiário masculino quebrado	U.T.I
24029	Vazamento vaso sanitário;	Vazamento vaso sanitário banheiro dos médicos;	U.T.I
24020	Vazamento pia 403	Vazamento pia leito 403	U.T.I
24013	Vestuário 3° feminino b	O vestuário feminino do 3° andar b está com alagamento.	S.H.L
23970	Vazamento de água no banheiro	Vazamento de água no vaso do banheiro leito 108	Posto de internação 1º andar
23959	Pia do banheiro com vazamento	Pia do banheiro com vazamento 207	Posto de internação 2º andar
23958	Pia com vazamento	Pia do banheiro com vazamento 207	Posto de internação 2º andar
23957	Banheiro alagando leito 205	Extravasamento de água no banheiro	Posto de internação 2º andar
23898	Vazamento em pia 205	Vazamento em pia 205	Posto de internação 2º andar
23873	Pia com vazamento	Pia do banheiro com vazamento, do leito 2000	Posto de internação 2º andar

Fonte: Manutenção, HOIOL, 2022

Dados da fatura do mês em questão:
Total a pagar: R$ 39.845,28
Consumo: 2293
Até 10 M³: R$ 87,90
Acima de 10 M³: R$ 10,97
Esgoto 60% do valor da água: R$ 14.941,98
Valor em M³: R$ 17,38
Período contabilizado: 33 dias
Média diária em M³: 69,48
Tipo de consumo: Real

Em comparação ao mês anterior, identificamos o aumento de 0,8 no valor em M³ da água.
Devido ao elevado consumo de água neste mês, entramos em contato com a concessionária prestadora deste serviço solicitando uma vistoria no hidrômetro da Unidade para identificação de possíveis intercorrências relacionados a vazamento, erro

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6541F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

de leitura e entre outros, pois não foi identificado pela manutenção local nenhum consumo fora do que já é o habitual, estamos em acompanhamento pelo protocolo 20221004170739.

Todos os dias, a equipe de manutenção local efetua uma inspeção em todas a unidades, com objetivo de identificar e solucionar possíveis vazamento ou desperdício de água.

Também reforçamos com todos os setores a importância em abrir as ordens de serviço para a manutenção local sempre que for visualizado qualquer necessidade de reparo em torneiras, chuveiro e tubulações com vazamento de água.

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

4.14.8 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 abril do ano de 2022 é de R$ 114.015,87 (cento e quatorze mil e quinze reais e oitenta e sete centavos), o custo utilizado foi de R$ 111.931,31 (cento e onze mil e novecentos e trinta e um reais e trinta e um centavos). Ficamos dentro da meta estipulada.

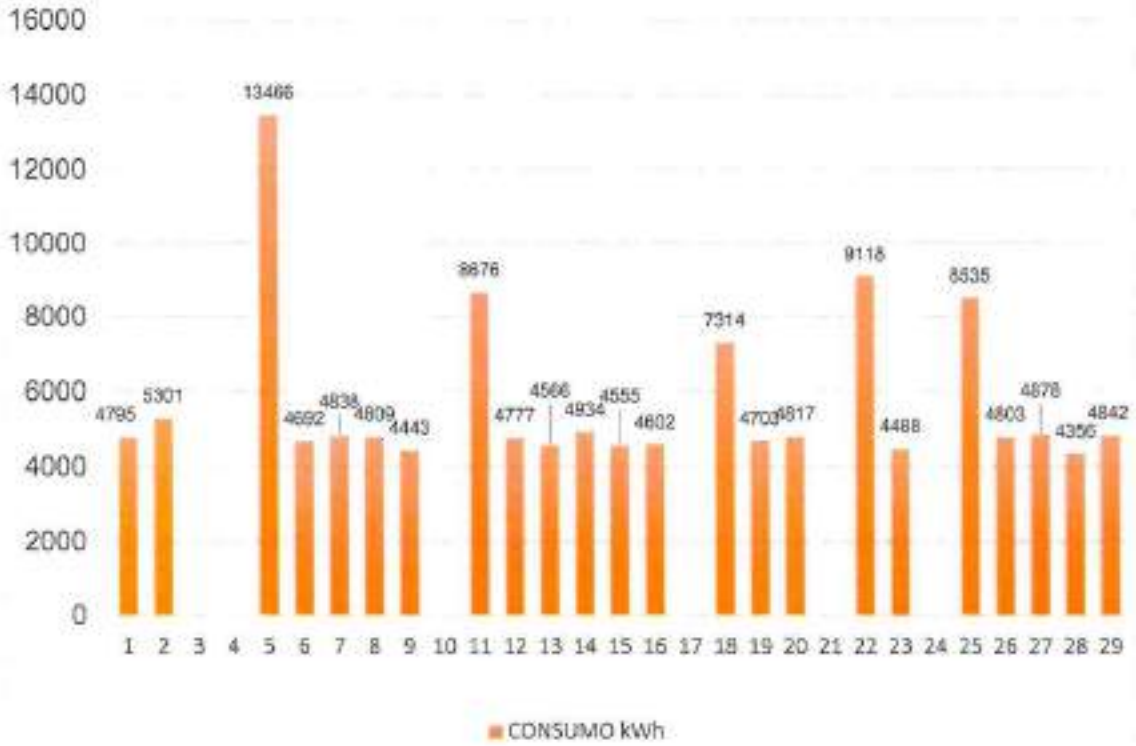
A equipe de manutenção local realiza o controle de consumo de energia elétrica diária através do formulário de código FO.HOIOL.MAN.013 para abranger os custos, bem como, ações internas com intuito de conscientizar o uso de energia.

FIGURA 1 - GRÁFICO DE CONSUMO DIÁRIO

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

GRÁFICO DO CONSUMO DE ENERGIA



Fonte: Manutenção, HOIOL, 2022

Como podemos observar, tivemos uma boa redução de valores em comparação aos meses anteriores. Esta redução esta atribuído a mudança da bandeira de tarifa ter passado de vermelha para verde.

Dados da fatura do mês em questão:

Total a pagar: R$ 111.931,31

Consumo fora ponta: 125.436,78 kWh

Consumo ponta: 11.022,48 kWh

Consumo total: 136.459,26 kWh

Consumo médio diário: 4.548,64 kWh

Adicional da bandeira: R$ 10.188,90

Período contabilizado: 30 dias

FIGURA 2 – COMPARATIVO TRIMESTRAL

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
Último Assinatura: 9D081F571D9463C1C1B20BC52F7FA4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local)

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

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 4.500, 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, e permanecemos a utilizar somente um chiller para a refrigeração em todo o hospital, já o outro é desligado e realizado o revezamento entre eles a cada 15 dias.

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

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 abril, o Setor de Sustentabilidade trabalhou ações buscando envolver cada vez mais setores dentro dos eixos ambiental e

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA
Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

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

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

4.15- Relatório do Programa Prosseguir

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F57ID9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 8867084.0DC1.906.AA040EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

4.16- Oferta de Atendimento Mensal

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F99D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ

DOCUMENTO			PROTOCOLO ELETRÔNICO	
Espécie	Data	Número	Data	Número do Protocolo
OUTROS	06/04/2021		06/04/2021 10:06	2021/354445

Procedência:	SESPA
Interessado:	HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OTÁVIO LOBO
Assunto:	ASSISTENCIA A SAUDE
SubAssunto:	
Complemento:	Oficio DH-HOIOL - nº 202/2021 - Oferta de atendimento Mensal - abril 2021
Origem:	SESPA - HOIOL - SP02
Anexo/Sequencial:	1

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PRÓ-SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

GOVERNO DO PARÁ

OFÍCIO DH-HOIOL - N° 202/2021 **Belém, 05 de abril de 2021.**

À

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA DO PARÁ

Travessa Lomas Valentinas, 2190 - Marco, Belém - PA, 66093-677

Dr. Guilherme Neves de Mesquita

Diretor da DDASS/SESPA

Assunto: Oferta de atendimento Mensal – abril/2021.

Prezado Diretor,

A Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, administradora do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, honrada em cumprimentá-lo, por meio deste, vem, informar que, para o mês de abril de 2021 oferta os serviços elencados abaixo, em atendimento ao Contrato de Gestão Nº 036/SESPA/2015, a saber:

- 89 leitos de internação, sendo eles: 79 leitos de enfermaria, 10 leitos de UTI pediátrica para pacientes portadores de tumores malignos, conforme previsto no protocolo regulação de nº 503728, aprovado na CIB - Comissão Intergestores Bipartite, em 18 de novembro de 2019. Já o encaminhamento de casos novos deve ser feito via SER - Sistema Estadual de Regulação;
- 2.400 (duas mil e quatrocentos) infusões de quimioterapia, com agendamento interno, conforme demanda;
- 1.350 (um mil, trezentos e cinquenta) consultas ambulatoriais e atendimento na UAI - Unidade de Atendimento Imediato.

Reforçamos que, com base em nossas diretrizes do Protocolo de Acesso, todos os serviços estão disponibilizados por meio da Central Estadual de Regulação.

Certos de contarmos com vossa atenção, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Pró Saúde - HOIOL

Gilvania Oliveira Da Silva
Diretora Administrativa Financeira
Pró Saúde - HOIOL

Identificador de autenticação: 886708A-0DC1190C-AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

000174

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 Princípios 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A6F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6E41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 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 059/2022 - Em resposta ao Ofício nº004/2021 – GTCAGHMR - Documentos referente ao repasse de investimento - Processo de Alarme de Incêndio nº 2021/598308

- Ofício DH-HOIOL Nº 467/2021 – pendência de recebimento de custeio - contrato de gestão n° 036/2015 - 11° 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 n° 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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

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

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

- Oficio DH-HOIOL nº 127/2022 - Solicitação de confecção de Termo Aditivo para reposição monetária dos valores retroativos - Convenção Coletiva de Trabalho, protocolado em 30/03/2022 – protocolo nº2022/376379.

- Oficio DH-HOIOL Nº093.2022 - Reiteração da solicitação para aquisição do novo sistema de Alarme de incêndio do Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo, protocolado em 21/03/2022 – protocolo nº2022/328051.

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 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ANEXO I – CONTROLE DE METAS

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO
MAPA DE PRODUÇÃO - ABRIL - 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 Oncologica Pediatrica - UI 1° andar (Lado A)	20	23	-	-	411	17	510	23
Clínica Oncologica Pediátrica - UI 1° andar (Lado B)	42	40	-	-	235	16	480	40
Clínica Oncológica Pediátrica - UI 2° andar	48	56	-	-	858	34	1.020	56
Clínica Oncológica Pediátrica - UI 3° andar	25	14	-	1	345	12	360	14
UTI Pediátrica	5	10	-	10	243	10	300	10
UAI	-	2	2	-	-	-	-	2
Centro Cirurgico	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	137	145	2	11	2.092	89	2.670	145

2 - Atividade Cirúrgica

2 - Atividade Cirúrgica	CARATER		Média de salas CIRURGICAS OPERALIZADAS/DIA
	Urgência	Eletiva	
Nº de cirurgias ortopedia benigna	-	3	
Nº de cirurgias por especialidade	5	30	2

3 - Atendimentos de Ambulatório

Especialidade	Nº DE CONSULTAS REALIZADAS			
	Consultas	Interconsulta	Absenteismo	Total
ONCOPEDIATRIA - AMBULATORIAL	1.081	-	30	1.111
NEUROCIRURGIA	27	3	5	35
CIRURGIÃO PEDIATRA	11	21	2	34
ORTOPEDIA MALIGNA	12	-	-	12
ORTOPEDIA BENIGNA	34	5	11	50
CIRURGIA PLASTICA	4	-	-	4
CIRURGIA TORÁCICA	8	8	3	16
ANESTESIOLOGISTA	7	36	1	44
ODONTOLOGIA	12	37	12	61
NUTRICIONISTA	-	-	-	-
PSICOLOGIA	22	-	9	31
PEDIATRIA	578	-	-	578
HEMATOLOGIA	-	-	-	-
CUIDADOS PALIATIVOS	11	8	10	29
CIPE	-	-	-	-
BRONCOSCOPIA	-	-	-	-
ENDOCRINOLOGIA	-	3	-	3
NEFROPEDIATRIA	-	6	-	6
OFTALMOLOGISTA	-	8	-	8
ONCOORTOPEDIA	-	-	-	-
CIRURGIA VASCULAR	-	-	-	-
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO	-	-	-	-
ENDOSCOPIA/BRONCOSCOPIA	-	-	-	-
DERMATOLOGIA	-	-	-	-
OTORRINOLARINGOLOGISTA	-	6	-	6
CARDIOTERAPIA	-	4	-	4
PSIQUIATRIA	-	1	-	1
INFECTOLOGISTA	-	-	-	-
CIRURGICA	-	2	-	2
TOTAL	1.807	145	83	2.035

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

Exames	Exames Realizado	Absenteísmo
Quimioterapia	2.503	46

Fonte de dados: Sistema Saúde

Diretora Administrativa Financeira

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

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo Produção
Assistente Custo PL

