

NVH
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR
BOLETIM ANO 03 Nº 01 – Maio 2018

NVH
NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR
HUGG - UNIRIO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Rua Mariz e Barros, nº 775, Maracanã, Rio de Janeiro/RJ – CEP 20170-004

E-mail: nvhhugg@gmail.com Telefone: (021) 2264-5317

SUMÁRIO

SUMÁRIO EXECUTIVO	3
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	4
ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA)	5
HIV/AIDS	5
HEPATITES VIRAIS	5
GESTANTE COM EXANTEMA	5
HANSENÍASE	6
MENINGITE	6
SÍFILIS EM GESTANTES	7
SIFILIS CONGÊNITA	7
VIOLÊNCIA.....	8
TUBERCULOSE	9
MATERNIDADE	12
DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS.....	12
INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA.....	13
BENEFÍCIOS PARA A MULHER	13
ALEITAMENTO MATERNO.....	15
INDICADORES HOSPITALARES	16
CRÉDITOS.....	21
GRUPO GESTOR DO HUGG.....	21
EQUIPE TÉCNICA DO NVH 2016/2017	21
RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DESSE BOLETIM.....	21

SUMÁRIO EXECUTIVO

Nesta edição é possível identificar o aumento da aceitabilidade no HUGG do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE), baseado no crescimento das notificações por busca passiva (61,0%), realizadas pelos profissionais nos serviços, em comparação com as notificações por busca ativa, realizadas pelos técnicos do NVH (39%), exatamente o inverso do que aconteceu no primeiro ano de implantação SVE em agosto de 2015.

Persistem problemas relacionados a qualidade do preenchimento das Fichas de Investigação Epidemiológica (FIE) especialmente as de HIV/AIDS ambulatoriais, além do preenchimento das Declarações de Nascidos Vivos (DNV).

Apesar da busca ativa diária pelo NVH de casos novos e resultados de exames no sistema de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL), ainda persistem pendências de amostras enviadas para o LACEN/RJ.

Apresentamos também nesta edição resumos de produções científicas desenvolvidas com dados e orientação do NVH: RASTREAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES; RELAÇÃO ENTRE TRATAMENTO EMPÍRICO DE TUBERCULOSE E ÓBITO; TESTAGEM DE MODELOS PARA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE TUBERCULOSE e ALEITAMENTO MATERNO PRECOCE E FÓRMULAS LÁCTEAS EM RECÉM-NASCIDOS.

Em relação aos indicadores hospitalares apresentamos os dados das taxas médias de ocupação no período 2006 a 2015 para o HUGG e para cada enfermaria em comparação com os dados mensais e média de 2016, convidando para a reflexão sobre oferta de vagas e perfil de morbimortalidade da população da cidade do Rio de Janeiro; explicação para as baixas taxas nos últimos dez anos e estratégias para reversão de situação desfavorável por mais de uma década.

No que diz respeito ao Tempo Médio de Permanência (TMP) dos pacientes e Taxa de Mortalidade Institucional (TMI) as metas propostas na contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro foram alcançadas em 2016.

As taxas de cesárea nos últimos 11 anos são superiores ao preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo necessário analisar as indicações uma vez que o fato do HUGG realizar pré natal de risco, não é condição suficiente para as altas taxas de parto cirúrgico.

Não apresentamos nessa edição dados sobre Registro Hospitalar de Câncer (RHC), visto que esta atividade não foi realizada em 2016, por desligamento da registradora, mas foi reiniciada em agosto de 2017, com coleta de dados referente ao ano de 2015.

A análise de dados gerados nos serviços de saúde tem se mostrado, ao longo de sua história, um importante e potente instrumento para identificar e solucionar os problemas. Esse boletim faz parte dos esforços para identificação de necessidades, planejamento e avaliação da assistência no HUGG/UNIRIO.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

No ano de 2016 foram notificados 713 casos de doenças/agravos notificação compulsória, sendo 39% destes por meio da busca ativa do NVH, em contraste com o período de agosto a dezembro de 2015, em que foram notificados 224 casos sendo 60% deles identificados por busca ativa.

Quadro 01: Doenças e agravos notificados de Janeiro a Dezembro de 2016

DOENÇAS E AGRAVOS NOTIFICADOS JANEIRO A DEZEMBRO DE 2016	TOTAL DE CASOS	CONFIRMADO (C) DESCARTADO (D) PENDENTE (P)	BUSCA ATIVA PELO NVH	BUSCA PASSIVA
ARBOVIROSE (Dengue, Chikungunya e Zika)	106	41C 50D 15P	11 (10,4%)	95
CRIANÇA EXPOSTA A HEPATITE C	1	1C	0	1
CRIANÇA EXPOSTA AO HIV	19	19C	17	2
CRIANÇA EXPOSTA A TOXOPLASMOSE	5	5C	3	2
DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO	2	2C	0	2
ESQUISTOSSOMOSE	2	1D 1P	1	1
GESTANTE COM EXANTEMA	14	9C 5D	2	12
GESTANTE COM HEPATITE C	1	1C	0	1
GESTANTE HIV	28	28 C	16	12
H1N1	3	3 D	0	3
HANSENÍASE	13	13C	0	13
HEPATITES VIRAIS	129	129C	16	113
HIV/AIDS	120	120C	42	78
INFLUENZA HUMANA POR NOVO SUBTipo	4	4D	1	3
LEISHMANIOSE TEGUMENTAR	1	1D	1	0
LEISHMANIOSE VISCERAL	1	1C	0	1
MENINGITE	15	13C 2D	13	2
MIALGIA EPIDÊMICA	1	1D	1	0
MICROCEFALIA	2	2 C	1	1
SÍFILIS ADIQUIRIDA	8	8C	8	0
SÍFILIS CONGÊNITA	46	39C 5D 2P	36	8
SÍFILIS EM GESTANTES	51	51C	38	13
SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA	1	1D	1	0
SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)	4	4C	2	2
TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	4	4C	3	1
TUBERCULOSE	50	51	18	33
TUBERCULOSE QUIMIOPROFILAXIA	6	6C	0	6
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	5	5C	0	5
TOTAL	713		278	435

Fonte: Fichas de notificação/investigação/MS arquivadas no NVH/HUGG/ dados sujeitos a revisão

ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA)

Os 15 casos em pendência estão a espera de resultados do Laboratório Central Noel Nutels (LACEN-RJ) para fechar as investigações.

