

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

CONTRATO DE GESTÃO Nº 002/SESPA/2022 SESPA E ORGANIZAÇÃO SOCIAL (OS) INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH

FEVEREIRO/2026

Breves - PA, 13 de março de 2026.

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	003
2. MAPA DE PRODUÇÃO ANALÍTICO.....	004
3. PLANO ESTATÍSTICO.....	006
4. INDICADORES DE QUALIDADE (METAS FÍSICAS)	028
5. PROTOCOLO DE REMESSA.....	
6. RELATÓRIO DO SETOR FATURAMENTO.....	96
7. RELATÓRIO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU)	101
8. COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO.....	142
9. COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	146
10. COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS	171
11. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA.....	182
12. COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO	186
13. COMISSÃO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (PGRSS)	192
14. ANEXOS RELATÓRIOS E ATAS NÃO OBRIGATÓRIOS.....	197

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

1- APRESENTAÇÃO

Em atendimento ao Contrato de Gestão N° 002/SESPA/2022 entre a Secretaria de Estado de Saúde Pública - SESPA e a Organização Social de Saúde - OSS, Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano - INDSH, seguindo o modelo estabelecido pelo Grupo Técnico de Controle e Avaliação da Gestão dos Hospitais Metropolitano e Regionais - GTCAGHMR, elaboramos o presente relatório.

Serão apresentadas informações condensadas relativas ao mês de **FEVEREIRO/2026**, referentes ao Mapa de Produção Analítico; Plano Estatístico; Indicadores de Qualidade/Produção Consolidada; Controle Ambulatorial e Metas Contratuais de Consultas e Exames; Relatório Detalhado de Cirurgias; Relatório do Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU); Ata da Reunião da Comissão de Revisão de Prontuário (CRP); Relatório e Ata da Reunião da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH); Relatório e Ata da Reunião da Comissão de Revisão de Óbitos (CRO); Ata da Revisão da Comissão de Padronização, Farmácia e Terapêutica (CPFT); Ata da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPAA); Ata da Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS); Protocolo de Remessa; Relatório mensal do setor Faturamento; Relatório detalhado de Sugestões e Elogios (SAU); Relatório de Atividades do Núcleo de Educação Permanente (NEP); Relatório do Recursos Humanos (RH); Ata do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Ata da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NQSP); Ata da Comissão Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN); Ata do Comitê Transfusional; Ata da Comissão de Sustentabilidade e Ata da Comissão de Sustentabilidade.

Breves - PA, 13 de março de 2026.

(assinado eletronicamente, via PAE)
Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH
Hospital Regional Público do Marajó – HRP
Jusciely Pereira Machado
Diretora Executiva

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

MAPA DE PRODUÇÃO

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

PLANO ESTATÍSTICO

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

INDICADORES DE QUALIDADE (METAS FÍSICAS)

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

PROTOCOLO DE REMESSA

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

CNES.....: 671015-8

ESFERA ADM.....: PÚBLICO

CPF DIR. CLÍNICO: 015.467.362-55

TELEFONE.....: 37832140

<u>Nº LOTE</u>	<u>QUANTIDADE</u>	<u>ESPECIALIDADE</u>
00000001	252	01-CIRURGICO
00000002	28	02-OBSTETRICOS
00000003	66	03-CLINICOS
00000004	26	07-PEDIATRICOS

Total QTD: 372

Assinatura:

Data: 10/03/2026

Nelcilene Rocha de Lima
Lider de Faturamento
Hospital Regional Público do Marajó

Reservado à Secretaria

Motivo:

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

Integrado em: ____/____/____

Assinatura:

Matrícula:

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

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

RELATÓRIO DO SETOR FATURAMENTO

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

FATURAMENTO

Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página 1/4	
Título do Documento:	Relatório de Processamento	Data: 10/03/2026	Mês de Referência: fevereiro/2026

1. Introdução:

O setor de faturamento do Hospital Regional Público do Marajó (HRPM) apresenta neste relatório as informações referentes ao processamento de contas de Boletim de Produção Ambulatorial - (BPA) e Autorização de Internação Hospitalar – AIH, correspondentes ao mês de Fevereiro/2026.

Após análise, codificação, processamento e exportação das referidas contas, obtivemos as informações registradas nos tópicos seguintes.

2. Atividades de processamento.

Registramos o total de **352** altas de internações hospitalares, sendo **3** altas administrativas, **4** transferências externas (TFD), **1** alta a pedido e **17** registros de óbitos

Ocorreram **180** registros de atendimento na Triagem e acolhimento, tendo seu período de observação em até 24 horas, sendo **1** alta por evasão, **5** registros de óbitos.

Altas e atendimentos de Triagem e Acolhimento referente ao mês de fevereiro/2026 totalizaram **532** prontuários.

MÊS	ALTA HOSPITALAR	TRIAGEM E ACOLHIMENTO
FEVEREIRO/2026	352	180

3. Gráfico demonstrativo referente ao Processamento de Contas Ambulatoriais.

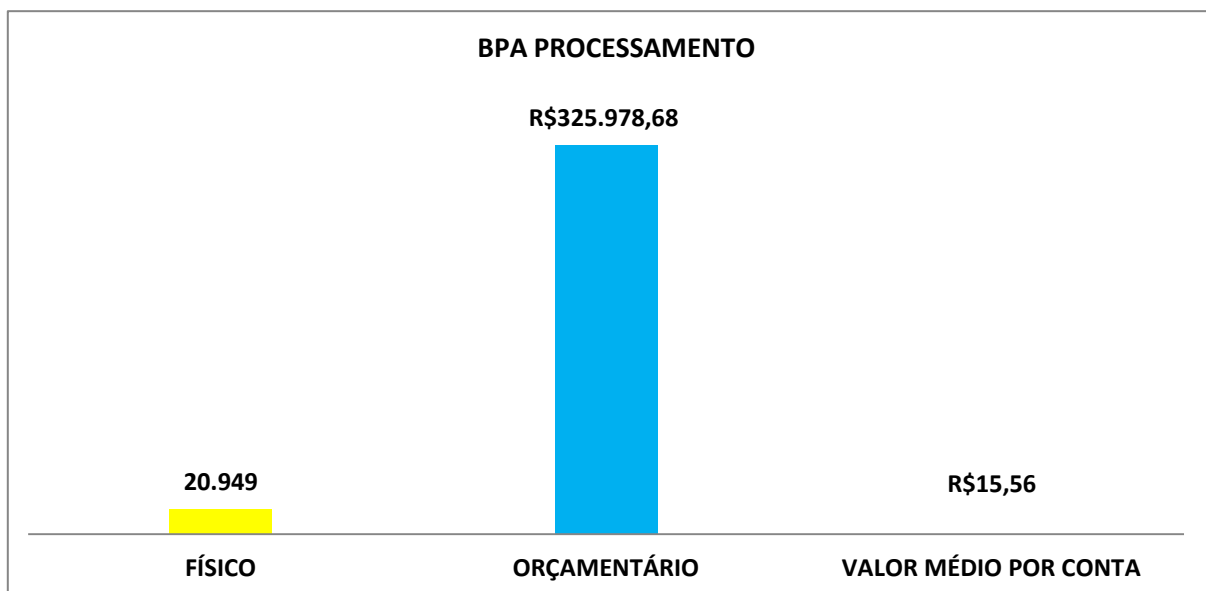
Foram analisados e processados os prontuários de contas Ambulatoriais no sistema Boletim de Produção Ambulatorial – (BPA).

3.1 Físico e Orçamentário

Encontram-se inclusos aos valores (Físico e Orçamentário) do **BPA** o procedimento de MAMOGRAFIA, alimentado no sistema SISCAN, e APAC de oftalmologia e APAC de TRS.

FATURAMENTO

Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página 2/4	
Título do Documento:	Relatório de Processamento	Data: 10/03/2026	Mês de Referência: fevereiro/2026



Destacamos os seguintes valores:

- SISCAN**

MÊS	QUANTIDADE APRESENTADA	VALOR APRESENTADO
FEVEREIRO/2026	67	R\$ 3.015,00

- APAC TRS(terapia renal substitutiva)**

MÊS	QUANTIDADE APRESENTADA	VALOR APRESENTADO
FEVEREIRO/2026	556	R\$ 133.979,32

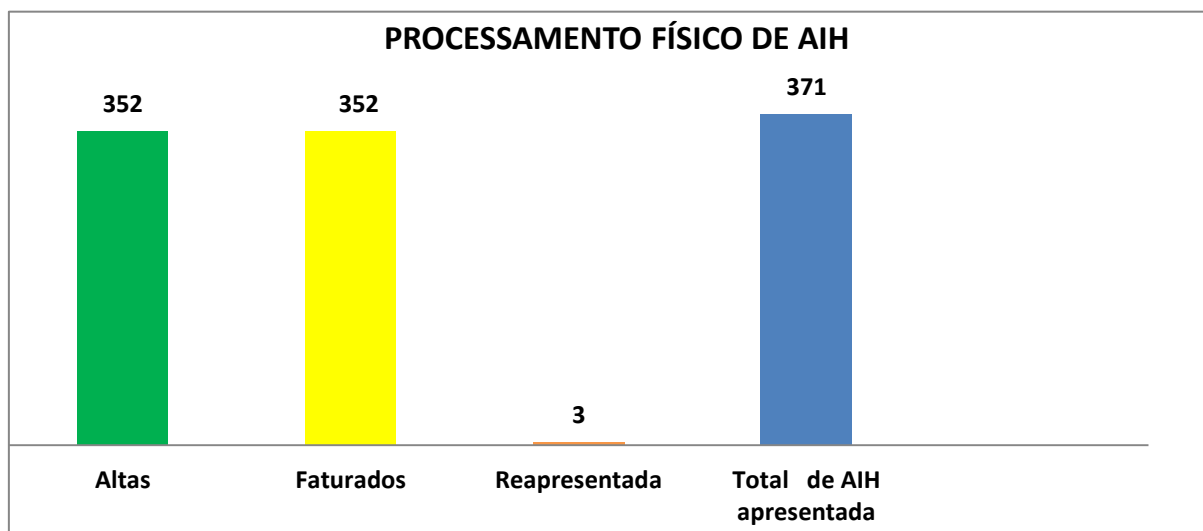
4. Gráfico demonstrativo referente ao Processamento de Autorização de Internação Hospitalar.

Observaremos no gráfico abaixo que os resultados referentes à produção do mês no HRPM, foram analisados e processados os prontuários no sistema de Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

FATURAMENTO

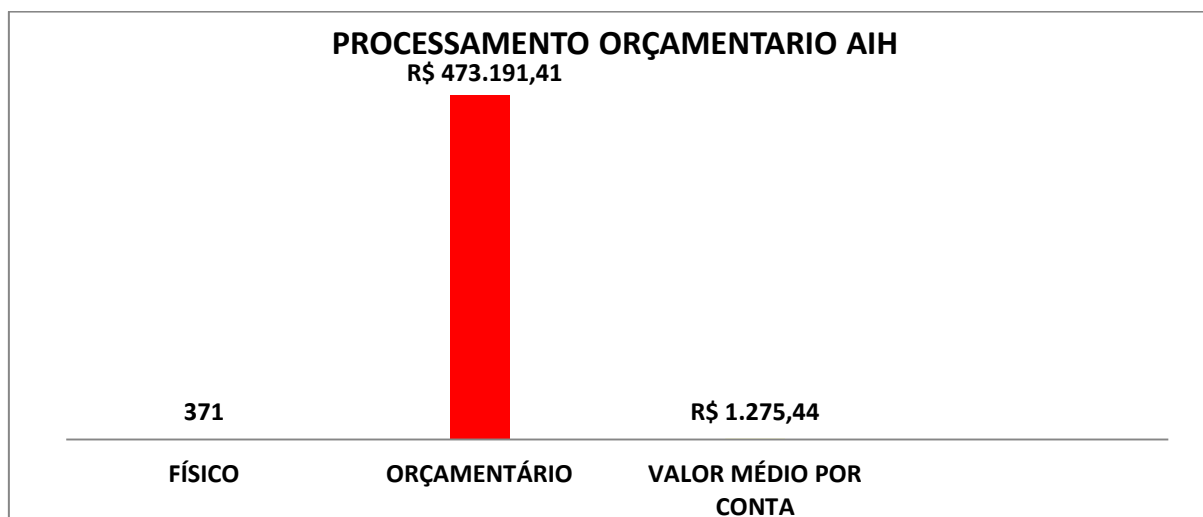
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página 3/4	
Título do Documento:	<i>Relatório de Processamento</i>	Data: 10/03/2026	Mês de Referência: fevereiro/2026

4.1 AIH Físico



obs: Reapresentadas 3 laudos de AIH referente competência 01/2026.

4.2 AIH Orçamentário



5. Descrição.

Foi gerado durante o processamento de contas, fevereiro de 2026, o total de 368 laudos médicos pelo 8º CRS/SESPA, inclusos os usuários que geraram mais de 1 AIH no mesmo período de internação e/ou mais de 1 procedimento de internação na mesma competência, conforme Manual Técnico Operacional SUS. Reapresentados 3 laudos referente ao mês de janeiro/2026. Totalizando 371 laudos apresentados ao DDASS.

FATURAMENTO

Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página 4/4	
Título do Documento:	Relatório de Processamento	Data: 10/03/2026	Mês de Referência: fevereiro/2026

MÊS	QUANTIDADE APRESENTADA	VALOR APRESENTADO
FEVEREIRO/2026	371	R\$ 473,191,41

Foi gerado durante o processamento, o total de **6.170** contas referentes ao registro no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), sendo inclusos exames externos, procedimentos ambulatoriais, consultas e atendimentos na Triagem e Acolhimento e procedimentos de hemodiálise.

MÊS	QUANTIDADE APRESENTADA	VALOR APRESENTADO
FEVEREIRO/2026	20.949	R\$ 325.978,68

6. Total Geral

QUANTIDADE APRESENTADA		VALOR APRESENTADO	
AIH	371	AIH - R\$	473.191,41
BPA	20.949	BPA - R\$	325.978,68
TOTAL GERAL	21.310	VALOR GERAL - R\$	799.170,09

Os valores informados referentes ao mês de fevereiro/2026 estão sujeitos a alterações, pois foram apresentados ao DDASS/Belém, e estamos ainda sem resultado final de valores aprovados.



Nelcilene Rocha de Lima
Líder de Faturamento
Hospital Regional Público do Marajó

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

RELATÓRIO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO – S.A.U.

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO - CRP

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

ATA DE REUNIÃO – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 1 de 3	
Título do Documento:	Comissão de Revisão de Prontuários nº 119	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão:005	

Objetivo:	Discutir os temas pertinentes a auditoria de prontuários e definir ações.	Data/Horário: 12/02/2026. 15:00 às 16:00h
Elaboração:	CRP	Local: Sala de Reuniões

01. Relação dos membros participantes (nome, função e setor que representa):

Item	Membro	Função	Setor
1	Marcello Ferreira	Presidente	Diretor Técnico
2	Nelcilene Rocha de Lima	Vice - presidente	Líder de Faturamento
3	Deise Miranda	Secretário	Enfermeira CME
4	Hegla Guimarães	Membro	Gerente Assistencial
5	Jader Aguiar Corrêa	Membro	Supervisor de Enfermagem
6	Joseane da Silva Corrêa	Membro	Supervisora da Hemodiálise
7	Jusciely Pereira Machado	Convidada	Diretora Administrativa
8	Maria Iza Demes	Membro	Enfermeira do NQSP
9	Maricleia de A. Araujo	Membro	Supervisora de Enfermagem
10	Paulo Victor R. Guedes	Convidado	Auxiliar Administrativo - SAME
11	Rarisson Patrick M. Nunes	Membro	Coordenador de Fisioterapia
12	Renata Heleny F. Neves	Membro	Nutricionista RT
13	Samara Graziela G. da Silva	Membro	Farmacêutica RT
14	Silas Campos de Castro	Membro	Supervisor de Enfermagem
15	Wanderley Nunes Cristo	Membro	Analista de Suporte
16	Wenderson C.N. de Melo	Convidado	Auxiliar Administrativo - SAME

02 Ausentes (s):

Item	Membro	Função	Setor
1	Taynan Lopes Costa	Membro	Assistente Administrativo I - SAME

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
005	30/9/2024	Atualizado padrão de documento.

ATA DE REUNIÃO – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 2 de 3	
Título do Documento:	Comissão de Revisão de Prontuários nº 119	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão:005	

1. Desenvolvimento (assuntos abordados):

1.1 - Saída de membros da Comissão

Dando início à reunião, Marcello informa a saída de Taynan Lopes Costa por motivos pessoais.

Deise fala sobre o quantitativo de prontuários que está muito baixo e apresenta o formulário de auditoria qualitativo de prontuários.

Jusciely apresenta o PAT, fala sobre o compromisso na realização da meta contratual mensal de prontuários auditados, que é de 10% dos saídos. Fica definido que as auditorias serão realizadas a partir da segunda semana de cada mês, na sala de reuniões, até a contratação do secretário de clínicas.

2. Auditoria de Prontuários

No mês de fevereiro de 2026 obtivemos o total de 352 (trezentos e cinquenta e dois) prontuários saídos. Destes, foram avaliados 67 (sessenta e sete) prontuários em auditorias da comissão, sendo 24 qualitativos e 43 quantitativos, representando 19% do total de prontuários. Após a avaliação desses prontuários observou-se que 20 (vinte) prontuários auditados apresentaram uma ou mais não conformidades. Esses números correspondem respectivamente a 70% de conformidades e 30 % de não conformidades.

Prontuários Auditados (Quantitativos)

134155	13263	25426	134595	134443	133717	134048	53620	128339	134387
130005	19463	131698	134606	23458	132052	134876	134970	33999	134938
130391	133211	134708	132295	131697	134947	129046	73244	34439	113962
135000	135046	68668	71190	134876	20406	20406	7145	129623	131865
65870	134971	134557	*	*	*	*	*	*	*

Prontuários Auditados (Qualitativos)

41691	131694	134331	113137	134532	87614	123572	134862	134465	121832
76203	134884	75572	134879	15975	3280	26187	121327	3280	135059
64247	132116	82675	40609	*	*	*	*	*	*

DETALHAMENTO DE NÃO CONFORMIDADES ENCONTRADAS

3. Pessoa responsável pelo paciente ;
4. Antecedentes pessoais;
5. Antecedentes familiares ;
6. Tabagismo /Alcoolismo ;
7. Exames complementares ;

ATA DE REUNIÃO – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 3 de 3	
Título do Documento:	Comissão de Revisão de Prontuários nº 119	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão:005	

8. Checagem da enfermagem ;
9. Anamnese/História Clínica (Subjetivo) ;
10. Exame Físico e Avaliação (Objetivo) ;
11. Registro de CID/CIAP ;
12. Solicitação de exames ;
13. Encaminhamentos ;
14. Registro de alergia ;
15. Histórico de enfermagem ;
16. Exame físico direcionado conforme queixa atual – enfermagem ;
17. Diagnóstico de enfermagem ;
18. Prescrição dos procedimentos de enfermagem ;
19. Resultado de enfermagem ;
20. Termo de Transferência entre Unidades (quando houver);
21. Anamnese Nutricional/Comportamental ;
22. Registro de alergia ;
23. "Avaliação antropométrica/Composição Corporal (peso, altura, IMC, Circunferência cintura, relação cintura/quadril) ;
24. Diagnóstico/Classificação Nutricional ;
25. Identificação do Paciente - Meta 1 (Nome completo, data de nascimento, terceiro marcador, se necessário) ;
26. Registro de alergia ;
27. Entrevista farmacêutica na admissão do paciente ;
28. Conciliação medicamentosa ;
29. Nome do Profissional ;
30. Número do Registro do Conselho ;
31. Assinatura do profissional ;
32. Carimbo ;

03 Ações Previstas:

O que fazer?	Quem?	Onde?	Por que?	Quando?	Como?
Apresentação de dados	Comissão CRP	Auditório HRPM	Acompanhamento do Projeto Prontuário	Continua	

Núcleo de Educação Permanente - NEP			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	FO.HRPM.NEP.001	Página 1 de 1
Nome do Documento:	Lista de Presença	Emissão: 9/9/2024	Próxima Revisão: 9/9/2026
		Versão: 006	

Nome do Evento: <u>Auditoria de Prontuários (C.R.P.)</u>			
Facilitador: <u>Deise Miranda</u>		Empresa/Consultoria:	
Qualificação do Facilitador: <u>Enfermeiro</u>		Responsável pelo Evento:	
Data: <u>12/02/26</u>	Horário/Início: <u>15:00</u>	Término: <u>16:00</u>	C. Horária Total: <u>01:00</u>
Setor:	Diretoria/Gerência:	Local:	
Tipo: ☒ Reunião ☐ Treinamento ☐ Curso ☐ Palestra ☐ Outros - Especificar:			

Matrícula	Nome	Assinatura	Setor	Função
1	614 Ronda Helony F. Neves		SND	Núm. BT
2	1200 Paulo Victor R. Guedes		SAME	Aux. Adm.
3	1060 Wenderlan C. N. de mel		SAME	Ass. adm
4	525 Velelene R. de lama		FAT	Beleza
5	745 Hecla Lourenças		GENF	GENF
6	1068 Samara Graziela G. da Silva		Farmácia	Farma RT
7	286 Deise Miranda		CCO/CME	Superviso
8	1139 Sílvia Lomoso de Costa		Elus	Superv.
9	1142 Juscely PEREIRA MACHADO		DIRETORIA	Direx.
10	668 Jonele Lino		Ant/MO	S
11	559 Jader Aguiar Correa		Ant. Joch	Supervisor
12	992 Marcelina Araujo		NRTU.E	Supervisor
13	949 Maria da Góes Gomes		NASP	Eng
14	Minally		DT	DT
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Total de Participantes: 14

Assinatura do Facilitador: Deise Patricia Ferreira Miranda
COREN-PA: 158.488-ENF

Responsável Pelo Evento: Deise Patricia Ferreira Miranda
COREN-PA: 158.488-ENF

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

COMISSÃO DO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 1 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Mês de referência: fevereiro de 2026.