000180

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

HOSPITAL ONCOLOGICO INFANTIL OCTAVIO 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!	-	17.629	#DIV/0!	-	20.128	#DIV/0!	-	18.640	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	74.432	#DIV/0!
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	-	117	#DIV/0!	-	139	#DIV/0!	-	149	#DIV/0!	-	108	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	513	#DIV/0!
RESSONANCIA MAGNÉTICA	-	53	#DIV/0!	-	77	#DIV/0!	-	70	#DIV/0!	-	45	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	245	#DIV/0!
RADIOTERAPIA	-	107	#DIV/0!	-	67	#DIV/0!	-	110	#DIV/0!	-	65	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	349	#DIV/0!
EXAMES DE CINTILOGRAFIA	-	24	#DIV/0!	-	22	#DIV/0!	-	20	#DIV/0!	-	13	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	79	#DIV/0!
EXAMES DE ANÁTOMO PATOLÓGICO	-	53	#DIV/0!	-	56	#DIV/0!	-	70	#DIV/0!	-	42	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	221	#DIV/0!
BIÓPSIAS	-	14	#DIV/0!	-	16	#DIV/0!	-	21	#DIV/0!	-	10	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	61	#DIV/0!
RADIOLOGIA	-	311	#DIV/0!	-	311	#DIV/0!	-	352	#DIV/0!	-	370	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	1.344	#DIV/0!
ULTRASSONOGRAFIA	-	131	#DIV/0!	-	149	#DIV/0!	-	133	#DIV/0!	-	144	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	557	#DIV/0!
ECOCARDIOGRAMA	-	33	#DIV/0!	-	45	#DIV/0!	-	53	#DIV/0!	-	35	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	166	#DIV/0!
QUIMIOTERAPIA	2.400	2.618	109,08	2.400	2.735	113,96	2.400	2.870	119,79	2.400	2.503	104,29	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	9.600	10.731	111,78
ENDOSCOPIA /COLONOSCOPIA/BRONCOSCOPIA	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	2	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	2	#DIV/0!
EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA	-	16	#DIV/0!	-	03	#DIV/0!	-	28	#DIV/0!	-	26	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	131	#DIV/0!
HEMODIALISE - PACIENTE INTERNADO	-	-	#DIV/0!	-	30	#DIV/0!	-	3	#DIV/0!	-	4	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	37	#DIV/0!
TOTAL	2.400	21.511	896,29	2.400	21.318	888,25	2.400	24.010	1000,42	2.400	22.029	917,88	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	9.600	88.868	925,71

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	-	74.432	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	74.432	#DIV/0!
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	-	513	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	513	#DIV/0!
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	-	245	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	245	#DIV/0!
RADIOTERAPIA	-	349	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	349	#DIV/0!
EXAMES DE CINTILOGRAFIA	-	79	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	79	#DIV/0!
EXAMES DE ANÁTOMO PATOLÓGICO	-	221	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	221	#DIV/0!
BIÓPSIAS	-	61	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	61	#DIV/0!
RADIOLOGIA	-	1.344	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	1.344	#DIV/0!
ULTRASSONOGRAFIA	-	557	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	557	#DIV/0!
ECOCARDIOGRAMA	-	166	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	166	#DIV/0!
QUIMIOTERAPIA	9.600	10.731	111,78	-	-	#DIV/0!	9.600	10.731	111,78
ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA/BRONCOSCOPIA	-	2	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	2	#DIV/0!
EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA	-	131	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	131	#DIV/0!
HEMODIALISE - PACIENTE INTERNADO	-	37	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	0	37	#DIV/0!
TOTAL	9.600	88.868	925,71	0	0	#DIV/0!	9.600	88.868	925,71

Fonte de dados: Sistema Saúde

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

Filipe de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Hosp. Onco. Infantil
Octavio Lobo / Pró-Saúde

Mayca Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 8867 0B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

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!	-	16	#DIV/0!	-	21	#DIV/0!	-	23	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	77	#DIV/0!
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA	-	128	#DIV/0!	-	88	#DIV/0!	-	113	#DIV/0!	-	112	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	441	#DIV/0!
CENTRO CIRURGICO	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!
UTI PEDIATRICA	-	2	#DIV/0!	-	10	#DIV/0!	-	6	#DIV/0!	-	10	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	28	#DIV/0!
TOTAL	99	147	148,48	98	114	116,15	99	140	141,41	99	145	146,46	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	396	546	137,88

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	-	77	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	77	#DIV/0!
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA	-	441	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	441	#DIV/0!
CENTRO CIRURGICO	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!
UTI PEDIATRICA	-	28	#DIV/0!	-	-	#DIV/0!	-	28	#DIV/0!
TOTAL	396	546	137,88	-	-	#DIV/0!	396	546	137,88

Fonte de dados: Sistema Saúde

Jerazo Machado
Diretor Hospitalar
Hosp. Oncol. Infantil
Octávio Lobo / Pró-Saúde

Gilvanio Oliveira da Silva
Diretor Adm. Financeira
HOOIL / Pró-Saúde

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 8867084.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

00018 82

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

MAPA COMPARATIVO DAS METAS FÍSICAS CONTRATADAS/EXECUTADAS PELOS SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO

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

ESPECIALIDADE	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.	%
ONCOLOGISTA - AMBULATORIAL	391	42	-	#DIV/0!	1.080	42	-	#DIV/0!	1.374	41	-	#DIV/0!	1.241	33	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	4.376	175	-	#DIV/0!
HEMATOLOGISTA	29	6	-	#DIV/0!	31	7	-	#DIV/0!	29	6	-	#DIV/0!	27	5	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	116	24	-	#DIV/0!
CIRURGIÃO PEDIATRA	9	4	-	#DIV/0!	11	2	-	#DIV/0!	11	-	-	#DIV/0!	11	2	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	45	8	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA MAIORES	10	-	-	#DIV/0!	4	-	-	#DIV/0!	9	-	-	#DIV/0!	12	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	34	-	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA MENORES	20	8	20	115,00	40	8	20	115,00	33	22	33	215,00	38	11	20	115,00	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	150	49	80	187,00
CIRURGIA PLÁSTICA	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	7	-	-	#DIV/0!	4	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	6	-	-	#DIV/0!
CIRURGIA TORÁCICA	3	1	-	#DIV/0!	6	1	-	#DIV/0!	3	1	-	#DIV/0!	3	1	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	24	7	-	#DIV/0!
ANESTESIOLOGISTA	9	1	-	#DIV/0!	11	-	-	#DIV/0!	14	3	-	#DIV/0!	7	1	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	41	4	-	#DIV/0!
ODONTOLOGIA	28	17	-	#DIV/0!	28	28	-	#DIV/0!	19	12	-	#DIV/0!	13	12	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	88	69	-	#DIV/0!
NUTRICIONISTA	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
PSICOLOGIA	10	8	-	#DIV/0!	20	8	-	#DIV/0!	18	8	-	#DIV/0!	22	8	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	70	32	-	#DIV/0!
PEDIATRIA	577	-	-	#DIV/0!	471	-	-	#DIV/0!	472	-	-	#DIV/0!	576	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	2.096	-	-	#DIV/0!
HEMATOLOGIA	-	-	80	0,00	-	-	80	0,00	-	-	80	0,00	-	-	80	0,00	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	160	320	-	#DIV/0!
OUTROS	162	5	-	#DIV/0!	141	5	-	#DIV/0!	224	15	-	#DIV/0!	119	10	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	684	30	-	#DIV/0!
TOTAL	1.248	12	1.200	110,00%	1.848	61	1.200	147,1%	2.257	80	1.200	119,33%	1.972	83	1	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	0	0	0	#DIV/0!	8.325	391	4.800	207,4%
TOTAL GERAL	2.096				3.312				3.379				2.973				0				0				8.325			

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.	%
ONCOPEDIATRIA - AMBULATORIAL	4.376	175	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	4.376	175	-	#DIV/0!
NEUROCIRURGIA	116	24	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	116	24	-	#DIV/0!
CIRURGIÃO PEDIATRA	45	8	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	45	8	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA	34	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	34	-	-	#DIV/0!
ORTOPEDIA MENORES	150	49	80	187,00	-	-	-	#DIV/0!	150	49	80	187,00
CIRURGIA PLÁSTICA	6	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	6	-	-	#DIV/0!
CIRURGIA TORÁCICA	24	7	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	24	7	-	#DIV/0!
ANESTESIOLOGISTA	41	4	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	41	4	-	#DIV/0!
ODONTOLOGIA	88	69	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	88	69	-	#DIV/0!
NUTRICIONISTA	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!
PSICOLOGIA	70	32	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	70	32	-	#DIV/0!
PEDIATRIA	2.096	-	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	2.096	-	-	#DIV/0!
HEMATOLOGIA	-	-	320	0,00	-	-	-	#DIV/0!	-	-	320	0,00
OUTROS	684	30	-	#DIV/0!	-	-	-	#DIV/0!	684	30	-	#DIV/0!
TOTAL	8.325	391	4.800	207,4%	0	0	0	#DIV/0!	8.325	391	4.800	207,4%
TOTAL GERAL	8.325				0				8.325			

Fonte de dados: Sistema Saúde

Nilson de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Hospital Onc. Infantil
Octávio Lobo / Pró-Saúde

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

Moyco Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 8867084.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTAVIO 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	29	5	34	28	17	45	30	5	35	-	-	-	-	-	-	107	30	137
CIRURGIA ORTOPEDIA BENIGNA	3	-	3	1	-	1	6	1	7	3	-	3	-	-	-	-	-	-	13	1	14
TOTAL	23	3	26	30	5	35	34	18	52	33	5	38	0	0	0	0	0	0	120	31	151

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	107	30	137	-	-	-	107	30	137
CIRURGIA ORTOPEDIA BENIGNA	13	1	14	-	-	-	13	1	14
TOTAL	120	31	151	0	0	0	120	31	151

Fonte de dados: Sistema Salus

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

Mayco Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867084.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
00118 1

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

OCTÁVIO LOBO

MAPA CLASSIFICAÇÃO DAS METAS CONTRATADAS/EXECUTADAS DO

CONTRATO DE GESTÃO - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO - JANEIRO A DEZEMBRO - 2022

DESCRIÇÃO	JANEIRO					FEVEREIRO					MARÇO					ABRIL					MAIO					JUNHO					JULHO					TOTAL			
	Nº de Leito Disponível	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia	Saída	Total. Int. de Saída	Média de Permanência	Pacientesdia
UTI	10	2	41	6,14%	237	11	40	6,24%	248	9	32	5,68%	262	12	70	3,86%	243	-	-	40,00%	-	-	-	#DIV/0!	-	38	189	4,82%	981

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

Fábio de Souza Machado
Diretor Hospitalar
Hospt. Oncol. Infantil
Octávio Lobo / Pró-Saúde

Mayco Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

ANEXO II – PLANO ESTATÍSTICO

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

Identificador de autenticação: 88670B4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