O Serviço de reumatologia implantou um ambulatório específico de dor crônica e notificou 100% dos casos suspeitos de arboviroses atendidos, por isso obtivemos um alto percentual de notificações passivas.

Quadro 02: Situação das Arboviroses

ARBOVIROSES				
CONFIRMADOS			DESCARTADOS	PENDENTES
Dengue	Zika	Chikungunya		
2 Casos	2 Casos	37 Casos	50 Casos	15 Casos

Fonte: Fichas de notificação/investigação/MS arquivadas no NVH/HUGG/dados sujeitos a revisão

HIV/AIDS

Após o recolhimento das fichas na farmácia, foi necessária a complementação de informações pelo NVH para o envio aos órgãos municipais de saúde. A falta de informações nas fichas de notificação impossibilita a inserção no SINAN, no HUGG existem cerca de 900 pacientes recebendo tratamento sem ter as fichas cadastradas no SINAN.

A falta de completude 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).

HEPATITES VIRAIS

Foram notificados e confirmados 129 casos, sendo 87% por busca passiva, grande parte devido a necessidade do número do SINAN nos casos de coinfeção hepatite C/HIV para a liberação de medicamentos, diretamente para o paciente, pelo setor de farmácia.

GESTANTE COM EXANTEMA

Quadro 03: Casos de Gestantes com Exantema

CASOS DE GESTANTES COM EXANTEMA			
CONFIRMADOS			DESCARTADOS
Zika	Chikungunya	Coinfecção Zika e chikungunya	
3 casos	5 casos	1 caso	5 casos

Fonte: Fichas de notificação/investigação/MS arquivadas no NVH/HUGG/dados sujeitos a revisão

Em 2016, tivemos 85% de casos notificados por busca passiva, reflexo da implantação de um fluxo na maternidade em conjunto com o NVH no ano de 2015.

HANSENÍASE

Todos os 13 casos foram notificados através da busca ativa, destes sete eram casos multibacilares (MB) e seis casos paucibacilares (PB).

Quadro 04: Avaliação da Incapacidade de Casos de Hanseníase

AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE DE CASOS DE HANSENÍASE		
Classificação	Diagnóstico	Momento da Alta
	Nº casos	Nº de casos
Grau 0	7	3
Grau I	5	2
Grau II	1	0
Grau de incapacidade não foi avaliado	0	
Casos ainda em tratamento		8 pendentes

Fonte: Fichas de notificação/investigação/MS arquivadas no NVH/ HUGG dados sujeitos a revisão

A classificação do grau de incapacidade no início do tratamento permite identificar a precocidade ou retardo no diagnóstico. A avaliação de incapacidade na alta reflete qualidade da assistência quando há redução do grau em comparação com o diagnóstico, estabilização ou permanência no grau zero.

Em julho de 2017, foi publicado um artigo liderado pelo Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília e pela FIOCRUZ (<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005725>), que apontou benefício na uniformidade do tratamento com o esquema Rifampicina, Dapsona e Clofazimina por 6 meses, tanto para MB quanto PB. Ainda não existe parecer técnico da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia - CONITEC/MS sobre a avaliação desta proposta.

MENINGITE

Casos suspeitos ou confirmados devem ser notificados no prazo de até 24 horas. Mesmo assim **NENHUM CASO FOI NOTIFICADO NAS PRIMEIRAS 24 HORAS**. A busca ativa feita pelo NVH foi responsável por 86% dos casos notificados.

Chamamos a atenção para a inexistência de registro no exame físico referente a presença ou ausência de: rigidez de nuca; sinais de Kerning ou de Brudzinski.

PRODUÇÃO DO NVH - TCC DE JAIME CORDEIRO DA SILVA

ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARIA APARECIDA DE ASSIS PATROCLO

ANO: 2017

O RASTREAMENTO DE SÍFILIS EM GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA E NO PRÉ NATAL DO HUGG SOB O OLHAR DO NÚCLEO DE VIGILÂNCIA DO HUGG/UNIRIO

Objetivo: Avaliar o rastreamento de sífilis na gestação em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da AP 2.2 e no pré-natal no HUGG, sob o olhar do Núcleo de Vigilância (NVH) do HUGG entre agosto de 2015 e agosto de 2016.

Material e Métodos: Estudo quantitativo, transversal, retrospectivo. Amostra: casos comprovados de sífilis em gestante com fichas de investigação epidemiológica no NVH, com pré-natal exclusivamente nas UBS ou HUGG. Foi feita análise do perfil sócio demográfico e de pré-natal; do rastreamento e tratamento para sífilis e comparação de marcadores de qualidade do pré-natal entre UBS e HUGG.

Resultados: Foram analisados 42 casos de sífilis em gestantes. **Foram notificados no parto 92,9% e 7,1% no pré-natal.** Do total, 71,4% tinham entre 20 a 29 anos; 81,0% eram negras; 35,7% tinham ensino médio completo; 71,4% residiam em bairros da AP 2.2; 71,4% declararam não ter trabalho remunerado e 92,8% foram registradas como solteiras, mas para 90,5% dos casos o nome do pai constava na Declaração de Nascidos Vivos. **Iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação 59,5%; tiveram seis ou mais consultas 73,8%; fizeram rastreamento para sífilis 97,6%. A Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI foi o tratamento prescrito para 72,4% das gestantes reativas e 22,8% não fizeram tratamento. Não foram avaliados 60% dos parceiros.** Não houve diferença estatística significativa entre a qualidade pré-natal das UBS e do HUGG.