Data de entrega: 09/03/2026

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 2 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

O Hospital Regional Público do Marajó (HRPM) mantém o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) com a missão de gerenciar o conjunto de práticas relacionadas à prevenção das infecções relacionadas à assistência, visando contribuir para a qualidade e a segurança no âmbito da assistência à saúde, promovendo qualidade de vida. A atual estrutura do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar corresponde aos preceitos éticos e legais previstos pelas legislações brasileiras. Conforme tabela abaixo, citamos algumas das legislações:

Regulamentação	Descrição
Lei 9431 - 06 de jan/97	Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.
Portaria 2616 - 12 maio/98	Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
RE 1552/CFM - 20 ago/ 99	Dispõe sobre a prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares.
RDC 48 - 02 de jun/00	Roteiro de Inspeção do Controle de Infecção Hospitalar.
Portaria 2914 - 12 dez/11	Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para Consumo humano e seu padrão de potabilidade.
Portaria 3523/GM - 28 ago/98	Regulamento técnico para o controle e qualidade do ar.
RE 176 - 24 out/00	Orientação Técnica para o controle e qualidade do ar.
Portaria 482 - 16 abr./99	Considerações quanto ao uso do óxido de etileno.
RE 2605 - 11 ago./06	Lista de produtos que não podem ser reesterilizados.
RDC 37 - 03 jun./08	Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal
RDC 306 - 07dez/04	Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
RDC 50 - 21 fev/02	Dispõe sobre o Regulamento Técnico para programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde.

O Manual Brasileiro de Acreditação define a Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos, como sendo um setor de apoio técnico que fornece “Diretrizes e ações sistemáticas e contínuas destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções e eventos adversos”. Considera-se infecção relacionada à assistência à saúde, toda

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 3 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

infecção que possa ser veiculada ao atendimento prestado ao paciente, que não estivesse presente ou em período de incubação.

As infecções são consideradas as principais causas de morbidade e de mortalidade, além de aumentarem o tempo de hospitalização do paciente, elevando o custo do tratamento. (BATISTA, 2004, p.369). Segundo o Center for Disease Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos ocorrem 02 milhões de infecções hospitalares por ano.

As IRAS, também podem ser atribuídas às condições próprias do paciente, por isso nem sempre é possível afirmar que o hospital ou sua equipe tenha cometido um erro na assistência prestada. Para tal, é necessário um Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), apoiado em uma metodologia de vigilância epidemiológica padronizada, que considere a variação de taxas, tomando como padrão o nível endêmico da própria instituição.

Sendo assim, constantemente o HRP, atualiza – se, seguindo os parâmetros nacionais e internacionais das IRAS, visando sempre prestar a melhor assistência aos nossos usuários. Visualiza – se essas práticas, nos dados apresentados em fevereiro de 2026.

Abaixo, segue a relação dos membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH):

Participantes	Função	CCIH
Higor Tostes	enfermeiro SCIH/NHE	presidente
Marcello Silva	diretor técnico/ médico	vice-presidente
Anderson Pacine Sodré	téc. enfermagem SCIH/NHE	secretário
Adriana dos Santos Soares	técnica segurança do trabalho	membro
Deise Miranda	supervisora de enfermagem	membro
Edson Silva	supervisor administrativo	membro
Elizabeth Correa	supervisora de atendimento	membro
Hegla Guimarães	supervisora de enfermagem	membro
Jader Aguiar Corrêa	supervisor de enfermagem	membro
Josiane Correia	supervisora hemodiálise	membro
Jusciely Pereira Machado	diretora executiva	membro
Manoel Sarges Leite	coordenador laboratório	membro
Maria Iza Demes	enfermeira NQSP	membro
Samara Guimarães	farmacêutica RT	membro
Silas Castro	supervisor de enfermagem	membro

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 4 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

2. Atividades Desenvolvidas:

Acrescidas as atribuições rotineiras do SCIH de investigar, prevenir e controlar infecções relacionadas à assistência à saúde; e realizar avaliação sistemática das informações da vigilância epidemiológica, foi desenvolvido no período.

O que?	Como?	Onde?	Quando?	Por quê?
Projeto Saúde em Nossas Mãos	Reuniões/ Treinamento online	HRPM	fevereiro	Atividades do projeto na UTI Adulto e Centro Cirúrgico

3. Indicadores:

3.1 - Notificações realizadas pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica:

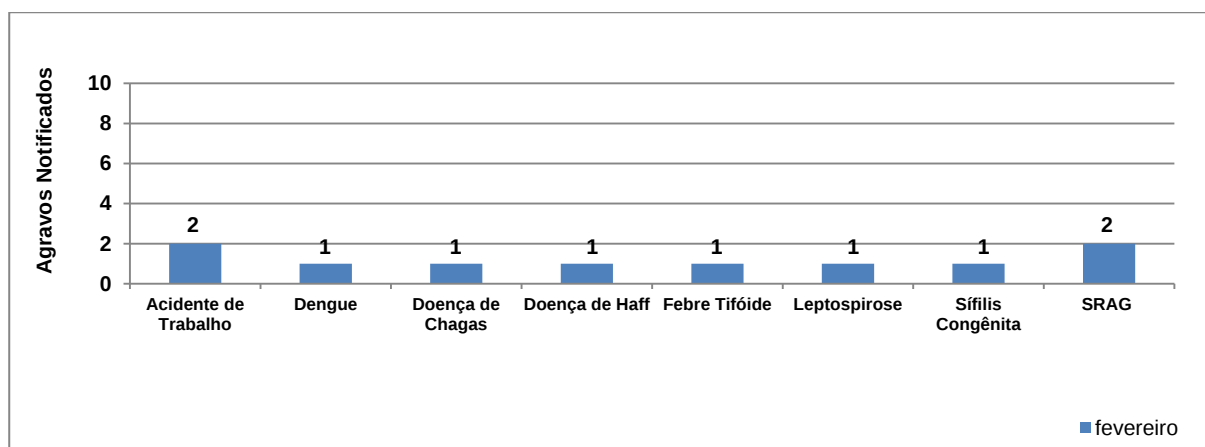


Figura 1: Demonstrativo das notificações realizadas e encaminhadas à Vigilância Epidemiológica Municipal em fevereiro de 2026.

Análise crítica: Em fevereiro de 2026 observamos uma redução de 37,5% no número de notificações em comparação a janeiro, com 10 agravos notificados contra 16 agravos no mês anterior, sendo destes quatro (04) agravos confirmados. Destacamos dois (02) casos de acidente de trabalho com material biológico, sendo os profissionais devidamente assistidos com terapia antirretroviral; um (01) caso de sífilis congênita, com histórico materno de falha em tratamento durante a gestação; e um (01) caso de SRAG com isolamento de vírus sincicial respiratório (VSR) em painel viral, em lactante de 01 mês de idade, com evolução clínica e alta hospitalar. Em relação agravos descartados, tivemos resultados negativos para um (01) caso de febre tifóide e um (01) caso de SRAG. Os demais seguem em investigação junto ao LACEN/PA.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 5 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

3.2 - Dados de Infecção Hospitalar:

DADOS GERAIS	MÊS
	FEVEREIRO
1- Pacientes Saídos (Altas, transferências e óbitos)	349
2- Pacientes acompanhados por busca ativa	91
3 - Total de cirurgias	337
3.1 - Total de cirurgias limpas	144
3.1.1 – Total de cirurgias ortopédicas limpas	58
3.1.2 – Total de cirurgias ortopédicas limpas com colocação de implante	00
3.2 – Total de partos cesarianos	42
4- Pacientes com Infecção Hospitalar	05
5- Óbitos associados à Infecção Hospitalar	00
6 - Total de Infecções Hospitalares	05
6.1 - Infecções de Trato Urinário	01
6.2 - Infecções de Trato Respiratório	01
6.3 - Infecções de Trato Intestinal	00
6.4 - Infecções de Pele e partes moles	00
6.5 - Infecções de Corrente Sanguínea	00
6.5.1 – Sepses Neonatal associada a Cateter Venoso Central (CVC)	00
6.6 - Infecções de Sítio Cirúrgico (ISC)	03
6.6.1 - ISC em Cirurgia Limpa	02
6.6.2 – Infecção de Parto Cesariano	00
7- Infecções de Outras Topografias	00
8 - Infecções Hospitalares recebidas de outros hospitais	00

Figura 2: Tabela demonstrativa dos dados de infecção relacionada à assistência à saúde fevereiro/2026.

3.3 - Estatística por unidade de terapia intensiva

Nº PACIENTE/DIA – FEVEREIRO/2026				
	UTI Neonatal	UTI Pediátrica	UTI Adulto	Global
Pac/dia	104	81	189	374
Pac/saídos	07	04	08	19
Pac/admitidos	09	15	15	39
Fonte: Busca ativa NHSN/Estatística				

Figura 3: Números de pacientes/dia, pacientes saídos e pacientes admitidos por unidade de terapia intensiva – fevereiro/2026.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 6 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

3.4 - Dispositivos invasivos/dia por UTI

Nº PACIENTE/DIA POR DISPOSITIVO INVASIVO – FEVEREIRO/2026				
	UTI Neonatal	UTI Pediátrica	UTI Adulto	Global
CVC	28	32	89	149
SVD	NSA	13	121	134
VM (TOT/TQT)	09	20	98	127

Fonte: Busca ativa NHSN

Figura 4: Número mensurado de dispositivo invasivo/dia por UTI – fevereiro/2026.

3.5 - Taxa Global de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS):

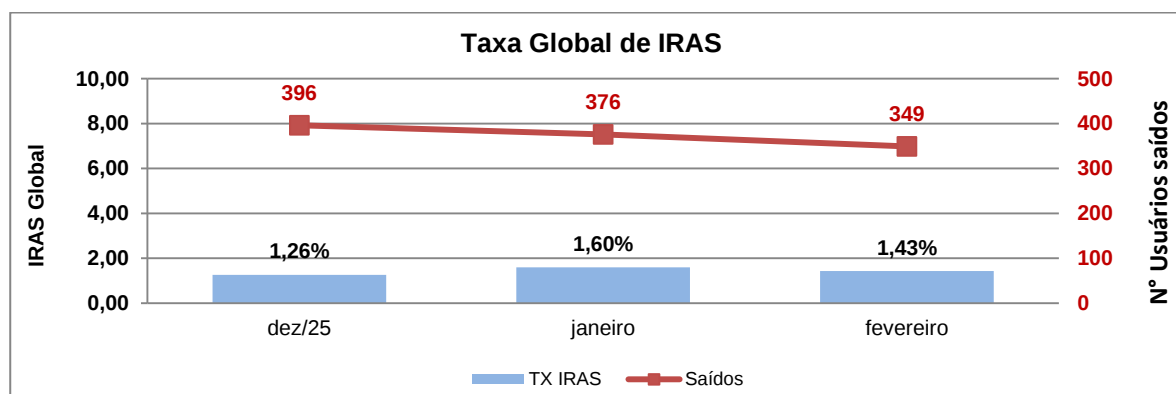


Figura 5: Gráfico demonstrativo de Infecção Global versus usuários saídos.

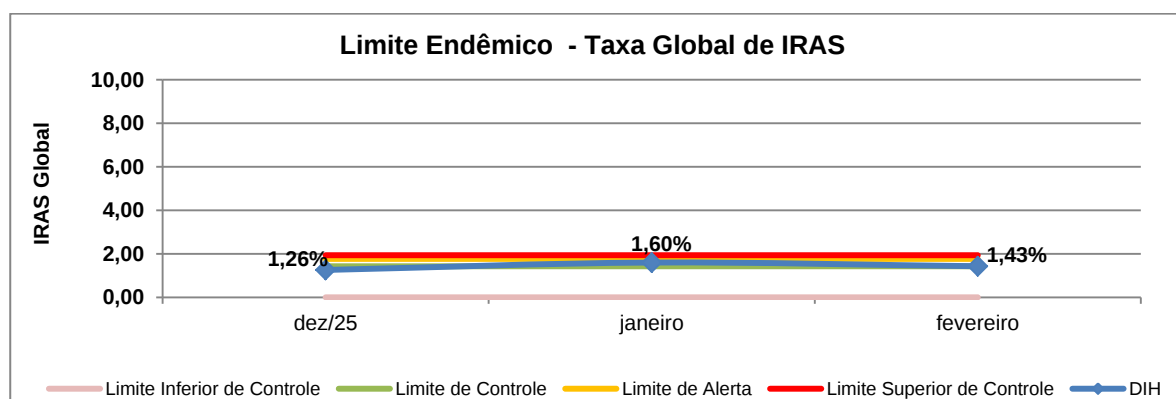


Figura 6: Limite Endêmico de IRAS Global.

Análise crítica: Em fevereiro houve redução na taxa global de IRAS para 1,43%, contra 1,60% de janeiro, isso se deve a redução de casos de IRAS de 06 para 05 casos. Tal situação decorre das ações de prevenção realizadas, com objetivo a mitigar riscos de infecção, já que o perfil de usuários no período foi de condições

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 7 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

clínicas com influência direta no aumento da permanência em internação, que contribui para redução no número de saídas. Em relação ao limite de controle, destacamos que o percentual de infecção (1,43%) ficou dentro do limite de controle (1,43%), ratificando os esforços e ações de prevenção das equipes. As IRAS registradas foram: dois (dois) casos na UTI Adulto, sendo um (01) caso de pneumonia associada à ventilação mecânica em usuário idoso com quadro na admissão de fascíte necrotizante com sepse, que evolui para necessidade de ventilação mecânica prolongada (>20 dias); e um (01) caso de meningite pós-realização de derivação ventricular externa (infecção de sítio cirúrgico) em usuária idosa com quadro de AVE hemorrágico grave. Já nas enfermarias foram três (03) casos de infecção, sendo uma (01) infecção de trato urinário em paciente com SIDA, em longo período de internação e uso prolongado de dispositivo vesical; um (01) caso de infecção de sítio cirúrgico de cirurgia de herniorrafia inguinal (cirurgia limpa) com paciente evoluindo com hematoma infectado e retorno em internação; e um (01) caso de infecção de sítio cirúrgico de procedimento de histerectomia em usuária com cervicite e salpingite evidenciadas no exame de anatomopatológico, caracterizando cirurgia contaminada.

3.6 - Distribuição de pacientes com IRAS por UTI

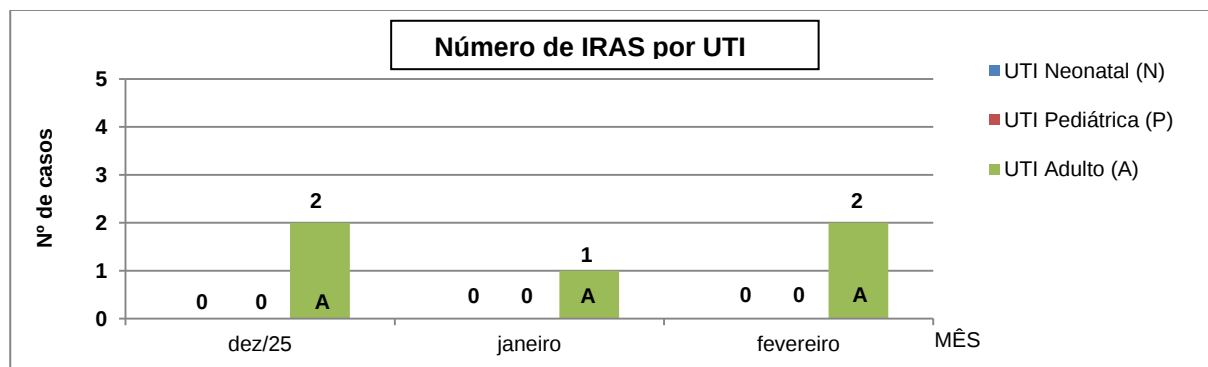


Figura 7: Gráfico demonstrativo do número de infecções por Unidade de Terapia Intensiva.

Análise crítica: Houve a ocorrência de dois (02) casos de infecção nas unidades de terapia intensiva em fevereiro, ambos na UTI Adulto, um aumento de um caso em comparação a janeiro, sendo uma (01) pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em usuário idoso com quadro na admissão de fascíte necrotizante de membro inferior e sepse, e ventilação mecânica prolongada (>20 dias); e um (01) caso de meningite pós-realização de derivação ventricular externa (infecção de sítio cirúrgico) em usuária idosa com quadro de AVE hemorrágico grave. Não houve IRAS na UTI Neonatal e Pediátrica, reflexo dos cuidados e das boas práticas assistenciais.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 8 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

3.7 - Densidade de incidência de IRAS por UTI (%)

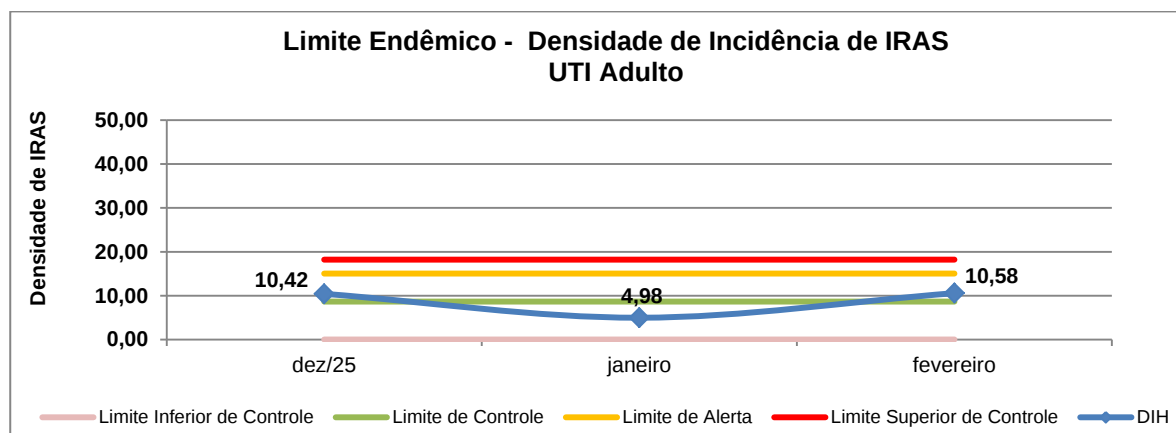


Figura 8: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de IRAS na UTI Adulto com limite endêmico.