PLANO ESTATÍSTICO 2022 - HOSPITAL ONCOLÓGICO INFANTIL OCTÁVIO LOBO

PLANO ESTATÍSTICO	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	17	17	-	-	-	-	-	-	-	-	68
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	16	16	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	64
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	34	34	34	34	-	-	-	-	-	-	-	-	136
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	12	12	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	48
UTI PEDIÁTRICA	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	40
TOTAL	89	89	89	89	-	-	-	-	-	-	-	-	356
1.2. Nº DE LEITOS - DIA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	527	475	527	510	-	-	-	-	-	-	-	-	2,040
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	496	448	496	480	-	-	-	-	-	-	-	-	1,920
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	1.054	952	1.054	1.020	-	-	-	-	-	-	-	-	4,080
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	372	336	372	360	-	-	-	-	-	-	-	-	1,440
UTI PEDIÁTRICA	310	280	310	300	-	-	-	-	-	-	-	-	1,200
TOTAL	2,759	2,491	2,759	2,670	-	-	-	-	-	-	-	-	10,680
1.3. PACIENTES DIA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	456	379	402	411	-	-	-	-	-	-	-	-	1,648
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	307	247	336	230	-	-	-	-	-	-	-	-	1,124
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	947	796	927	858	-	-	-	-	-	-	-	-	3,528
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	361	306	356	345	-	-	-	-	-	-	-	-	1,368
UTI PEDIÁTRICA	237	249	263	243	-	-	-	-	-	-	-	-	991
TOTAL	2,308	1,976	2,283	2,087	-	-	-	-	-	-	-	-	8,659
1.4. MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	14,71	13,54	12,97	13,70	-	-	-	-	-	-	-	-	4,62
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	9,90	8,82	10,81	7,67	-	-	-	-	-	-	-	-	3,08
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	30,55	28,43	29,90	28,60	-	-	-	-	-	-	-	-	9,67
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	11,65	10,93	11,48	11,50	-	-	-	-	-	-	-	-	3,75
UTI PEDIÁTRICA	7,65	8,88	8,48	8,10	-	-	-	-	-	-	-	-	2,72
TOTAL	74,45	70,57	73,65	69,57	-	-	-	-	-	-	-	-	23,72
1.5. INTERNAÇÃO POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	19	13	22	20	-	-	-	-	-	-	-	-	74
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	61	37	56	42	-	-	-	-	-	-	-	-	196
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	42	40	44	45	-	-	-	-	-	-	-	-	171
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	19	17	21	25	-	-	-	-	-	-	-	-	82
UTI PEDIÁTRICA	7	4	9	5	-	-	-	-	-	-	-	-	25
TOTAL	148	111	152	137	-	-	-	-	-	-	-	-	548
MÉDIA DIA DE PAC. INTERNADOS	4,77	3,96	4,90	4,57	-	-	-	-	-	-	-	-	1,69
1.6. INTERNAÇÕES POR MUNICÍPIO													
ABAETETUBA	5	6	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	29
ABEL FIGUEIREDO	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ACARA	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
AFUA	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
AGUA AZUL DO NORTE	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ALMEIRIM	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ALTAMIRA	3	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
ANAJAS	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ANANINDEUA	12	12	9	15	-	-	-	-	-	-	-	-	48
CIAPIQUE	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
AUGUSTO CORREA	2	2	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
AURORA DO PARA	4	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	9
BARCARENA	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
BELÉM	41	21	46	36	-	-	-	-	-	-	-	-	144
BENEVIDES	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
BRAGANÇA	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
BRASIL NOVO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BREU BRANCO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BREVES	4	3	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
CACHOEIRA DO PIRIA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BUJARU	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CACHOEIRA DO ARARI	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CAMETA	1	5	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
CANAA DOS CARAJAS	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CAPANEMA	3	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
CAPITAO POÇO	5	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	11
CASTANHAL	2	3	7	6	-	-	-	-	-	-	-	-	18
CONCORDIA DO PARA	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CURRALINHO	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 886708A4.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
CUTIAS IAP	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CURUÇA	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
DOM ELISEU	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
FLORESTA DO ARAGUAIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
GARRAFAO DO NORTE	1	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5
GOIANESIA DO PARA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
IGARAPE-AÇU	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
IPIXUNA DO PARA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ITAITUBA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ITUPIRANGA	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
JACUNDA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
JURUTI	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LARANJAL DO JARI	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LIMOEIRO DO AJURU	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MACAPA	6	8	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	21
MAE DO RIO	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
MARABA	5	5	2	6	-	-	-	-	-	-	-	-	18
MARACANA	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MARITUBA	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
MEDICILANDIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MELGAÇO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MOCAJUBA	1	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	6
MOJU	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MUANA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OURIEM	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PARAGOMINAS	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
PARAUAPEBAS	2	2	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	8
PICARRA	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
PONTA DE PEDRAS	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
PORTEL	-	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
PORTO DE MOZ	1	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
PRIMAVERA	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
REDENÇAO	2	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	7
RONDON DO PARA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SALINOPOLIS	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SANTA BARBARA DO PARA	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SANTA MARIA DO PARA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTANA	3	3	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	10
SANTO ANTONIO DO TAUA	-	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5
SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO FELIX DO XINGU	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SÃO FRANCISCO DO PARA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SÃO GERALDO DO ARAGUAIA	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SAO JOAO DE PIRABAS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO MIGUEL DO GUAMA	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAPUCAI	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SENADOR JOSE PORFIRIO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TAILANDIA	1	2	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
TOCANTINOPOLIS	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOME - AÇU	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	6
TRACUATEUA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TUCURUI	5	5	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	18
ULIANOPOLIS	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
URUARA	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
VIGIA	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
VISEU	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
XINGUARA	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL	148	111	152	137	-	-	-	-	-	-	-	-	548

1.7. INTERNAÇÕES POR FAIXA ETÁRIA													
DE 0 A 2 ANOS	21	18	26	24	-	-	-	-	-	-	-	-	89
DE 3 A 5 ANOS	39	34	35	41	-	-	-	-	-	-	-	-	149
DE 6 A 8 ANOS	25	16	24	18	-	-	-	-	-	-	-	-	84
DE 9 A 11 ANOS	13	15	17	14	-	-	-	-	-	-	-	-	59
DE 12 A 14 ANOS	22	13	22	12	-	-	-	-	-	-	-	-	69
DE 15 A 17 ANOS	19	12	21	23	-	-	-	-	-	-	-	-	75
DE 18 A 19 ANOS	7	3	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	22
OUTROS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	148	111	152	137	-	-	-	-	-	-	-	-	548

1.8. ALTAS POR UNIDADE (CLINICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	18	19	20	23	-	-	-	-	-	-	-	-	74
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	49	37	48	39	-	-	-	-	-	-	-	-	173
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	49	36	61	55	-	-	-	-	-	-	-	-	151
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	24	15	12	13	-	-	-	-	-	-	-	-	64