Conclusões: A assistência pré-natal no HUGG e nas UBS não atende às diretrizes da Rede Cegonha e ações de melhoria precisam ser implementadas.

SÍFILIS EM GESTANTES

Foram investigados e confirmados 51 casos, sendo 75% destes notificados ativamente pelo NVH e os demais pela enfermeira do pré natal. **A prevalência no HUGG foi de 62,3 casos de sífilis em gestantes / 1.000 Nascidos vivos** (51/747 nascidos vivos no HUGG em 2016). Houve predomínio de casos diagnosticados no pré parto em parte devido ao não cumprimento do protocolo de repetição do teste rápido de sífilis no pré natal entre a 28ª e 30ª semana de gestação, quando o primeiro teste foi negativo.

SÍFILIS CONGÊNITA

Em 2016 a incidência no HUGG foi de 52,2/1.000 NV (39 casos confirmados/747 nascidos vivos) e a **meta para eliminação é <0,5 casos/1.000 NV.**

PARA ELIMINAR A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS, OS PROFISSIONAIS PRECISAM UTILIZAR O PROTOCOLO!

Importante ressaltar que no protocolo 2017, o parceiro não esta mais incluído nos critérios para classificação do RN como portador de sífilis congênita e o tratamento adequado da gestante esta relacionado à aplicação da primeira dose de penicilina benzatina (não mais a última dose) no mínimo um mês antes do parto.



VIOLÊNCIA

É obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência interpessoal/autoprovocada. É importante lembrar que casos de **SUICÍDIO CONSUMADO OU NÃO** também devem ser notificados, assim como todo tipo de violência doméstica/intrafamiliar e no caso de violência comunitária somente se o alvo for crianças,

adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, pessoas com transtorno mental, indígenas e população LGBTT.

Em 2016, todos os casos identificados no HUGG foram do sexo feminino, sendo a maioria preta ou parda.

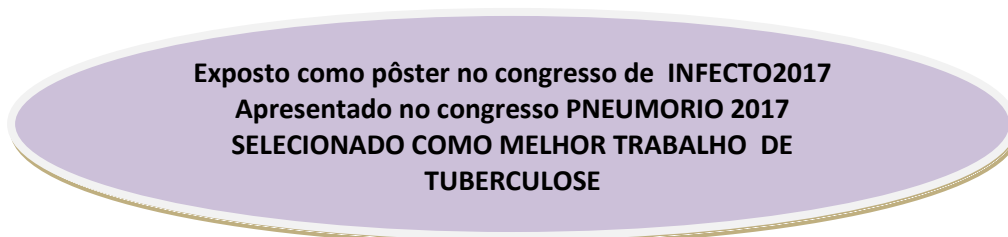
Foi notificado pelo Serviço Social um caso de violência em gestante que pode ter contribuído para o óbito fetal na quadragésima semana de gestação, quase óbito materno (*near miss*), mostrando a importância do olhar atento no pré natal e maternidade.

TUBERCULOSE

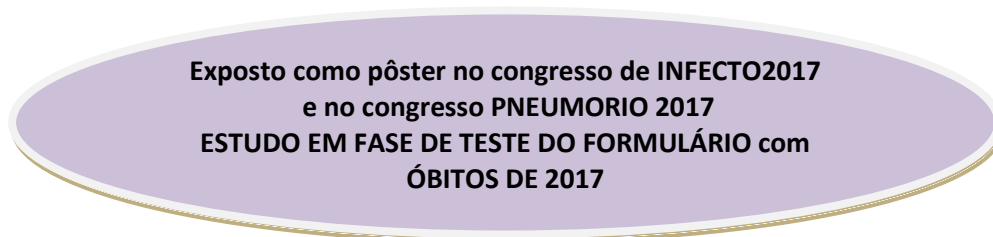
Para os 51 casos os desfechos foram: 45,1% de alta (23/51); 19,6% abandono (10/51); 15,7%transferência (8/51);13,7% de óbitos (7/51) e 5,9% outros*(3/51).

*Mudança diagnóstica, em tratamento.

Trabalho 1- RELAÇÃO ENTRE TRATAMENTO EMPÍRICO DE TUBERCULOSE E ÓBITO



Trabalho 2- TESTAGEM DE MODELOS PARA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE TUBERCULOSE



Resumos a seguir

Relação entre tratamento empírico de tuberculose pulmonar e óbito

Lucas Machado da Rocha Tarlé¹, Maria Aparecida de Assis Patroclo²

¹ Acadêmicos de Medicina da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

² Professora adjunta do instituto de saúde coletiva (ISC-UNIRIO) e responsável técnica pelo NVH-HUGG

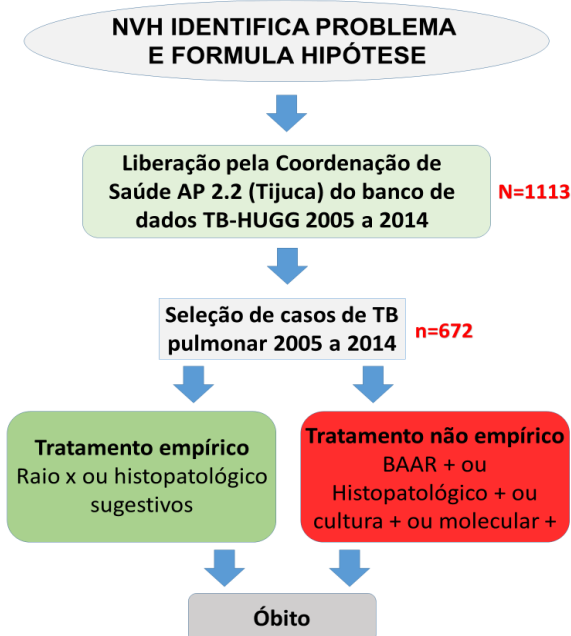
INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença que atravessa os séculos e continua ainda a causar em 2017 preocupações no Brasil. O País faz parte do grupo de 22 países que juntos detêm 80% dos casos de tuberculose no mundo. Em 2016 foram confirmados por critério laboratorial, 71,6% dos casos novos diagnosticados no Brasil. Contudo cerca de 35% a 52% de todos os pacientes tratados para TB no Brasil não possuem diagnóstico etiológico comprovado e são tratados empiricamente.

