

**NVH**  
**NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR**  
**BOLETIM ANO 02 Nº 01 – NOVEMBRO/2016**



**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GRAFFRÉE E GUINLE – HUGG**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO**

## SUMÁRIO

Editorial .....	pag.3
Vigilância epidemiológica .....	pag.5
Declaração de Nascidos vivos .....	pag.11
Indicadores hospitalares .....	pag.12
Registro hospitalar de Câncer.....	pag.19
Créditos.....	pag.23

## Editorial

### A IMPORTÂNCIA DA INFORMAÇÃO E O ESTADO DA ARTE NO HUGG

Dado e informação tem definições diferentes:

**DADO:** “Valor ou descrição relativo a um fato ou circunstância”

“Matéria prima para a produção de informação”

**INFORMAÇÃO:** “Conhecimento produzido a partir de dados”

“Resultado/produto da análise de dados combinados”

A informação e o conhecimento científico são considerados lentes poderosas para a compreensão de um fenômeno e apreensão de vários aspectos de uma situação real, tendo papel fundamental na formulação de políticas.

No campo da saúde, as políticas públicas para enfrentamento da morbidade e da mortalidade e a gestão dos serviços de saúde necessitam de uma base de dados confiáveis, que subsidiem a construção de indicadores que orientem a tomada de decisões e permitam o monitoramento e avaliação de resultados intermediários e finalísticos.

A identificação dos determinantes do processo saúde-doença, das desigualdades/iniqüidades e dos impactos de ações, planos, programas, linhas de cuidados, tecnologias... para reduzir a carga de doenças e proporcionar qualidade de vida só é possível com produção de informação de qualidade e em tempo oportuno.

A qualidade da informação tem que ser garantida desde o início do processo, isto é, já no registro e coleta de dados primários.

O documento base para registro de dados nos serviços de saúde, os **PRONTUÁRIOS** e os instrumentos para coleta de dados para o Sistema de Informações sobre Mortalidade (**SIM**)- Declaração de Óbito (**DO**); para o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (**SINASC**) – Declaração de Nascidos Vivos (**DNV**); para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (**SINAN**) - Fichas de Notificação/Investigação (**FN/FI**) precisam ser preenchidos de forma completa e adequada.

O **Censo hospitalar** não pode ser negligenciado uma vez que permite monitorar a organização dos serviços que fazem internações e o cálculo dos indicadores hospitalares, vitais para o melhoramento contínuo do ambiente hospitalar interno.

O sistema de Registro Hospitalar de Câncer (**RHC**) é baseado na coleta de dados dos prontuários que permite além do acompanhamento dos pacientes, identificar o perfil dos indivíduos enfermos, tipos de câncer e alimentar o Sistema Nacional de Registro de Câncer.

Ainda que de forma empírica se vivencie mudanças no perfil de adoecimento e morte da população brasileira, somente a informação confiável poderá comprovar os fatos e remeter a análise a um referencial explicativo que permita o entendimento de possíveis alterações no modo de vida, organização da sociedade e dos serviços de saúde, presença de novos agentes etiológicos e outros fatores que propiciem **DECISÃO-AÇÃO** efetiva para o enfrentamento de problemas novos e antigos.

Os dados e informações apresentados nesse boletim revelam a necessidade da criação no HUGG de uma cultura institucional que valorize a **qualidade dos registros nos prontuários**, como fonte primeira de dados para acompanhamento de pacientes, com **destaque para o acompanhamento de câncer**; o preenchimento completo e adequado da **DO** e da **DNV**; inclua entre as obrigações dos profissionais de saúde a notificação das doenças da lista das doenças de notificação obrigatória com preenchimento de todas as variáveis das **FN/FI** e garanta rigor na confecção do **censo hospitalar** para que se alcance maior qualidade no processo ensino aprendizagem, gestão eficiente e possibilite a produção de conhecimento científico a partir do nível local.



## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Responsável técnica: Profa. Maria Aparecida Patroclo



A vigilância epidemiológica foi implantada no HUGG a partir da criação oficial do NVH em agosto de 2015 e os casos de doenças e agravos de notificação compulsória tem sido identificados na busca ativa em setores sentinelas: enfermaria de pediatria, maternidade/UNIP (antigo berçário), UTI- neonatal , CTI - adulto, 8ª e 10ª enfermarias. Apenas os ambulatórios de dermatologia, gastroenterologia (hepatites virais), pneumologia, farmácia (recolhimento de FI de AIDS do ambulatório de imunologia) e recentemente o de pré natal e reumatologia se encontram integrados diretamente ao NVH.

Nas enfermarias a falta de um livro de admissão e alta a exemplo dos existentes na enfermaria de pediatria, maternidade, UTI- neonatal e CTI – adulto dificulta a identificação dos suspeitos/casos e dos desfechos (alta, óbito, transferência).

A busca ativa é realizada pela médica responsável técnica pelo NVH, tendo a mesma contado em 2015 com a ajuda de internos do 12º período de medicina que também ajudaram a construir os instrumentos em uso e a definir os fluxos em vigor no NVH. Atualmente os internos do nono período estão fazendo estagio de 20 h durante duas semanas no NVH e contribuindo para a realização e ampliação das atividades.

Embora tenham sido afixados nos setores sentinelas cartazes divulgando o NVH e o ramal telefônico (5317) para aviso da internação de suspeitos/casos, apenas a 8ª enfermagem já o utilizou e a UTI neonatal e Serviço Social fazem notificação regularmente.

O NVH faz também a busca ativa eletrônica no sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL), para identificar solicitação de exames para investigação de doenças ou agravos de notificação compulsória e acompanhamento de resultados de exames que irão confirmar ou descartar os casos investigados.

No GAL o grande obstáculo é a falta de registro do setor de origem do paciente para o qual o exame foi solicitado e muitas vezes o nome do médico solicitante, bem como a demora na liberação dos resultados, especialmente dos exames realizados pelo Laboratório Central do estado do Rio de Janeiro (LACEN).

**No período agosto-dezembro de 2015, 60 % dos casos registrados no NVH foram identificados por busca ativa.**

A vigilância epidemiológica segue procedimentos de investigação, coleta e registro de dados nas FN/FI baseados na metodologia científica. Os dados de vigilância além de subsidiarem a tomada de decisão rápida e oportuna, alimentam os sistemas de informação nacionais e contribuem para construção dos indicadores de saúde e para a produção de conhecimento científico.

A notificação/investigação deve ser feita no momento da suspeição clínica e ou epidemiológica, para casos atendidos pela primeira vez na instituição independente de já terem sido diagnosticados/notificados em outra instituição, é responsabilidade do profissional que faz a suspeição, sendo atribuição dos núcleos/serviços de vigilância fazer o acompanhamento do caso para posterior confirmação ou descarte.