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867084.00C1-906.A049EE60B5CE273F3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMULA
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	136	103	121	130	-	-	-	-	-	-	-	-	602
1.9. ÓBITOS POR UNIDADE (CLINICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 ª ANDAR (LADO A)	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UTI PEDIÁTRICA	2	9	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	27
UAI	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	8	9	8	13	-	-	-	-	-	-	-	-	38
1.10. ÓBITOS POR MUNICÍPIO													
ANANINDEUA	-	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
AUGUSTO CORREA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
AURORA DO PARA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BAÚO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BELÉM	4	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	9
BREVES	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CASTANHAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CACHOEIRA DO ARARI	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CURRALINHO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DOM ELISEU	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ILIANOPOLIS	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ITAITUBA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MACAPÁ	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MARABÁ	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MARACANA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MELGAÇO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MUANA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
OURÉM	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PARAGOMINAS	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PARAUAPEBAS	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PORTEL	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TAILANDIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TRACATEUA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TUCURUI	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
URUARA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	8	9	8	13	-	-	-	-	-	-	-	-	38
1.11. ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA													
DE 0 A 2 ANOS	1	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7
DE 3 A 5 ANOS	2	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	7
DE 6 A 8 ANOS	1	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6
DE 9 A 11 ANOS	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
DE 12 A 14 ANOS	1	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
DE 15 A 17 ANOS	1	-	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	7
DE 18 A 19 ANOS	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	8	9	8	13	-	-	-	-	-	-	-	-	38
1.12. ÓBITOS PACIENTES NA UAI													
ÓBITOS PRONTO SOCORRO	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3,00
TOTAL	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
1.12.1 ÓBITOS PACIENTES / CASOS NÃO ONCOLOGICOS													
ÓBITOS NÃO ONCOLOGICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.13. ÓBITOS NÃO INSTITUCIONAIS POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO (-24h.)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 ª 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	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UAI	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
TOTAL	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5
1.14. ÓBITOS INSTITUCIONAIS POR UNIDADE DE INTERNAÇÃO (+24h)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 ª ANDAR (LADO A)	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 886708A7.0DC1.906.AA049E60B5CE273F8
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
UTI PEDIÁTRICA	2	8	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	26
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	7	8	7	11	-	-	-	-	-	-	-	-	33
1.15.TRANSFERÊNCIA INTERNA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	38	26	41	27	-	-	-	-	-	-	-	-	132
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	16	16	12	10	-	-	-	-	-	-	-	-	54
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	39	45	68	57	-	-	-	-	-	-	-	-	199
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	35	19	41	32	-	-	-	-	-	-	-	-	127
UTI PEDIÁTRICA	41	40	52	72	-	-	-	-	-	-	-	-	205
TOTAL	169	146	214	198	-	-	-	-	-	-	-	-	717
1.16. TRANSFERÊNCIA EXTERNA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA CIRURGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
UTI PEDIÁTRICA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
1.17. PACIENTES SAÍDOS POR UNIDADE													
CLINICA CIRURGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	17	18	21	23	-	-	-	-	-	-	-	-	77
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	49	37	48	40	-	-	-	-	-	-	-	-	174
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	52	36	59	50	-	-	-	-	-	-	-	-	197
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	26	15	12	14	-	-	-	-	-	-	-	-	67
UTI PEDIÁTRICA	2	10	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	28
UAI	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	147	114	146	145	-	-	-	-	-	-	-	-	546
1.18. PORCENTAGEM DE OCUPAÇÃO POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA CIRURGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	88,53	79,62	76,38	80,59	-	-	-	-	-	-	-	-	80,78
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	61,90	66,13	67,54	48,98	-	-	-	-	-	-	-	-	68,54
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	89,65	83,61	87,95	84,12	-	-	-	-	-	-	-	-	86,47
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	97,04	90,69	95,70	95,65	-	-	-	-	-	-	-	-	94,87
UTI PEDIÁTRICA	76,45	88,57	84,84	81,00	-	-	-	-	-	-	-	-	82,51
TOTAL	83,66	79,23	82,76	78,38	-	-	-	-	-	-	-	-	81,56
1.19. MÉDIA DE PERMANÊNCIA POR UNIDADE (CLÍNICA DE INTERNAÇÃO)													
CLINICA CIRURGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	8,29	9,02	6,48	8,22	-	-	-	-	-	-	-	-	7,99
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	4,72	4,86	5,58	4,70	-	-	-	-	-	-	-	-	4,93
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	10,41	9,83	8,38	7,59	-	-	-	-	-	-	-	-	8,91
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	8,92	9,00	6,72	7,50	-	-	-	-	-	-	-	-	7,05
UTI PEDIÁTRICA	5,51	4,96	4,53	2,98	-	-	-	-	-	-	-	-	4,26
TOTAL	15,70	17,33	16,31	14,43	-	-	-	-	-	-	-	-	15,86
1.20. ÍNDICE DE GIRO DE LEITOS POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	3,24	2,47	3,65	2,94	-	-	-	-	-	-	-	-	3,07
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	4,06	3,31	3,75	3,13	-	-	-	-	-	-	-	-	3,56
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	2,69	2,38	3,26	3,32	-	-	-	-	-	-	-	-	2,91
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	5,08	2,83	4,42	3,83	-	-	-	-	-	-	-	-	4,04
UTI PEDIÁTRICA	4,50	5,00	5,80	8,20	-	-	-	-	-	-	-	-	5,53
TOTAL	1,66	1,28	1,57	1,63	-	-	-	-	-	-	-	-	1,53
1.21. INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	1,29	2,31	2,02	1,98	-	-	-	-	-	-	-	-	1,88
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	2,91	3,79	2,68	4,90	-	-	-	-	-	-	-	-	3,49
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	1,18	1,89	1,14	1,43	-	-	-	-	-	-	-	-	1,39
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	0,18	0,94	0,30	0,33	-	-	-	-	-	-	-	-	0,38
UTI PEDIÁTRICA	1,70	0,64	0,81	0,70	-	-	-	-	-	-	-	-	0,93
TOTAL	3,57	4,64	0,49	3,09	-	-	-	-	-	-	-	-	3,71
1.22. TAXA DE MORTALIDADE POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	1,82	-	1,61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,56
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	3,30	-	0,80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,01
CLINICA ONCOLOGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1,64	-	-	2,17	-	-	-	-	-	-	-	-	1,03
UTI PEDIÁTRICA	4,66	19,00	10,34	12,20	-	-	-	-	-	-	-	-	11,59
UAI	0,32	-	-	0,58	-	-	-	-	-	-	-	-	0,24
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TAXA DE MORTALIDADE GLOBAL	3,44	7,89	5,71	5,97	-	-	-	-	-	-	-	-	7,0
1.22.1 TAXA DE MORTALIDADE GLOBAL POR CASOS NÃO ONCOLOGICOS													
ÓBITOS NÃO ONCOLOGICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8807084.90C1.900.A0A9EE60B5CE2F3F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
1.23. TAXA DE MORTALIDADE POR TIPO													
INSTITUCIONAL (>24 h)													
NÃO INSTITUCIONAL (<24h)	4,76	7,02	5,00	7,59	-	-	-	-	-	-	-	-	6,04
2. SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	0,56	0,88	0,71	1,38	-	-	-	-	-	-	-	-	0,92
2.1. CENTRO CIRÚRGICO													
2.1.1. CIRURGIAS PACIENTES INTERNOS POR PORTE													
CIRURGIAS PEQUENAS	9	7	9	15	-	-	-	-	-	-	-	-	40
CIRURGIAS MÉDIAS	11	14	20	10	-	-	-	-	-	-	-	-	55
CIRURGIAS GRANDES	6	14	23	13	-	-	-	-	-	-	-	-	56
MÉDIA DIÁRIA	0,84	1,25	1,65	1,27	-	-	-	-	-	-	-	-	0,41
TOTAL	26	35	52	38	-	-	-	-	-	-	-	-	151
2.1.2. CIRURGIAS POR ESPECIALIDADE													
CIPE													
ADRENALECTOMIA	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
APENDICETOMIA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE GANGLIO CERVICAL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE LINFONODO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE LINFONODO CERVICAL	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
BIOPSIA DE LINFONODO SUBMANDIBULAR	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BIOPSIA DE LINFONODO INGUINAL	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BIOPSIA DE MASSA GLUTEA	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
BIOPSIA DE MASSA CERVICAL	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BIOPSIA DE LESÃO PELE	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BIOPSIA DE PARTES MOLES	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE TU PELVICO	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA HEPATICA POR AGULHA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE PELE	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
COLOCAÇÃO PORTOCATH	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
COLETA DE LCR	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
INTRATECAL	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DRENAGEM TORACICA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
EXERESE DE NODULO NA AXILA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
GASTROSTOMIA	-	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
HERNIORRRAFIA INGUINAL DIREITA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
IMPLANTE DE PORTHCATH	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LAPAROTOMIA EXPLORADORA	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
LAPROTOMIA EXPLORADORA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NEFRECTOMIA	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	5
TORACOCENTESE ESQUERDA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TRAQUEOSTOMIA	-	3	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	8
TOTAL CIPE	11	12	16	13	-	-	-	-	-	-	-	-	54
ONCOLOGICA													
ESVAZIAMENTO RADICAL CERVICAL ESQ	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL ONCOLOGICA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NEUROLOGIA													
BIOPSIA DE LESÃO PARETAL D	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONIAL - DVP	4	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9
DERIVAÇÃO VENTRICULAR ESQUERDA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA - DVE	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
DRENAGEM HEMATOMA SUBDURAL CRONICO BILATERAL	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LAMINECTOMIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MICROCIRURGIA P TU INTRACRANIANO	-	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	5
LIMPEZA CIRURGICA VIA ENDOSCOPICA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MICROCIRURGIA PARA TU INTRACRANIANO DE FOSSA POSTERIOR	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
NEUROENDOSCOPICA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TERCEIROVENTRICULOTOMIA ENDOSCÓPICA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR PERITONIAL	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
REVISÃO DE DERIVAÇÃO VENTRICULAR EXTERNA	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL NEUROLOGIA	9	13	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	34
OFTALMOLOGIA													
BIOPSIA DE TU DE ORBITA A ESQUERDA	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
EXENTERAÇÃO DE GLOBO OCULAR ESQUERDO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ENUCLEAÇÃO DO GLOBO OCULAR ESQUERDO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL OFTALMOLOGIA	-	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	4
ORTOPEDIA MALIGNO													
BIOPSIA DE FEMUR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
AMPUTAÇÃO TRANSTIBIAL PERNA ESQ	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867DB4.9DC1.90C.W02.01E6BB5EF73F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
BIOPSIA DE MEDULA OSSEA DE CRISTA ILIACA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA OSSEA DE TIBIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE UMERO	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
FIXAÇÃO EXTERNA DE FEMUR DIREITO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ENDOPRÓTESE DE FÊMUR ESQUERDO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DESARTICULAÇÃO DE MIE	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DESARTICULAÇÃO INTERESCAPULO - TORACICA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
RESSECÇÃO DE TU OSSEO DE TIBIA PROXIMAL ESQ + SUBSTITUIÇÃO POR ENDOPROT	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
RESSECÇÃO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
FECHAMENTOS	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL ORTOPEDIA	4	3	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	14
ORTOPEDIA BENIGNA													
BIOPSIA DE UMERO DIREITO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE LESÃO DE PARTES MOLES	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ENXERTIA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
RESSECÇÃO DE OSTEOCONDROMA DO UMERO DIREITO	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
RESSECÇÃO DE OSTEOCONDROMA DE FEMUR	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
RESSECÇÃO DE TU OSSEO BENIGNO DE TIBIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE FIBULA ESQUERDA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE TU DE RADIO ESQUERDO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
RESSECÇÃO DE OSTEOCONDROMA DE TIBIA DIREITA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
RESSECÇÃO DE TUMOR PARTES MOLES ESCAPULA DIREITA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL ORTOPEDIA BENIGNA	3	1	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	11
CIRURGIA PLÁSTICA													
RECONSTRUÇÃO DE PAREDE TORACICA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
FECHAMENTO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL DE CIRURGIAS PLASTICAS	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CIRURGIA TORACICA													
BRONCOSCOPIA FLEXÍVEL	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BIOPSIA DE PLEURA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
COSTECTOMIA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DRENAGEM TORACICA	1	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
DESCORTICAÇÃO PULMONAR	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
DESCORTICAÇÃO PULMONAR COM DRENAGEM DE LOJA PURULENTA	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
DRENAGEM PLEURAL FECHADA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LOBECTOMIA PULMONAR INFERIOR	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LOBECTOMIA INFERIOR ESQUERDA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LINFADENECTOMIA MEDIASTINAL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ESTERNECTOMIA PARCIAL	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BX TRANSBRONQUICA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
METASTASECTOMIA	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
DESCORTICAÇÃO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
METASTASECTOMIA PULMONAR	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PLEUROSCOPIA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
LAVADO BRONCOALVEOLAR LIE	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
METASTASECTOMIA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PLEUROSCOPIA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM PLEURAL ESQUERDA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TORACOSTOMIA	1	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7
TORACOSTOMIA COM DRENAGEM FECHADA	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SEGMENTECTOMIA PULMONAR POR VIDEO	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TORACECTOMIA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL CIRURGIA TORACICA	3	8	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	29
OTORRINOLARINGOLOGISTA													
MICROSCOPIA DE OUVIDO	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL CIRURGIA OTORRINOLARINGOLOGISTA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO													
TOTAL DE CIRURGIAS CABEÇA E PESCOÇO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CIRURGIA DE ODONTOLOGIA													
TOTAL DE CIRURGIA DE ODONTOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL DE CIRURGIAS	30	37	62	30	-	-	-	-	-	-	-	-	157
2.1.3. PEQUENOS PROCEDIMENTOS													
BIOLOGIA MOLECULAR													
BIOPSIA DE MASSA ABDOMINAL POR AGULHA	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4
BIOPSIA DE MASSA CERVICAL POR AGULHA	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867084.0DC1190C.A0A9EE6DB5DE273F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
COLOCAÇÃO DE ACESSO VENOSO CENTRAL - AVC	20	21	34	21	-	-	-	-	-	-	-	-	96
COLOCAÇÃO DE CATETER DE SHYLLE	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MAPEAMENTO DE RETINA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
COLOCAÇÃO DE PORTOCATH	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CONFECÇÃO DE GASTROSTOMIA	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CONFECÇÃO DE TQT	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DEBRIDAMENTO CIRURGICO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DRENAGEM DE LIQUIDO PLEURAL	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DRENAGEM TORACICA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DVE	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
DISSECÇÃO DE VEIA	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1
IMUNOFENOTIPAGEM	43	43	65	47	-	-	-	-	-	-	-	-	2
INTRATECAL	100	90	101	85	-	-	-	-	-	-	-	-	198
LIMPEZA CIRURGICA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	376
LIQUIDO CEFFALORRAQUIDIANO - LCR	100	83	107	90	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MIELOGRAMA	43	44	68	49	-	-	-	-	-	-	-	-	390
PASSAGEM DE PICC	4	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	293
RAQUIMETRIA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO METALICO EM ILIACO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
RETIRADA DE NEFROSTOMIA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
PORTCATH	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SUTURA DE FERIMENTO CORTO-CONTUSO NA CABEÇA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TROCA DE CANULA DE TQT	1	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1
TROCA DE SONDA DE GTT	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
TOTAL PEQUENOS PROCEDIMENTOS	218	352	363	324	-	-	-	-	-	-	-	-	4
2.2. ANESTESIA													1.307
2.2.1. NÚMERO DE ANESTESIAS POR TIPO													
GERAL BALANCEADA	11	20	24	9	-	-	-	-	-	-	-	-	64
GERAL ENDOVENOSA	9	17	5	10	-	-	-	-	-	-	-	-	41
GERAL INALATORIA	100	149	203	148	-	-	-	-	-	-	-	-	600
LOCAL	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
RAQUIANESTESIA	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	6
SEDAÇÃO	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	7
TOTAL	126	188	236	171	-	-	-	-	-	-	-	-	721
MÉDIA DIÁRIA	6,00	6,71	7,61	5,70	-	-	-	-	-	-	-	-	2,14
2.2.2. ANESTESIAS POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	20	14	24	10	-	-	-	-	-	-	-	-	68
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	8	11	13	6	-	-	-	-	-	-	-	-	38
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR (LADO B)	33	41	49	38	-	-	-	-	-	-	-	-	161
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3* ANDAR	12	11	15	7	-	-	-	-	-	-	-	-	45
UTI PEDIÁTRICA	8	11	17	14	-	-	-	-	-	-	-	-	50
AMBULATÓRIO	105	100	118	96	-	-	-	-	-	-	-	-	419
TOTAL	186	188	236	171	-	-	-	-	-	-	-	-	781
2.3. CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO - CME													
2.3.1. PRODUÇÃO - ENCAMINHADA PARA ESTERELIZAÇÃO EXTERNA													
PEQUENO	974	993	1.336	1.249	-	-	-	-	-	-	-	-	4.551
MÉDIO	1.168	1.051	1.188	1.273	-	-	-	-	-	-	-	-	4.680
GRANDE	895	905	1.044	1.126	-	-	-	-	-	-	-	-	3.971
TOTAL	3.037	2.963	3.568	3.744	-	-	-	-	-	-	-	-	13.302
Média Diária	98	105	115	125	-	-	-	-	-	-	-	-	38
2.4 AMBULATÓRIO - CONSULTAS													
2.4.1. ONCOPEDIATRIA													
CONSULTAS	309	304	333	289	-	-	-	-	-	-	-	-	1.235
CONSULTAS FORA DE TRATAMENTO	69	80	84	93	-	-	-	-	-	-	-	-	346
ABSENTEISMO	62	42	41	30	-	-	-	-	-	-	-	-	175
TOTAL	440	436	458	412	-	-	-	-	-	-	-	-	1.756
MÉDIA DIÁRIA	14,19	15,57	15,10	13,73	-	-	-	-	-	-	-	-	3,38
2.4.2. NEUROCIRURGIA													
CONSULTAS	25	25	29	27	-	-	-	-	-	-	-	-	106
ABSENTEISMO	8	7	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	24
TOTAL	33	32	30	32	-	-	-	-	-	-	-	-	126
MÉDIA DIÁRIA	1,16	1,14	0,97	1,07	-	-	-	-	-	-	-	-	0,36
2.4.3. CIRURGIÃO PEDIATRA													
CONSULTAS	9	13	12	11	-	-	-	-	-	-	-	-	45
ABSENTEISMO	4	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8
TOTAL	13	15	12	13	-	-	-	-	-	-	-	-	53
MÉDIA DIÁRIA	0,42	0,54	0,39	0,43	-	-	-	-	-	-	-	-	0,15

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867DB4.0DC1A0C0A0A0E6BB5E273F3
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
2.4.4. ORTOPEDIA													
CONSULTAS BENIGNA	22	40	54	34	-	-	-	-	-	-	-	-	150
CONSULTAS MALIGNAS	12	4	6	12	-	-	-	-	-	-	-	-	34
ABSENTEÍSMO	6	6	20	11	-	-	-	-	-	-	-	-	43
TOTAL	40	50	80	57	-	-	-	-	-	-	-	-	227
MÉDIA DIÁRIA	1,29	1,79	2,58	1,90	-	-	-	-	-	-	-	-	0,62
2.4.5. CIRURGIA PLÁSTICA													
CONSULTAS	-	-	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	6
ABSENTEÍSMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	6
MÉDIA DIÁRIA	-	-	0,06	0,13	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02
2.4.6. CIRURGIA TORÁCICA													
CONSULTAS	5	8	5	8	-	-	-	-	-	-	-	-	24
ABSENTEÍSMO	1	2	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	7
TOTAL	6	8	6	11	-	-	-	-	-	-	-	-	31
MÉDIA DIÁRIA	0,19	0,29	0,19	0,37	-	-	-	-	-	-	-	-	0,08
2.4.7. CONSULTAS - ANESTESIOLOGIA													
CONSULTAS	9	11	14	7	-	-	-	-	-	-	-	-	41
ABSENTEÍSMO	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
TOTAL	10	11	16	8	-	-	-	-	-	-	-	-	45
MÉDIA DIÁRIA	0,32	0,39	0,62	0,27	-	-	-	-	-	-	-	-	0,12
2.4.8. CONSULTAS - QUIMIOTERAPIA													
CONSULTAS	613	686	797	699	-	-	-	-	-	-	-	-	2.795
ABSENTEÍSMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	613	686	797	699	-	-	-	-	-	-	-	-	2795
MÉDIA DIÁRIA	19,77	24,50	25,71	23,30	-	-	-	-	-	-	-	-	7,66
2.4.9. CONSULTAS ODONTOLOGIA													
CONSULTAS	28	28	18	12	-	-	-	-	-	-	-	-	86
ABSENTEÍSMO	17	20	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	61
TOTAL	45	48	30	24	-	-	-	-	-	-	-	-	147
MÉDIA DIÁRIA	1,45	1,71	0,97	0,80	-	-	-	-	-	-	-	-	0,40
2.4.10. CONSULTAS NUTRICIONISTA													
CONSULTAS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ABSENTEÍSMO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MÉDIA DIÁRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.4.11. CONSULTAS PSICOLOGIA													
CONSULTAS	10	21	25	22	-	-	-	-	-	-	-	-	78
ABSENTEÍSMO	6	8	6	9	-	-	-	-	-	-	-	-	29
TOTAL	16	29	31	31	-	-	-	-	-	-	-	-	107
MÉDIA DIÁRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,39
2.4.12. CONSULTAS CUIDADOS PALIATIVOS													
CONSULTAS	14	15	23	11	-	-	-	-	-	-	-	-	63
ABSENTEÍSMO	5	5	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	30
TOTAL	19	20	33	21	-	-	-	-	-	-	-	-	93
MÉDIA DIÁRIA	0,61	0,71	1,06	0,70	-	-	-	-	-	-	-	-	0,26
2.4.13. CONSULTAS UAI - UNIDADE DE ATENDIMENTO À INTERCORRÊNCIAS													
ATENDIMENTO PACIENTE DO SERVIÇO	648	456	654	566	-	-	-	-	-	-	-	-	2.324
ATENDIMENTOS DE FUNCIONÁRIOS NO SERVIÇO	9	9	3	6	-	-	-	-	-	-	-	-	27
ATENDIMENTOS DEMANDA ESPONTÂNEA	20	6	16	6	-	-	-	-	-	-	-	-	48
TOTAL	677	471	673	578	-	-	-	-	-	-	-	-	2.399
MÉDIA DIÁRIA	21,84	16,82	21,71	19,27	-	-	-	-	-	-	-	-	6,57
2.4.14. CONSULTAS AMBULATORIO / UAI ONCO - POR MUNICÍPIO													
ABAETETUBA	52	42	42	59	-	-	-	-	-	-	-	-	195
ABEL FIGUEIREDO	-	13	14	6	-	-	-	-	-	-	-	-	33
ACARÁ	13	12	16	23	-	-	-	-	-	-	-	-	65
AGUA AZUL DO NORTE	20	12	18	3	-	-	-	-	-	-	-	-	53
ALMEIRIM	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5
ALTAMIRA	12	12	15	3	-	-	-	-	-	-	-	-	42
AMMANAUS	24	21	40	26	-	-	-	-	-	-	-	-	111
ANAJÁS	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ANAMINDEUA	5	5	12	25	-	-	-	-	-	-	-	-	47
ANAPU	155	137	142	169	-	-	-	-	-	-	-	-	603
	3	4	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	15