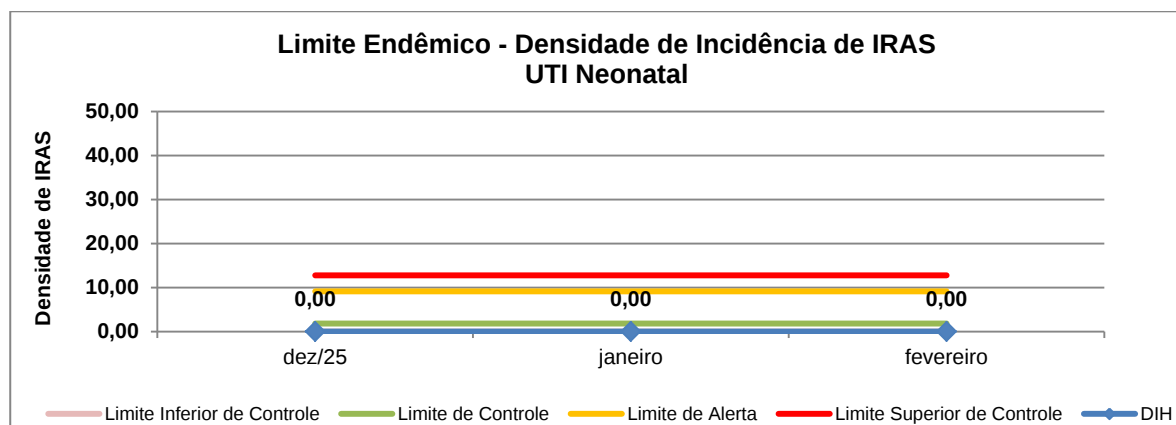


Figura 9: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de IRAS na UTI Neonatal com limite endêmico.

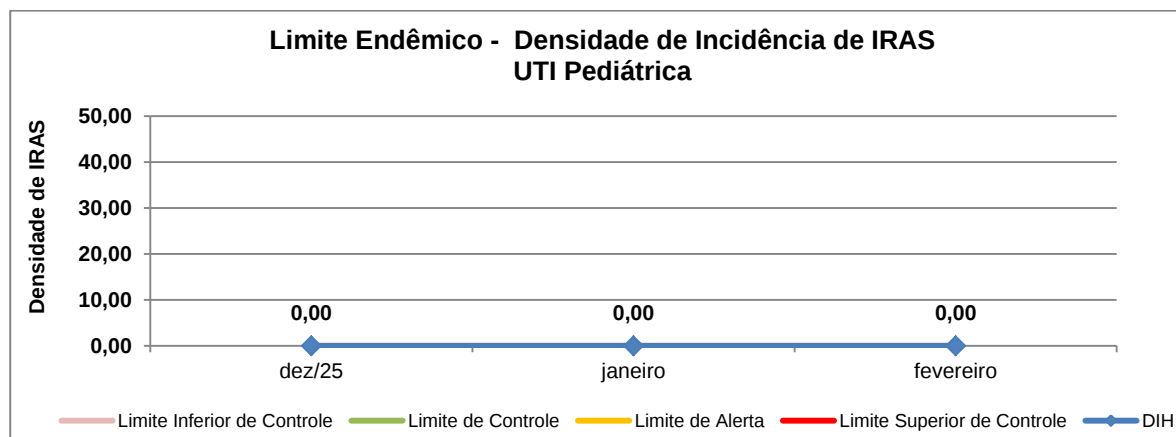


Figura 10: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de IRAS na UTI Pediátrica com limite endêmico.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 9 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

Análise crítica: Houve a ocorrência de dois (02) casos de IRAS nas unidades de terapia intensiva em fevereiro, ambas na UTI Adulto, sendo uma (01) PAV (idoso com sepse devido à fascíte necrotizante e uso prolongado de ventilação), e uma (01) meningite (ISC) pós-realização de derivação ventricular (idosa com AVE hemorrágico grave). Em relação à densidade de incidência de IRAS, observamos na UTI Adulto um aumento em comparação a janeiro, decorrente ao aumento de casos de IRAS, em muito associado ao perfil de maior gravidade/comorbidade dos pacientes no período. Já na UTI Neonatal e Pediátrica não houve infecção no período, o que decorre das ações de prevenção adotadas nestes setores e a menor gravidade e complexidade dos pacientes no período.

* Obs.: Densidade de Infecção Hospitalar por UTI: é o número de infecções registradas em determinada UTI, dividido pelo número de pacientes-dia no mês, multiplicado por 1000 (universo - a cada mil pacientes).

3.8 - Densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada à CVC (Cateter Venoso Central) por UTI versus taxa de utilização do dispositivo.

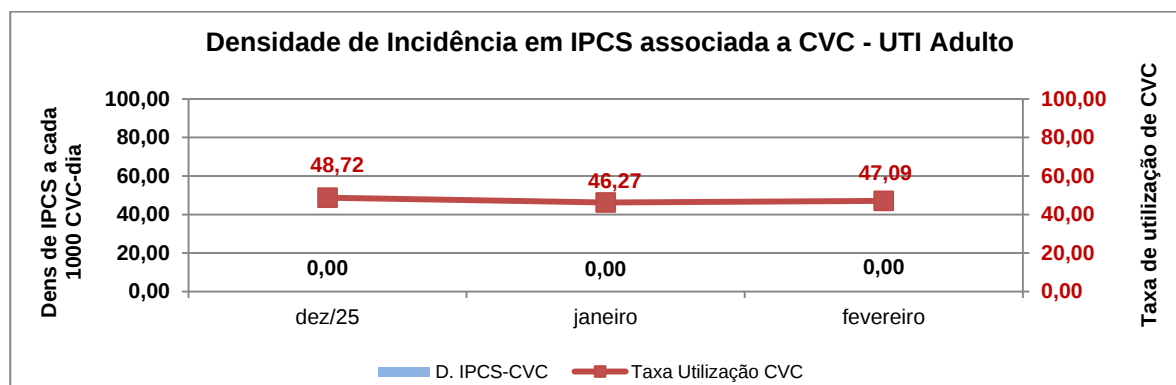


Figura 11: Gráfico demonstrativo da densidade de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada à CVC na UTI Adulto versus taxa de utilização do dispositivo.

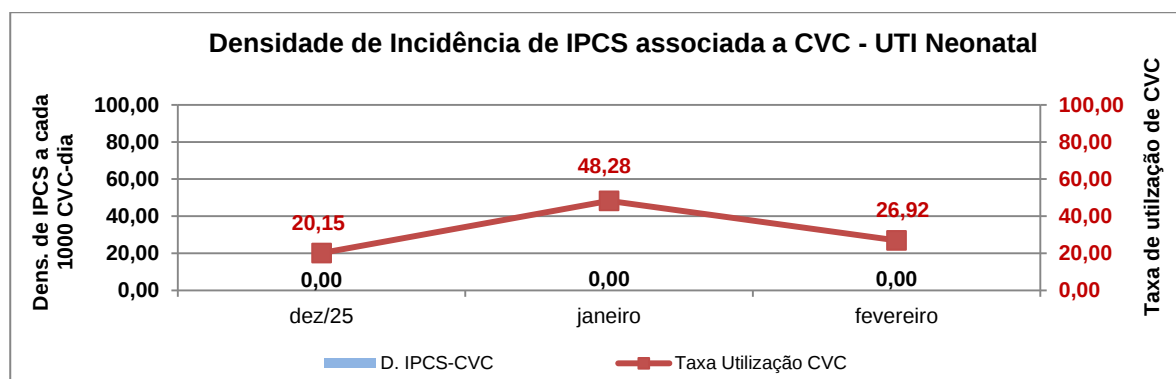


Figura 12: Gráfico demonstrativo da densidade de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS) associada à CVC na UTI Neonatal versus taxa de utilização do dispositivo.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 10 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

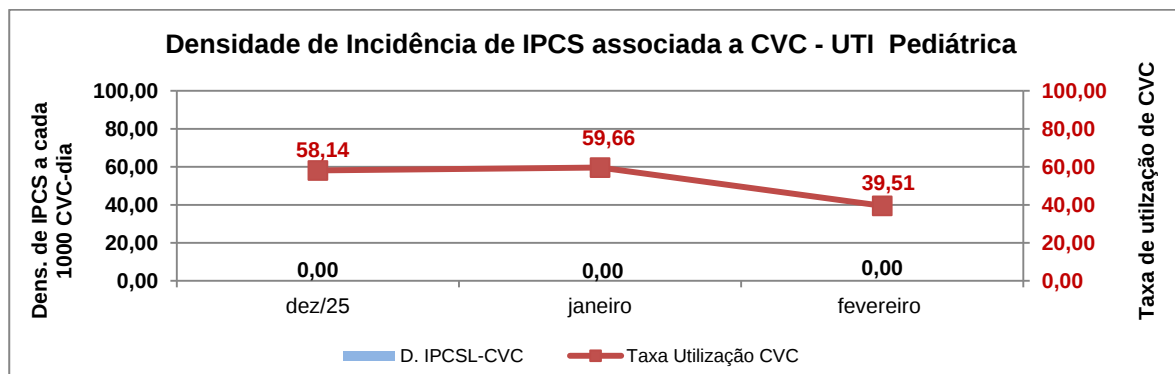


Figura 13: Gráfico demonstrativo da densidade de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL) associada à CVC na UTI Pediátrica versus taxa de utilização do dispositivo.

Análise crítica: Não houve ocorrência de infecção primária de corrente sanguínea nas unidades de terapia intensiva em fevereiro, reflexo das ações de prevenção com os dispositivos venosos centrais (bundles). Principalmente na UTI Adulto observamos uma maior taxa de utilização do dispositivo, fator decorrente a maior complexidade dos pacientes no período, contudo as boas práticas de prevenção, principalmente relacionadas aos bundles ajudam a mitigar a IPCS. Já na UTI Neonatal e Pediátrica, o mês de fevereiro foi marcado pela redução no número de CVC/dia utilizado, o que minimiza o risco de infecção. Reforçamos que a adoção de check list de inserção segura de cateter e bundles diários de manuseio e manutenção do cateter são importantes estratégias para reduzir riscos e garantir a segurança dos usuários.

* Obs.: Densidade de Infecção Hospitalar por Cateter Venoso Central (CVC): É o número de infecção associada a CVC em determinada UTI, dividido pelo número de CVC/dia utilizado, multiplicado por 1000 (universo - a cada mil pacientes).

3.9 - Densidade de incidência de infecção de trato urinário (ITU) associada à Sonda Vesical de Demora (SVD) por UTI (‰) versus taxa de utilização de SVD.

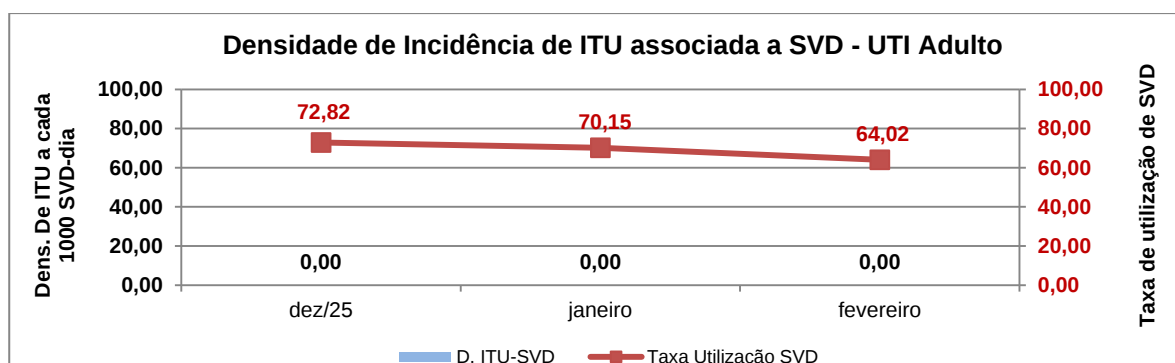


Figura 14: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de ITU associada à SVD na UTI Adulto versus taxa de utilização de SVD.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 11 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

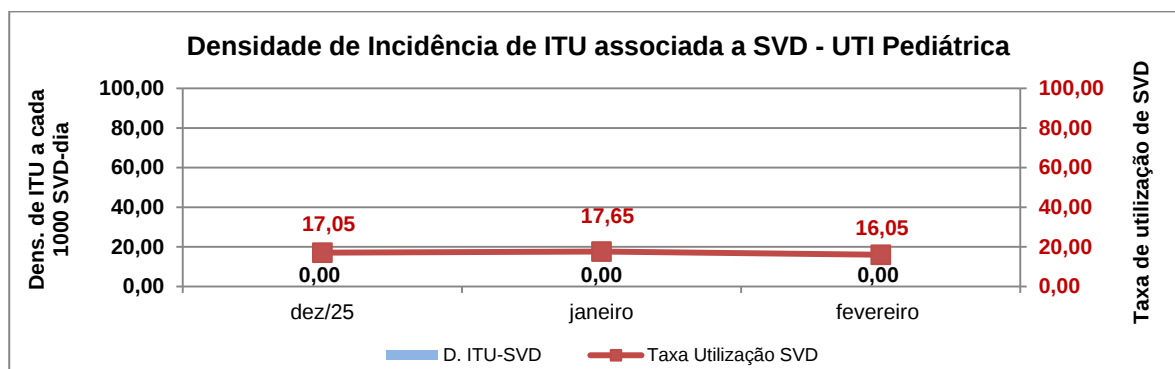


Figura 15: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de ITU associada à SVD na UTI Pediátrica versus taxa de utilização de SVD.

Análise crítica: Não houve ocorrência de ITU na terapia intensiva fevereiro, seguindo aos meses anteriores, o que representa uma estabilidade no indicador, reflexo direto das ações de prevenção adotadas (bundles), principalmente na terapia intensiva adulto, setor de maior complexidade e uso do dispositivo vesical. A avaliação diária da necessidade do dispositivo e remoção precoce são estratégias bem difundidas para mitigar riscos de ITU. Já a UTI Pediátrica mantém uma baixa taxa de utilização do cateter vesical o que minimiza riscos de ITU.

* Obs.: Densidade de Infecção Urinária associada à SVD por UTI: É o número de infecção urinária associada à SVD em determinada UTI, dividido pelo número de SVD/dia utilizada, multiplicado por 1000 (universo - a cada mil pacientes).

3.10 - Densidade de incidência de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV) por UTI (%) versus taxa de utilização do ventilador mecânico.

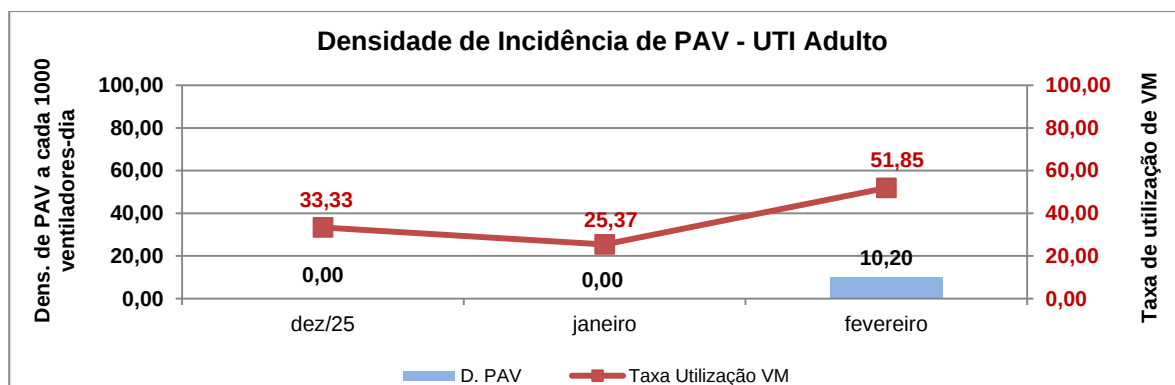


Figura 16: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de PAV versus taxa de utilização de ventilador mecânico na UTI Adulto.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 12 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

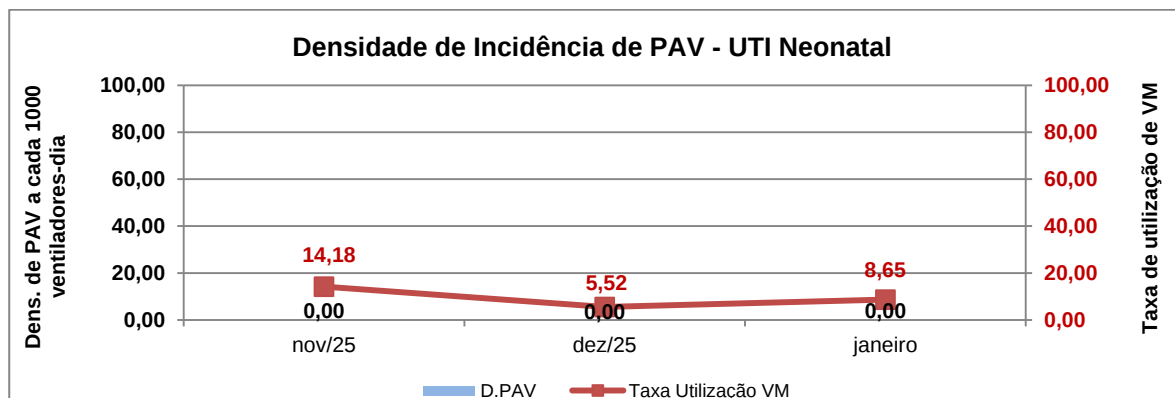


Figura 17: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de PAV versus taxa de utilização de ventilador mecânico na UTI Neonatal.

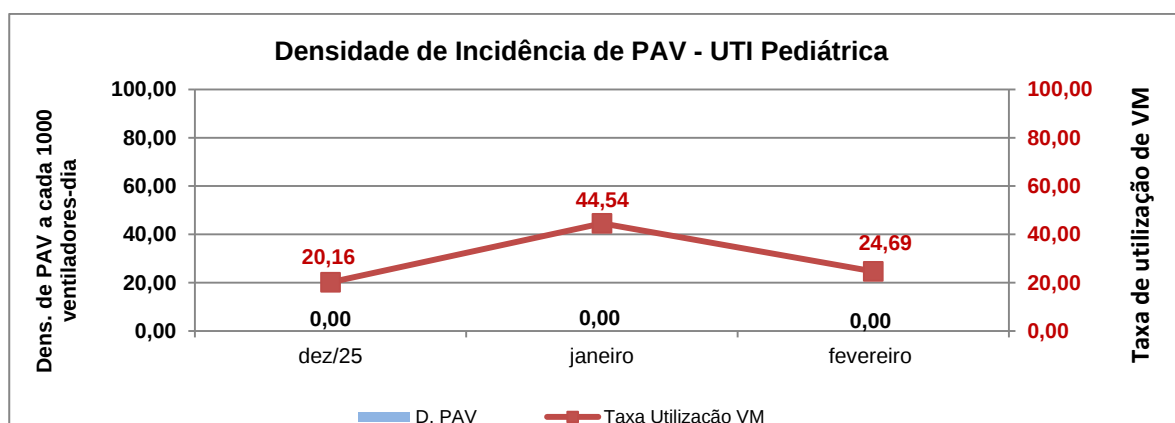


Figura 18: Gráfico demonstrativo da densidade de incidência de PAV versus taxa de utilização de ventilador mecânico na UTI Pediátrica.

Análise crítica: Houve a ocorrência de um (01) caso de PAV em fevereiro, este na UTI Adulto. Observamos que a gravidade do usuário, com quadro de quadro na admissão de fascíte necrotizante com sepse de foco cutâneo desencadeou uma PCR, o que influenciou no uso prolongado de ventilação mecânica (> 20 dias), sendo determinante para a ocorrência da PAV. A alta taxa de utilização do ventilador mecânico no setor reflete a maior complexidade dos usuários, o que potencializa o risco do agravo. Já na UTI Neonatal e Pediátrica houve um aumento na taxa de utilização da ventilação mecânica, além das ações de prevenção, que se mostram efetivas. Nas unidades de terapia intensiva a retirada mais precoce possível do ventilador, a manutenção de cabeceira elevada entre 30 e 45°, higiene oral, o despertar diário da sedação e a manutenção da pressão do cuff, são medidas adotadas, sendo cruciais na prevenção da PAV.

* Obs.: Densidade de Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV) por UTI: É o número de pneumonia associada à V.M em determinada UTI dividido pelo número de pacientes em V.M/dia multiplicado por 1000 (universo - a cada mil pacientes).