Doenças/agravos notificados Agosto-dezembro 2015	Número de casos suspeitos	Descartados (D)
<b>CRIANÇA RECÉM NASCIDA (RN) EXPOSTA AO HIV</b>	<b>08</b>	
<b>CRIANÇA RECÉM NASCIDA (RN) EXPOSTA AO VÍRUS DA HEPATITE C</b>	<b>01</b>	
<b>DOENÇA EXANTEMÁTICA EM GESTANTE</b>	<b>01</b>	
<b>FEBRE MACULOSA GESTANTE COM HEPATITE C</b>	<b>01</b>	<b>1 D</b>
<b>GESTANTE HIV</b>	<b>06</b>	
<b>HANSENÍASE</b>	<b>01</b>	
<b>HEPATITE B</b>	<b>01</b>	
<b>HEPATITE C</b>	<b>08</b>	
<b>HIV/AIDS EM &lt; 13 ANOS DE IDADE</b>	<b>02</b>	
<b>HIV/AIDS EM &gt; 13 ANOS DE IDADE</b>	<b>90</b>	
<b>INTOXICAÇÃO EXÓGENA</b>	<b>01</b>	
<b>LEPTOSPIROSE</b>	<b>02</b>	<b>2 D</b>
<b>MENINGITE</b>	<b>02</b>	<b>1 D</b>
<b>MICROCEFALIA</b>	<b>01</b>	
<b>PARALISIA FLÁCIDA AGUDA</b>	<b>01</b>	
<b>SÍFILIS ADQUIRIDA EM ADULTO</b>	<b>04</b>	
<b>SÍFILIS CONGÊNITA</b>	<b>20</b>	
<b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>	<b>21</b>	
<b>SINDROME RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (SRAG)</b>	<b>09</b>	
<b>TUBERCULOSE</b>	<b>38</b>	
<b>VARICELA</b>	<b>02</b>	
<b>VIOLÊNCIA</b>	<b>03</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	

Fonte: Fichas de notificação/investigação/MS preenchidas no HUGG

**CRIANÇA RECÉM NASCIDA (RN) EXPOSTA AO HIV/ GESTANTE HIV** – Foram investigados oito RN expostos aos HIV e seis gestantes HIV positivas, com perda de duas gestantes em relação ao número total de RN identificados.

As seis gestantes eram da raça negra e cinco fizeram pré-natal no HUGG, embora só tenham sido notificadas por busca ativa após o parto. Todas as mães fizeram Terapia Anti Retroviral (TARV) no pré-natal, dois partos foram cesáreas de urgência, quatro foram cesáreas eletivas e dois foram partos vaginais.

Todos os oito RN iniciaram profilaxia oral imediatamente após o parto e nenhum fez aleitamento materno.

Importante destacar a contribuição na Rede Cegonha ao implantar o teste rápido para HIV que deve ser realizado na primeira consulta pré-natal e repetido na 28<sup>a</sup>/30<sup>a</sup> semana para as gestantes que forem **não reagentes** na primeira testagem e **no pré parto para todas as gestantes até então não reagentes**.

**CRIANÇA RECÉM NASCIDA (RN) EXPOSTA AO VÍRUS DA HEPATITE C** - Mãe foi detectada como portadora de hepatite C durante o pré-natal, portanto não pode fazer uso de medicamento específico e tinha Carga Viral (CV) superior a 60.000 no parto.

Importante destacar a contribuição na Rede Cegonha ao implantar o teste rápido para hepatite B e C, que deve ser realizado na primeira consulta pré-natal e repetido na 28<sup>a</sup>/30<sup>a</sup> semana para as gestantes que forem **não reagentes** na primeira testagem.

**DOENÇA EXANTEMÁTICA EM GESTANTE** - Primeiro caso identificado após o alerta de casos de Zika com manifestações exantemáticas e anomalias congênitas em RN de mulheres infectadas durante a gestação. Foi possível, a partir desse caso, implantar em parceria com a chefia da maternidade fluxo efetivo de notificação e coleta de material para exame nos atendimentos feitos na maternidade durante 24h.

**HANSENÍASE** – Um caso do sexo feminino, 72 anos de idade, classificado como dimorfa, tratamento previsto para 12 meses.

**HEPATITES VIRAIS** – Acreditamos existir sub notificação de casos em que há coinfeção com o HIV. Atualmente o serviço de gastroenterologia tem feito notificações de excelente qualidade, para casos em acompanhamento ambulatorial. Nos casos de coinfeção hepatite C/HIV a liberação de medicamento para hepatite esta subordinada a notificação das duas doenças e numero do SINAN de ambas. O NVH tem se esforçado para enviar periodicamente para a farmácia listagem atualizada com nome e números do SINAN para facilitar a identificação de pacientes habilitados.

**HIV/AIDS** – Atualmente as notificações ambulatoriais são entregues aos pacientes e recolhidas pela farmácia, no ato do cadastramento do paciente no sistema específico para dispensação de antiretrovirais. Esse fluxo não inclui a verificação da qualidade do preenchimento da notificação e quando as mesmas são recolhidas pelo NVH, cerca de 70% não podem ser encaminhadas para órgãos da secretaria municipal de saúde em função falta de completitude, ou seja muitas variáveis não estão preenchidas.

A falta de completitude predomina nas variáveis relativas a: data do diagnóstico (item 7), gestação (item 12), escolaridade (item 14), telefone (item 28), ocupação (item 31), data da evidencia laboratorial de infecção pelo HIV (item 40), unidade de saúde onde realiza o tratamento (item 46) e evolução do caso (item 47).

**Os casos internados sem notificação prévia pelo HUGG têm sido investigados pelo NVH e é fundamental o registro no prontuário dos exames que confirmem a evidencia laboratorial de infecção pelo HIV.**

**MENINGITE** – Um caso confirmado de etiologia criptocócica em paciente HIV/AIDS. Os casos suspeitos devem ser notificados nas primeiras 24h , independente de etiologia.

**MICROCEFALIA** – Um RN com Perímetro Cefálico (PC) de 32 cm em acompanhamento. Atualmente o PC que é marcador de microcefalia é 31,9 para meninos e 31,5 para meninas.

**PARALISIA FLÁCIDA AGUDA (PFA)** – Identificada pelo NVH vários dias depois da internação, embora seja doença de **notificação obrigatória nas primeiras 24horas**, uma adolescente de 11 anos com paresia de membros inferiores de inicio súbito, residente em Mesquita. Foi feita coleta de fezes para pesquisa de polivírus, entretanto não foi feita pesquisa para infecção por Zika vírus.

**SIFILIS ADQUIRIDA** - Acreditamos existir sub notificação de casos em que há coinfeção com o HIV. A vigilância da sífilis adquirida tem como uma das estratégias a realização de exame VDRL em portador HIV/AIDS anualmente e notificação de casos cuja sorologia quantitativa mostrar aumento de título quando comparado com o do ano anterior ou no caso da primeira positividade ao teste treponêmico.

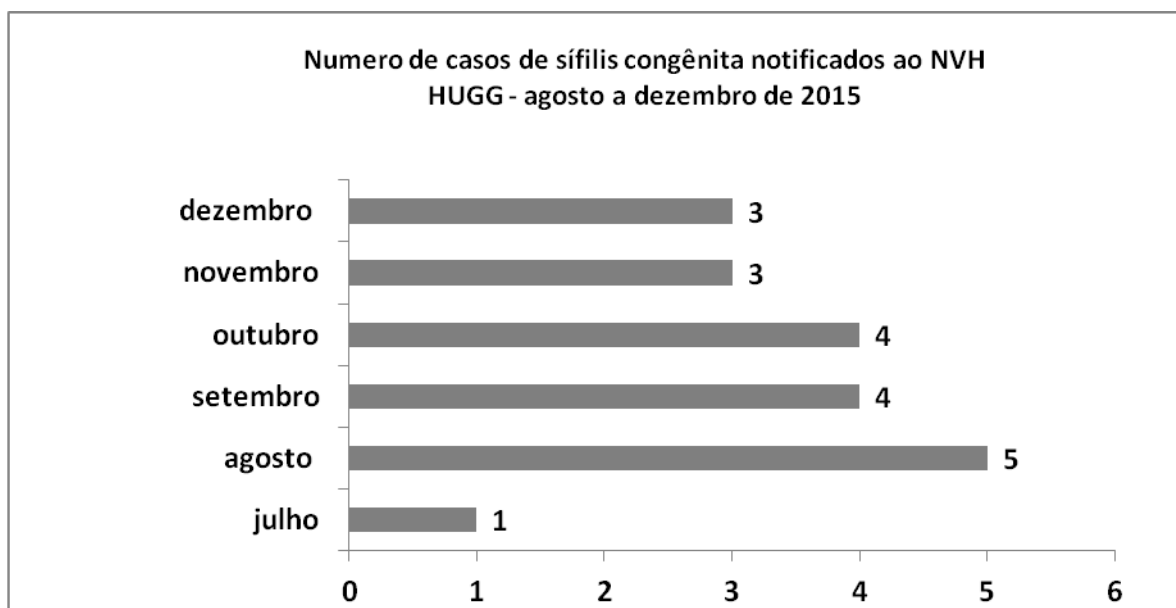
**SÍFILIS EM GESTANTES** – Com a implantação da rede cegonha houve mudança no rastreamento da sífilis em gestante sendo o primeiro exame, recomendado na primeira consulta pré natal, o teste rápido

treponêmico e em caso de positividade deverá ser realizado no mesmo dia o VDRL para titulação antes do início de tratamento e repetido mensalmente para acompanhamento da efetividade da conduta terapêutica.