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8367D827-0DC1-4C0C-A049-EE0B5E7273

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
APICUTIAS	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
APIDIAPOQUE	4	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
APILARANJAL DO JARI	5	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14
APINACAPA	99	56	75	44	-	-	-	-	-	-	-	-	274
APISANTANA	20	18	29	19	-	-	-	-	-	-	-	-	86
AUGUSTO CORREA	35	21	19	17	-	-	-	-	-	-	-	-	92
AURORA DO PARA	9	5	16	4	-	-	-	-	-	-	-	-	34
BAGRE	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BAIAO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
BANNACH	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
BARCARENA	33	32	42	21	-	-	-	-	-	-	-	-	128
BELEM	521	456	552	498	-	-	-	-	-	-	-	-	2.027
BENEVIDES	13	12	7	19	-	-	-	-	-	-	-	-	51
BONITO	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BRAGANÇA	27	39	47	27	-	-	-	-	-	-	-	-	140
BRASIL NOVO	4	12	6	18	-	-	-	-	-	-	-	-	40
BREU BRANCO	4	3	3	8	-	-	-	-	-	-	-	-	14
BREVES	23	27	28	27	-	-	-	-	-	-	-	-	105
BUJARU	3	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
CACHOEIRA DO ARARI	-	1	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	8
CAMETA	8	16	33	22	-	-	-	-	-	-	-	-	77
CANAA DOS CARAJAS	2	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	5
CANDIDO MENDES	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CAPANEMA	33	33	30	40	-	-	-	-	-	-	-	-	136
CAPITAO POCO	27	17	35	19	-	-	-	-	-	-	-	-	98
CARUTAPERA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CASTANHAL	48	56	83	64	-	-	-	-	-	-	-	-	251
COLARES	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5
CONCORDIA DO PARA	6	6	18	15	-	-	-	-	-	-	-	-	47
CURIONOPOLIS	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CURRALINHO	23	14	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-	77
CURUCA	20	51	27	3	-	-	-	-	-	-	-	-	109
CUTIAS	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
DOM ELISEU	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
FLORESTA DO ARAGUAIA	5	3	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	17
GARRAFAO DO NORTE	23	14	23	23	-	-	-	-	-	-	-	-	83
GOIANESIA DO PARA	2	4	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	12
GURUPA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
GARAPE-ACU	9	5	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	18
GARAPE-MIRI	2	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
INHANGAPI	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
IPIXUNA DO PARA	3	11	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	22
IRITUIA	1	1	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	6
ITAITUBA	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ITUPIRANGA	11	11	16	7	-	-	-	-	-	-	-	-	45
JACUNDA	18	2	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	24
JURUTI	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
LAGO DA PEDRA	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
LIMOEIRO DO AJURU	7	4	9	4	-	-	-	-	-	-	-	-	24
MAE DO RIO	6	4	16	25	-	-	-	-	-	-	-	-	51
MAGALHAES BARATA	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MARABA	51	55	65	81	-	-	-	-	-	-	-	-	252
MARACANA	2	6	10	2	-	-	-	-	-	-	-	-	20
MARAPANIM	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MARITUBA	3	4	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	14
MAZAGAO	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
MEDICILANDIA	4	13	13	6	-	-	-	-	-	-	-	-	36
MELGACO	-	2	3	6	-	-	-	-	-	-	-	-	11
MOCAJUBA	17	21	32	23	-	-	-	-	-	-	-	-	93
MOJU	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
MUANA	-	1	19	5	-	-	-	-	-	-	-	-	25
NOVA ESPERANÇA DO PIRIA	7	5	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	19
NOVA IPIXUNA	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
NOVO PROGRESSO	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NOVO REPARTIMENTO	7	2	3	15	-	-	-	-	-	-	-	-	27
OEIRAS DO PARA	3	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
OUREM	11	6	13	1	-	-	-	-	-	-	-	-	30
OURILANDIA DO NORTE	2	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
PACAJA	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
PARAGOMINAS	31	36	27	32	-	-	-	-	-	-	-	-	126
PARAUAPEBAS	24	24	29	18	-	-	-	-	-	-	-	-	95
PEIXE-BOI	2	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
PICARRA	15	5	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	27
PONTA DE PEDRAS	15	16	22	18	-	-	-	-	-	-	-	-	71
PORTEL	-	3	17	5	-	-	-	-	-	-	-	-	25

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867DB4.9DC1190C.A0A49EE6DB5CE273F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

PORTO DE MOZ	8	17	33	25	-	-	-	-	-	-	-	-	81
PRIMAVERA	6	2	3	15	-	-	-	-	-	-	-	-	26
QUATIPURU	6	4	13	5	-	-	-	-	-	-	-	-	28
REDENCAO	5	17	13	16	-	-	-	-	-	-	-	-	51
RIO MARIA	-	1	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7
RONDON DO PARÁ	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5
SALINOPOLIS	7	4	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	18
SALVATERRA	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SANTA BARBARA DO PARA	6	14	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	25
SANTA CRUZ DO ARARI	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
SANTA ISABEL DO PARA	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
SANTA LUZIA DO PARA	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SANTA MARIA DO PARA	8	11	4	16	-	-	-	-	-	-	-	-	39
SANTANA DO ARAGUAIA	4	1	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
SANTO ANTONIO DO TAUA	13	18	30	17	-	-	-	-	-	-	-	-	78
SAO CAETANO DE ODIVELAS	4	13	13	3	-	-	-	-	-	-	-	-	33
SAO DOMINGOS DO ARAGUAIA	4	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
SAO DOMINGOS DO CAPIM	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAO FELIX DO XINGU	10	9	7	20	-	-	-	-	-	-	-	-	46
SAO FRANCISCO DO PARA	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAO GERALDO DO ARAGUIA	1	1	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	8
SAO JOAO DE PIRABAS	4	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8
SAO MIGUEL DO GUAMA	12	17	19	15	-	-	-	-	-	-	-	-	63
SAO PEDRO DA AGUA BRANCA	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SAO SEBASTIAO DE BOA VISTA	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4
SAPUCAIA	-	5	1	16	-	-	-	-	-	-	-	-	22
SENADOR JOSE PORFIRIO	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SOURE	9	8	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	29
TAILANDIA	25	33	34	35	-	-	-	-	-	-	-	-	128
TOME AÇU	12	16	19	3	-	-	-	-	-	-	-	-	50
TRACUATEUA	10	5	10	4	-	-	-	-	-	-	-	-	29
TUCUMA	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4
TUCURUI	28	37	24	31	-	-	-	-	-	-	-	-	120
ULIANOPOLIS	-	-	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	10
URUARA	18	16	21	6	-	-	-	-	-	-	-	-	61
VIGIA	23	22	18	16	-	-	-	-	-	-	-	-	79
VIZEU	5	6	9	6	-	-	-	-	-	-	-	-	26
XINGUARA	6	4	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	18
TOTAL	1.805	1.714	2.032	1.807	-	-	-	-	-	-	-	-	7.458

2.4.1. CONSULTAS AMBULATORIO - POR FAIXA ETARIA

DE 0 A 2 ANOS	144	194	208	235	-	-	-	-	-	-	-	-	781
DE 3 A 5 ANOS	413	423	470	426	-	-	-	-	-	-	-	-	1.732
DE 6 A 8 ANOS	411	358	435	353	-	-	-	-	-	-	-	-	1.557
DE 9 A 11 ANOS	249	223	257	259	-	-	-	-	-	-	-	-	988
DE 12 A 14 ANOS	219	213	287	275	-	-	-	-	-	-	-	-	994
DE 15 A 17 ANOS	239	210	263	181	-	-	-	-	-	-	-	-	890
DE 18 A 19 ANOS	71	61	110	49	-	-	-	-	-	-	-	-	291
OUTROS	62	32	44	29	-	-	-	-	-	-	-	-	167
TOTAL	1.805	1.714	2.032	1.807	-	-	-	-	-	-	-	-	7.458

2.5. INTERCONSULTAS

ANESTESIOLOGISTA	35	29	33	36	-	-	-	-	-	-	-	-	133
CABEÇA E PESCOÇO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CARDIOTERAPIA	3	-	7	4	-	-	-	-	-	-	-	-	14
CIRURGIA PEDIATRICA	15	26	44	21	-	-	-	-	-	-	-	-	106
CIRURGIA PLASTICA	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
CIRURGIA TORACICA	1	1	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	9
CIRURGIA VASCULAR	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CUIDADOS PALIATIVO	9	8	12	8	-	-	-	-	-	-	-	-	37
DERMATOLOGIA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ENDOCRINOLOGIA	1	1	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	10
NEFROPEDIATRIA	5	2	5	6	-	-	-	-	-	-	-	-	18
NEUROCIRURGIA	4	3	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	14
NUTRICIONISTA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ODONTOLOGIA	51	41	60	37	-	-	-	-	-	-	-	-	189
OFTALMOLOGISTA	10	9	13	8	-	-	-	-	-	-	-	-	40
ONCOORTOPEDIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ORTOPEDIA	6	3	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	18
OTORRINOLARINGOLOGISTA	2	2	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	16
PSIQUIATRA	3	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6
CIR ONCOLOGICA	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL DE INTERCONSULTAS	149	126	201	141	-	-	-	-	-	-	-	-	621

2.6. RESUMO CONSULTAS AMBULATORIAIS

Identificador de autenticação: 8867084.0DC1190C.AA0498E0B6E273E3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

					MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
TOTAL DE CONSULTAS AMBULATORIAIS	1.805	1.714	2.082	1.807	-	-	-	-	-	-	-	-	7.408
TOTAL DE INTERCONSULTAS	149	126	201	145	-	-	-	-	-	-	-	-	621
TOTAL DE ABSENTEISMO	110	92	96	83	-	-	-	-	-	-	-	-	381
TOTAL GERAL DE CONSULTAS	2.064	1.932	2.379	2.035	-	-	-	-	-	-	-	-	8.410
MÉDIA DIÁRIA	66,56	69,00	76,74	67,83	-	-	-	-	-	-	-	-	23,04
2.7. ATIVIDADES SOCIAIS													
2.7.1. SERVIÇO SOCIAL													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	50	67	85	64	-	-	-	-	-	-	-	-	266
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	18	68	79	60	-	-	-	-	-	-	-	-	215
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	209	188	271	297	-	-	-	-	-	-	-	-	965
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	29	60	94	63	-	-	-	-	-	-	-	-	247
UTI PEDIÁTRICA	60	85	110	103	-	-	-	-	-	-	-	-	358
QUIMIOTERAPIA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
UAI	16	17	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-	63
AMBULATÓRIO	553	492	507	361	-	-	-	-	-	-	-	-	1.913
TOTAL ATENDIMENTO ASSISTENCIAL	935	905	1.161	966	-	-	-	-	-	-	-	-	4.028
3. S.A.D.T - SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO													
3.1 RADIOLOGIA													
3.1.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTE INTERNO													
UTI PEDIÁTRICA	90	121	111	125	-	-	-	-	-	-	-	-	447
UAI	143	108	134	126	-	-	-	-	-	-	-	-	511
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	22	12	14	20	-	-	-	-	-	-	-	-	68
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	7	3	3	12	-	-	-	-	-	-	-	-	25
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	15	20	32	54	-	-	-	-	-	-	-	-	127
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	6	7	18	8	-	-	-	-	-	-	-	-	39
CENTRO CIRÚRGICO	24	31	38	21	-	-	-	-	-	-	-	-	114
AMBULATÓRIO	4	2	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	11
QUIMIOTERAPIA	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL	311	311	352	370	-	-	-	-	-	-	-	-	1.344
MÉDIA DIÁRIA	10,03	11,11	11,35	12,33	-	-	-	-	-	-	-	-	44,83
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	1.564	1.579	1.106	-	-	-	-	-	-	-	-	5.702
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	1.045	853	1.015	825	-	-	-	-	-	-	-	-	3.738
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	4.955	4.598	5.382	5.681	-	-	-	-	-	-	-	-	20.616
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	1.295	1.922	1.841	1.646	-	-	-	-	-	-	-	-	6.694
UAI	2.226	2.199	2.471	2.608	-	-	-	-	-	-	-	-	9.504
CENTRO CIRÚRGICO	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
AMBULATÓRIO	4.144	3.093	4.253	3.598	-	-	-	-	-	-	-	-	15.088
UTI PEDIÁTRICA	2.927	3.396	3.598	3.176	-	-	-	-	-	-	-	-	13.095
TOTAL - EXAMES DE LABORATÓRIO INTERNOS + EXTERNOS	18.035	17.629	20.123	18.640	-	-	-	-	-	-	-	-	74.432
MÉDIA DIÁRIA	581,8	629,6	649,3	621,3	-	-	-	-	-	-	-	-	203,9
3.3 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA													
3.3.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	27	15	11	13	-	-	-	-	-	-	-	-	66
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	9	7	13	5	-	-	-	-	-	-	-	-	34
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	26	42	43	31	-	-	-	-	-	-	-	-	144
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	8	13	11	8	-	-	-	-	-	-	-	-	40
UTI PEDIÁTRICA	16	11	25	9	-	-	-	-	-	-	-	-	61
UAI	5	7	18	22	-	-	-	-	-	-	-	-	52
AMBULATÓRIO	24	43	26	21	-	-	-	-	-	-	-	-	110
TOTAL - EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	117	138	149	109	-	-	-	-	-	-	-	-	513
MÉDIA DIÁRIA	3,77	4,93	4,81	3,63	-	-	-	-	-	-	-	-	1,41
3.4 ULTRASSONOGRAFIA													
3.4.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS													
UTI PEDIÁTRICA	15	24	17	25	-	-	-	-	-	-	-	-	81
UAI	10	17	14	3	-	-	-	-	-	-	-	-	44
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	8	5	4	7	-	-	-	-	-	-	-	-	25
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	3	5	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	15
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	32	30	37	33	-	-	-	-	-	-	-	-	132
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	9	18	11	11	-	-	-	-	-	-	-	-	47
CENTRO CIRÚRGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATÓRIO	54	51	47	61	-	-	-	-	-	-	-	-	213
TOTAL	131	149	133	144	-	-	-	-	-	-	-	-	557
3.5 ECOCARDIOGRAMA													
3.5.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS													
UTI PEDIÁTRICA	8	8	13	10	-	-	-	-	-	-	-	-	39
UAI	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867DB4.0D1D0C.A0A01E6DB5DE273F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	3	8	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	18
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	4	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	12
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	11	14	22	9	-	-	-	-	-	-	-	-	56
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	4	6	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	18
CENTRO CIRURGICO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
AMBULATORIO	6	4	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	17
TOTAL	32	45	53	30	-	-	-	-	-	-	-	-	160
3.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA													
3.6.1 EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNOS													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	12	12	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	34
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	5	3	4	7	-	-	-	-	-	-	-	-	19
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	16	26	21	7	-	-	-	-	-	-	-	-	70
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	7	6	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	21
UTI PEDIATRICA	1	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	9
UAI / AMBULATORIO	12	26	30	24	-	-	-	-	-	-	-	-	92
TOTAL	53	77	70	45	-	-	-	-	-	-	-	-	245
3.7 RADIOTERAPIA													
3.7.1 NÚMERO DE PACIENTES - POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	-	5	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	5	11	1	16	-	-	-	-	-	-	-	-	33
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	-	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3
UTI PEDIATRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATORIO	102	24	107	64	-	-	-	-	-	-	-	-	297
TOTAL	107	47	110	85	-	-	-	-	-	-	-	-	349
MÉDIA DIÁRIA	3,45	1,52	3,67	2,74	-	-	-	-	-	-	-	-	0,96
3.8 QUIMIOTERAPIA													
3.8.1 INFUSÕES QUIMIOTERÁPICAS - POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	80	93	114	97	-	-	-	-	-	-	-	-	384
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	715	490	581	516	-	-	-	-	-	-	-	-	2.302
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	294	276	442	257	-	-	-	-	-	-	-	-	1.269
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	56	128	98	105	-	-	-	-	-	-	-	-	387
UTI PEDIATRICA	75	88	42	27	-	-	-	-	-	-	-	-	233
UAI	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4
AMBULATORIO	1.364	1.550	1.801	1.497	-	-	-	-	-	-	-	-	6.142
TOTAL	2.588	2.735	2.678	2.503	-	-	-	-	-	-	-	-	10.731
MÉDIA DIÁRIA	84,45	97,68	92,74	83,43	-	-	-	-	-	-	-	-	358,31
3.8.2 QUIMIOTERAPIA POR UNIDADE - POR PACIENTE/DIA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	50	48	50	35	-	-	-	-	-	-	-	-	183
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	257	198	199	193	-	-	-	-	-	-	-	-	847
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	164	146	168	160	-	-	-	-	-	-	-	-	638
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	31	69	66	70	-	-	-	-	-	-	-	-	246
UTI PEDIATRICA	63	48	23	20	-	-	-	-	-	-	-	-	154
UAI	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
AMBULATORIO	910	1.202	1.000	917	-	-	-	-	-	-	-	-	4.038
TOTAL	1.481	1.727	1.516	1.396	-	-	-	-	-	-	-	-	6.034
MÉDIA DIÁRIA	47,13	61,68	48,97	46,27	-	-	-	-	-	-	-	-	16,70
3.8.3 PACIENTE/DIA DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL - POR MUNICIPIO													
ABAETETUBA	29	28	33	68	-	-	-	-	-	-	-	-	158
ABEL FIGUEIREDO	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
ACARA	5	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
AFUA	14	19	5	6	-	-	-	-	-	-	-	-	44
AGUA AZUL DO NORTE	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ALMEIRIM	7	19	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	32
ALTAMIRA	23	1	11	15	-	-	-	-	-	-	-	-	50
ANAJAS	2	1	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	12
ANANINDEUA	68	80	105	110	-	-	-	-	-	-	-	-	363
ANAPU	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
APEGUTIAS	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
APILARANAL DO JARI	1	4	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20
APIMACAPA	43	40	40	31	-	-	-	-	-	-	-	-	154
APIPIAPOQUE	-	4	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	14
APISANTANA	18	26	14	12	-	-	-	-	-	-	-	-	70
AUGUSTO CORREA	23	29	13	7	-	-	-	-	-	-	-	-	72
AURORA DO PARA	5	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
BAGRE	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12
BARCARENA	18	38	18	18	-	-	-	-	-	-	-	-	90
BELEM	210	268	234	224	-	-	-	-	-	-	-	-	936
BENEVIDES	3	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	11
BRAGANCA	19	36	11	15	-	-	-	-	-	-	-	-	81

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
BRASIL NOVO	3	10	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	21
BREU BRANCO	2	2	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	14
BREVES	20	13	15	25	-	-	-	-	-	-	-	-	73
BUJARU	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CACHOEIRA DO ARARI	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
CAMETA	3	8	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	30
CAPANEMA	23	40	18	23	-	-	-	-	-	-	-	-	104
CAPITAO POCO	6	26	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	40
CASTANHAL	31	51	30	35	-	-	-	-	-	-	-	-	162
CURRALINHO	17	21	15	17	-	-	-	-	-	-	-	-	70
CONCORDIA DO PARA	2	4	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	18
CURUÇA	5	30	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38
FLORESTA DO ARAGUAIA	2	2	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	9
GARRAFAO DO NORTE	20	5	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	33
GOIANESIA DO PARA	4	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
IGARAPE AÇU	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
IMPERATRIZ DO PARA	3	6	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	17
ITUPIRANGA	15	3	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	28
JACUNDA	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
LIMOEIRO DO AJURU	3	1	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	12
MAE DO RIO	3	2	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	11
MARABA	30	43	53	44	-	-	-	-	-	-	-	-	179
MARACANA	4	3	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	15
MARITUBA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MEDICILANDIA	2	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
MOCAJUBA	24	28	10	18	-	-	-	-	-	-	-	-	80
MUANA	-	-	3	12	-	-	-	-	-	-	-	-	15
NOVA ESPERANÇA DO PIRIA	13	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	16
NOVO REPARTIMENTO	3	1	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	10
OURIM	16	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37
OURILANDIA DO NORTE	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
PARAGOMINAS	16	33	20	13	-	-	-	-	-	-	-	-	82
PARAUAPEBAS	17	9	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	34
PICARRA	9	20	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-	38
PONTA DE PEDRAS	3	9	7	5	-	-	-	-	-	-	-	-	24
PORTEL	-	5	7	1	-	-	-	-	-	-	-	-	13
PORTO DE MOZ	4	-	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	10
PRIMAVERA	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
QUATIPURU	3	2	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	12
REDENCAO	1	5	14	6	-	-	-	-	-	-	-	-	26
SALVATERRA	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SANTA BARBARA	3	4	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	12
SANTA ISABEL DO PARA	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SANTA MARIA DO PARA	6	4	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	14
SANTANA DO ARAGUAIA	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SANTO ANTONIO DO TAUA	13	27	12	7	-	-	-	-	-	-	-	-	59
SAO CAETANO DE ODIVELAS	2	3	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	12
SAO FELIX DO XINGU	2	6	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	18
SAO GERALDO DO ARAGUAIA	-	-	6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	8
SAO MIGUEL DO GUAMA	22	30	26	22	-	-	-	-	-	-	-	-	99
SAPUCAIA	-	-	16	10	-	-	-	-	-	-	-	-	26
SENADOR JOSE PORFIRIO	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SOURE	-	5	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	15
TAILANDIA	21	34	15	14	-	-	-	-	-	-	-	-	84
TOME-AÇU	5	-	11	2	-	-	-	-	-	-	-	-	18
TRACUATEUA	-	2	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	8
TUCURUI	4	33	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	61
URUARA	3	3	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	15
VIGIA	6	22	6	8	-	-	-	-	-	-	-	-	42
VISEU	5	21	15	13	-	-	-	-	-	-	-	-	54
XINGUARA	3	2	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	15
TOTAL	316	1.202	1.000	917	-	-	-	-	-	-	-	-	4.435
3.3.4. QUIMIOTERAPIA - PACIENTE AMBULATORIAL - POR FAIXA ETARIA													
DE 0 A 2 ANOS	75	160	121	107	-	-	-	-	-	-	-	-	463
DE 3 A 5 ANOS	200	276	264	226	-	-	-	-	-	-	-	-	966
DE 6 A 8 ANOS	245	237	217	178	-	-	-	-	-	-	-	-	877
DE 9 A 11 ANOS	127	157	122	109	-	-	-	-	-	-	-	-	525
DE 12 A 14 ANOS	129	147	144	127	-	-	-	-	-	-	-	-	547
DE 15 A 17 ANOS	110	160	109	156	-	-	-	-	-	-	-	-	543
DE 18 A 19 ANOS	22	35	23	14	-	-	-	-	-	-	-	-	94
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	316	1.202	1.000	917	-	-	-	-	-	-	-	-	4.435
TOTAL - ABSENTEISMO DE QUIMIOTERAPIA	27	54	37	26	-	-	-	-	-	-	-	-	144

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 88670B4_9DC1_19DC_AA049EE6DB5E273F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
TOTAL - PACIENTES ATENDIDOS	1.461	1.727	1.518	1.338	-	-	-	-	-	-	-	-	6.044
TOTAL - INFUSÃO QUIMIOTERÁPICAS	2.618	2.733	2.476	2.603	-	-	-	-	-	-	-	-	10.731
MÉDIA DIÁRIA DE INFUSÕES QUIMIOTERÁPICAS	84,45	97,68	92,74	83,43	-	-	-	-	-	-	-	-	29,40
MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES ATENDIDOS	47,13	61,68	48,97	46,27	-	-	-	-	-	-	-	-	16,70
3.3 EXAMES DE CINTILOGRAFIA													
3.3.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNO													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1 º ANDAR (LADO A)	-	5	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	7
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2º ANDAR	5	7	6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	22
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3º ANDAR	3	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	7
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATÓRIO	15	6	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	39