OBJETIVO

Identificar a relação entre o tratamento empírico e o óbito na TB pulmonar no período 2005 a 2014 no Hospital Universitário Gaffree-Guinle (HUGG) Unirio.

MÉTODO



RESULTADOS

Obeve-se um total de 1113 notificações de 2005 até 2014, sendo 672 destas são casos de TB pulmonar, 366 de TB extrapulmonar e 74 de TB pulmonar mais extrapulmonar.

Nos casos pulmonares, a taxa de tratamento empírico foi de 56% (377/672). Considerando os casos de óbitos de pessoas tratadas com diagnóstico comprovado de TB pulmonar, a taxa de mortalidade foi de 11,5% (34/295) e para os casos de TB pulmonar tratados empiricamente foi de 20,1% (76/377).

Contatou-se diferença estatisticamente significativa comparando os casos com tratamento empírico e casos com diagnóstico etiológico comprovado, sendo $OR = 1,94$ IC 95% 1,3-3,0.

	ÓBITO	NÃO ÓBITO
TRATAMENTO EMPÍRICO	76	301
TRATAMENTO NÃO EMPÍRICO	34	261
OR: 1,94 IC95%: 1,27-3,05		

Tabela 1: Exposição x Desfecho

CONCLUSÕES

A partir deste trabalho conclui-se que pacientes tratados empiricamente tem 1,94 vezes mais chance de óbito comparado com pacientes tratados com diagnóstico etiológico confirmado (IC95%: 1,27-3,05). Essa evidência alerta para a importância da investigação exhaustiva para a comprovação diagnóstica da causa real da doença pulmonar e assim prevenir o óbito.

REFERÊNCIAS

- (1) GUERRA, Renata Leborato; REGO, Luciana; CONDE, Marcus Barreto. Diagnóstico da tuberculose pulmonar em pacientes com baciloscopia direta de escarro negativa. *Pulmão RJ*, v. 17, n. 2-4, p. 87-90, 2008.
- (2) MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. *Boletim epidemiológico*, v. 48, n. 8, 2017.

O ESTUDO CONTINUA EM DESENVOLVIMENTO, NA FASE DE ANÁLISE DE CONFUNDIMENTO.



UNIRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



TESTAGEM DE MODELOS DE INSTRUMENTO PARA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS DE TUBERCULOSE



Medeiros, M. F.; Patrolo, M.A.A.
Acadêmico do curso de medicina da EMC UNIRIO; Docente do Instituto de Saúde Coletiva / CCBS / UNIRIO

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença prevenível e tratável que permanece como importante tema de saúde pública, com considerável número de casos e desfechos desfavoráveis. Tanto que se tornou pauta prioritária para as ações do Ministério da Saúde, o que tem contribuído para a diminuição da incidência e mortalidade da doença ao longo dos anos. Entretanto restam desafios, dentre eles no estado do Rio de Janeiro, por apresentar as taxas mais altas de incidência e mortalidade do país. A qualidade do preenchimento de dados referentes aos óbitos de tuberculose é importante para se obter o indicador de mortalidade, essencial para o monitoramento e avaliação das ações de controle, diagnóstico e tratamento. Estudos têm apontado para a necessidade de melhorias em relação a esses dados, o que também perpassa por ajustes quanto ao preenchimento das fichas de investigação de óbito.

OBJETIVO

Testar modelos de ficha de investigação de óbitos de TB para adequação de um instrumento a ser utilizado para investigação a nível hospitalar.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo qualitativo descritivo. Fez-se busca por fichas de investigação de óbito pela internet, encontrando-se as elaboradas pelo SMS-RJ, SES-BA, SES-CE. Posteriormente, realizou-se teste dessas fichas a partir de informações contidas em prontuários de pacientes que evoluíram para óbito por tuberculose no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Com base nisso, elaborou-se um novo modelo de ficha para investigação hospitalar.

RESULTADOS

A testagem preliminar dos modelos de fichas da SMS/RJ, SES/BA e SES/CE nos permitiu identificar que não está presente como variável a cadeia de eventos que culmina com a morte do portador de tuberculose cujo óbito está sendo investigado, de forma que se possa analisar se os eventos a serem descritos tem nexos causal com a tuberculose como causa básica de doença.

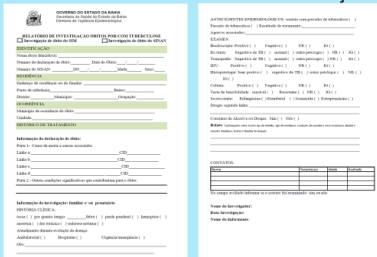


Figura 1 – Ficha do SES/BA

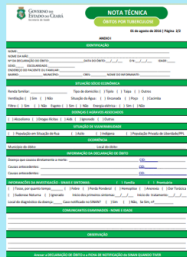


Figura 2 – Ficha do SES/CE

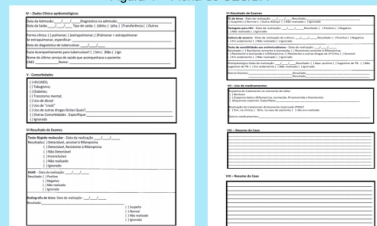


Figura 3 – Ficha do SMS/RJ; pags. 2-4

Essa variável, a nosso ver, deveria ser organizada sob a forma de autópsia verbal, ser comum a todos os formulários, de maneira a permitir a utilização mesmo na investigação domiciliar ou em unidade da atenção básica.