Houve investigação de 21 casos em gestantes (um caso o RN não foi investigado porque teve VDRL não reagente no sangue periférico) e apenas uma das gestantes investigadas não fez pré natal.

Em relação a faixa etária 13 (61,9%) tinham entre 20 e 29 anos de idade e esse mesmo percentual tinha ensino médio sendo que para sete estava incompleto e para seis completo. As gestantes residiam em sua maioria (15=71,4%) na 8ª e 9ª RA (Tijuca e Vila Isabel respectivamente).

## SÍFILIS CONGÊNITA



Fonte: Fichas de notificação/investigação/MS preenchidas no HUGG

Todos os 20 casos de sífilis congênita e os 21 de sífilis em gestantes foram notificados por técnicos / internos do NVH por busca ativa.

Em relação aos critérios para confirmação da sífilis congênita, observou-se a seguinte distribuição:

Mãe com tratamento inadequado = 03 (15%)

Mãe não tratada = 7 (35%)

Titulo de VDRL do RN maior do que o da mãe = 06 (30%)

Aumento do titulo de VDRL da mãe no parto= 02 (10%)

Critério não identificado= 02 (10%)

Dentre os parceiros apenas 8 (36,4%) fizeram tratamento. **Após revisão do protocolo do MS de transmissão vertical de doenças infecciosas em novembro de 2015, o parceiro só deve ser considerado na classificação de sífilis congênita se for sintomático ou tiver sido reagente aos testes e não tiver feito tratamento ou se o tratamento foi com doses inadequadas; nas**

**demais situações o parceiro não deve mais ser considerado para classificação de RN como portador de sífilis congênita.**

Uma importante contribuição do HUGG ao controle da sífilis congênita será a elaboração de uma rotina para tratamento da puérpera cujo RN permanece internado por dez dias; abordagem, testagem e adoção de conduta para o parceiro com vistas a atuação nos princípios de redes de atenção à saúde e integralidade do cuidado.

**TUBERCULOSE** – As investigações de pacientes internados que iniciaram tratamento específico foram feitas por técnicos ou internos do NVH e casos ambulatoriais por enfermeira da pneumologia.

Dentre os 38 casos investigados, 71,1% (27) foram classificados como pulmonares, 23,6% (9) como extrapulmonares e 5,3% (2) como pulmonar + extra.

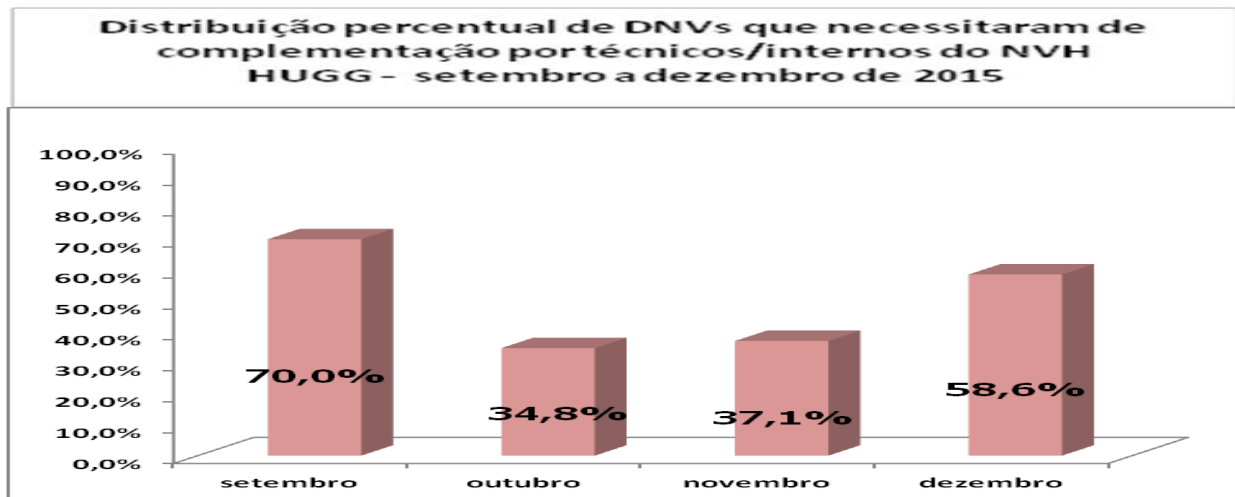
Em relação a realização de teste HIV, 10 casos (37%) já tinham diagnóstico prévio e dentre os 28 restantes seis foram positivos (21,4%), oito (28,6%) foram negativos, dez (35,7%) não realizaram o teste e quatro (14,3%) ainda aguardavam o resultado no momento da investigação.

Em relação aos casos classificados como pulmonares sete ( 25,9% ) tiveram exames de escarro, teste molecular (*genexpert*) e ou cultura negativos; sete (25,9%) não tiveram nenhum dos exames realizados até o momento da investigação e para 13 (48,1%) pelo menos um dos exames citados foi positivo.

Chama a atenção a ausência de notificações de quimioprofilaxia para tuberculose em portadores de HIV/AIDS, visto ser esta conduta comprovadamente efetiva na redução de casos de tuberculose em pacientes imuno comprometidos e constar das recomendações do Ministério da Saúde.

## Declaração de Nascidos Vivos (DNV)

A Declaração de Nascidos Vivos (DNV) foi instituída no Brasil em 1990 e totalmente implantada em 1998, sendo fonte de dados para a construção de 11 indicadores de saúde e foi o principal instrumento para detecção do aumento de casos de microcefalia como anomalia congênita em 2015, principalmente na região nordeste do Brasil, posteriormente relacionada a infecção pelo vírus Zika.



Fonte: Planilha de registro da qualidade das DNVs/NVH

Em relação a qualidade do preenchimento pela maternidade do HUGG, observa-se nos meses de outubro e novembro uma melhora na qualidade do preenchimento, com posterior piora em dezembro que atribuímos a um maior número de profissionais que não estiveram presentes no serviço nos meses anteriores.

As variáveis que mais frequentemente não se encontram preenchidas ou estão preenchidas incorretamente são: raça/cor do RN, raça/cor da mãe, escolaridade materna e última série que frequentou, nome e idade do pai, número de gravidezes anteriores a atual gestação, número de partos vaginais, cesáreos e abortos prévios, número de consultas pré natal nessa gestação, mês que iniciou o pré natal, indução do parto vaginal ou da cesárea.

## INDICADORES HOSPITALARES

Responsável técnica: Rose Marie Liao

Supervisão técnica: Profa. Maria Aparecida Patroclo

Indicadores são medidas importantes para a tomada de decisões; por meio deles é possível identificar se as metas definidas na instituição ou por órgãos competentes como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (**ANS**) estão sendo atingidas ou não.