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 13 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

3.11 - Taxa de Adesão a Inserção dos Dispositivos

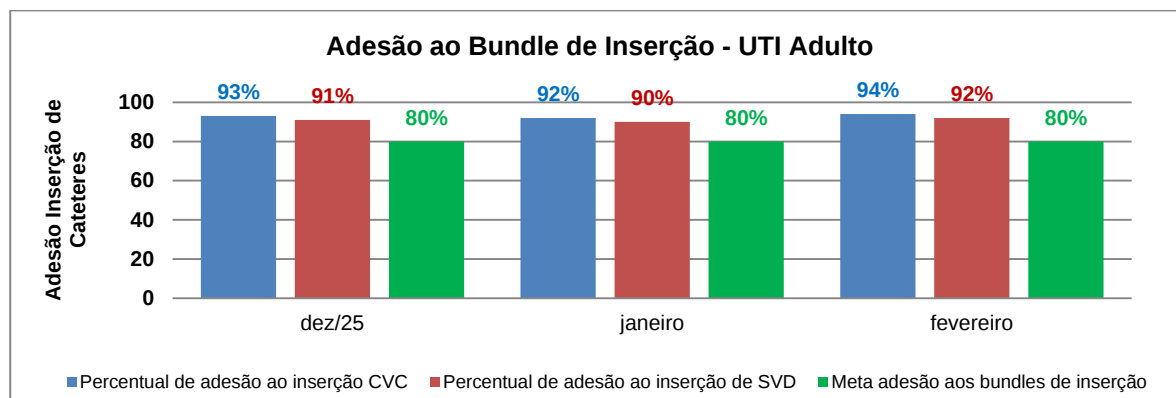


Figura 19: Gráfico demonstrativo da adesão à inserção de dispositivos invasivos na UTI Adulto.

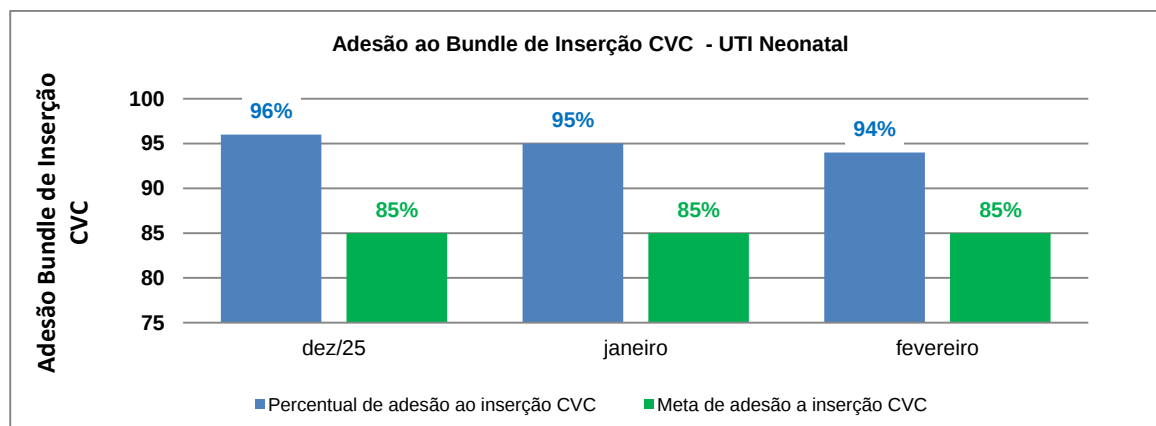


Figura 20: Gráfico demonstrativo da adesão à inserção de CVC na UTI Neonatal.

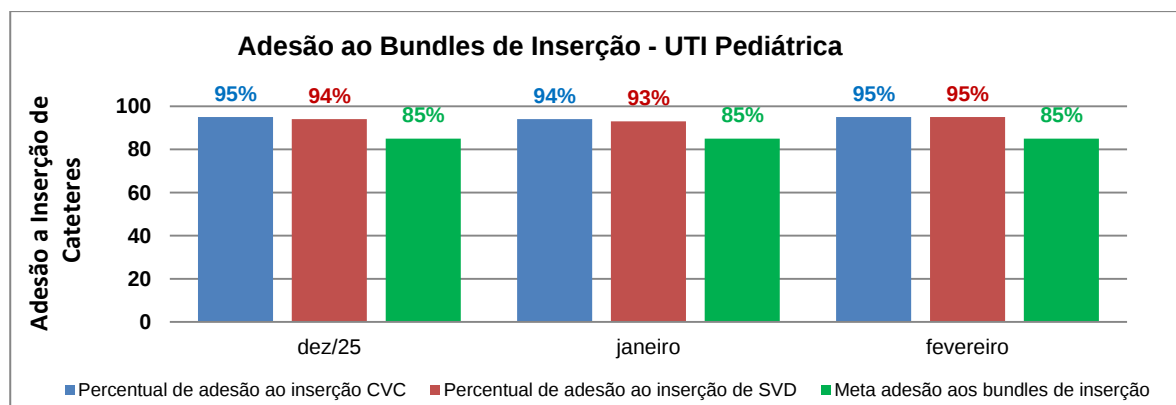


Figura 21: Gráfico demonstrativo da adesão à inserção de dispositivos invasivos na UTI Pediátrica.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 14 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

Análise crítica: Em linhas gerais, observamos em fevereiro uma estabilidade na adesão à inserção segura dos dispositivos nas três unidades de terapia intensiva, mantendo uma alta taxa de adesão, acima da meta estabelecida, o que reflete no controle e prevenção das IRAS associadas. A adesão à inserção segura dos dispositivos invasivos, cateter venoso central e sonda vesical de demora, tem relação direta com a não ocorrência de infecção relacionada aos dispositivos nas unidades de terapia intensiva. As infecções registradas na UTI Adulto no período não estão associadas à falha de inserção de dispositivos. Reforçamos a importância das boas práticas assistenciais como fator primordial no controle e prevenção das IRAS.

* Obs.: Taxa de Adesão a Inserção dos Dispositivos: É o número de conformidades na aplicação do check list de inserção de dispositivos, dividido pelo total de check list aplicados no período vezes 100 (%).

3.12 - Taxa de Adesão a Manutenção dos Dispositivos

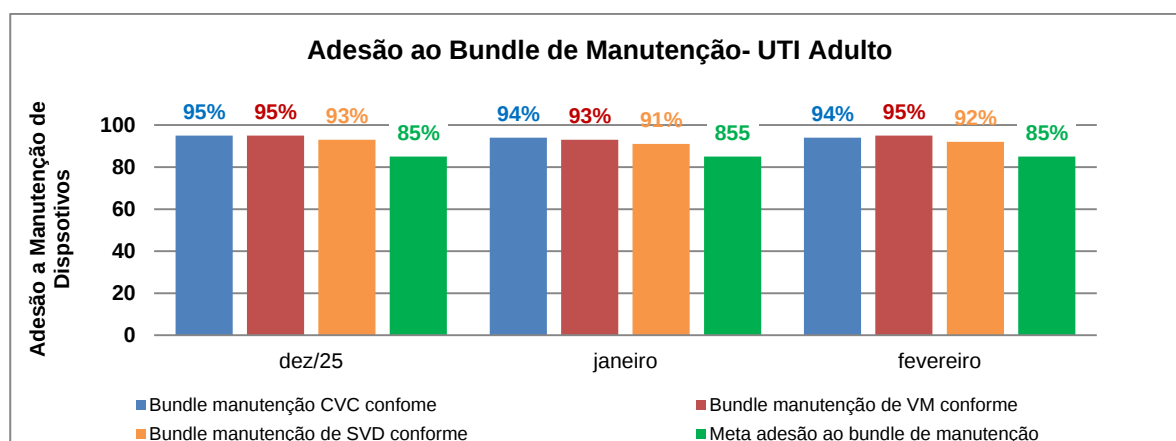


Figura 22: Gráfico demonstrativo da adesão a manutenção de dispositivos invasivos na UTI Adulto.

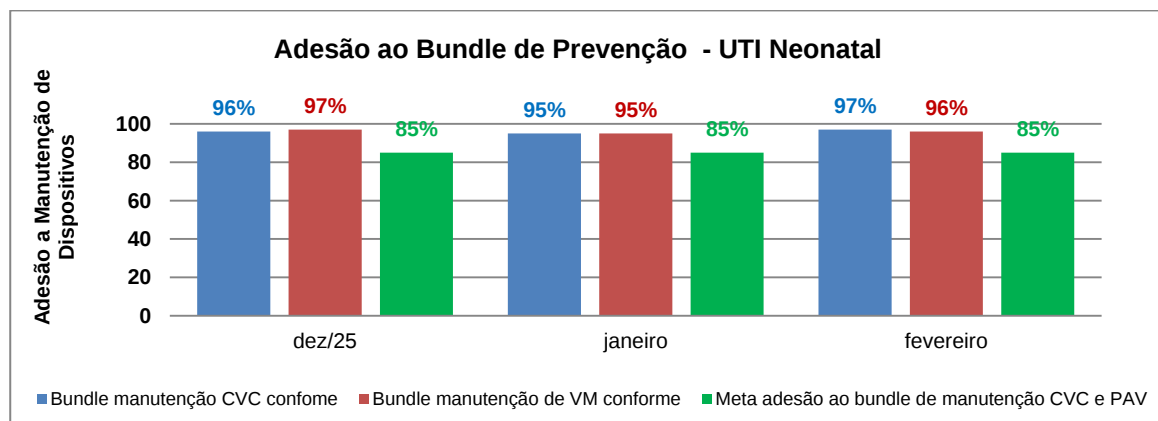


Figura 23: Gráfico demonstrativo da adesão a manutenção de dispositivos invasivos na UTI Neonatal.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 15 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

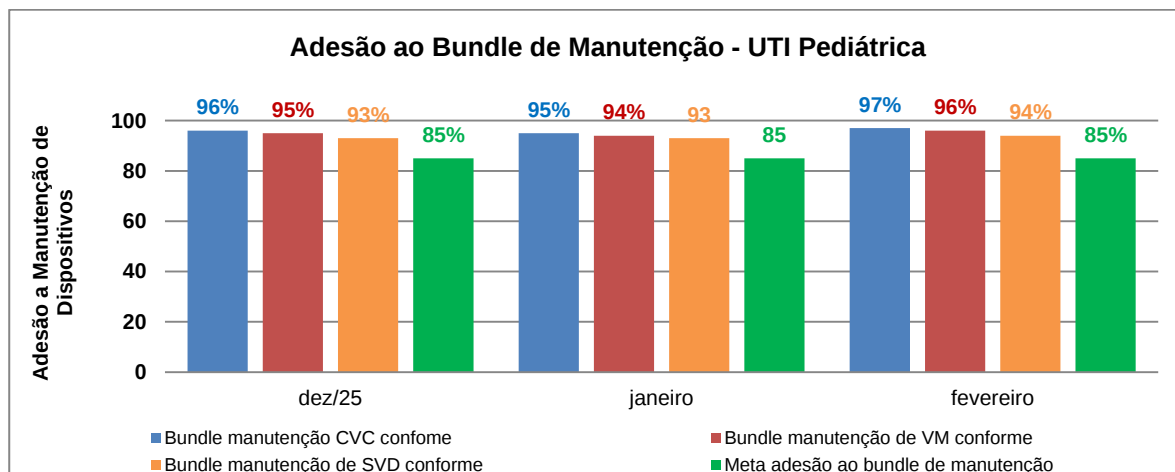


Figura 24: Gráfico demonstrativo da adesão a manutenção de dispositivos invasivos na UTI Pediátrica.

Análise crítica: Em linhas gerais, observamos em fevereiro um aumento na adesão à manutenção diária dos dispositivos nas três unidades de terapia intensiva, se mantendo bem acima da meta estabelecida (85%), o que reflete nos baixos índices de infecção na terapia intensiva. A PAV registrada no período, ocorrida na UTI Adulto, está diretamente relacionada à condição clínica do paciente (sepse de foco cutâneo com PCR), que influenciou em uso prolongado do ventilador mecânico, fator que potencializa o agravamento, e não aos cuidados adotados em relação à manutenção do ventilador. Reforçamos a importância das boas práticas assistenciais como fator primordial no controle e prevenção das IRAS.

* Obs.: Taxa de Adesão a Manutenção dos Dispositivos: É o número de conformidades na aplicação dos bundles diários de prevenção, dividido pelo total de bundles aplicados no período vezes 100 (%).

3.13 - Taxa de Infecção Puerperal de Parto Cesariano

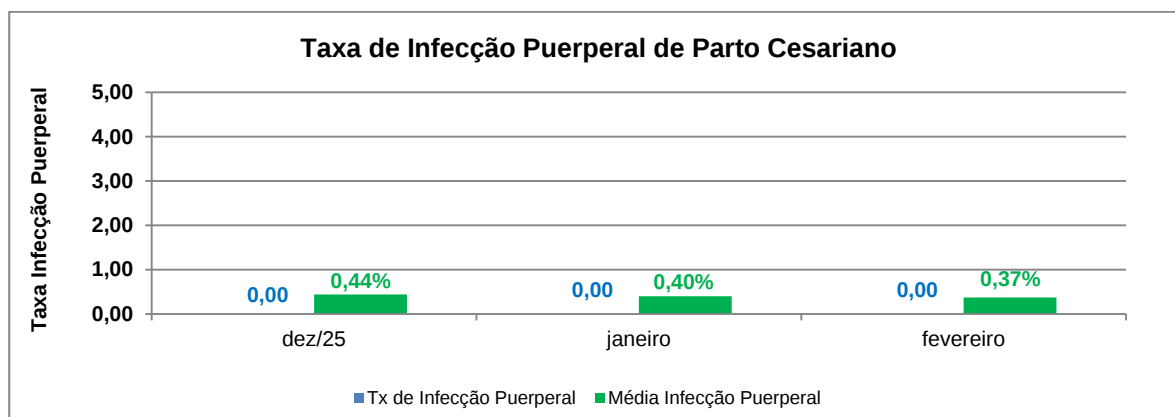


Figura 25: Gráfico demonstrativo da densidade de infecção puerperal de parto cesariano.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 16 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

Análise crítica: Não houve a ocorrência de infecção puerperal em parto cesariano no mês de fevereiro para um total 42 cesáreas realizadas, mantendo a taxa de infecção em 0% e seguindo aos meses anteriores, o que esta relacionado às ações de prevenção, refletindo nas baixas médias de infecção, como demonstrado na média de 2025 (0,44%). Reforçamos que são adotados como premissa na instituição a antibioticoprofilaxia cirúrgica no tempo e dose adequados, o processo adequado de esterilização de materiais cirúrgicos pela CME, e os cuidados com o usuário (ferida cirúrgica) no pós-operatório.

* Obs.: Taxa de Infecção Puerperal de Parto Cesariano: É o número de infecções puerperais dividido pelo número de partos cesarianos no mês multiplicado por 100 (%).

3.14 - Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) – Cirurgia Limpa

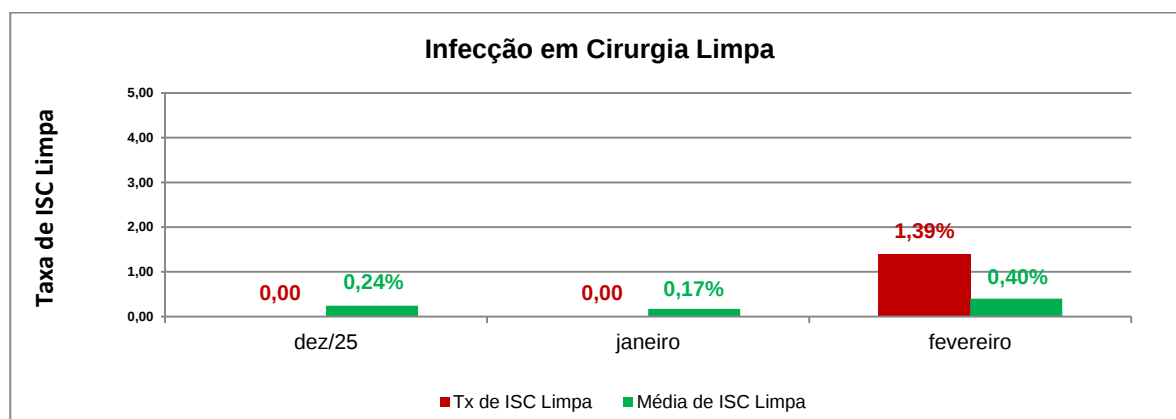


Figura 26: Gráfico demonstrativo da taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia limpa.

Análise crítica: Houve a ocorrência de dois (02) casos de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgia limpa em fevereiro para um total de 144 procedimentos realizados, ficando a taxa de infecção em 1,39%, acima da meta para o período. As ocorrências foram um (01) caso de infecção de sítio cirúrgico de cirurgia de histeriorrafia inguinal (cirurgia limpa) com paciente evoluindo com hematoma infectado e retorno em internação; e um (01) caso de meningite pós-realização de derivação ventricular externa (infecção de sítio cirúrgico) em usuária idosa com quadro de AVE hemorrágico grave. Tais IRAS foram debatidas com os setores e equipes envolvidas para melhor abordagem no cuidado, a fim de mitigar novos casos. Ressaltamos nossos baixos índices de infecção em cirurgia limpa, como observado na média de 2025 (0,24%). A antibioticoprofilaxia cirúrgica no tempo e dose adequados, a redução no tempo de permanência no hospital e as boas práticas de esterilização de materiais cirúrgicos adotadas pelo CME, são estratégias fundamentais para os baixos índices de ISC na instituição.

* Obs.: Densidade de Infecção de Sítio Cirúrgico (I.S.C): É o número de infecções relacionado a cirurgia limpa dividido pelo número de cirurgias limpas realizadas no mês multiplicado por 100 (%).

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 17 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

3.15 - Taxa de Infecção em Cirurgia Ortopédica Limpa

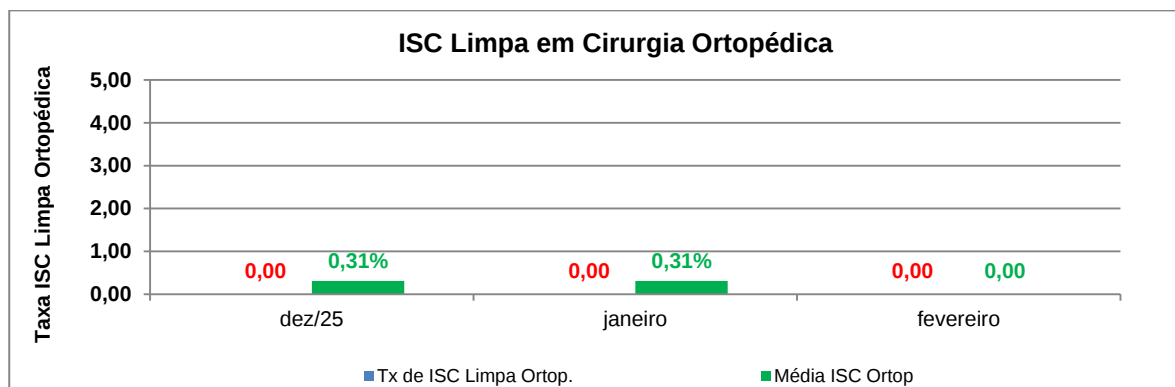


Figura 27: Gráfico demonstrativo da taxa de infecção de sítio cirúrgico em cirurgia ortopédica limpa.

Análise crítica: Não houve ocorrência de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgia ortopédica limpa na instituição em fevereiro, para um total de 58 procedimentos realizados. Ressaltamos nossos baixos índices de infecção em cirurgia limpa ortopedica, reflexo da antibioticoprofilaxia cirúrgica no tempo e dose adequados, a redução no tempo de permanência no hospital e as boas práticas de esterilização de materiais cirúrgicos adotadas pelo CME, estratégias fundamentais para os baixos índice de ISC na instituição. O HRPM não realiza cirurgias ortopédicas com colocação de implante.

* Obs.: Densidade de Infecção de Sítio Cirúrgico (I.S.C): É o número de infecções relacionado a cirurgia limpa dividido pelo número de cirurgias limpas realizadas no mês multiplicado por 100 (%).

4 - Taxa de Letalidade das IRAS

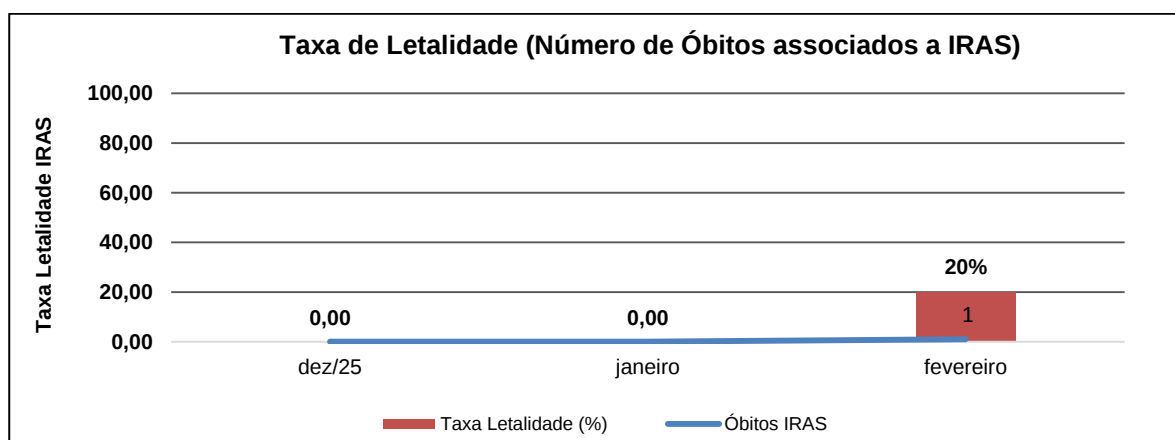


Figura 28: Gráfico demonstrativo da taxa de letalidade associada às IRAS.