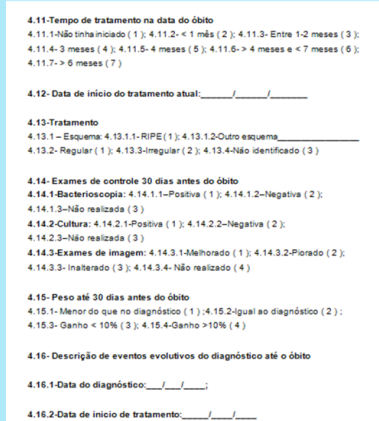


Figura 4 – Novo modelo de ficha proposto; parte na qual constam os campos referentes às variáveis que antecedem o óbito

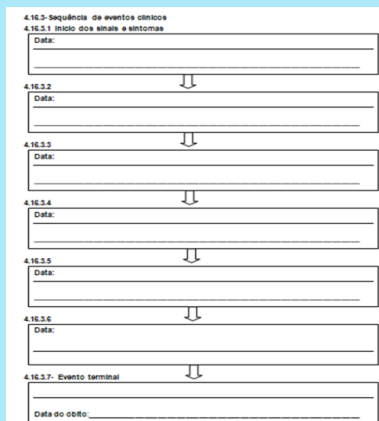


Figura 5 – Novo modelo de ficha proposto; parte na qual constam os campos referentes à cadeia de eventos que antecede o óbito

CONCLUSÃO

Até o momento, verifica-se a necessidade de inclusão da cadeia de eventos que culmina na morte do paciente investigado e de exclusão de variáveis cujo registro é inadequado para a investigação de óbitos a nível hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ROCHA, M.S. et al. Do que morrem os pacientes com tuberculose: causas múltiplas de morte de uma coorte de casos notificados e uma proposta de investigação de causas presumíveis. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.31 n.4, abr. 2015.
- BARTHOLOMAI, P. et al. Melhoria da qualidade das informações sobre tuberculose a partir do relacionamento entre bases de dados. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: v.30, n.11, nov. 2014.
- BIERRENBACH, A.L. et al. Tendência da mortalidade por tuberculose no Brasil: 1980 a 2004. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo: v.41, suppl.1, set. 2007.
- ROCHA, M.S. et al. Confiabilidade do desfecho do tratamento usando linkage de bases de dados para a tuberculose. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro: v.23, n.2, abr./jun. 2015.
- BRASIL. Ministério da saúde / Secretaria de vigilância em saúde. *Boletim epidemiológico*. Brasília: v.48, n.8, 2017.

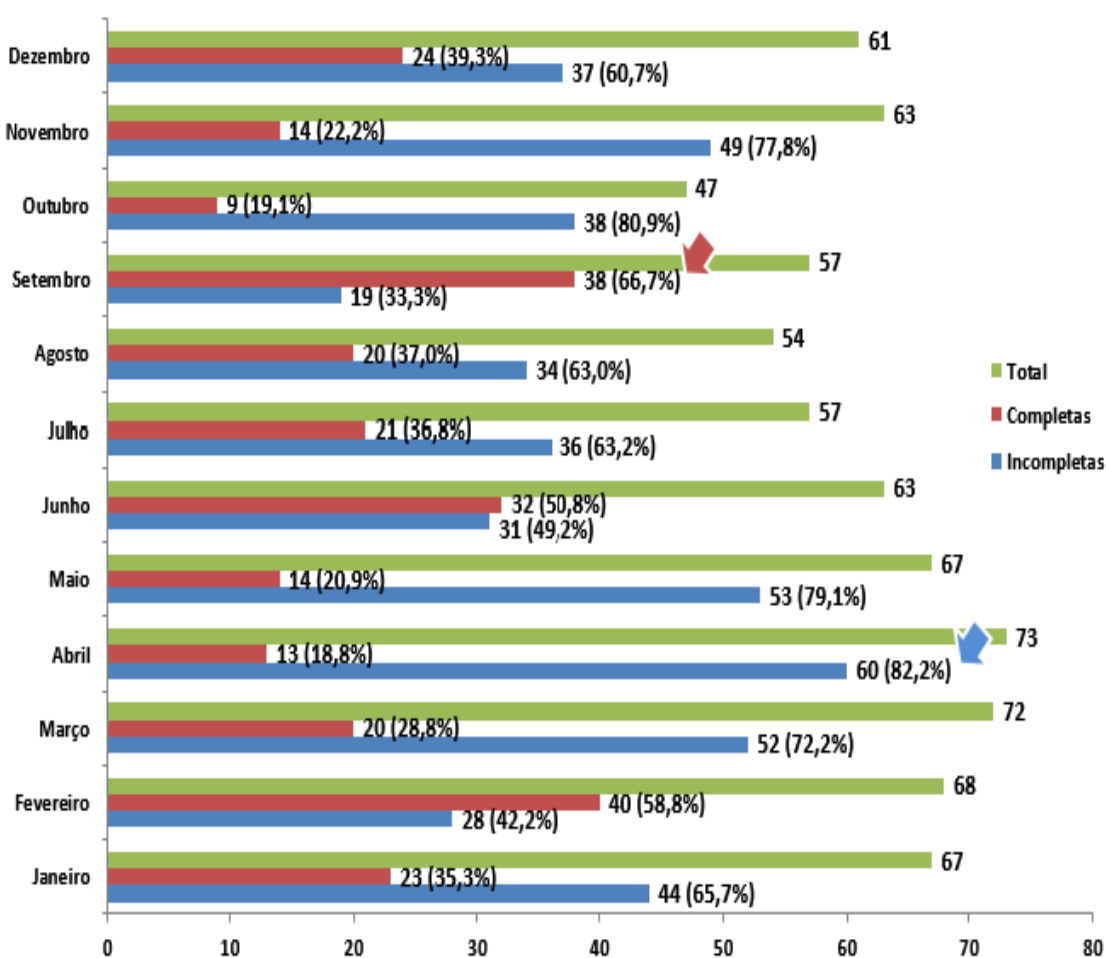
MATERNIDADE

DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

Em 2016 foram emitidas pela maternidade, 749 Declaração de Nascidos Vivo (DNV). Nos meses de janeiro, março, abril, maio, julho, agosto, outubro, novembro e dezembro o NVH precisou completar o preenchimento da maioria das DNV, destacando-se abril quando 82,2% estavam incompletas.