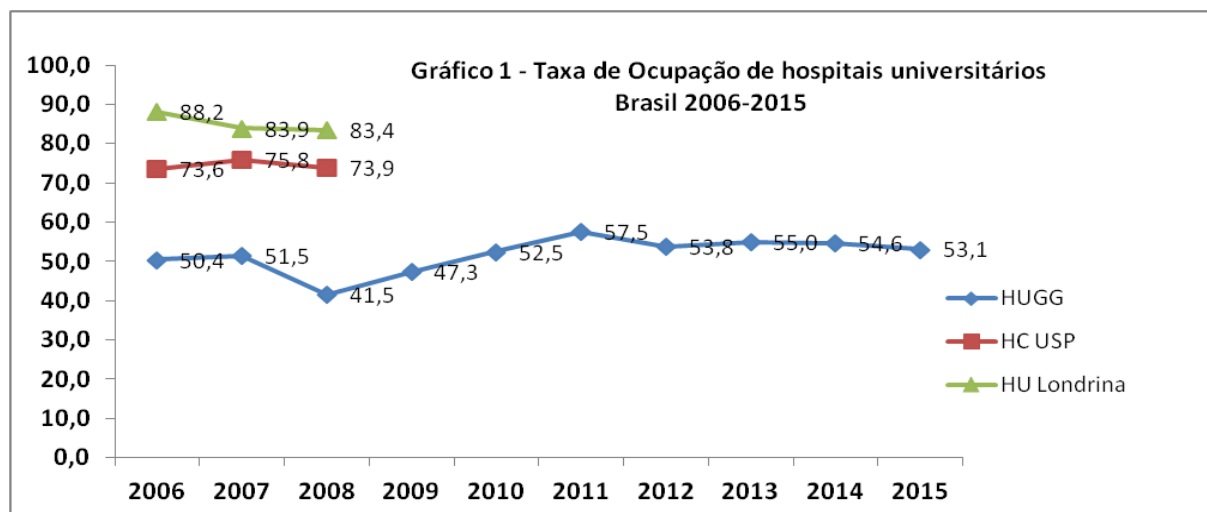
Desde 1995 são coletados dados do censo hospitalar (registro feito pelos profissionais de enfermagem) para o cálculo dos indicadores do HUGG, quais sejam: **Taxa de Ocupação (TO)**, **Tempo Médio de Permanência (TMP)**, **Taxa de Mortalidade Geral (TMG)** e **Taxa de Cesárea (TCes)**. Conseguimos resgatar esses indicadores a partir de 2006 que serão apresentados e analisados a seguir.

### Taxa de Ocupação (%) - TO

Podemos observar no gráfico 1, que no período em análise, a taxa de ocupação do HUGG se mantém praticamente estável com **média em torno de 50%**, variando entre 57,5% e 41,4%. **A ANS recomenda em novembro 2012 taxa de ocupação entre 75% e 85%,.**

Uma busca na internet permitiu identificar a TO de alguns hospitais universitários e de hospitais gerais até 2008 que utilizamos para comparação.

No período entre 2006 e 2008 observa-se que a taxa no HUGG foi bastante inferior a do hospital de clínicas da USP e hospital universitário de Londrina.



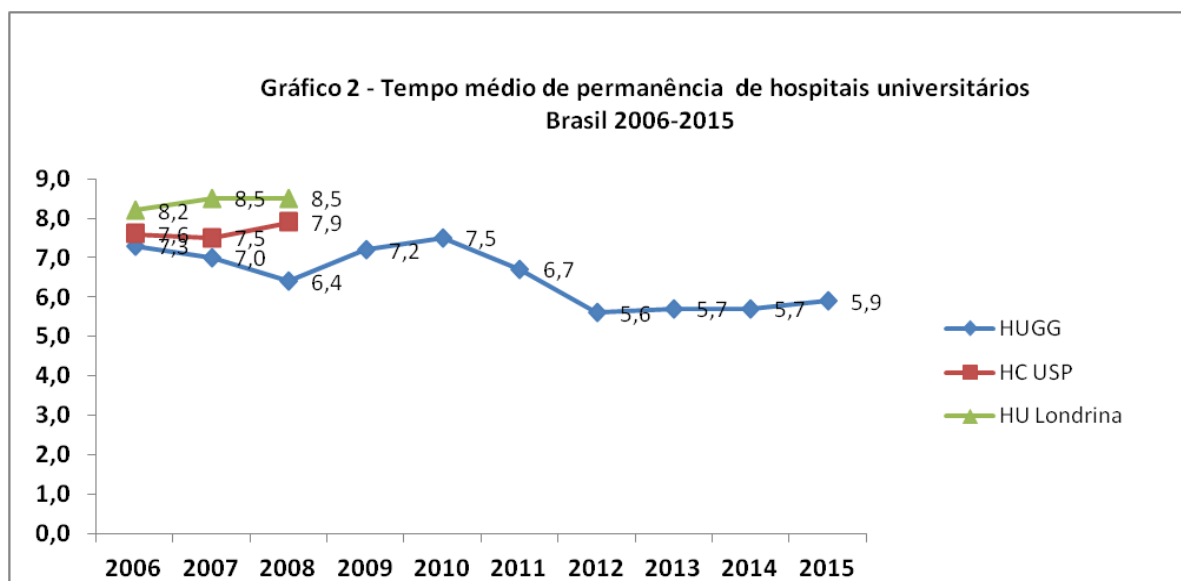
Fonte: censo do HUGG e Brizola JB, Gil CRR, Cordoni Junior L RAS. **Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde**, RAS \_ Vol. 13, N<sup>o</sup> 50 – Jan-Mar, 2011, [http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC\\_24\\_09\\_Tarde\\_PDF/Dra%20Denise.pdf](http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC_24_09_Tarde_PDF/Dra%20Denise.pdf)

SEGUNDO A AUTORA GUERRA, M., 2011 PARA O ANO DE 2008 A TO MÉDIA PARA AS REGIÕES DO PAÍS FORAM: REGIÃO NORTE (PA) = 80,9% ; REGIÃO NORDESTE (AL E CE) = 46,3%; REGIÃO SUDESTE (MG) = 79,9% REGIÃO SUDESTE (SP) = 76,7%; REGIÃO SUL (RS) = 58,4%; REGIÃO SUL (SC) = 73,7%

Podemos observar no gráfico 2, que no período em análise, o Tempo Médio de Permanência (TMP) do HUGG com **média de 6,5 dias**, apresenta queda, variando de 7,3 para 5,9 dias. **A ANS para hospitais de médio porte recomenda em janeiro de 2013, 3 a 4 dias de TMP**, portanto ainda não alcançamos o recomendado.

Uma busca na internet permitiu identificar a TMP de alguns hospitais universitários e de hospitais gerais até 2008 que utilizamos para comparação.

No período de 2006 a 2015 observa-se que o TMP no HUGG foi inferior ao do hospital de clínicas da USP e hospital universitário de Londrina entre 2006 e 2008.



Fonte: censo do HUGG e Brizola JB, Gil CRR, Cordoni Junior L RAS. **Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde**, RAS \_ Vol. 13, N<sub>o</sub> 50 – Jan-Mar, 2011, [http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC\\_24\\_09\\_Tarde\\_PDF/Dra%20Denise.pdf](http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC_24_09_Tarde_PDF/Dra%20Denise.pdf)