Análise crítica: Houve a ocorrência de um (01) óbito associado à infecção hospitalar em fevereiro na instituição, para um total de cinco (05) infecções registradas, ficando a taxa de letalidade associada em 20%.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 18 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

Observamos que as comorbidades do usuário, idoso, com quadro de infecção (fascíte necrotizante) e sepse grave na admissão, com evolução para PCR, contribuíram para tempo prolongado de internação, invasividade (ventilação mecânica), consequentemente potencializando o risco do agravo infeccioso, ou seja, da infecção esteve diretamente associada à condição clínica do usuário durante o período de internação, contribuindo para um desfecho desfavorável.

* Obs.: Taxa de Letalidade das IRAS: É o número de óbitos associados a IRAS infecções dividido pelo número de IRAS registradas no mês vezes cem (100).

5 - Perfil de Resistência (germes isolados em infecções):

Material	Resultado	Sensibilidade	Resistência
Urocultura	<i>Klebsiella pneumoniae</i> Carbapenemase +	Amicacina, Gentamicina, Polimixina B.	Nitrofurantoína, Norfloxacin, Ciprofloxacina, Ceftriaxona, Ceftazidima, Cefepime Piperacilina+Tazobactam, Meropenem, Imipenem.

Análise crítica: Houve o isolamento de um germe em caso de IRAS na instituição, sendo uma ITU em paciente com SIDA, histórico de não aderente ao tratamento, sendo admitido com a doença em fase terminal, e permanecendo em uso prolongado do dispositivo invasivo (SVD). A realização de culturas permite reconhecer o perfil das infecções e colonizações, ajuda na ação imediata, isolando os usuários com microorganismos multirresistentes, evitando transmissão cruzada, além de auxiliar na terapia antimicrobiana adequada.

6 - Indicadores de qualidade da assistência – Consumo de álcool gel e sabonete líquido por unidade de terapia intensiva.

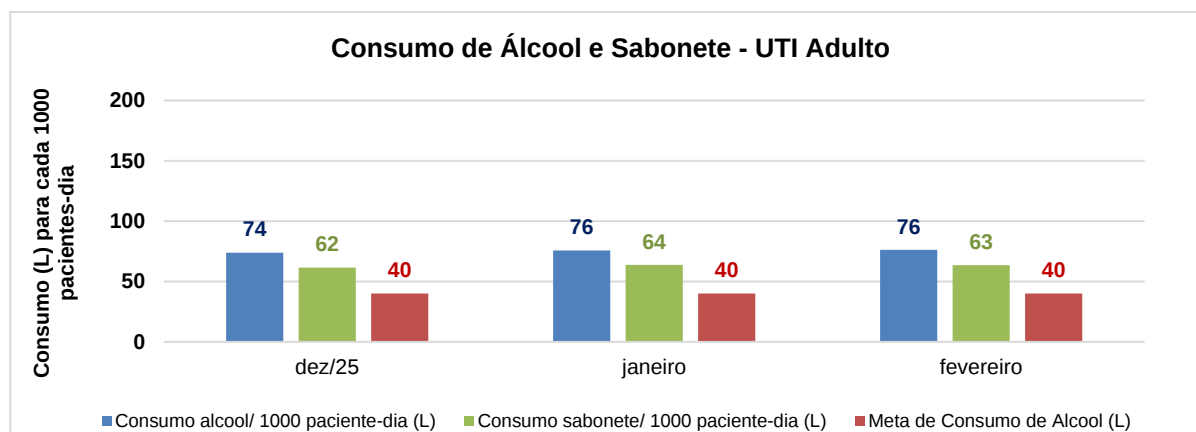


Figura 29: Consumo de álcool gel e sabonete líquido na UTI Adulto.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 19 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

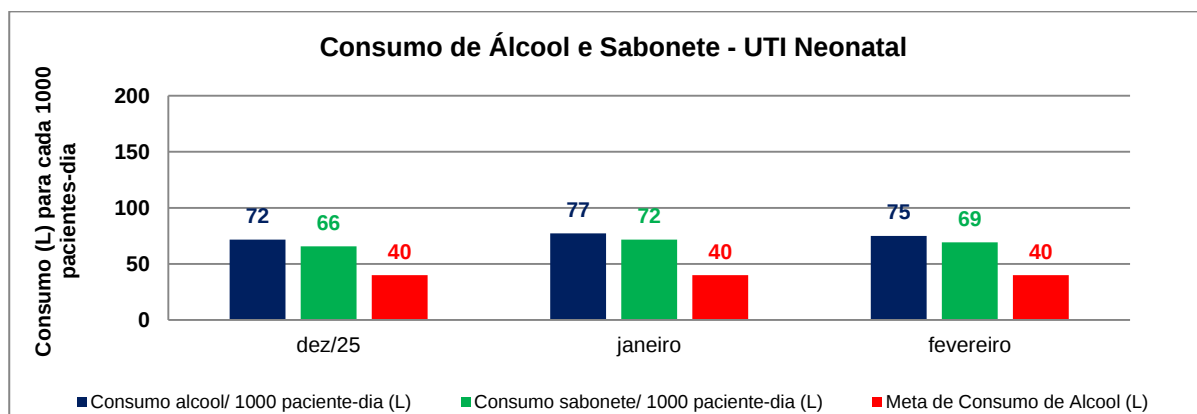


Figura 30: Consumo de álcool gel e sabonete líquido na UTI Neonatal.

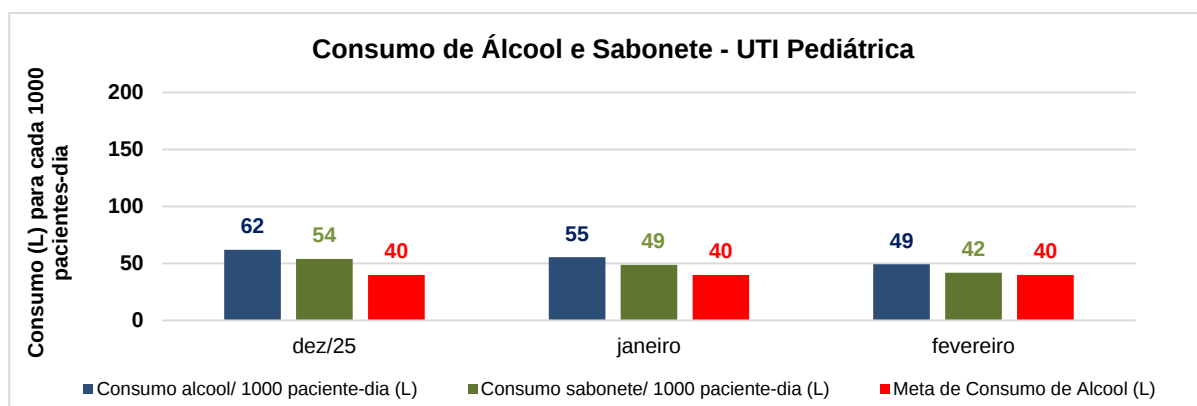


Figura 31: Consumo de álcool gel e sabonete líquido na UTI Pediátrica.

Análise crítica: Em janeiro observamos uma redução no consumo de álcool e sabonete na UTI Neonatal e Pediátrica em relação a dezembro, associado ao menor número de pacientes-dia no mês, que influencia em menos oportunidades de higienização das mãos. Já na UTI Adulto houve uma estabilidade no consumo, apesar da redução no número de pacientes/dia, o que reforça a maior necessidade de ações de prevenção no setor, mediante as condições dos pacientes internados no período. Em linhas gerais, o consumo se mantém dentro do esperado, acima da meta estabelecida, influenciado pelas boas práticas assistenciais, o que reflete no controle das infecções e a segurança de todos, usuários, acompanhantes e colaboradores.

* Obs.: Consumo de álcool gel e sabonete líquido: número consumido em litros de álcool e sabonete dividido pelo número de usuário-dia no período vezes 1000. Estabelecendo uma relação a cada 1000 pacientes/dia.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 20 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

6.1 – Taxa de Adesão a Higienização das Mãos

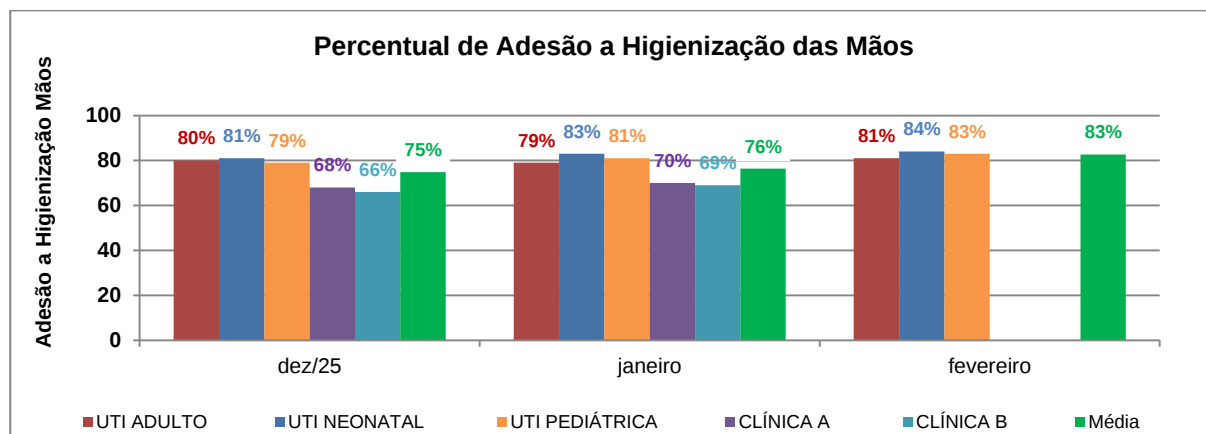


Figura 32: Percentual de Adesão a Higienização das Mãos por setor.

Análise Crítica: No mês de fevereiro houve monitoramento da adesão a higiene das mãos nos setores de terapia intensiva, não sendo possível realizar nas enfermarias. Mediante ao mensurado, observamos uma boa adesão nas UTI's, mantendo uma crescente em comparação aos meses anteriores, o que reforça as boas práticas de higiene, com fácil acesso aos dispensadores e as pias de higiene das mãos. Como estratégia de melhoria, desde 2025 foi padronizado a luva nitrílica na insituição, que não possui resíduo e garantindo aos profissionais que façam a higiene das mãos com álcool a 70%. Tal medida vem contribuindo significativamente na melhoria da adesão pelas equipes. A adoção de boas práticas de higienização das mãos é considerada a principal estratégia no controle e prevenção as IRAS.

* Obs.: Percentual de Adesão a Higienização das Mãos: é o número de higiene das mãos observadas em conformidade, dividido pelo número total de observações no período vez 100 (%).

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 21 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

7 – Gerenciamento de Antimicrobianos

7.1 – Consumo de antimicrobianos terapêuticos por custo e capacidade de indução a resistência

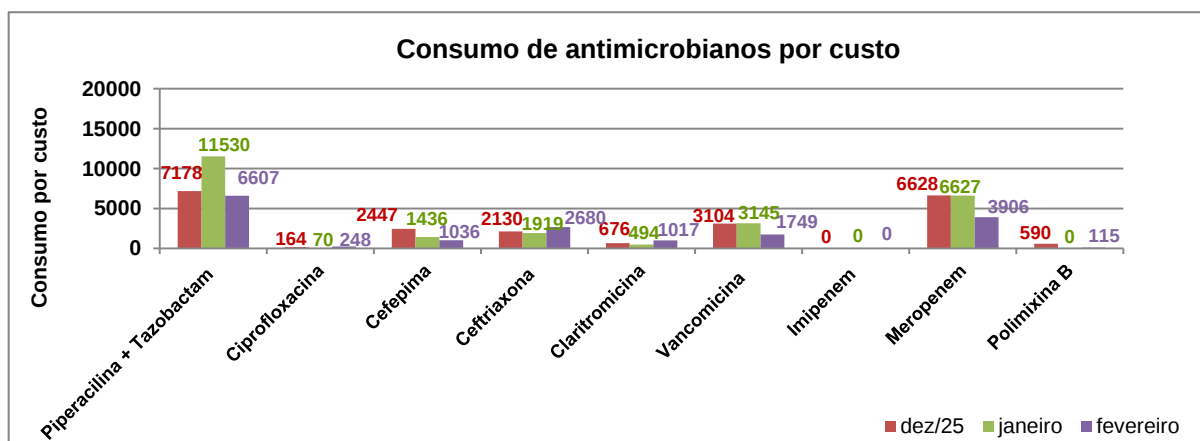


Figura 33: Consumo de antimicrobianos por custo financeiro associado a maior capacidade de induzir resistência.

Análise crítica: No mês de fevereiro de 2026 foram observadas reduções tanto no consumo dos antimicrobianos (diminuição de 14,1%) como nos custos com as medicações (queda de 31%) de maior capacidade de induzir resistência. Essa variação se deve ao trabalho conjunto dos serviços de controle de infecção e logística da instituição no gerenciamento do uso racional de antimicrobianos no hospital. Seguem abaixo comentários individuais sobre cada um dos antimicrobianos controlados pelo SCIH do HRPM:

- 1. Aciclovir injetável:** medicação antiviral. Apresentada em frascos de 250mg e usada numa média de 6 frascos ao dia por paciente. Não utilizada em fevereiro de 2026 no HRPM.
- 2. Amoxicilina+Clavulanato injetável:** antibacteriano. Apresentado em frascos de 1,2g e na posologia média de 3 frascos ao dia por paciente. Não utilizado mês passado na instituição.
- 3. Ampicilina+Sulbactam:** medicação antibacteriana. Apresentada em frascos de 2g+1g, com posologia habitual de 4 frascos ao dia. Alto custo e baixo potencial de indução de resistência. Não utilizada no mês anterior no HRPM.
- 4. Anfotericina B:** medicação antifúngica e antiparasitária. Apresentada em frascos de 50mg, com posologia habitual de 1 frasco ao dia. Não utilizada em janeiro de 2026 na instituição.
- 5. Cefazolina:** antibacteriano. Apresentado em frascos de 1g e posologia média de 3 frascos ao dia por paciente. Utilizado exclusivamente na antibioticoprofilaxia cirúrgica em períodos de 24h nas cirurgias sem

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 22 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

próteses e por 48h naquelas com implante de material protético, conforme protocolo institucional. Usada no último mês em quantitativo 8,9% menor em relação ao mês de janeiro.

6. Cefepime: antibacteriano. Apresentado em frascos de 1g e posologia média de 4 frascos ao dia por paciente. Usado em quantitativo 27,8% menor que no mês prévio, sendo uma das principais opções de antimicrobiano para tratamento de quadros infecciosos graves. Média influência nos custos com antimicrobianos e médio potencial de indução de resistência microbiana. Indicado no mês anterior no tratamento de quadros sepse e infecções respiratórias, de pele e partes moles, abdominais e de sistema nervoso central.

7. Ceftriaxona: antibacteriano. Apresentado em frascos de 1g e posologia média de 2 frascos ao dia por paciente. Utilizado em fevereiro em quantitativo 28,1% maior. Baixa influência nos custos hospitalares; alto potencial de indução de resistência microbiana. Indicado como terapêutica de infecções respiratórias, urinárias, abdominais, osteoarticulares, de pele e partes moles e de sistema nervoso central.

8. Ciprofloxacina injetável: antibacteriano. Apresentado em bolsas de 200mg e posologia média de 4 bolsas ao dia por paciente. Utilizada em quantitativo ainda bastante pequeno no HRPM em fevereiro de 2026.

9. Claritromicina: antibacteriano. Apresentado em frascos de 500mg e posologia média de 2 frascos ao dia por paciente. Altíssima influência nos custos hospitalares. Utilizada no mês passado em quantitativo reduzido no HRPM.

10. Levofloxacina: medicação antibacteriana. Apresentada em frascos de 500mg e posologia média de 1 a 2 frascos ao dia por paciente. Usada no HRPM no mês passado em quantitativo bastante pequeno.

11. Linezolida: medicação antibacteriana. Apresentado em bolsas de 600mg e posologia média de 2 bolsas ao dia por paciente. Alto custo e baixo potencial de indução de resistência microbiana. Não utilizada no mês de fevereiro no HRPM.

12. Meropenem: antibacteriano. Apresentado em frascos de 1g e posologia média de 3 frascos ao dia por paciente. Apresentou consumo 38% menor que em janeiro. Altíssima influência nos custos hospitalares e alto potencial de indução de resistência microbiana. Com principais indicações no tratamento de quadros de sepse e infecções respiratórias, urinárias, abdominais e de pele e partes moles complicadas.

13. Piperacilina+Tazobactam: medicação antibacteriana. Apresentado em frascos de 4+0,5g e posologia média de 3 frascos ao dia por paciente. Teve consumo 41,8% menor que no mês anterior, como parte principal da estratégia para poupar o uso de carbapenêmicos no HRPM. Têm alta influência nos custos

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 23 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

hospitalares e baixo potencial de indução de resistência microbiana. Indicada no tratamento de quadros de sepse e infecções de foco respiratório, abdominal e urinário.

14. Polimixina B: medicação antibacteriana. Apresentado em frascos de 500.000UI (50mg) e posologia média de 4 frascos ao dia por paciente. Alto custo e baixo potencial de indução de resistência microbiana. Utilizada em quantitativo muito pequeno, em um tratamento de infecção por germe multirresistente.

15. Vancomicina: antibacteriano. Apresentado em frascos de 500mg e posologia média de 4 frascos ao dia por paciente. Utilizada em quantitativo que corresponderia praticamente à metade do usado em janeiro de 2026. Baixa a média influência nos custos hospitalares e médio potencial de indução de resistência microbiana. Com principais indicações no mês passado no tratamento de quadros de sepse e de infecções de tratos respiratório, abdominal, osteoarticulares e de pele e partes moles.

* Obs.: Consumo de antimicrobianos por custo financeiro associado a maior capacidade de induzir resistência: é o valor total em reais (custo financeiro) de antimicrobianos com maior capacidade de induzir resistência na instituição.

7.2 – Consumo de antimicrobiano terapêutico por unidade de internação

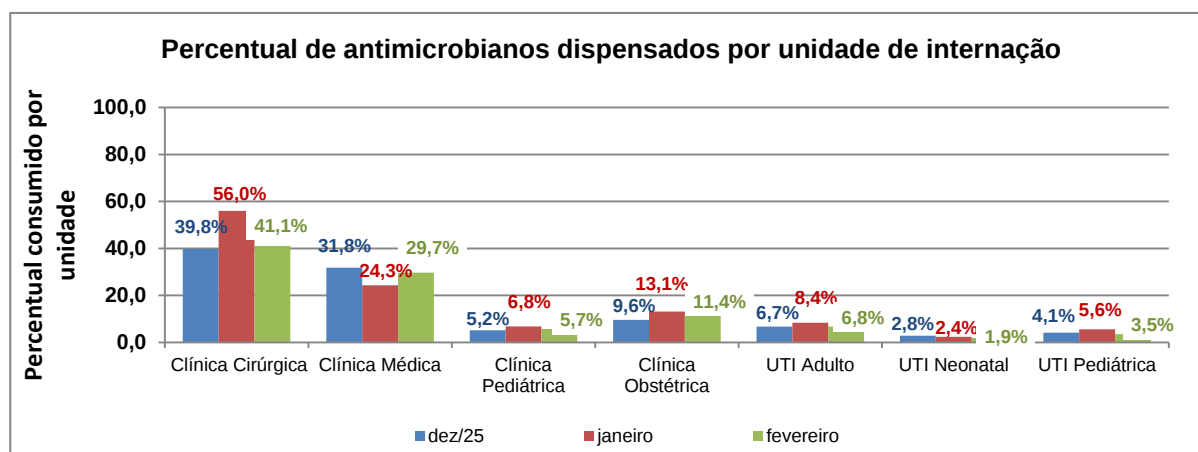


Figura 34: Percentual de antimicrobiano terapêutico consumido por unidade de internação.