Nos meses de fevereiro, junho e setembro houve melhor desempenho, destacando-se o mês de setembro, quando 66,7% das DNV estavam completas.

Figura 01 - Completitude das DNV's HUGG – janeiro a dezembro 2016



Fonte: Vias brancas da DNV arquivadas no NVH-HUGG (2016)

No boletim anterior listamos as variáveis que costumam não estarem preenchidas corretamente ou não estarem preenchidas e se encontra anexada a DNV, orientação para preenchimento adequado.

Queremos assinalar que é necessária atenção para o preenchimento do endereço residencial da puerpera, visto que um grande percentual informa residir na rua São Miguel

número 500, que corresponde a entrada do morro do Borel e eventualmente na rua Senador Nabuco, 248 que corresponde a entrada do morro dos Macacos, sendo necessário estimular a mulher a informar a rua/beco onde reside de fato nas referidas comunidades, visto que o endereço correto garantirá a visita domiciliar por profissional da Atenção Básica da AP 2.2 logo após a alta hospitalar.

Com a reinauguração da maternidade, desativada desde dezembro de 2016, pretende-se que o HUGG alcance o título de hospital amigo da criança, desde que cumpra os requisitos destacados a seguir.

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

O ministério da Saúde com Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) certifica as unidades públicas e particulares de saúde que cumprem o cuidado amigo da mulher.

BENEFÍCIOS PARA A MULHER:

- Oferecer, no momento do parto, métodos alternativos para o alívio da dor (massagens, banheira e bola de pilates);
- Evitar situações como episiotomia (corte do períneo), indução do parto e parto cesariano;
- Garantir o acesso dos pais ao bebê recém-nascido, durante as 24 horas, estando a criança na unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal ou não;
- Incentivar a mulher para que escolha a posição para dar à luz;
- Permitir o acompanhamento da doula durante o parto.

Quadro 08: Os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno.

10 PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

1. Ter uma Política de Aleitamento Materno;
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política;
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;
6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;
7. Praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes;
10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação.

ALEITAMENTO MATERNO

PRODUÇÃO DO NVH - TCC DE JULIANA DE FARIAS CARRAJOLA/2016

ORIENTAÇÃO: MARIA APARECIDA DE ASSIS PATROCLO

ALEITAMENTO MATERNO PRECOCE E FÓRMULAS LÁCTEAS EM RECÉM-NASCIDOS: DILEMAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Introdução: O Aleitamento Materno (AM) é um ato multifatorial de extrema importância para a saúde do binômio mãe-filho, sendo capaz de propiciar a construção de vínculo a partir do contato físico, contribuindo para o crescimento infantil e para o desenvolvimento e saúde de ambos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, todo Recém Nascido (RN) deve ser colocado no peito da mãe na primeira hora pós-parto para sugar o leite, sempre que os dois estiverem em boas condições, garantindo o mais precocemente possível o AM.

Objetivo: Analisar a situação do AM precoce e uso precoce de Fórmula Láctea (FL) em RN da maternidade do HUGG da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) no período janeiro a junho de 2016.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal retrospectivo quali-quantitativo, tendo como base informações obtidas em 344 prontuários do binômio mãe-filho e em entrevistas de cinco informantes chaves.

Resultados e conclusões: Na maternidade do HUGG/UNIRIO no período janeiro a junho de 2016, 69,8% (240/344) dos RN receberam como primeira alimentação a FL e destes 94,6% (175/185) tinham como justificativa a falta de resultado de teste anti HIV na primeira hora após o parto. Em 64,5% (222/344) dos prontuários não havia o registro da hora da primeira mamada no seio materno. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas comparando AM x FL e dados maternos (idade, escolaridade, raça/cor, número de gestações prévias, número de consultas ao pré-natal e tipo de parto), bem como em relação a dados do RN (peso ao nascer e idade gestacional).

Recomendações: Garantir a realização do teste rápido para HIV pela enfermagem no pré-parto; elaborar rotinas para implementar o AM precoce no centro obstétrico; orientar gestantes durante visitas da rede cegonha sobre a rotina do AM a ser adotada no HUGG; implementar ações de promoção no pré-parto e estabelecer como meta o hospital se candidatar a Hospital amigo da criança até 2018. Trabalho aprovado pelo comitê de ética do HUGG sob o número

VALE RESSALTAR QUE, NO DECORRER DESTE ESTUDO, NO MÊS DE SETEMBRO/2016, FOI IMPLANTADA NA MATERNIDADE DO HUGG A REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NO PRÉ-PARTO.