**SEGUNDO A AUTORA GUERRA, M. 2011 PARA O ANO DE 2008 AS MÉDIAS DO TMP PARA AS REGIÕES DO PAÍS FORAM:**

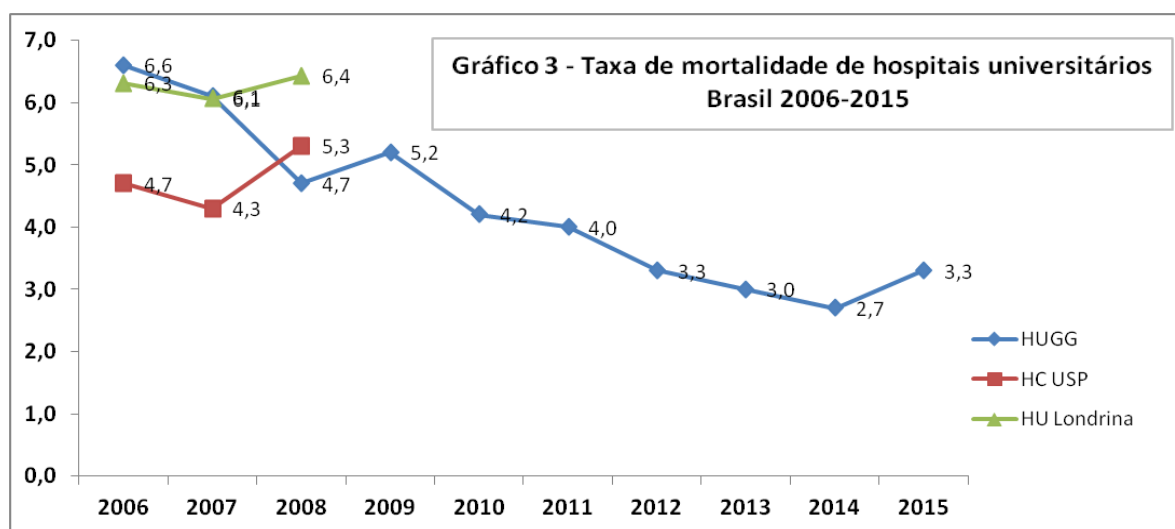
- REGIÃO NORTE (PA) = 10,2**
- REGIÃO NORDESTE (AL E CE) = 6,2**
- REGIÃO SUDESTE (MG) = 6,3**
- REGIÃO SUDESTE (SP) = 8,2**
- REGIÃO SUL (RS) = 6,6**
- REGIÃO SUL (SC) = 4,1**

## Taxa de Mortalidade Geral (%) - TMG

Podemos observar no gráfico 3, que no período em análise, a **taxa média de mortalidade geral do HUGG foi de 4,3%** e sofre quedas no período analisado variando 6,6% a 3,3%. Segundo ANS em novembro de 2012 seria desejável atingir valores mais baixos possíveis de taxa de mortalidade, podendo ocorrer variações entre **0,0% a 15,7% decorrente de diferenças na especialização do atendimento, porte e nível de complexidade das instituições.**

Uma busca na internet permitiu identificar a TMort de alguns hospitais universitários até 2008 e dos hospitais do RJ no período 2006-2012 que utilizamos para comparação.

No período de 2006 a 2008 observa-se que a Taxa de Mortalidade Geral no HUGG foi inferior a do hospital de clínicas da USP e hospital universitário de Londrina.



Fonte: censo do HUGG e Brizola JB, Gil CRR, Cordoni Junior L RAS. **Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde**, RAS \_ Vol. 13, São Paulo, N.º 50 – Jan-Mar, 2011, [http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC\\_24\\_09\\_Tarde\\_PDF/Dra%20Denise.pdf](http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC_24_09_Tarde_PDF/Dra%20Denise.pdf)

**SEGUNDO O DATASUS A TMORT MÉDIA DOS HOSPITAIS DO RJ NO PERÍODO 2006-2012 FOI DE:**

**2006: 0,58%**

**2007: 0,58%**

**2008: 0,58%**

**2009: 0,58%**

**2010: 0,59%**

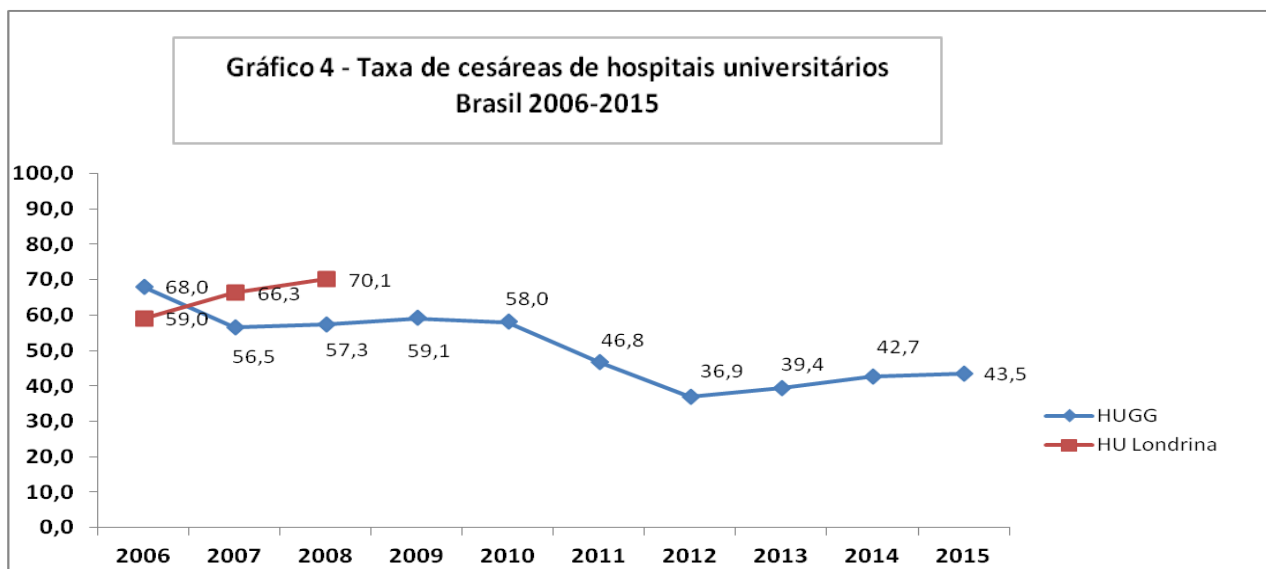
**2011: 0,57%**

**2012: 0,56%**

## Taxa de Cesárea (%) - TCes

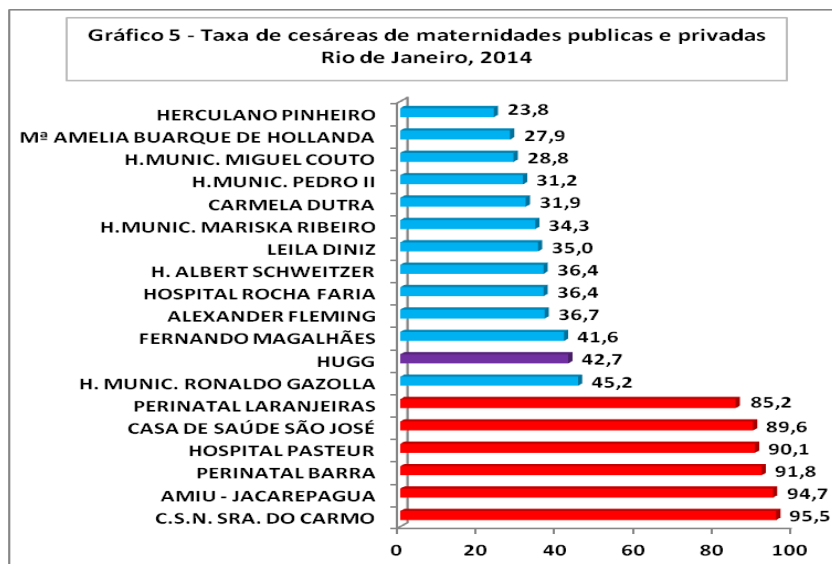
Podemos observar no gráfico 4, que no período em análise, a **taxa média de cesárea do HUGG foi de 50,8%** e sofre quedas no período analisado variando 68,0% a 43,5%. No período de 2006 a 2015 observa-se que a taxa de cesáreas no HUGG foi inferior a hospital universitário de Londrina entre 2006 e 2008.