Análise crítica: Em janeiro foram administrados 370 pacientes receberam tratamento antimicrobiano na instituição, em sua grande maioria de forma empírica, guiado por critério clínico, um aumento de 47,4% em comparação a janeiro (251 pacientes), principalmente entre antimicrobianos de menor espectro, como a cefalotina, utilizada principalmente em pacientes cirúrgicos. Destes, 41,1% na clínica cirúrgica (152 pacientes); 29,7% na clínica médica (110 pacientes); 11,4% na clínica obstétrica (42 pacientes); 5,7% na clínica pediátrica (21 pacientes); 6,8% na UTI Adulto (25 pacientes); 1,9% na UTI Neonatal (07 pacientes); e 3,5% na UTI Pediátrica (13 pacientes).

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 24 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

* Obs.: Percentual de consumo antimicrobiano terapêutico: é o número de pacientes que receberam tratamento com antimicrobianos em determinada unidade de internação dividido pelo número total de pacientes que receberam antimicrobianos, multiplicado por 100 (%).

7.3 - Consumo de antibiótico profilático por unidade de internação

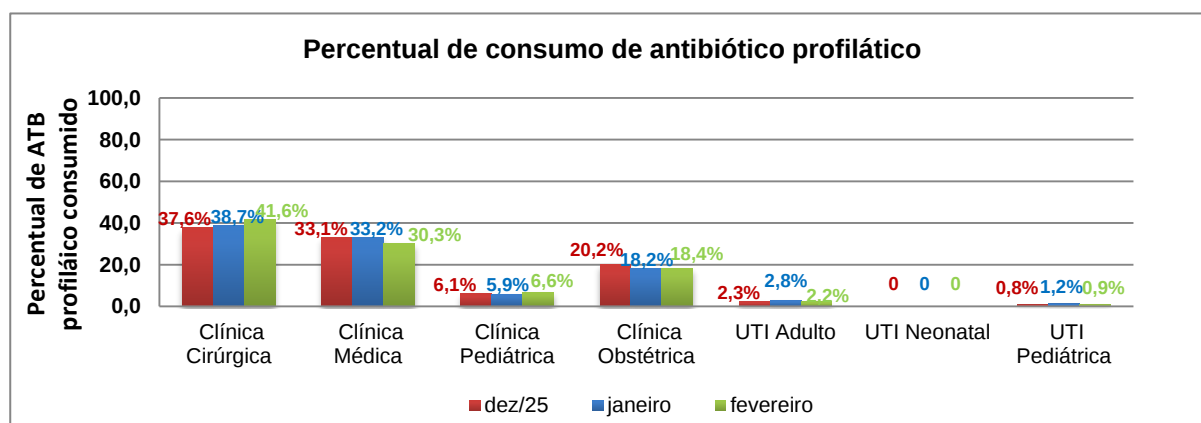


Figura 35: Percentual de consumo de antibiótico profilático por unidade de internação.

Análise crítica: Em fevereiro foram administradas 228 doses de antibiótico profilático em cirurgias realizadas na instituição, uma redução 10% nas doses administradas em comparação a janeiro (253), fato inerente à redução no número de procedimentos cirúrgicos realizados, tendo com antibiótico de escolha a cefazolina. Destes, 41,6% na clínica cirúrgica (95 pacientes); 30,3% na clínica médica (69 pacientes); 18,4% na clínica obstétrica (42 pacientes); 6,6% na clínica pediátrica (15 pacientes); 2,2% na UTI Adulto (05 pacientes); e 0,9% na UTI Pediátrica (03 pacientes). Não houve administração em pacientes na UTI Neonatal.

* Obs.: Percentual consumido de antibiótico profilático por unidade de internação: é o número de antibiótico profilático administrado por paciente de determinada unidade de internação dividido pelo número total de antibiótico profilático administrado, multiplicado por 100 (%).

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 25 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

7.4 - Taxa de Adesão a Antibioticoprofilaxia Cirúrgica

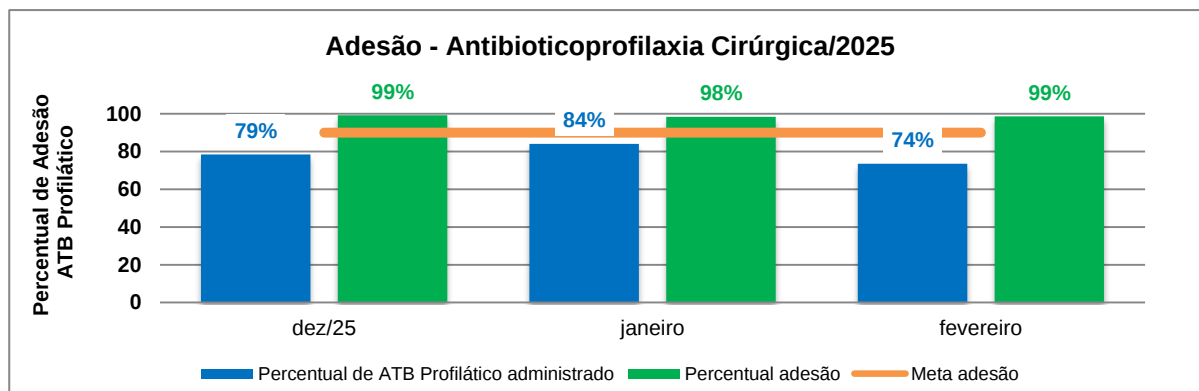


Figura 36: Taxa de adesão a antibioticoprofilaxia cirúrgica

Análise crítica: Em fevereiro houve 99% de adesão a antibioticoprofilaxia cirúrgica, com aumento de 1% em comparação a janeiro (98%), se mantendo bem acima da meta estabelecida (90%). De um total de 310 cirurgias analisadas, em 228 procedimentos (74%) houve a necessidade da realização do antibiótico profilático, sendo evidenciada fragilidade em três (03) procedimentos, com a falta de checagem da administração da medicação em ficha de SAEP, situação repassada e discutida com a equipe para alinhamento e melhoria do processo. A adoção da antibioticoprofilaxia cirúrgica no tempo e dose adequados é importante estratégia de prevenção das infecções de sítio cirúrgico, principalmente em cirurgias limpas eletivas.

* Obs.: Adesão a Antibioticoprofilaxia Cirúrgica: é o número de antibiótico profilático administrado dividido pelo número de cirurgias analisadas com recomendação de antibioticoprofilaxia, multiplicado por 100 (%).

8 – Indicadores assistenciais - Hemodiálise

8.1- Taxa de internação em hemodiálise

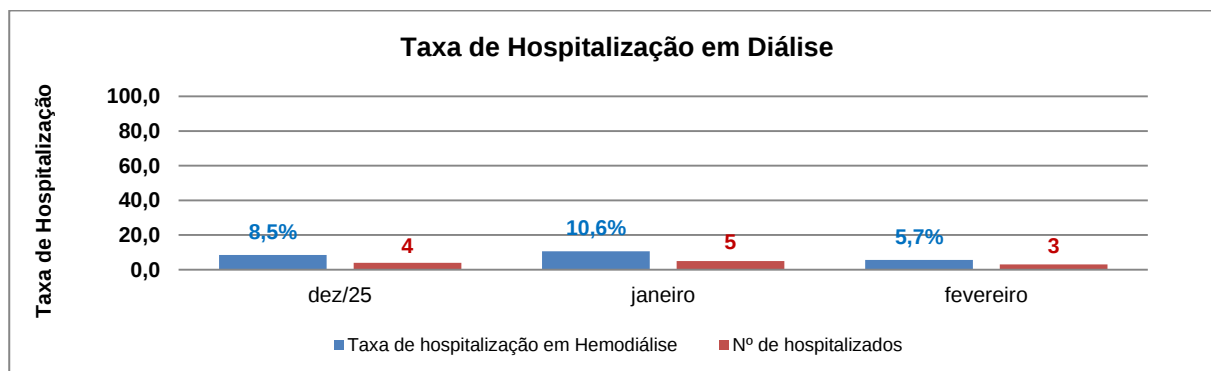


Figura 36: Taxa de hospitalização em hemodiálise

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 26 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

Análise crítica: Em fevereiro observamos uma redução no número e na taxa de hospitalizações de usuários do serviço de hemodiálise em comparação janeiro, de 10,6% (05 internações) para 5,7% (03 internações). Em particular, as internações foram um (01) caso de dispneia, um (01) caso decorrente a falência de acesso, e um (01) caso de pneumonia comunitária. No período não houve internação para realização de confecção de dispositivo de diálise (cirurgia vascular eletiva).

* Obs.: Taxa de hospitalização em hemodiálise: é o número de hospitalizações de pacientes da diálise dividido pelo número total de pacientes do serviço, multiplicado por 100 (%).

8.2 – Taxa de utilização de CVC temporário não tunelizado por mais de 03 meses

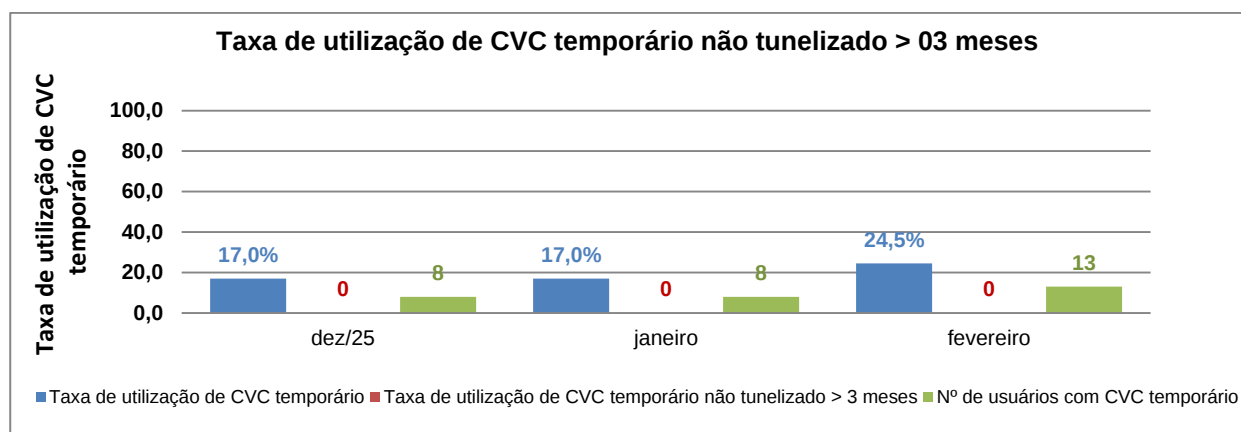


Figura 37: Taxa de utilização de CVC temporário não tunelizado por mais de 03 meses

Análise crítica: Em fevereiro não houve utilização de CVC temporário não tunelizado por mais de três meses, seguindo a tendência dos meses anteriores. De um total de 53 usuários em hemodiálise, 13 usuários utilizaram cateter venoso central temporário (24,5%) no período, esse aumento em comparação a janeiro (17%) se deve a nova entrada de pacientes no programa de diálise. A não utilização de CVC temporário por longo período situação é um importante marcador de prevenção de bacteremia, já que sabidamente quanto mais tempo um paciente dialítico permanecer com o cateter temporário, maior é o risco de infecções. No HRPM preconiza a remoção de CVC temporário com adoção de cateter permanente ou até mesmo a confecção de fístula. No momento o serviço possui 17 pacientes com CVC permanente e 22 pacientes com fístula.

* Obs.: Taxa de utilização de CVC temporário não tunelizado > 03 meses: é o número de CVC tunelizado maior que três meses de uso, dividido pelo total de CVC temporário, multiplicado por 100 (%).

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 27 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

8.3 – Taxa de infecção em cateteres de hemodiálise

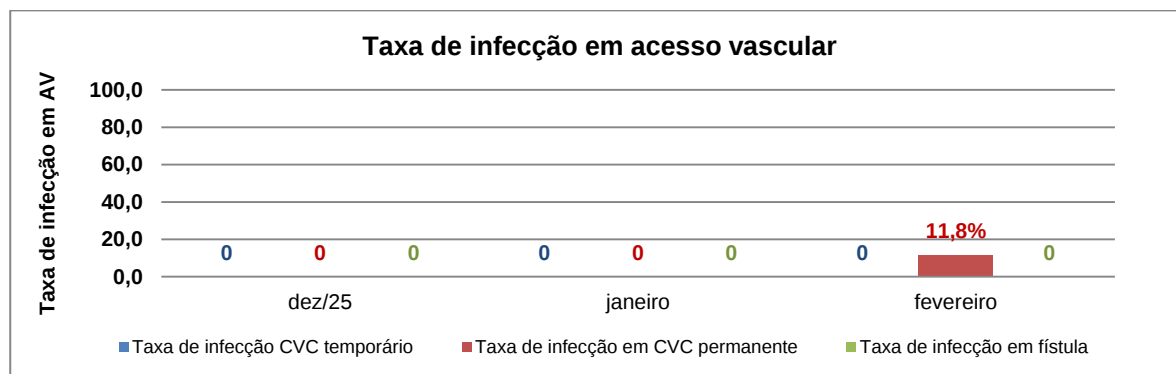


Figura 38: Taxa de infecção em acesso vascular (IAV)

Análise crítica: Em fevereiro houve a ocorrência de duas (02) infecções em acesso vascular (IAV) no setor de hemodiálise, ambas em cateteres de longa permanência (permicath) para um total de 17 pacientes em uso desse tipo de cateter (32,5%), o que representa uma taxa de infecção de dispositivo de 11,8%. Em particular os casos apresentaram sinais de hiperemia, inchaço, dor e drenagem de secreção, foi coletada hemocultura sendo estas negativas. Os pacientes tiveram seus cateteres retirados e novos dispositivos foram instalados. No período também tinha 13 pacientes com cateter temporário (24,5%) e 23 pacientes com fístula (43%), estes sem apresentar infecção. A não ocorrência de IAV representa a qualidade do serviço no cuidado e prevenção dos dispositivos, em face aos desafios enfrentados como serviço ambulatorial e os cuidados domiciliares dos usuários com os dispositivos.

* Obs.: Taxa de infecção em acesso vascular (IAV): é o número de infecções em determinado acesso vascular dividido pelo total de acessos vasculares utilizados, multiplicado por 100 (%).

8.4 - Taxa de bacteremia na hemodiálise

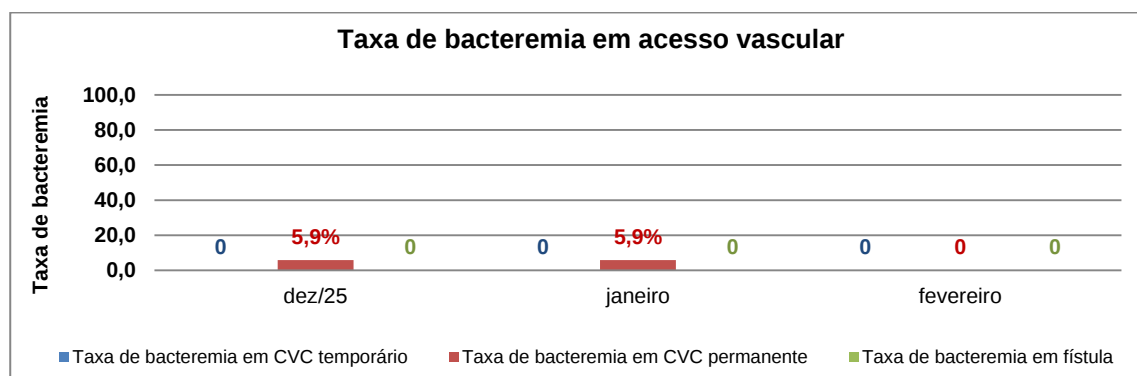


Figura 39: Taxa bacteremia associada a acesso vascular

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR			
Tipo do Documento:	RELATÓRIO MENSAL	Página: 28 de 28	
Título do Documento:	COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	Data: 09/03/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2026

Análise crítica: Não houve bacteremia associada ao dispositivo vascular de diálise em fevereiro no setor de hemodiálise da instituição, o que reflete uma melhoria em comparação aos últimos dois meses, onde houve ocorrência (dezembro e janeiro). Esta condição reforça as ações de prevenção, com a melhoria no manejo dos dispositivos, as orientações aos usuários quanto os cuidados em domicílio e a remoção precoce em situações de risco e mau uso dos cateteres de curta e longa permanência.

* Obs.: Taxa de bacteremia em acesso vascular: é o número de bacteremia em determinado acesso vascular dividido pelo total de acesso vasculares utilizados, multiplicado por 100 (%).



Enf. Higor José de Oliveira Tostes.
COREN/PA: 185.606
Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
Hospital Regional Público do Marajó

GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 1 de 3	
Título do Documento:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – nº 114	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão: 005	

Objetivo:	Discutir os temas pertinentes ao controle de infecção e definir ações	Data/Horário:	19/02/2026 15h00 às 15h50
Elaboração:	SCIH	Local:	Auditório

1. Relação dos membros participantes (nome, função e setor que representa):

Membro	Função	Setor
Higor Tostes	presidente	Enfermeiro SCIH/NHE
Marcello Ferreira	vice-presidente	Diretor técnico
Adriana Soares	membro	Téc. em Seg. do Trabalho
Ana Batista Costa	convidado	Aux. Administrativa SADT
Antônia Figueira	convidado	Téc. enfermagem UTI
Ana Carolina La-Rocque	convidada	Médica
Camilly Silva	convidada	Téc enfermagem UTI
Deise Miranda	membro	Supervisora CCO/CME
Edson Silva	membro	Supervisor Apoio/Logística
Emerson Silva	membro	Téc. Enfermagem Hemodiálise
Elizabeth Corrêa	membro	Supervisora Atendimento
Gildeane Aquino	convidada	Enfermeira UTI
Glória Oti Câmara	convidada	Fonoaudióloga
Hegla Guimarães	membro	Gerente Assistencial
Helena Tavares	convidada	Tec. de enfermagem
Jader Aguiar	membro	Supervisor UTI's
João Cezar Silva	convidado	Auxiliar do SHL
Joseane Corrêa	membro	Supervisora Hemodiálise
Jose Carlos Hortas	convidado	Tec. enfermagem
Jusciely Machado	membro	Diretora executiva
Maitê Leão	convidada	Fisioterapeuta
Maria Iza Demes	membro	Enfermeira do NQSP
Maricleia Araújo	convidada	Enfermeira Supervisora NIR/U.E
Mayra Silva	convidada	Auxiliar farmácia
Nicicleia Lima	membro	Téc. Enfermagem UTI
Rarison Nunes	convidado	Fisioterapeuta

GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 2 de 3	
Título do Documento:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – nº 114	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão: 005	

Rayanne Silva	convidada	Médica
Samara Graziela	membro	RT Farmácia
Silas Castro	membro	Supervisor Amb. Abertos.
Simary Fernandes	convidada	Enfermeira UTI

2. Ausentes (s):

Anderson Pacine Sodré	secretário	Téc. enfermagem SCIH/NHE - férias
Manoel Sarges	membro	Supervisor Laboratório - atividade externa

3. Desenvolvimento (assuntos abordados)
1. Indicadores assistenciais e de infecção - janeiro

No início à reunião, Higor Tostes pontuou as pendências em relação à reunião anterior e agradeceu todos os presentes, membros e convidados. Dando continuidade, divulgou os dados de infecção no HRPM de janeiro, destacando que houve um aumento na taxa global de IRAS para 1,60%, contra 1,26% em dezembro, decorrente ao aumento no número de infecções de 05 para 06 casos e redução no número de saídas. Tal situação correlacionada à maior complexidade de pacientes, principalmente nas enfermarias, com cirurgias contaminadas e complexas, tempo de internação prolongado e invasividade, fatores que aumentam as chances de IRAS. Já nas unidades de terapia intensiva ocorreu apenas um caso, o que reflete a menor complexidade e as ações de prevenção adotadas. Também foram apresentados os indicadores assistências (bundles e adesão a higiene das mãos), com foco na interação entre as equipes, além de debate em estratégias de melhoria continua.