Gilvania Oliveira da Silva
Diretora Adm. Financeira
HOPP Pró-Saúde

Identificador de autenticação: 8867084.0DC1.90C.AA049EE6DB5CE273F3
Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL
TOTAL	24	22	20	13	-	-	-	-	-	-	-	-	79
MEDIA DIARIA	0,77	0,79	0,65	0,43	-	-	-	-	-	-	-	-	0,22
3.10 HEMOTERAPIA													
3.10.1. NÚMERO DE BOLSAS DE SANGUE POR UNIDADE													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	19	8	24	11	-	-	-	-	-	-	-	-	62
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR	93	92	106	137	-	-	-	-	-	-	-	-	427
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3* ANDAR	24	47	26	23	-	-	-	-	-	-	-	-	120
UTI PEDIATRICA	105	144	135	150	-	-	-	-	-	-	-	-	534
CENTRO CIRURGICO	-	5	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	14
UAI /AMBULATORIO	43	19	48	39	-	-	-	-	-	-	-	-	149
TOTAL	284	319	342	365	-	-	-	-	-	-	-	-	1.310
MEDIA DIARIA	9,16	11,39	11,03	12,17	-	-	-	-	-	-	-	-	3,59
3.11 TERAPIA OCUPACIONAL													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	21	29	39	31	-	-	-	-	-	-	-	-	120
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	55	44	59	49	-	-	-	-	-	-	-	-	204
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR	84	78	98	83	-	-	-	-	-	-	-	-	343
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3* ANDAR	42	35	41	36	-	-	-	-	-	-	-	-	144
UTI PEDIATRICA	16	20	28	22	-	-	-	-	-	-	-	-	84
QUIMIOTERAPIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE SESSÕES	218	196	260	221	-	-	-	-	-	-	-	-	895
MEDIA DIARIA	7,03	7,00	8,39	7,37	-	-	-	-	-	-	-	-	2,45
3.12 FISIOTERAPIA													
3.12.1. AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPIA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	27	21	34	35	-	-	-	-	-	-	-	-	117
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	62	40	53	42	-	-	-	-	-	-	-	-	197
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR	61	37	50	53	-	-	-	-	-	-	-	-	201
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3* ANDAR	23	22	31	26	-	-	-	-	-	-	-	-	102
UTI PEDIATRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	163	120	173	161	-	-	-	-	-	-	-	-	617
MEDIA DIARIA	5,26	4,29	5,58	5,37	-	-	-	-	-	-	-	-	1,69
3.12.2. SESSÕES DE FISIOTERAPIA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1 * ANDAR (LADO A)	429	427	446	477	-	-	-	-	-	-	-	-	1.779
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	259	220	291	222	-	-	-	-	-	-	-	-	992
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR	827	721	862	842	-	-	-	-	-	-	-	-	3.272
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3* ANDAR	303	276	323	255	-	-	-	-	-	-	-	-	1.157
UTI PEDIATRICA	709	723	800	659	-	-	-	-	-	-	-	-	2.891
UAI	3	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	8
TOTAL	2.530	2.367	2.744	2.458	-	-	-	-	-	-	-	-	10.129
MEDIA DIARIA	81,61	84,54	88,52	82,93	-	-	-	-	-	-	-	-	27,76
3.13 SERVIÇO DE PSICOLOGIA													
3.13.1. ATENDIMENTO POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO A)	309	206	274	240	-	-	-	-	-	-	-	-	1.029
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	139	132	199	136	-	-	-	-	-	-	-	-	606
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR	534	524	561	440	-	-	-	-	-	-	-	-	2.059
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3* ANDAR	225	92	229	193	-	-	-	-	-	-	-	-	739
UTI PEDIATRICA	201	237	238	240	-	-	-	-	-	-	-	-	916
UAI	24	7	31	21	-	-	-	-	-	-	-	-	83
AMBULATORIO	26	79	60	45	-	-	-	-	-	-	-	-	210
TOTAL	1.457	1.277	1.591	1.315	-	-	-	-	-	-	-	-	5.640
MEDIA DIARIA	47,00	45,61	51,32	43,83	-	-	-	-	-	-	-	-	15,45
3.14 FONOAUDIOLOGIA													
3.14.1. ATENDIMENTOS POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO A)	73	46	84	65	-	-	-	-	-	-	-	-	268
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	60	42	60	42	-	-	-	-	-	-	-	-	204
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR	60	48	90	69	-	-	-	-	-	-	-	-	267
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3* ANDAR	60	34	58	37	-	-	-	-	-	-	-	-	179
UTI PEDIATRICA	45	39	42	30	-	-	-	-	-	-	-	-	156
UAI / AMBULATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
QUIMIOTERAPIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	308	193	334	243	-	-	-	-	-	-	-	-	1.076
MEDIA DIARIA	9,94	7,11	10,81	8,10	-	-	-	-	-	-	-	-	2,97
3.15 ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA/BRONCOSCOPIA													
3.15.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNO													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1* ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2* ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 886708A7 9DC1 90C A049 9E6B B5CE 273F 8

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMULA
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AMBULATORIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
MEDIA DIARIA	-	-	-	0,07	-	-	-	-	-	-	-	-	0,01
3.16 EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA													
3.16.1. EXAMES POR UNIDADE - PACIENTES INTERNO E AMBULATÓRIO													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	4	11	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	22
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	2	6	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	13
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	8	35	21	19	-	-	-	-	-	-	-	-	84
UTI PEDIÁTRICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UAI	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL	16	63	26	26	-	-	-	-	-	-	-	-	131
MEDIA DIÁRIA	0,52	2,25	0,84	0,87	-	-	-	-	-	-	-	-	0,36
3.17 HEMODIALISE - PACIENTE INTERNADO													
3.17.1. SESSÃO DE HEMODIALISE - POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UTI PEDIÁTRICA	-	30	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	37
AMBULATÓRIO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	-	30	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	37
MEDIA DIARIA	-	1,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1
3.18. BIOPSIAS PACIENTE INTERNADO - POR TIPO													
BIOPSIA MEDULAR	14	16	21	10	-	-	-	-	-	-	-	-	61
BIOPSIA DE PELE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL DE BIOPSIAS	14	16	21	10	-	-	-	-	-	-	-	-	61
3.18.1. BIOPSIA PACIENTE INTERNADO - POR CLINICA													
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO A)	1	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 1º ANDAR (LADO B)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 2º ANDAR	3	4	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	14
CLINICA ONCOLOGICA PEDIATRICA - UI 3º ANDAR	2	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
UTI PEDIÁTRICA	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
AMBULATÓRIO	8	6	12	7	-	-	-	-	-	-	-	-	33
CENTRO CIRURGICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	14	16	21	10	-	-	-	-	-	-	-	-	61
MEDIA DIARIA	0,5	0,6	0,7	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0
3.19.2 TOTAL S.A.D.T POR TIPO													
3.1 RADIOLOGIA	311	311	392	370	-	-	-	-	-	-	-	-	1.344
3.2 EXAMES LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLINICAS	18.035	17.829	20.128	18.640	-	-	-	-	-	-	-	-	74.432
3.3 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	117	138	149	109	-	-	-	-	-	-	-	-	513
3.4 ULTRASSONOGRAFIA	131	149	133	144	-	-	-	-	-	-	-	-	557
3.5 ECOCARDIOGRAMA	32	45	53	36	-	-	-	-	-	-	-	-	166
3.6 RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	53	77	70	45	-	-	-	-	-	-	-	-	245
3.7 RADIOTERAPIA	107	47	110	85	-	-	-	-	-	-	-	-	349
3.8 QUIMIOTERAPIA	2.616	2.736	2.875	2.503	-	-	-	-	-	-	-	-	10.731
3.9 EXAMES DE CINTILOGRAFIA	24	22	20	13	-	-	-	-	-	-	-	-	79
3.10 HEMOTERAPIA	284	319	342	365	-	-	-	-	-	-	-	-	1.310
3.11 TERAPIA OCUPACIONAL	218	196	260	221	-	-	-	-	-	-	-	-	895
3.12 FISIOTERAPIA	2.630	2.367	2.744	2.488	-	-	-	-	-	-	-	-	10.129
3.13 SERVIÇO DE PSICOLOGIA	1.457	1.277	1.591	1.315	-	-	-	-	-	-	-	-	5.640
3.14 FONOAUDIOLOGIA	309	199	335	243	-	-	-	-	-	-	-	-	1.086
3.15 ENDOSCOPIA/COLONOSCOPIA/BRONCOSCOPIA	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2
3.16 EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA	16	63	26	26	-	-	-	-	-	-	-	-	131
3.17 HEMODIALISE - PACIENTE INTERNADO	-	30	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	37
3.18 EXAMES DE ANATOMIO PATOLÓGICO	53	56	70	42	-	-	-	-	-	-	-	-	221
3.19 BIOPSIAS	14	16	21	10	-	-	-	-	-	-	-	-	61
TOTAL GERAL DE EXAMES	25.385	25.675	29.282	26.661	-	-	-	-	-	-	-	-	107.927
4. SERVIÇO DE APOIO													
4.1. NUTRIÇÃO E DIETÉTICA													
4.1.1. REFEIÇÕES SERVIDAS POR TIPO													
DESEJUM	4.939	4.449	4.951	4.435	-	-	-	-	-	-	-	-	18.783
LANCHE MANHÃ	6.487	5.906	6.616	6.061	-	-	-	-	-	-	-	-	25.069
ALMOÇO	4.912	4.420	4.928	4.248	-	-	-	-	-	-	-	-	18.508
LANCHE TARDE	6.737	5.865	6.775	6.248	-	-	-	-	-	-	-	-	25.631

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867084.0001.9001A049EE6DB5CE273F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
CEIA	1.943	1.688	1.986	1.810	-	-	-	-	-	-	-	-	7.207
JANTAR	5.112	4.468	5.109	4.619	-	-	-	-	-	-	-	-	19.308
SUPLEMENTO NUTRICIONAL	596	364	491	701	-	-	-	-	-	-	-	-	2.052
DIETA ENTERAL	492	497	677	664	-	-	-	-	-	-	-	-	2.330
LACTÁRIO - MAMADEIRAS	214	120	78	212	-	-	-	-	-	-	-	-	694
TOTAL	31.452	27.748	31.604	28.756	-	-	-	-	-	-	-	-	119.560
MÉDIA DIÁRIA	1.013,9	991,0	1.019,5	958,9	-	-	-	-	-	-	-	-	327,6
4.1.2. REFEIÇÕES SERVIDAS POR UNIDADE													
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1° ANDAR (LADO A)	4.302	3.892	4.053	3.486	-	-	-	-	-	-	-	-	15.743
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 1° ANDAR (LADO B)	3.404	2.819	3.607	2.543	-	-	-	-	-	-	-	-	12.173
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 2° ANDAR	9.894	8.410	9.962	9.777	-	-	-	-	-	-	-	-	38.051
CLÍNICA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA - UI 3° ANDAR	3.536	3.123	3.272	2.868	-	-	-	-	-	-	-	-	12.799
UTI PEDIÁTRICA	1.921	1.635	1.821	1.711	-	-	-	-	-	-	-	-	7.188
UAI	1.444	1.223	1.893	1.671	-	-	-	-	-	-	-	-	6.231
AMBULATÓRIO	209	239	480	381	-	-	-	-	-	-	-	-	1.349
QUIMIOTERAPIA	1.188	1.095	1.058	996	-	-	-	-	-	-	-	-	4.337
MÉDICOS	1.110	1.240	1.171	1.125	-	-	-	-	-	-	-	-	4.646
COLABORADOR	4.364	4.264	4.171	4.268	-	-	-	-	-	-	-	-	17.067
TOTAL	31.452	27.748	31.604	28.756	-	-	-	-	-	-	-	-	119.560
MÉDIA REFEIÇÕES SERVIDAS	1.013,9	991,0	1.019,5	958,9	-	-	-	-	-	-	-	-	327,6
4.2. PROCESSAMENTO DE ROUPA													
4.2.1. KG ROUPA ENCAMINHADA PARA LAVAGEM													
REMOVAL / KG	7.269	6.435	7.626	7.001	-	-	-	-	-	-	-	-	28.351
RELAVE	267	234	305	269	-	-	-	-	-	-	-	-	1.074
MOPS	1.147	995	1.261	1.214	-	-	-	-	-	-	-	-	4.617
TOTAL	8.703	7.664	9.192	8.484	-	-	-	-	-	-	-	-	34.042
4.3. MANUTENÇÃO													
4.3.1 REPAROS													
OS CONCLUÍDAS	288	270	293	258	-	-	-	-	-	-	-	-	1.109
OS NÃO CONCLUÍDAS	10	7	18	20	-	-	-	-	-	-	-	-	55
TOTAL	298	277	311	278	-	-	-	-	-	-	-	-	1.164
MÉDIA DIÁRIA	9,56	9,89	10,03	9,20	-	-	-	-	-	-	-	-	3,18
4.4. TI													
4.4.1 REPAROS													
TOTAL DE OS CONCLUÍDAS	243	367	383	318	-	-	-	-	-	-	-	-	1.411
MÉDIA DIÁRIA	11,00	13,62	11,71	10,60	-	-	-	-	-	-	-	-	3,87
4.5. HORAS TRABALHADAS - ENGENHARIA CLÍNICA													
ENGENHEIRO CLÍNICO	220	220	220	220	-	-	-	-	-	-	-	-	880
COORD. TECNÓLOGO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	220	220	220	220	-	-	-	-	-	-	-	-	880
MÉDIA DIÁRIA	7,10	7,86	7,10	7,33	-	-	-	-	-	-	-	-	2,41
4.6. COPIAS													
TOTAL DE COPIAS NO PERÍODO	141.842	163.191	131.194	143.743	-	-	-	-	-	-	-	-	580.170
MÉDIA DIÁRIA	4.576	5.828	4.245	4.791	-	-	-	-	-	-	-	-	1.590,35
5.1. DEPARTAMENTO - PESSOAL													
5.1.1. FUNCIONÁRIOS EXISTENTES - PESSOAL PRÓPRIO													
ADMINISTRAÇÃO	126	125	122	124	-	-	-	-	-	-	-	-	497
PCD	10	10	10	11	-	-	-	-	-	-	-	-	41
APRENDIZ ADMINISTRATIVO	11	10	10	9	-	-	-	-	-	-	-	-	40
ENFERMEIROS (AS)	66	66	67	67	-	-	-	-	-	-	-	-	266
TÉCNICOS ENFERMAGEM	183	184	187	186	-	-	-	-	-	-	-	-	740
AUXILIARES ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
EQUIPE DE APOIO - (MULTIDISCIPLINAR)	35	35	35	36	-	-	-	-	-	-	-	-	141
SADT'S	19	20	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-	79
AGENTES DE PORTARIA	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	40
SND	26	26	26	26	-	-	-	-	-	-	-	-	104
SHL	46	46	46	58	-	-	-	-	-	-	-	-	196
SERV. PROCESSAM. ROUPA - SPR	4	5	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	19
MANUTENÇÃO	7	7	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	28
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	543	548	547	554	-	-	-	-	-	-	-	-	2.192
5.1.2. FUNCIONÁRIOS EXISTENTES - PESSOAL CEDIDOS													