**A ANS em janeiro de 2015 recomenda reduzir a taxa de cesáreas para 15%,** de acordo com a Organização Mundial de Saúde, **sendo a média do Brasil 55,6%.**



Fonte: censo do HUGG e Brizola JB, Gil CRR, Cordoni Junior L RAS. *Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde*, RAS \_ Vol. 13, São Paulo, N.º50 – Jan-Mar, 2011 [http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC\\_24\\_09\\_Tarde\\_PDF/Dra%20Denise.pdf](http://www.epi2008.com.br/apresentacoes/CC_24_09_Tarde_PDF/Dra%20Denise.pdf)

Visualizamos no gráfico 5, que no ano de 2014 as maternidades privadas apresentam taxa de cesáreas muito elevadas em média 91,1% e as maternidades públicas média de 34,8% o que esta muito acima de 10-15%, taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde, contudo as maternidade públicas têm taxas mais próximas de atingir a recomendação da OMS; o que é diferente para as maternidades privadas que terão que reduzir drasticamente suas taxas.



Fonte: [www.sentidosdonascer.org](http://www.sentidosdonascer.org) acesso em 23 maio 2016

Acesse os links a seguir para ver diretrizes para parto normal e cesárea/MS e boletim da OMS sobre cesárea  
[http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretriz\\_PartNormal\\_Recomendacao.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretriz_PartNormal_Recomendacao.pdf)  
[http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes\\_Cesariana\\_N179.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf)



A seguir são apresentadas tabelas com dados da TO, TMP e TMG por serviços no período 2006 a 2015

**Série Histórica dos Indicadores Hospitalares / HUGG 2006 a 2015**

**TO = total de Pacientes dia/total de leitos dia**

<b>Taxa de ocupação (%)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>3ª Enfermaria</b>	49,0	59,4	26,4	31,3	45,4	52,7	47,9	43,8	43,2	40,4
<b>4ª Enfermaria</b>	44,0	34,2	15,4	26,1	38,0	49,5	43,9	47,7	43,7	45,3
<b>5ª Enfermaria</b>	43,0	35,0	20,1	31,7	39,1	40,8	46,1	59,8	58,1	51,3
<b>6ª Enfermaria</b>	51,8	81,9	48,9	47,8	52,8	72,6	53,4	55,0	54,9	53,5
<b>7ª Enfermaria</b>	46,4	43,1	4,8	53,0	58,7	58,7	48,1	57,1	80,2	67,3
<b>8ª Enfermaria</b>	47,0	60,2	49,1	47,5	61,9	59,1	48,8	73,9	71,2	53,3
<b>9ª Enfermaria</b>	51,3	53,9	39,5	57,6	46,8	44,1	47,6	55,4	52,6	60,3
<b>10ª Enfermaria</b>	58,7	44,6	69,1	65,0	65,6	64,6	67,4	96,8	82,5	75,2
<b>Obstetrícia</b>	41,6	41,3	35,1	41,3	30,1	52,1	60,4	55,5	59,8	56,3
<b>Ortopedia</b>					78,0	66,2	56,8	39,8	31,7	40,4
<b>Pediatria</b>	43,7	45,4	32,6	53,6	48,7	68,5	52,5	47,0	32,6	29,8
<b>UNIP</b>	49,1	42,9	45,9	19,9	50,2	42,4	61,9	59,3	66,4	58,7
<b>CTI - Adulto</b>	77,4	82,4	69,4	86,9	85,0	90,4	87,8	77,3	62,0	74,0
<b>CTI - Neonatal</b>	65,0	73,3	73,5	68,6	59,2	62,0	78,7	69,5	81,0	69,5
<b>Hospital-dia</b>					37,9	50,1	57,0	72,3	71,3	81,2
<b>Geral</b>	50,4	51,5	41,5	47,3	52,5	57,5	53,8	55,0	54,6	53,1

**TMP = total de pacientes dia/ total de saídas**

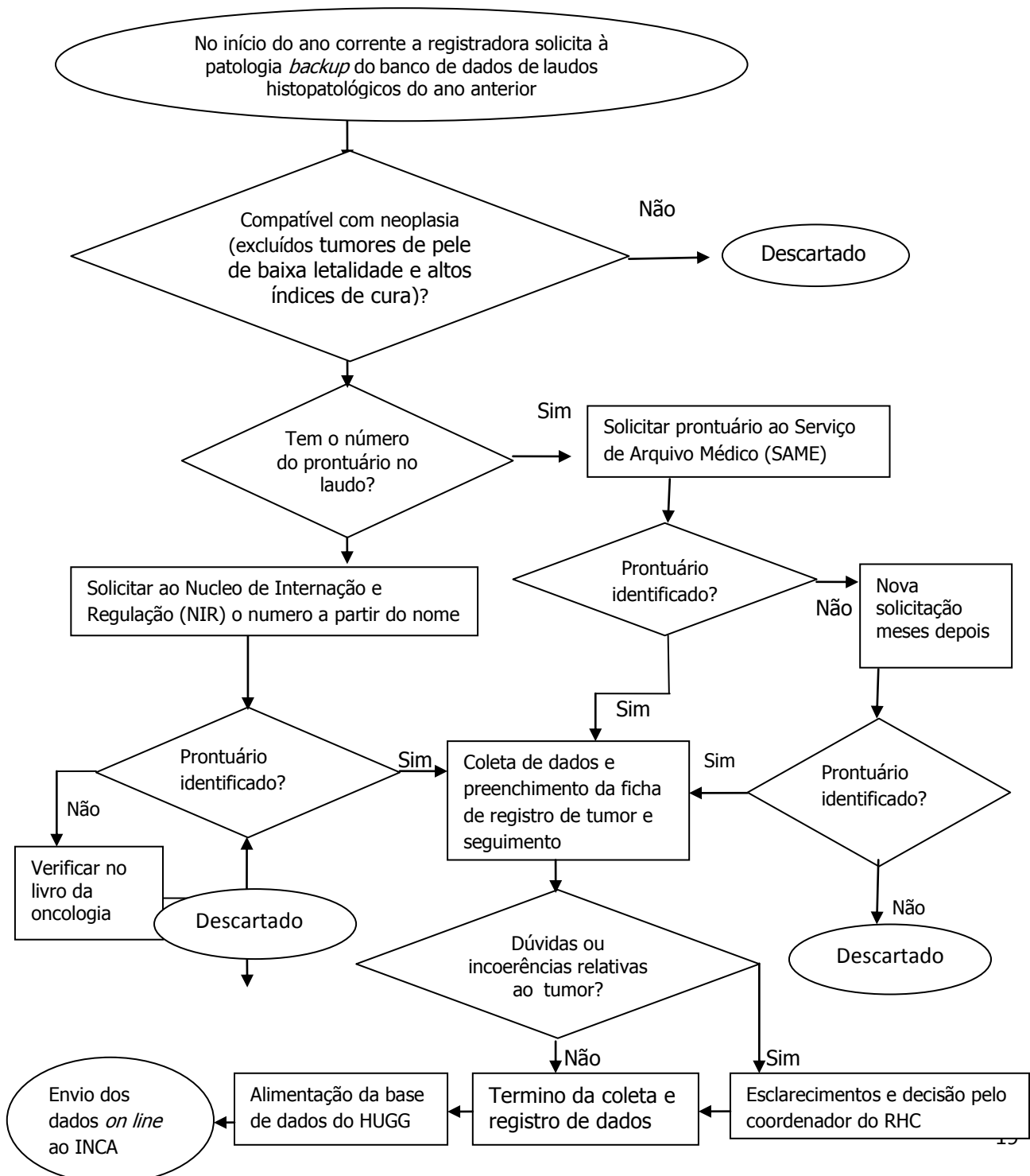
<b>Tempo médio de permanência (dias)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>3ª Enfermaria</b>	4,6	5,3	4,7	5,6	5,7	5,2	4,0	3,8	3,9	3,2
<b>4ª Enfermaria</b>	4,0	4,1	3,1	9,0	3,6	4,3	3,9	3,3	2,7	3,9
<b>5ª Enfermaria</b>	4,5	4,6	3,9	3,9	4,8	4,4	4,8	4,5	3,6	3,2
<b>6ª Enfermaria</b>	4,9	4,4	5,0	5,4	4,3	6,5	3,5	4,1	4,2	4,3
<b>7ª Enfermaria</b>	15,4	12,6	3,0	16,7	13,3	15,2	11,6	12,3	13,5	9,1
<b>8ª Enfermaria</b>	9,6	7,6	11,0	11,8	18,7	17,4	11,2	14,7	13,1	11,5
<b>9ª Enfermaria</b>	19,7	17,3	16,0	15,5	16,7	11,9	10,2	14,6	13,9	12,4
<b>10ª Enfermaria</b>	23,2	9,9	23,4	20,6	16,9	12,4	13,9	11,7	12,2	14,2
<b>Obstetrícia</b>	2,7	3,2	2,4	2,6	4,1	4,1	3,8	3,5	3,8	4,1
<b>Ortopedia</b>					13,0	5,7	4,9	5,1	4,0	5,9
<b>Pediatria</b>	7,3	9,9	5,9	8,5	8,6	4,8	6,7	7,6	5,5	5,3
<b>UNIP</b>	23,5	22,0	8,6	10,2	22,4	8,7	7,5	9,0	8,0	7,2
<b>CTI - Adulto</b>	7,6	12,8	33,6	22,0	11,6	9,8	10,1	12,8	11,6	11,8
<b>CTI - Neonatal</b>	24,8	19,2	27,5	25,7	27,3	16,7	19,6	26,2	30,0	25,7
<b>Hospital-dia</b>					1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
<b>Geral</b>	7,3	7,0	6,4	7,2	7,5	6,7	5,6	5,7	5,7	5,9