Tipo da primeira alimentação oferecida aos recém-nascidos internados na maternidade do Hospital Gaffrée e Guinle de Janeiro a Junho de 2016

Primeira alimentação	n	%
Leite materno	104,0	30,2
Fórmula láctea	240,0	69,8
Total	344,0	100,0

Fonte: Extraído de Carrajola e Patroclo, 2016 . Aleitamento materno precoce e fórmulas lácteas em recém-nascidos

Justificativa para a introdução de FL como primeira alimentação do recém-nascido na maternidade do Hospital Gaffrée e Guinle de Janeiro a Junho de 2016

Justificativa	n	%
Aguarda sorologia materna para HIV	175,0	94,6
RN em incubadora	3,0	1,6
Mãe sem condições de amamentar	4,0	2,1
Prematuridade	2,0	1,1
Desconforto respiratório	1,0	0,5
Total	185,0	100,0

Fonte: Extraído de Carrajola e Patroclo, 2016 . Aleitamento materno precoce e fórmulas lácteas em recém-nascidos

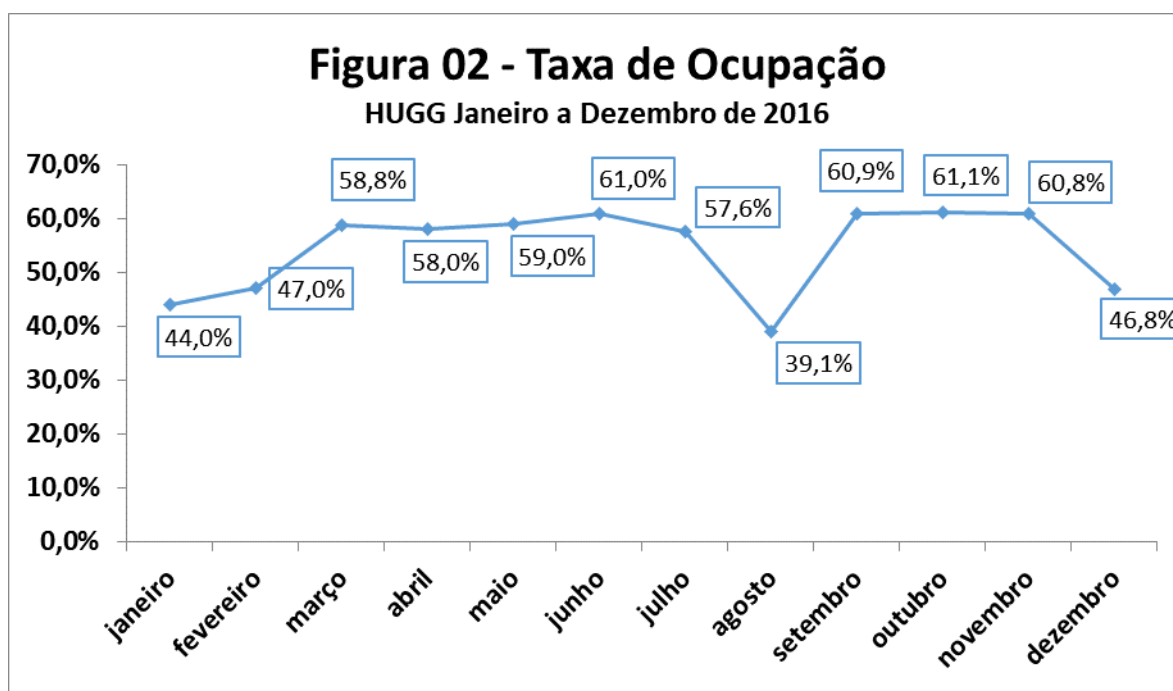
INDICADORES HOSPITALARES

TAXA DE OCUPAÇÃO (TO):

A **TO** compreende no número de pacientes-dia dividido pelo número de leitos-dia, sendo esses leitos disponíveis ou operacionais, os leitos relacionados ao hospital dia não entram na definição, pois são leitos de observação. Esse índice avalia a eficiência da gestão dos leitos no hospital.

De acordo com o contrato entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o HUGG, a **taxa recomendada de TO é 70% para leitos operacionais**. O HUGG no ano de 2016 alcançou em média 54,5%, variando de 39,1% a 60,9%, essa média foi um pouco acima do ano de 2015 que chegou a 50%. Dentre os serviços, apenas a 7^a, 8^a e 10^a enfermarias e UTI neonatal atingiram a meta.

De acordo com a ANS, uma medida a ser adotada para melhorar o índice de TO é a criação de um grupo ou comitê para a gestão do leito hospitalar com três ou quatro participantes que gerencie a utilização do leito de forma geral, seja planejando a alta hospitalar no momento da internação, seja verificando se os pacientes estão com todos os laudos e exames em dia. Essa medida também ajudará a melhorar outros índices como o Tempo Médio de Permanência (TMP)



Fonte: Censo HUGG (2016)

**Quadro 05 - Taxa de ocupação por serviço
HUGG – 2006/2015 e 2016**

Serviço/ Mês	Media 2006 a 2015	Distribuição percentual 2016												
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
3ª Enfermaria	44,0%	26,8	25,9	52,0	43,5	52,8	54,2	46,4	35,5	46,7	62,3	69,5	30,8	45,5
4ª Enfermaria	38,8%	14,5	41,4	72,6	62,5	76,6	67,5	55,6	28,2	77,5	92,5	65,6	65,6	60,0
5ª Enfermaria	42,5%	48,4	37,9	70,5	57,6	56,2	81,0	66,5	68,4	75,3	78,1	58,7	37,4	61,3
6ª Enfermaria	57,3%	46,2	61,1	75,2	62,3	59,4	78,7	68,6	43,4	83,6	58,1	52,5	31,7	60,1
7ª Enfermaria	51,7%	58,4	57,2	51,3	70,7	88,4	89,0	95,7	38,4	99,6	91,4	83,3	52,3	73,0
8ª Enfermaria	57,2%	36,8	64,8	79,4	82,2	71,2	74,2	81,9	60,4	88,4	80,4	68,4	75,5	72,0
9ª Enfermaria	50,9%	49,8	58,2	85,7	74,1	52,7	56,3	46,1	29,0	40,4	62,5	64,2	42,7	55,1
10ª Enfermaria	69,0%	66,9	78,2	78,2	85,8	77,2	75,8	65,3	51,0	78,5	85,6	89,4	70,7	75,2
Obstetricia	47,4%	50,9	51,1	56,5	48,7	53,3	44,6	48,5	39,6	53,9	39,6	51,9	39,6	48,2
Ortopedia	52,2%	25,7	20,5	26,5	38,2	45,5	54,1	45,3	26,4	40,3	57,6	49,5	35,9	38,8
Pediatria	45,4%	31,7	18,2	25,8	29,7	34,3	31,5	34,9	14,1	37,0	21,7	27,0	36,1	28,5
UNIP	49,7%	59,7	31,6	51,1	38,3	36,6	31,7	43,5	36,0	36,1	45,7	42,2	26,3	39,9
CTI Adulto	79,3%	52,4	54,7	71,4	71,3	83,5	87,5	67,7	39,5	70,0	57,3	82,9	63,7	66,8
CTI Neonatal	70%	69,6	73,6	86,0	87,2	66,1	56,1	48,9	58,6	66,7	84,4	79,4	86,6	71,9
MÉDIA GERAL	54,0%	44,0	47,0	58,8	58,0	59,0	61,0	57,6	39,1	60,9	61,1	60,8	46,8	54,5
Hospital dia	61,6%	69,3	68,7	85,5	96,8	65,5	95,5	89,5	92,5	100	91,6	89,5	68,7	84,4