2. Premiação UTI Pediátrica

Com uso da palavra, Jader Aguiar destacou os avanços na prevenção de infecção na UTI Pediátrica, estando a unidade há 06 meses sem registro de IRAS. Com o objetivo de valorizar o trabalho, profissionais da unidade foram convidados para a reunião e em nome de toda a equipe receberam a premiação pelas boas práticas assistenciais. Marcello Ferreira reforçou a importância do trabalho desenvolvido por todos na instituição, estendendo aos demais setores. Jusciely Machado ressaltou os avanços assistenciais durante o último ano e parabenizou a todos os presentes. Higor Tostes salientou que a UTI Adulto e UTI Neonatal vem reduzindo às ocorrências de IRAS através do reforço as ações de prevenção, com destaque ao projeto Saúde em Nossas Mãos, desenvolvido na UTI Adulto, o qual vem contribuindo para melhoria assistencial na unidade.

GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 3 de 3	
Título do Documento:	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – nº 114	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão: 005	

3. Identificação dos dispensadores de álcool

Higor Tostes trouxe para discussão a necessidade de melhorar a identificação dos dispensadores de álcool conforme alinhamento junto ao setor de manutenção e logística, atendendo a necessidade levantada na última visita da Vigilância Estadual na instituição. Edson Silva informou que está em andamento o processo, com o levantamento do quantitativo necessário de adesivos para identificação, e que já está em processo de aquisição junto à gráfica no município.

4. Ações Previstas

O Que?	Quem?	Quando?	Status
Identificação dos dispensadores de álcool	Supervisão Apoio/Logística	Março	Andamento.

Núcleo de Educação Permanente - NEP			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	FO.HRPM.NEP.001	Página 1 de 1
Nome do Documento:	Lista de Presença	Emissão: 9/9/2024 Versão: 006	Próxima Revisão: 9/9/2026

Nome do Evento: <u>CCIM</u>			
Facilitador: <u>HIGOR TOSTES</u>		Empresa/Consultoria:	
Qualificação do Facilitador:		Responsável pelo Evento:	
Data: <u>19/02/26</u>	Horário/Início: <u>15h</u>	Término: <u>15h50</u>	C. Horária Total: <u>1h 50min</u>
Sector:	Diretoria/Gerência:	Local: <u>Auditorio</u>	
Tipo: ☒ Reunião () Treinamento () Curso () Palestra () Outros - Especificar:			

Matricula	Nome	Assinatura	Sector	Função
1	41 Antonia S. dos S. Figueira	Antonia	UTI Ped	T.O.C. 17
2	28 Nicieleia R. de Lima	Nicieleia	UTI Ped	T.E.
3	60 Helene de R. S. Tavares	H	UTI Ped	Ter. Enf.
4	316 Sierney Fernandes	Sierney	UTI PED	Enfermeiro
5	394 Gilduane Aquino Brito	Gilduane	UTI Ped	Enfermeiro
6	1118 Vitor Brito Costa	Vitor Brito	SADT	Ass. Adm.
7	145 Elizabeth Corrie	Elizabeth	Atendimento	Supervisor
8	1139 Selas Campello	Selas	Clus	Segu
9	Rayanne Silva	Rayanne	Enfermeira	medica
10	286 Denise Miranda	Denise	CCO/CME	Supervisor
11	Glória de Lima	Glória	Fono	FONO
12	Rosângela Alves	Rosângela	Ass. S. O	COAP
13	745 Helena Guimarães	Helena	GENF	GENF
14	789 Jader Augusto Corcôa	Jader	Ass. Tech.	Supervisor
15	949 Maria da Conceição Gonçalves	Maria	NASP	Enf
16	1176 Comilly C. F. da Silva	Comilly	UTIN	Tec. enf
17	Maite A. Rocha	Maite	Terio	Terio
18	1189 José Carlos M. M. M. M.	José Carlos	CME	Tec. enf.
19	1194 João César Borges de Silva	João César	S. H. L.	A. S. G.
20	536 Edson de O. Silva	Edson	Ass. Hosp.	Supervisor
21	1068 Samara Graziela G. da Silva	Samara	Farmácia	Farma RT
22	938 Mayra de Almeida dos	Mayra	Farmácia	Ass. Farmácia
23	668 Joazeiro de Silva Lopes	Joazeiro	Ass. H. S.	S
24	1157 Emerson A. da Silva	Emerson	H. O.	Tec. Enf.
25	1142 Juscielei PEREIRA NACHADO	Juscielei	DIRETORIA	Diex.

Total de Participantes: 25

Assinatura do Facilitador: _____

Higor José de Oliveira
DIREX-PA 155.606-1

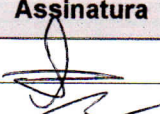
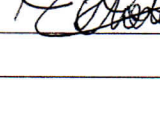
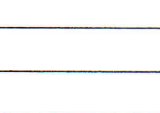
Responsável Pelo Evento: _____

Higor José de Oliveira
DIREX-PA 155.606-1

Núcleo de Educação Permanente - NEP

Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	FO.HRPM.NEP.001	Página 1 de 1
Nome do Documento:	Lista de Presença	Emissão: 9/9/2024 Versão: 006	Próxima Revisão: 9/9/2026

Nome do Evento: <u>Reunião CCIM</u>			
Facilitador: <u>Nigor Tools</u>		Empresa/Consultoria:	
Qualificação do Facilitador:		Responsável pelo Evento:	
Data: <u>19/02/26</u>	Horário/Início: <u>15h</u>	Término: <u>15h50</u>	C. Horária Total: <u>50 min</u>
Sector:	Diretoria/Gerência:	Local: <u>Auditorio</u>	
Tipo: ☒ Reunião () Treinamento () Curso () Palestra () Outros - Especificar:			

Matrícula	Nome	Assinatura	Sector	Função
1	979 ✓ ADRIANA MORAES		DEGEM	Segurança
2	✓ Marcelo		DT	DT
3	992 ✓ Monielle Aguiar		NIR/UE	Supervisora
4	✓ Eng. Caroline Pereira		Patolo.	médica
5	416 ✓ Nigor Tools		SCIM	Enfermeiro
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Total de Participantes: 05

Assinatura do Facilitador: _____

Responsável Pelo Evento: _____

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS - CRO

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 1 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

Introdução

A Comissão de Revisão de Óbito do Hospital Regional Público do Marajó (HRPM), amparada pela Resolução CFM nº 2.171/2017, atua como um pilar estratégico da governança clínica e da segurança do paciente. Fundamentada nos preceitos de qualidade de Avedis Donabedian (1988), a Comissão realiza uma investigação sistemática e imparcial das circunstâncias de cada óbito, transformando a análise de desfechos fatais em oportunidades concretas de aprendizado institucional, mitigação de riscos e aprimoramento da eficácia terapêutica para a população marajoara.

Este relatório consolida os resultados das análises referentes ao mês de **fevereiro de 2026**, apresentando a descrição técnica dos casos e formalizando recomendações para ações corretivas e preventivas. Ao evidenciar lacunas assistenciais e fornecer subsídios robustos para a tomada de decisão da gestão hospitalar, o documento reafirma o compromisso do HRPM com a transparência, a responsabilidade profissional e a busca incessante pela excelência e preservação da vida.

Objetivos

Quantificar e qualificar os óbitos ocorridos no HRPM mensalmente; Analisar a taxa de mortalidade por causas óbitos por capítulo CID-10; Analisar os óbitos por gênero; Analisar a distribuição dos óbitos por setor; Analisar a taxa de mortalidade operatória e o número de cirurgias de urgência, avaliando sua representatividade total e a *taxa de mortalidade operatória*; Analisar a taxa de mortalidade institucional.

Metodologia

A metodologia aplicada fundamenta-se na análise técnica e sistemática dos prontuários, utilizando como fontes a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), evoluções e

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 2 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

prescrições multidisciplinares, SADT, termos de consentimento, descrições cirúrgicas e Declarações de Óbito (D.O.), além da classificação ASA para os casos cirúrgicos. O levantamento de dados é consolidado por meio do formulário institucional FO.HRPM.CO.001 (Ficha de Verificação de Óbito), que serve de base para a descrição analítica e o cálculo preciso das taxas de Mortalidade Operatória e Institucional, conforme os parâmetros estatísticos adotados pela unidade:

- Mortalidade Operatória (%) = Número de óbitos de pacientes até 7 dias após ato cirúrgico no período / Número total de cirurgias realizadas no período
- Mortalidade Institucional (%) = Números de óbitos institucionais (período de internação >24h) / Número de altas institucionais

As cirurgias eletivas são cirurgias agendadas previamente de acordo com o fluxo ambulatorial de preparo pré-operatório e as cirurgias de urgências e de emergência são realizadas a partir do caráter da Autorização de Internação Hospitalar por meio do fluxo de entrada do paciente não eletivo, seja ele Porta Aberta ou Regulado via SER. As taxas de mortalidade por causa óbito por capítulo do Cadastro Internacional de Doenças (CID-10), os quais serão organizados conforme adequação ao CID.

Capítulo	Descrição	Códigos da CID
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasias [Tumores]	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H96
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 3 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
Ign	CID não especificado ou inválido	

Tabela 1: Causas de óbito classificada por capítulo CID-10 – Ministério da Saúde

OBS: Para classificação de causas de óbitos, não são utilizados os capítulos XIX - Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (S00-T98) e XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99).

A distribuição de óbitos por setor será contabilizada pelo setor que ocorreu o óbito. A análise dos gêneros se dará após a verificação da D.O. e número de óbitos masculinos (NM) + número de óbitos femininos, se aplicável ao mês. A taxa de mortalidade institucional (%) se dará pelo número de saídas do mês vigente dividido pelo número de óbitos institucional.

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 4 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

Desenvolvimento

No mês em análise, o Hospital Regional Público do Marajó registrou 22 óbitos e 2 natimortos (gráfico 1). Todos os óbitos foram analisados por esta comissão, sendo identificados no mês 4 óbitos a esclarecer – o que expressa uma taxa de 13,6% (gráfico 2).

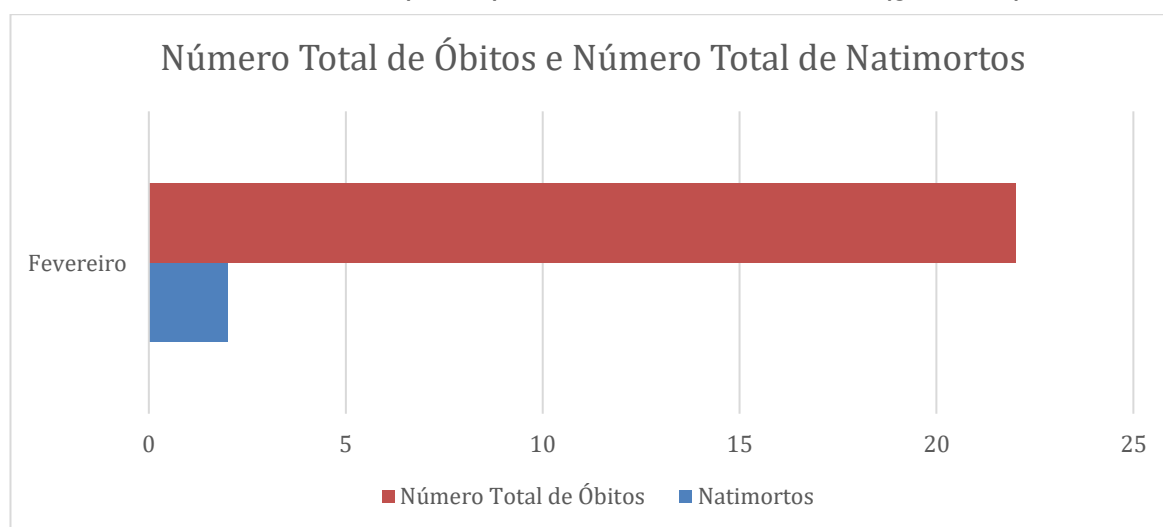


Gráfico 1 – Número Total de Óbitos e Número Total de Natimortos.

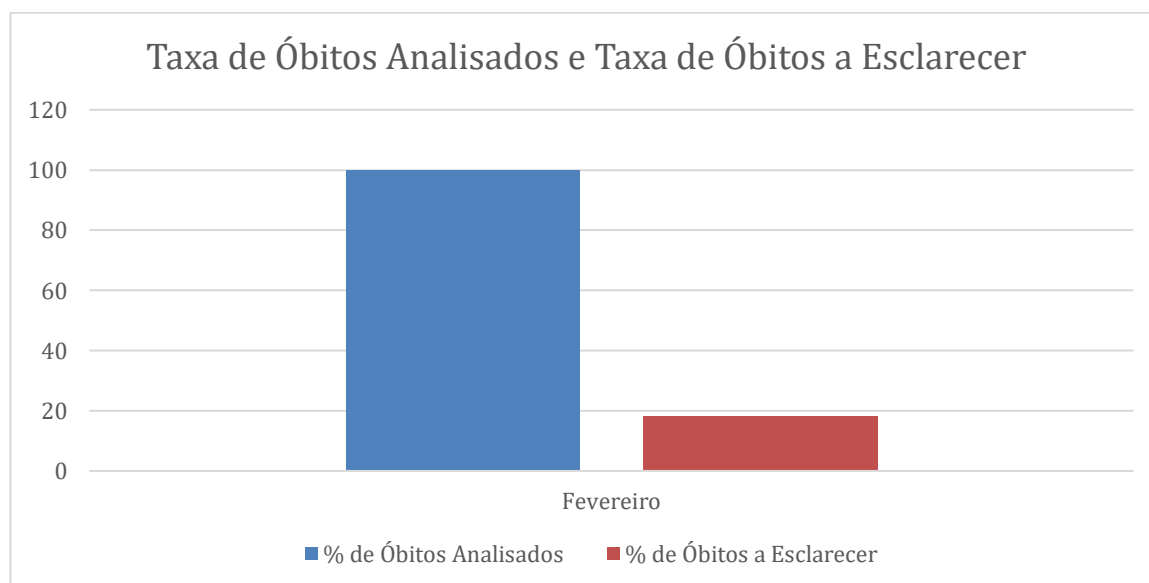


Gráfico 2 – Taxa de Óbitos Analisados e Taxa de Óbitos a Esclarecer.

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 5 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

Quanto à distribuição por sexo (gráfico 3) e por faixa etária (gráfico 4), foram registrados 15 óbitos do sexo masculino (68,1%) e 7 óbitos do sexo feminino (31,9%); sendo 7 com idade de 1 dia a 12 anos (31,9%), 7 com idade de 13 anos a 49 anos (31,9%), 7 com idade entre 50 anos a 74 anos (31,9%) e 1 com idade maior ou igual a 75 anos (4,5%).

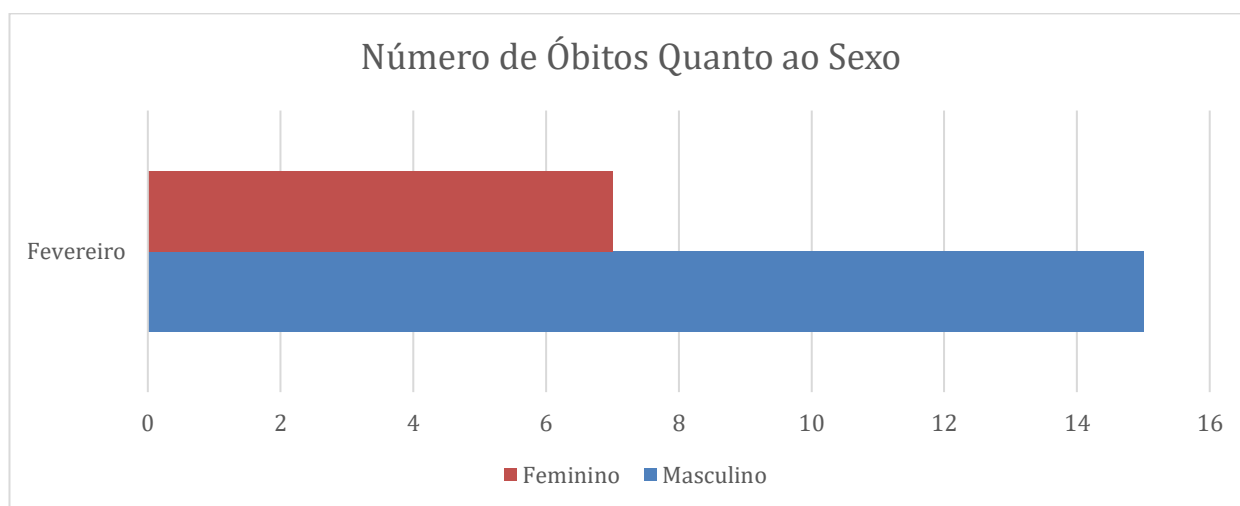


Gráfico 3 – Número de Óbitos Quanto ao Sexo.

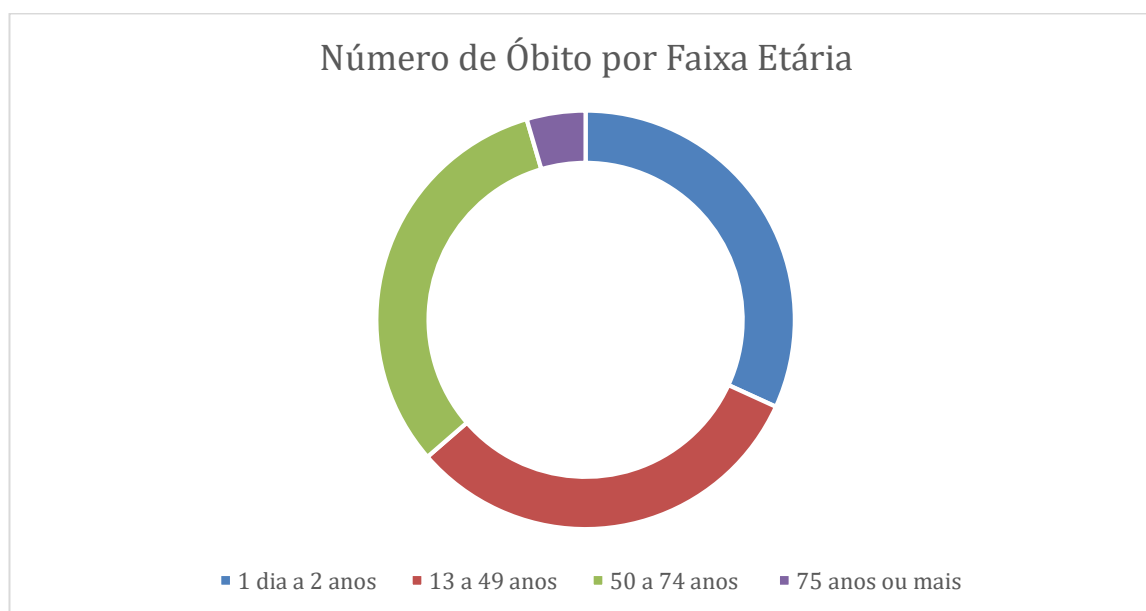


Gráfico 4 – Número de Óbitos por Faixa Etária.

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 6 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

Quanto a classificação do tipo óbito na competência do mês deste relatório, foram identificados 17 Óbitos Institucionais (77,2%) e 5 óbitos Não Institucionais (22,8%) conforme mostra o gráfico 5 – sendo os óbitos Não Institucionais do mês relacionados a Causas Externas em maioria. Os óbitos se dividiram quanto ao CID-10 em 8 capítulos (gráfico 6), sendo as Causas Externas e as Doenças Relacionadas ao Aparelho Digestivo os principais em números.

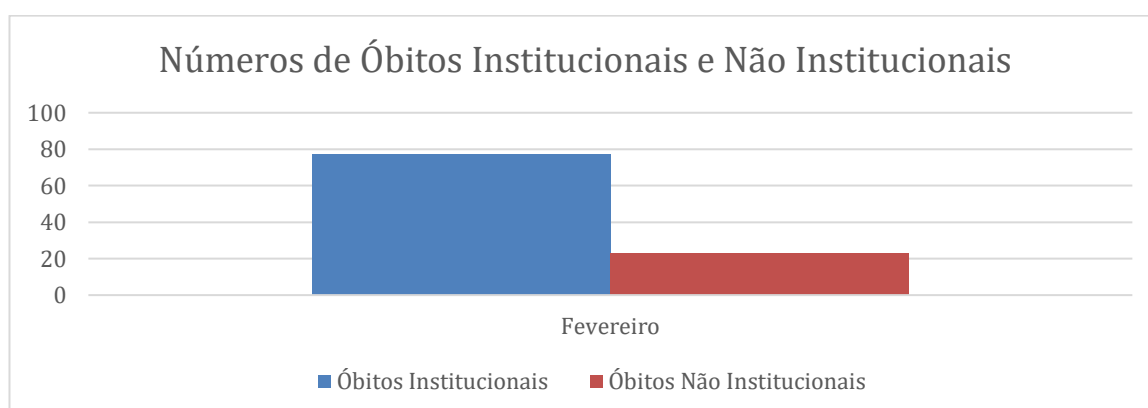


Gráfico 5 – Números de Óbitos Institucionais e Não Institucionais.