<b>TMORT = óbitos/ total de saídos</b>										
<b>taxa de mortalidade (%)</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>3ª Enfermaria</b>	1,7	4,6	2,3	3,9	0,9	2,6	1,9	1,7	1,4	1,4
<b>4ª Enfermaria</b>	1,9	2,2	2,6	0,0	0,5	1,4	0,7	2,4	0,8	2,6
<b>5ª Enfermaria</b>	0,7	1,1	0,5	0,4	0,6	0,4	1,5	0,0	0,0	0,2
<b>6ª Enfermaria</b>	3,2	4,1	2,9	3,7	2,5	3,2	2,2	2,0	2,3	1,5
<b>7ª Enfermaria</b>	11,3	11,2	3,8	7,1	7,8	6,2	5,6	6,5	7,9	5,8
<b>8ª Enfermaria</b>	13,0	5,9	8,8	8,6	17,7	11,8	10,5	6,6	8,4	10,3
<b>9ª Enfermaria</b>	18,6	10,1	5,3	6,6	3,8	6,4	6,8	7,2	2,4	7,3
<b>10ª Enfermaria</b>	14,1	2,1	12,8	12,6	13,9	14,0	14,1	11,3	7,0	7,3
<b>Obstetrícia</b>	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
<b>Ortopedia</b>					0,0	0,0	0,1	0,5	0,0	0,1
<b>Pediatria</b>	1,3	1,7	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0
<b>UNIP</b>	2,4	2,7	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>CTI - Adulto</b>	39,2	51,8	91,3	60,8	70,9	35,4	39,8	23,2	38,8	36,3
<b>CTI - Neonatal</b>	10,7	6,2	6,1	9,8	0,0	9,4	5,5	9,2	8,8	10,3
<b>Hospital-dia</b>					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Geral</b>	6,6	6,1	4,7	5,2	4,2	4,0	3,3	3,0	2,7	3,3

## REGISTRO HOSPITALAR DE CÂNCER (RHC)

Responsável técnica pelo RHC: Monica Perny, coordenador do RHC: Dr. Ronaldo Grechi Pacheco  
Supervisão técnica: Profa. Maria Aparecida Patroclo

O registro hospitalar de câncer é atividade obrigatória dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON); sendo o HUGG uma UNACON, esse registro deve ser feito anualmente para envio para base de dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA) no RJ que é o único Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CRACON), que tem o papel de assessorar o Ministério da Saúde (MS) em relação à tomada de decisão sobre câncer. Do ponto de vista operacional essa atividade se desenvolve no HUGG conforme fluxograma a seguir.

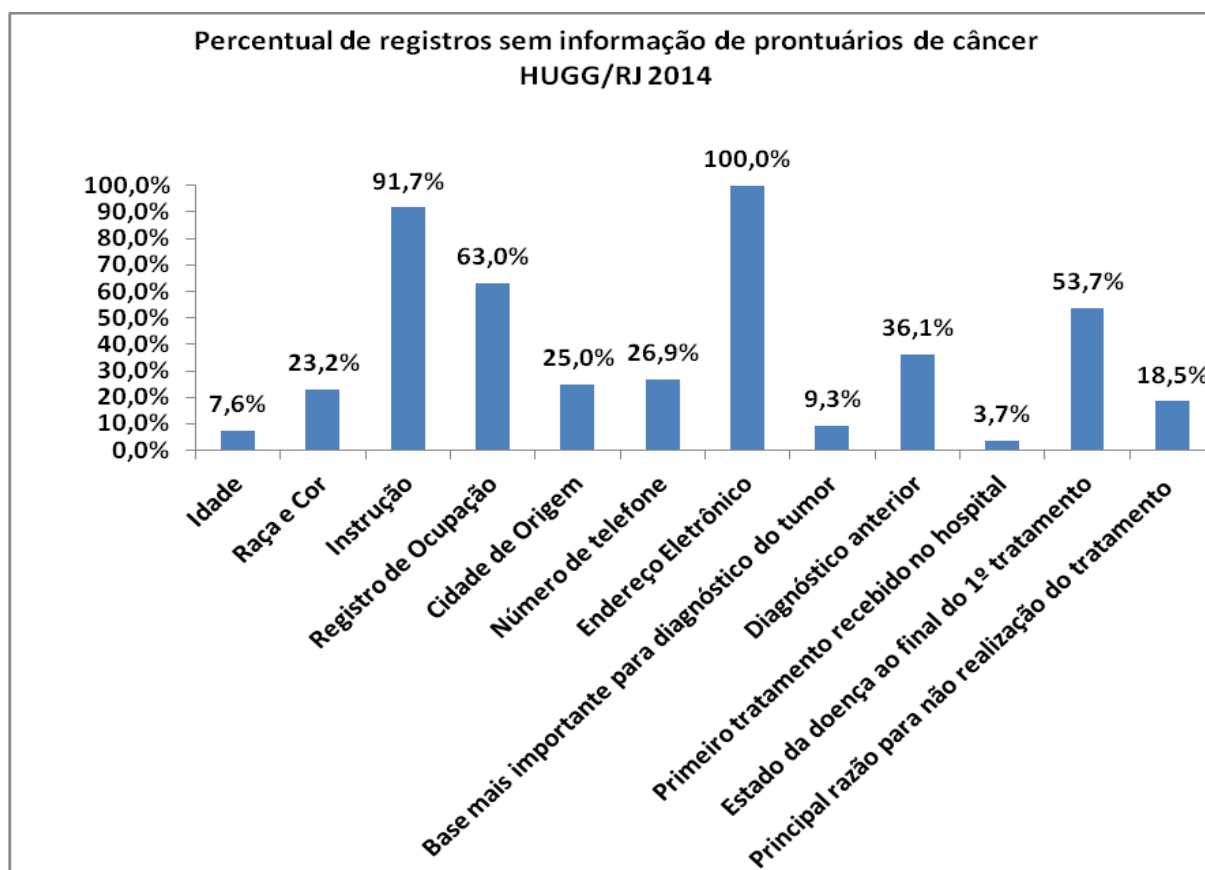


Além do descrito no fluxograma, é feita busca nos prontuários que ficam na oncologia para identificar casos não encontrados.