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 88670B2-9DC1-196C-A049-E6B6-5CE213F3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
ADMINISTRAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENFERMEIROS (AS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TECNICOS ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AUXILIARES ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SADT'S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SND	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LIMPEZA E HIGIENE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERV. PROCESSAM. ROUPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MANUTENÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5.1.3. FUNCIONARIO EXISTENTES - PESSOAL TERCEIRIZADOS													
ADMINISTRAÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ENFERMEIROS (AS)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TECNICOS ENFERMAGEM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TECNICO RADIOLOGIA	3	3	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DENTISTA	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SADT'S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
SND	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LIMPEZA E HIGIENE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SERV. PROCESSAM. ROUPA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MANUTENÇÃO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL 1	5	4	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1
MEDICOS	100	102	104	107	-	-	-	-	-	-	-	-	411
FISIOTERAPEUTA	8	9	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	35
SUB-TOTAL 2	108	109	113	116	-	-	-	-	-	-	-	-	446
TOTAL GERAL	113	113	116	119	-	-	-	-	-	-	-	-	447
5.1.4. FUNCIONÁRIOS EXISTENTES - CLT													
ADMINISTRAÇÃO	126	125	122	124	-	-	-	-	-	-	-	-	497
PCD	10	10	10	11	-	-	-	-	-	-	-	-	41
APRENDIZ ADMINISTRATIVO	11	10	10	9	-	-	-	-	-	-	-	-	40
ENFERMEIROS (AS)	66	66	67	67	-	-	-	-	-	-	-	-	266
TECNICOS ENFERMAGEM	183	184	187	186	-	-	-	-	-	-	-	-	740
SADT'S	19	20	20	20	-	-	-	-	-	-	-	-	79
EQUIPE DE APOIO - (MULTIDISCIPLINAR)	35	35	36	36	-	-	-	-	-	-	-	-	141
AGENTES DE PORTARIA	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	40
SND	26	26	25	26	-	-	-	-	-	-	-	-	104
LIMPEZA E HIGIENE	46	48	48	53	-	-	-	-	-	-	-	-	195
SERV. PROCESSAM. ROUPA	4	5	5	6	-	-	-	-	-	-	-	-	19
MANUTENÇÃO	7	7	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	28
OUTROS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL 1	543	546	547	554	-	-	-	-	-	-	-	-	2.192
MEDICOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
FISIOTERAPEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TECNICOS ENGENHARIA CLINICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TECNICOS RADIOLOGIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DENTISTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SUB-TOTAL 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL GERAL	543	546	547	554	-	-	-	-	-	-	-	-	2.192
5.1.5. GRAU DE INSTRUÇÃO													
PÓS-GRADUAÇÃO	10	10	10	11	-	-	-	-	-	-	-	-	3
SUPERIOR	132	132	132	132	-	-	-	-	-	-	-	-	44
SUPERIOR INCOMPLETO	10	9	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	3
2º GRAU	384	390	389	386	-	-	-	-	-	-	-	-	130
2º GRAU INCOMPLETO	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1º GRAU	2	3	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
1º GRAU INCOMPLETO	3	2	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	1
SEM INSTRUÇÕES	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	543	546	547	554	-	-	-	-	-	-	-	-	183
5.1.6. NOTICES DO DEPTO. PESSOAL													
FUNCIONARIOS EM FÉRIAS	32,00	20,00	3,00	22,00	-	-	-	-	-	-	-	-	77
FUNCIONÁRIO DE LICENÇAS/AFASTAMENTOS	28,00	31,00	35,00	36,00	-	-	-	-	-	-	-	-	131
ADMISSÕES	12,00	17,00	6,00	25,00	-	-	-	-	-	-	-	-	60
DEMISSÕES	25,00	8,00	6,00	18,00	-	-	-	-	-	-	-	-	57
Nº DE FUNCIONARIOS/MÊS	543,00	546,00	547,00	554,00	-	-	-	-	-	-	-	-	183
TOTAL DE FALTAS EM DIAS	34,00	36,00	33,00	36,00	-	-	-	-	-	-	-	-	139
INDICE DE ABSENTEISMO	6,6%	6,3%	0,03%	0,04	-	-	-	-	-	-	-	-	0
HORAS EXTRAS	566,83	608,82	681,94	666,97	-	-	-	-	-	-	-	-	2.715
ATRASO EM HORAS	280,26	332,46	310,90	386,15	-	-	-	-	-	-	-	-	1.060
INDICE DE FUNCIONÁRIOS HOSPLEITO	6,1	6,2	6,1	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	6,5

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 8867084.0DC1.9DC1.AA049EE6.D0E2.7C4B
ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ACUMUL.
INDICE DE FUNCIONARIOS HOSPITALIZADO OCUPADO													
INDICE DE ROTATIVIDADE	6,1	6,2	5,1	6,2	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
% DO PESSOAL - ADM	3,4	2,3	1,1	3,9	-	-	-	-	-	-	-	-	32,0
% DO PESSOAL - ENFERMAGEM	27,1	25,9	26,0	26,0	-	-	-	-	-	-	-	-	22,7
% DO PESSOAL - S.A.D.T	45,9	45,9	46,4	45,7	-	-	-	-	-	-	-	-	48,0
% DO PESSOAL - APOIO	3,5	3,6	3,7	3,6	-	-	-	-	-	-	-	-	3,6
TOTAL %	17,1	17,5	15,7	16,4	-	-	-	-	-	-	-	-	16,8
TOTAL PESSOAL DE SERVIÇO TERCEIRIZADOS	93,55	93,61	91,77	91,70	-	-	-	-	-	-	-	-	86,00
OUTROS NÃO EMPREGADOS	113	113	115	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
% FUNC. NECESSIDADES ESPECIAIS	10	10	10	11	-	-	-	-	-	-	-	-	41
	1,8	1,8	1,8	2,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9
6.1.7. EDUCAÇÃO													
CURSOS MINISTRADOS - (INTERNOS)													
HORAS DE TREINAMENTOS	30	45	48	31	-	-	-	-	-	-	-	-	154
PARTICIPANTE DE CURSOS INTERNOS	57:10:00	217:27:00	112:53:00	101:450:00	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Nº DE CURSOS MINISTRADOS - (EXTERNOS)	1.057	875	1.028	1.284	-	-	-	-	-	-	-	-	4.245
PARTICIPANTES DE CURSOS EXTERNOS	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
6. INDICADORES GERAIS													
MÉDIA DE LEITOS													
MÉDIA DIÁRIA DE PACIENTES - DIA	89,00	89,00	89,00	89,00	-	-	-	-	-	-	-	-	29,67
PORCENTAGEM GERAL DE OCUPAÇÃO	74,45	70,57	73,65	69,73	-	-	-	-	-	-	-	-	23,72
MÉDIA GERAL DE PACIENTES-DIA	83,65	78,23	82,75	78,35	-	-	-	-	-	-	-	-	81,09
MÉDIA GERAL DE PERMANÊNCIA	74,45	70,57	73,65	69,73	-	-	-	-	-	-	-	-	288,40
MÉDIA DIÁRIA GERAL CIRURG. INTERNAS	15,70	17,33	16,31	14,43	-	-	-	-	-	-	-	-	15,86
INDICE GERAL DE GIRO DE LEITOS	0,84	1,23	1,08	1,27	-	-	-	-	-	-	-	-	0,41
INTERVALO/SUBSTITUIÇÕES DE LEITOS	1,65	1,28	1,57	1,83	-	-	-	-	-	-	-	-	1,53
TAXA DE INFECÇÃO HOSPITALAR	3,07	4,56	3,40	3,99	-	-	-	-	-	-	-	-	3,71
TAXA MORTALIDADE GLOBAL	11,22	8,11	7,91	6,34	-	-	-	-	-	-	-	-	2,48
TAXA MORTALIDADE INSTITUCIONAL	5,44	7,89	5,71	8,97	-	-	-	-	-	-	-	-	6,98
TAXA MORTALIDADE OPERATÓRIA	4,76	7,02	5,00	7,59	-	-	-	-	-	-	-	-	6,96
TAXA MORTALIDADE NÃO INSTITUCIONAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	0,68	0,59	0,71	1,38	-	-	-	-	-	-	-	-	0,92
6.1. S.A.D.T													
MÉDIA DIÁRIA DE RAIO-X	10,03	11,11	11,35	12,33	-	-	-	-	-	-	-	-	44,83
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES LABORATÓRIO	582	630	649	691	-	-	-	-	-	-	-	-	203,92
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES TOMOGRAFIA	3,77	4,93	4,01	3,53	-	-	-	-	-	-	-	-	1,41
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES ECOCARDIOGRAMA	1,03	1,51	1,71	1,20	-	-	-	-	-	-	-	-	0,45
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	1,21	2,75	2,26	1,50	-	-	-	-	-	-	-	-	0,67
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES CINTILOGRAFIA	0,77	0,76	0,65	0,43	-	-	-	-	-	-	-	-	0,22
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES ELETROCARDIOGRAMA	0,52	2,25	0,84	0,67	-	-	-	-	-	-	-	-	0,36
MÉDIA DIÁRIA DE EXAMES ULTRASSONOGRAFIAS	4,23	5,32	4,29	4,60	-	-	-	-	-	-	-	-	1,53
6.2. APOIO													
MÉDIA DIÁRIA REFEIÇÕES SERVIDAS	1.013,9	991,0	1.019,5	959,9	-	-	-	-	-	-	-	-	332,0
MÉDIA DIÁRIA DE KG. ROUPA LAVADA	280,7	273,7	296,5	282,8	-	-	-	-	-	-	-	-	94,5
MÉDIA DIÁRIA DE REPAROS - MANUTENÇÃO	9,5	9,9	10,0	9,2	-	-	-	-	-	-	-	-	3,2
MÉDIA DIÁRIA DE CÓPIAS	4.575,5	5.828,3	4.245,0	4.791,4	-	-	-	-	-	-	-	-	1.620,8
7. INDICADORES CONTRATUAIS													
7.1. INDICADORES QUANTITATIVOS													
SAIDOS													ACUMUL.
SADT - QUIMIOTERAPIA	147	114	140	145	-	-	-	-	-	-	-	-	546
ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	2.618	2.735	2.675	2.503	-	-	-	-	-	-	-	-	10.731
CASOS NOVOS	2.004	1.932	2.379	2.035	-	-	-	-	-	-	-	-	8.410
INDICE DE SATISFAÇÃO DO USUARIO	28	29	28	34	-	-	-	-	-	-	-	-	119
	97%	97%	95%	95%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1
Nº DE DIAS DO MÊS	31	28	31	30	31	30	31	31	30	31	30	31	365

Maycon Monte
Assistente Administrativo
Custo e Estatística
Assistente de Custo PL

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

Confira a autenticidade deste documento em https://www.sistemas.pa.gov.br/validacao-protocolo
Nº do Protocolo: 2022/569666 Anexo/Sequencial: 5
Identificador de autenticação: 886708A4.0D0019DC.A0049E60B5E273E3

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR MAIS DE UM USUÁRIO (Lei 11.419/2006)
EM 10/05/2022 15:44 (Hora Local) - Aut. Última Assinatura: 9D081F571D9463C1.C1B20BC52F7A4270.BE5A6F41F29C3A4B.F841F09D58A5F5CA