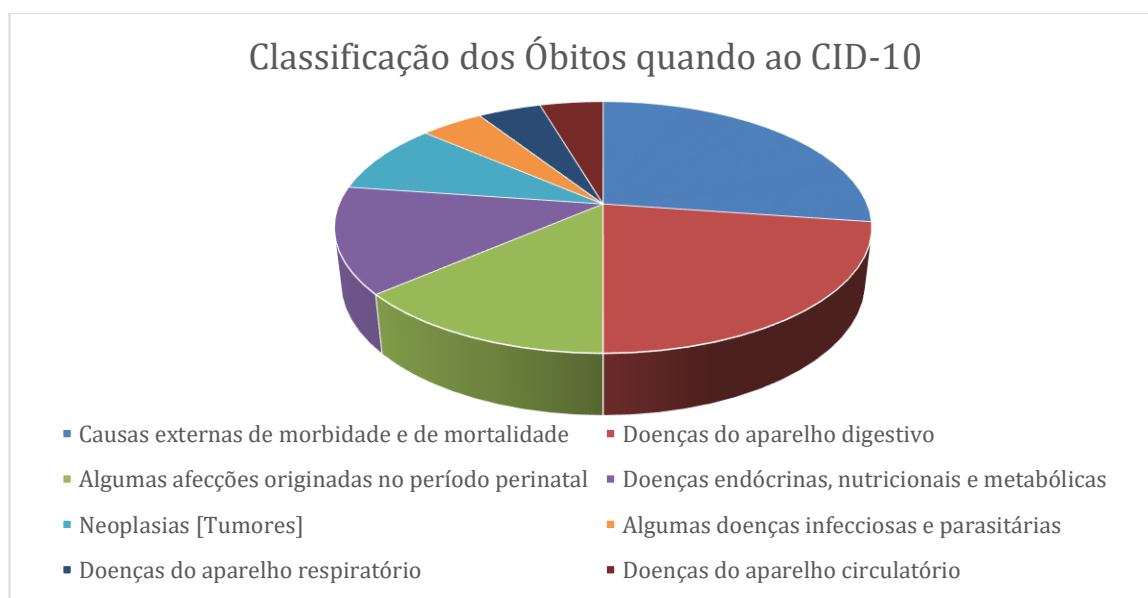


Gráfico 6 – Classificação quanto ao Cadastro Internacional de Doenças CID-10.

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 7 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

Os óbitos ocorreram distribuídos nos seguintes setores (gráfico 7): 8 na UTI Adulto (36,3%), 6 nas UTIs Ped/Neo (27,2%), 6 na Urgência/Emergência (27,2%) e 2 nas Enfermarias (9,1%) – os dois óbitos ocorridos em enfermaria foram inseridos no Protocolo de Cuidados Paliativos III.

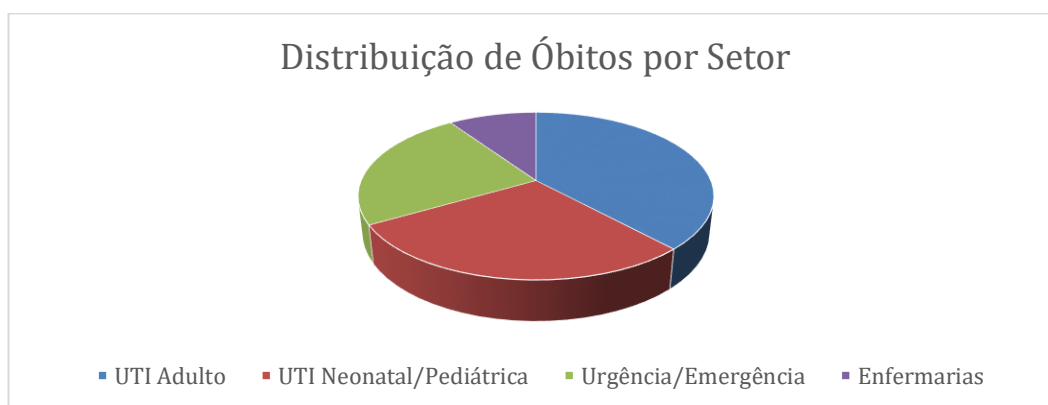


Gráfico 7 – Distribuição de Óbitos por Setor.

A taxa de Mortalidade Institucional no período foi 4,87%, sendo 17 óbitos institucionais em 349 saídas hospitalares. Foram realizados 338 procedimentos cirúrgicos, sendo 165 (48,8%) cirurgias urgência/emergência e 173 (51,2%) cirurgias eletivas, conforme o gráfico 8. No mês em questão a taxa de Mortalidade Operatória foi de 0,29% (1 óbito em 338 procedimentos cirúrgicos), sendo este classificado em ASA II.

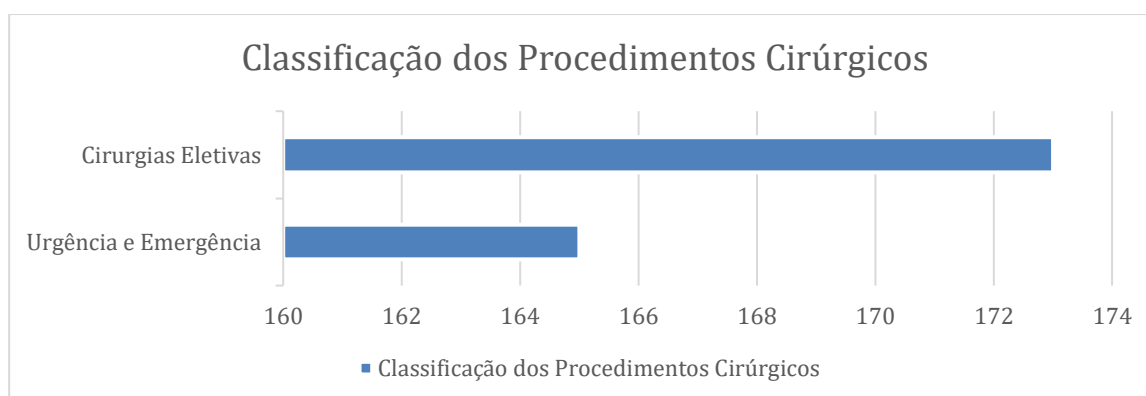


Gráfico 2 – Classificação dos Procedimentos Cirúrgicos.

Comissão de Revisão de Óbitos			
Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	Página 8 de 8	
Título do Documento:	Relatório Mensal de Óbitos	Emissão: 9/3/2026	Mês de Referência: Fevereiro/2025

Considerações Finais

No mês de **fevereiro**, o Hospital Regional Público do Marajó registrou o total de 22 óbitos, todos submetidos à avaliação da Comissão de Revisão de Óbitos. Dos óbitos registrados, os 17 foram classificados como óbitos institucionais – correspondendo a uma taxa de mortalidade institucional de 4,87%. Adicionalmente, a taxa de mortalidade operatória foi de 0,29% com o registro de 1 óbito cirúrgico (ocorrido até 7 dias do procedimento). Observa a ocorrência de 2 óbitos no setor das Enfermarias, os dois classificados como palição III, acolhidos integralmente na terminalidade da vida pela equipe multidisciplinar. Evoca-se neste mês a revisão da disseminação quanto ao Protocolo de SEPSE, bem como contínuo monitoramento quanto ao Protocolo do Time de Resposta Rápida.



Dr. Marcello José Ferreira Silva
CRM-PA 15310
Presidente da CRO do HRPM

ATA DE REUNIÃO – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Tipo do Documento:	ATA de Reunião	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 1 de 2	
Título do Documento:	Comissão de Revisão de Óbitos N° 172	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão: 005	

Objetivo:	Analisar Óbitos Ocorridos no HRPM	Data/Horário: 12/03/2026, 16h às 17h
Elaboração:	Marcello José Ferreira Silva	Local: Sala de Reunião

1. Relação dos membros participantes (nome, função e setor que representa)

Membro	Função	Setor
Dr. Marcello Ferreira	Presidente	Diretor Técnico Médico
Silas Castro	Membro	Supervisor de Enfermagem
Deise Miranda	Membro	Supervisora de Enfermagem
Jader Corrêa	Membro	Supervisor de Enfermagem
Joseane Corrêa	Membro	Supervisora de Enfermagem
Hegla Guimarães	Membro	Gerente Assistencial
Rarison Patrick Nunes	Membro	Supervisor de Fisioterapia
Maricleia Araújo	Membro	Supervisora de Enfermagem
Higor José Toses	Membro	Enfermeiro do SCIH

2. Ausentes (s)

3. Desenvolvimento

3.1. Pendências

3.1.1 Monitorar as ações abertas nos óbitos analisados através do protocolo de Londres:

A enfermeira da qualidade apresenta o status das ações que estão sendo acompanhadas pelo NQSP após análise dos casos de óbitos ocorridos em fevereiro.

O que fazer?	Quem?	Quando?	Status
Treinamento ao Corpo Clínico sobre o Plano Terapêutico	DT	Março/2025	Em seguimento
Implantação da Linha de Cuidados do Idoso que Cai	DT	Março/2025	Em seguimento
Fortalecimento do Protocolo de SEPSE	DT	Março/2025	Em seguimento

3.2. Pautas

3.2.1. Resumo das informações de óbitos

No mês em questão, o Hospital Regional Público do Marajó registrou 22 óbitos e 2 natimortos, que foram todos revisados e analisados por esta comissão.

3.2.2. Classificação dos óbitos

5 óbitos hospitalares (22,8%);
17 óbitos institucionais (77,2%).

3.2.3. Taxa de Mortalidade Institucional no período ficou em 4,87%

17 óbitos institucionais;
349 saídas hospitalares.

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
005	30/9/2024	Atualizado padrão de documento conforme identidade visual da unidade.

ATA DE REUNIÃO – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Tipo do Documento:	ATA de Reunião	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 2 de 2	
Título do Documento:	Comissão de Revisão de Óbitos Nº 172	Emissão: 30/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão: 005	

3.2.3. Classificação dos óbitos conforme Protocolo de Londres

18 óbitos esperados;
4 óbitos a esclarecer.

3.2.4. Estatística Cirúrgica

338 procedimentos cirúrgicos realizados;
165 de cirurgias eletivas (48,8%);
173 de cirurgias de urgências/emergência (51,2%).

3.2.5. Distribuição de óbitos por setor

8 na UTI Adulto (36,3%);
6 nas UTIs Neonatal e Pediátrica (27,2%);
6 na Urgência/Emergência (27,2%);
2 nas Enfermarias (9,1%).

3.2.6. Distribuição por gêneros dos óbitos

7 do sexo feminino (31,9%);
15 do sexo masculino (68,1%).

3.2.7. Taxa de Mortalidade Operatória no período ficou em 0,29%

1 óbito cirúrgico de paciente classificado como ASA II.

3.3. Óbitos analisados pela ferramenta do protocolo de Londres.

Os 22 óbitos e 2 natimortos de ocorrência ocorridos foram analisados com auxílio da ferramenta FO.HRPM.CRO.002 – Folha de Revisão de Óbitos, pela Comissão de Revisão de Óbitos e pela equipe multiprofissional convidada. Na análise do mês, ocorreram 4 (quatro) óbitos a serem esclarecidos por meio da versão ampliada do Protocolo de Londres.

3.4. Análise de óbito semanal

Análises contínuas conforme as ocorrências de óbitos, nas quintas-feiras a tarde. Realizado remodelamento da agenda semanal de reuniões do time interno.

3.5. Comitê Corporativo de Óbito (CCO)

1ª reunião do ano realizada em 4/3/2026. São participantes do CCO, o diretor técnico e a enfermaria da qualidade do HRPM.

3.6. Notificações de Óbitos Obrigatórios

2 natimortos, 3 óbitos neonatais, 3 óbitos infantis, 1 óbito cirúrgico, 0 óbito materno e 2 óbitos de mulher idade fértil. Mantém-se em conjunto com a Comissão de Revisão de Óbito e a Gerência Assistencial que os óbitos obrigatórios de notificação terão análise e notificações realizadas pelos membros da CRO.

1. Ações Previstas

O Que?	Quem?	Quando?	Status
Executar ações pendentes geradas pela CRO	DT	Março/2026	Em seguimento

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
005	30/9/2024	Atualizado padrão de documento conforme identidade visual da unidade.

Núcleo de Educação Permanente - NEP

Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	FO.HRPM.NEP.001	Página 1 de 1
Nome do Documento:	Lista de Presença	Emissão: 9/9/2024	Próxima Revisão: 9/9/2026
		Versão: 006	

Nome do Evento: C.R.O

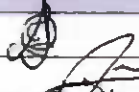
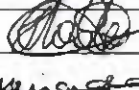
Facilitador: _____ Empresa/Consultoria: INDSH

Qualificação do Facilitador: _____ Responsável pelo Evento: _____

Data: 12/03/2026 Horário/Início: 16h Término: 19h C. Horária Total: _____

Setor: _____ Diretoria/Gerência: _____ Local: Sala de Reunião

Tipo: ☒ Reunião () Treinamento () Curso () Palestra () Outros - Especificar: _____

Matricula	Nome	Assinatura	Setor	Função
1 789	Zeder Aguiar Corrêa		prb.fech.	Supervisor
2	Rafaela Aguiar Corrêa		ELISABETH	Coordenadora
3 416	Rigor Soares		SCIN	Enfermeiro
4 286	Deise Marques		CCO/CME	Supervisor
5	Morales		DT	DT
6 1139	Filos Costa Leite		CLINICA	Secretaria
7 992	Marileia Araújo		NIR/U.E	Supervisor
8 745	Hegla Guimarães		GENF	GENF
9 668	José de S. Costa		Ambito	Spc.
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Total de Participantes: _____

Assinatura do Facilitador: _____ Responsável Pelo Evento: _____

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO, FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CPFT

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 1 de 2	
Título do Documento:	Comissão de Padronização, Farmácia e Terapêutica – CPFT N° 128	Emissão: 29/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão:005	

Objetivo:	Promover o uso seguro e racional de medicamentos.	Data/Horário: 12/02/2026 10h às 11h
Elaboração:	CPFT	Local: Sala de reunião

1. Relação dos membros participantes (nome, função e setor que representa):

Membro	Função	Setor
Marcello Silva	Diretor Técnico	Médico
Silas Campos	Supervisora de Enf. (membro)	Ambientes Abertos
Higor Jose de O. Tostes	Enfermeiro do S.C.I.H (membro)	S.C.I.H
Samara Graziela G. da Silva	Farmacêutica RT (Presidente)	Farmácia
Deise Miranda	Enfermeira CME	CME
Edson de Oliveira Silva	Compras	Almoxarifado
Joseane da Silva Correia	Supervisora de Enf. (membro)	Hemodiálise
Jader Aguiar Corrêa	Supervisor de Enf. (membro)	Ambientes fechados
Hegla R. C. Guimarães	Gerente assistencial	
Maria Iza Demes Gonçalves	Enfermeira da Qualidade (membro)	NQSP
Jusciely Pereira Machado	Diretora Executiva	DIEX

Ausentes (s):

Danyele Corina G B Ferreira	Farmacêutica (vice-presidente)	Farmácia
-----------------------------	--------------------------------	----------

1. Desenvolvimento (assuntos abordados):

1.1- Pautas:

✓ **Cotação de fixador de sondas e tubos;**

Foi apresentado aos membros da comissão os valores da caixa e por unidades dos fixadores, onde a diretora executiva autorizou a compra de uma caixa com 200 unidades para fazer o teste e verificar se realmente vai ser viável a padronização do material, visto que irá depender do caso de cada paciente.

✓ **Kit de Drenagem, Acesso central e Sutura.**

Diretor técnico fez uma solicitação para a padronização de kit de drenagem, kit de acesso central e kit sutura na emergência para serem utilizados na sala vermelha. Foi explicado ao diretor que o kit drenagem de tórax já existe no setor de emergência, onde pode ser usado a qualquer momento e solicitado para a

GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento:	ATA de Reunião Ordinária	MOD.HRPM.NQSP.012 Página 2 de 2	
Título do Documento:	Comissão de Padronização, Farmácia e Terapêutica – CPFT N° 128	Emissão: 29/9/2024	Próxima Revisão: 30/9/2026
		Versão:005	

farmácia somente a reposição quando utilizado. Os materiais para o kit de acesso central e sutura já existem dentro do carrinho de parada que fica no setor, ficando acertado somente treinamento para os colaboradores novos sobre os kits e materiais disponíveis no setor de emergência.

✓ **Solicitação de âncora para as cirurgias de ortopedia;**

Enfermeira do CME explicou que nos últimos 3 meses as solicitações de âncora aumentaram muito e que após a solicitação o paciente precisa aguarda até 5 dias a sua chegada para a cirurgia, se o material já estivesse disponível no hospital o tempo de internação do paciente seria menor, diminuindo também os custos com a internação. Supervisor de logística irá verificar com a empresa que fornece o material uma proposta de consignado, onde teremos o material sempre disponível no hospital e quando for utilizado será mandada a ficha para a empresa para ser feito a nota fiscal no nome do paciente.

1.2 – Pendências:

Proposta de consignado da empresa do material (âncora)

2. RAM/Tecnovigilância

Sem notificações de queixas técnicas ou farmacovigilância.

3. Ações Previstas

O Que?	Quem?	Quando?	Status

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
005	30/9/2024	Atualizado padrão de documento.

Núcleo de Educação Permanente - NEP

Tipo do Documento:	FORMULÁRIO	FO.HRPM.NEP.001	Página 1/1
Nome do Documento:	Lista de Presença	Emissão: 9/9/2024	Próxima Revisão: 9/9/2026
		Versão: 006	

Nome do Evento: <u>Reunião da CFT</u>			
Facilitador: <u>Samara Silva</u>		Empresa/Consultoria:	
Qualificação do Facilitador:		Responsável pelo Evento:	
Data: <u>12/02/26</u>	Horário/Início: <u>10:00</u>	Término: <u>11:00</u>	C. Horária Total:
Sector:	Diretoria/Gerência:	Local:	
Tipo: (X) Reunião () Treinamento () Curso () Palestra () Outros - Especificar:			

Matricula	Nome	Assinatura	Sector	Função
1	1139 Sílvia Campos de Castro		Oleirio	Superv.
2	949 Maria da Glória Gonçalves		NASP	Ent.
3	Marcelo José Tavares Filho		DT	DT
4	745 Regla Guimarães		GENF.	GENF.
5	286 Deise Miranda		ecolcme	Supervisor
6	536 Edson de O. Silva		Apas/Regist	Supervisor
7	789 Jader Aguiar Corrêa		Ent. JH	Supervisor
8	1141 Juscely Pereira Machado		DIRETORIA	DIREX
9	668 Joseora do Socorro		H.D	S.
10	436 Hugo Azeite		SC/H	Enfermeiro
11	1068 Samara Graziela G. da Silva		Farmácia	Farma RT
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

Total de Participantes: 11

Assinatura do Facilitador: _____

Samara Graziela Guimarães da Silva
Farmácia RT-CRF/PA 6459
Hospital Regional Público do Marajó

Responsável Pelo Evento: _____

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ATA DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E ASSÉDIO - CIPAA

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ATA DA COMISSÃO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PGRSS

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ANEXO – RELATÓRIOS E ATAS NÃO OBRIGATÓRIOS

- Relatório detalhado de Sugestões e Elogios (SAU);
- Relatório de Atividades do Núcleo de Educação Permanente (NEP);
- Relatório do Recursos Humanos (RH);
- Ata do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH);
- Ata da Comissão do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
- Ata da Comissão Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN);
- Ata do Comitê Transfusional;
- Ata da Comissão de Sustentabilidade.

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

RELATÓRIO DETALHADO DE SUGESTÕES E ELOGIOS – S.A.U

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE RECURSOS HUMANOS – RH

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ATA DO GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO – GTH

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ATA DA COMISSÃO DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - NSP

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ATA DA COMISSÃO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE TERAPIA NUTRICIONAL – EMTN

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ATA DA COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br

HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DO MARAJÓ

ATA DA COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE PERFUROCORTANTE DA NR-32

FEVEREIRO/2026

End. avenida Rio Branco, n.º 1.266, Centro, Breves/PA. Tel.: (91) 3783-2140 / 3783-2127
e-mail: secretaria.hrm@indsh.org.br