Em relação ao ano de 2014, foram analisados pela técnica do RHC 3.987 laudos histopatológicos e identificados 226 casos com laudos compatíveis com neoplasias, dos quais 36 foram excluídos por terem falecido no primeiro ano de doença, a contar da data do diagnóstico ou por serem tumores de pele de baixa letalidade e altos índices de cura. Dentre os 190 casos com critérios de inclusão no RHC, 108 prontuários (56,8%) foram encontrados. Os principais serviços cujos prontuários não foram encontrados foram: cirurgia geral (34,7%), urologia (15,3%), ginecologia (9,3%) e gastroenterologia (6,8%). Do total de laudos, 13,3% não informavam o serviço que enviou o material para exame.

Os dados para preenchimento do formulário para registro hospitalar de câncer são coletados dos prontuários e a variável **sem informação** foi usada como marcadora da qualidade do registro nos prontuários do HUGG e os resultados são mostrados no gráfico 1 a seguir.

Gráfico 1

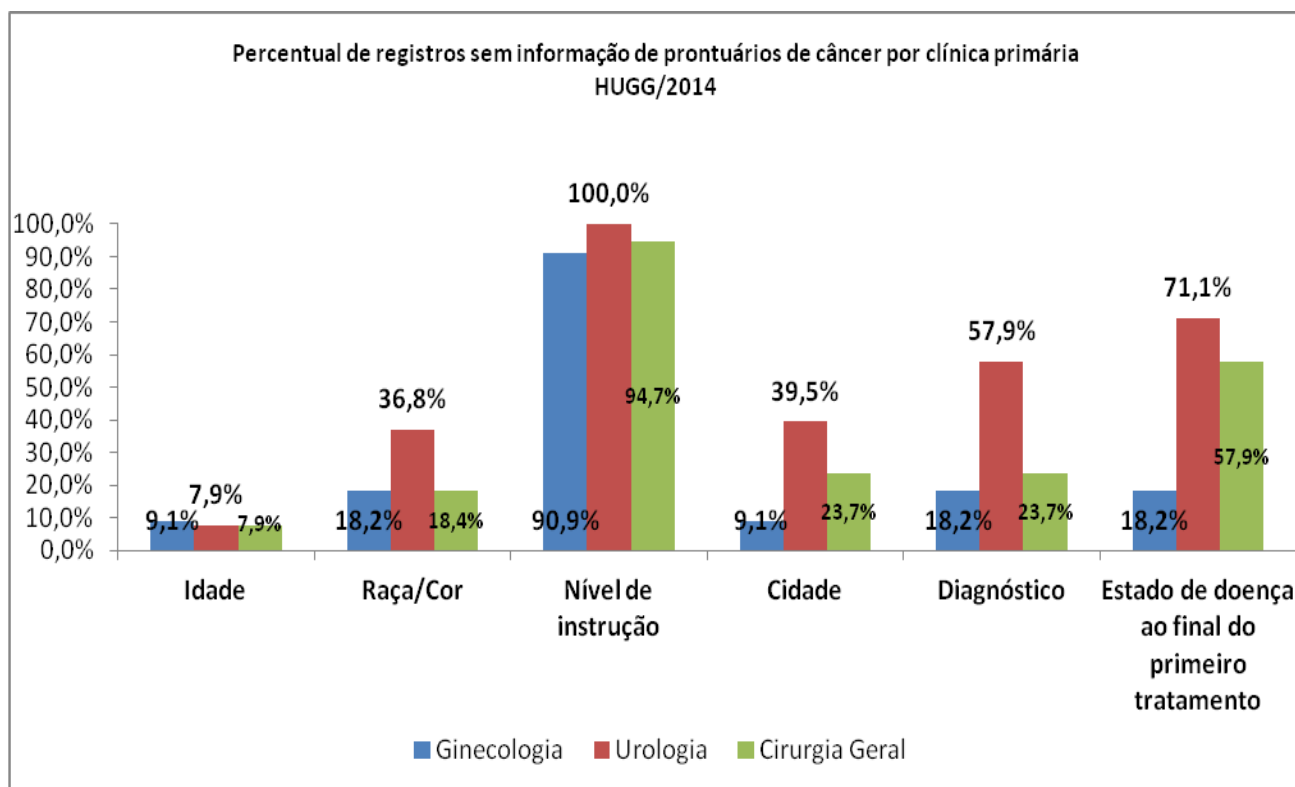


Fonte: SIS RHC-HUGG versão 3.2

Em relação às clínicas registradas nos laudos histopatológicos a urologia e cirurgia geral, contribuíram com 35,2% dos casos cada uma, seguidas pela ginecologia com 10,2%.

Conforme podemos observar no gráfico 2, a seguir, nos prontuários oriundos das clínicas citadas, os **dados relativos ao nível de instrução foram os que mais faltaram**, estando ausentes em 100% dos prontuários da urologia, em 94,7% dos da cirurgia geral e em 90,6% dos da ginecologia.

Gráfico 2



Fonte: SIS RHC-HUGG versão 3.2

Importante destacar os altos percentuais de prontuários **SEM INFORMAÇÃO** quanto ao estágio da doença ao final do primeiro tratamento, especialmente na urologia e cirurgia geral, alcançando **71,1% e 57,9% respectivamente**.

## No que se refere ao Registro Hospitalar de Câncer



### PRODUTOS DO NVH

- Boletim do NVH ano 01, número 01 com a apresentação do Núcleo
- Relatório para certificação do HUGG como hospital de ensino
- Boletim da comissão de revisão de óbitos
- Boletim da comissão de revisão de prontuários
- Boletim do NATS com dados por especialidades médicas de tecnologias avaliadas pelo Ministério da Saúde para fins de incorporação ao SUS

## **DIREÇÃO DO HUGG**

Prof. Dr. Fernando Ferry – Professor associado da EMC/Diretor

Prof. Max Kopti Fakoury – Médico do HUGG/Superintendente médico e Professor Assistente da EMC

Dr. Everton Mozart Nogueira Martins – Médico responsável técnico pelo HUGG

Prof.Dr Daniel Aragão Machado – enfermeiro/ Superintendente de enfermagem/ Professor Adjunto da EEAP/DEF

## **EQUIPE TÉCNICA DO NVH 2015/2016**

Prof.(a) Dra. Maria Aparecida Patroclo – Médica/ responsável técnica pelo NVH/ Professora Adjunta do ISC

Prof.(a) Dra. Gloria Regina Silva e Sá – Professora Adjunta do ISC e Colaboradora do NVH

Dr. Ricardo de Souza Carvalho– Médico presidente da comissão de revisão de prontuários e de óbitos/Mestre em neurologia

Sr. Antonio Martins Jose – Enfermeiro

Monica Perny – Auxiliar de enfermagem responsável técnica pelo registro hospitalar de câncer

Rose Marie Liao – Técnica administrativa responsável pelos indicadores hospitalares e NATS

## **PARTICIPARAM DIRETAMENTE DA ELABORAÇÃO DESSE BOLETIM OS ALUNOS DE MEDICINA:**

MATHEUS FERNANDES - TURMA 2014.2

VANDERSON DOS SANTOS CHAVES – TURMA 2015.1

GLEDSON FELIPPE - TURMA 2015.2

Agradecimentos aos monitores voluntários do NVH

<b>NOME</b>	<b>PERÍODO EMC</b>
ALEXIA RODRIGUES	3º
GLEDSON FELIPPE	3º
LUCAS TARLÉ	5º
MARIA CLARA IMBICO	3º
MATHEUS DE SOUZA ABRAHÃO	3º
MATHEUS FERNANDES	6º
RAFAELA MOURÃO CAVALCANTI	6º
RAQUEL BAYONA	5º

Agradecimentos aos internos do 12º período de 2015 e administrativos que atuaram no NVH até setembro de 2016