Fonte: Censo HUGG (2016)

QUAL O PERFIL DE ADOECIMENTO E MORTE DA POPULAÇÃO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO?

QUAIS AS POSSÍVEIS EXPLICAÇÕES PARA AS TAXAS DE OCUPAÇÃO APRESENTADAS PELO HUGG NOS ÚLTIMOS 11 ANOS?

COMO REVERTER A SITUAÇÃO?

TEMPO MÉDIO DE PERMANENCIA (TMP):

Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital. **De acordo com o contrato da SMS com o HUGG, a meta é de até 13 dias para leitos clínicos e até 4 dias para leitos cirúrgicos**, o HUGG atingiu a meta destinada aos leitos clínicos alcançando 12,7 dias e com relação aos leitos cirúrgicos ficou um pouco a cima, atingindo 4,4 dias.

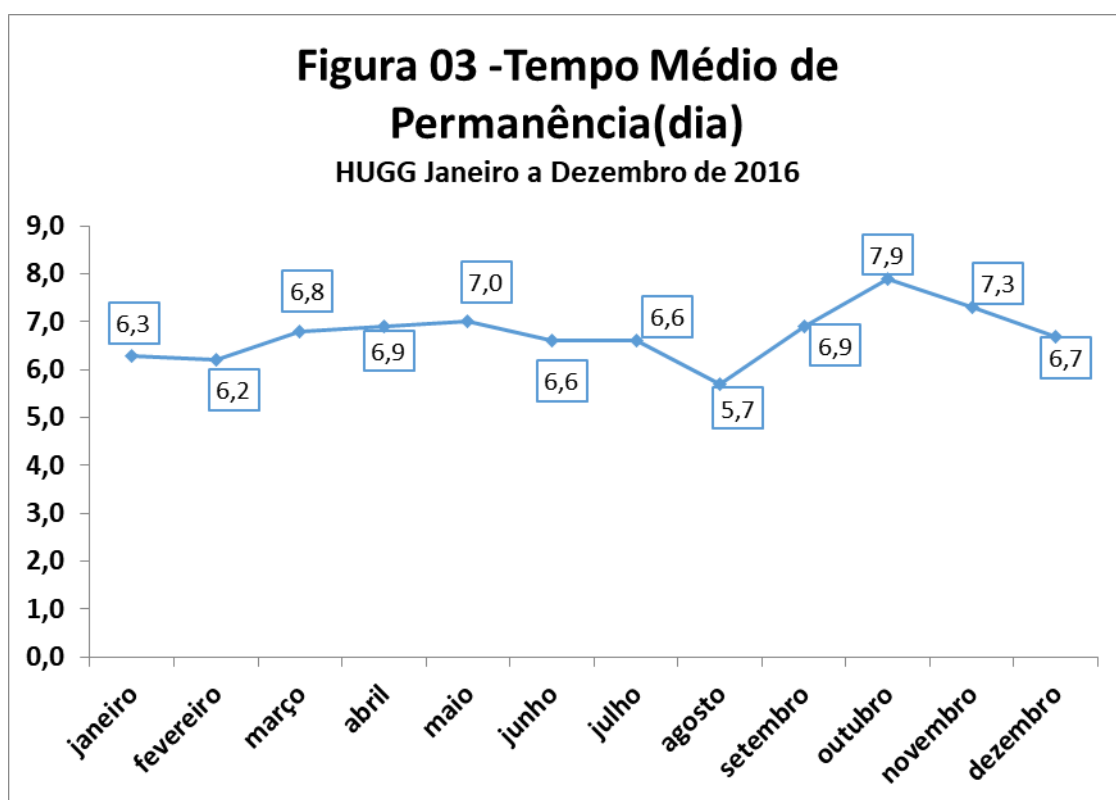
**Quadro 06: Tempo médio de permanência
HUGG – 2016**

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
LEITOS CLÍNICOS	13,9	12,4	14,0	15,1	13,9	12,4	15,2	8,3	11,9	12,7	11,5	11,5	12,7
LEITOS CIRÚRGICOS	3,6	3,7	4,4	4,2	5,2	5,0	3,7	3,9	4,4	5,8	5,3	3,9	4,4

Fonte: Censo HUGG (2016)

A TPM do HUGG (levando em conta todos os serviços) variou entre 5,7 a 7,9 dias com uma média de 6,7 dias, bem próxima do ano de 2015 que foi 6,5 dias.

Para alcançar as metas, a ANS recomenda a implantação de protocolos clínicos para as doenças mais prevalentes no hospital e o monitoramento de pacientes com média acima de 8 dias.



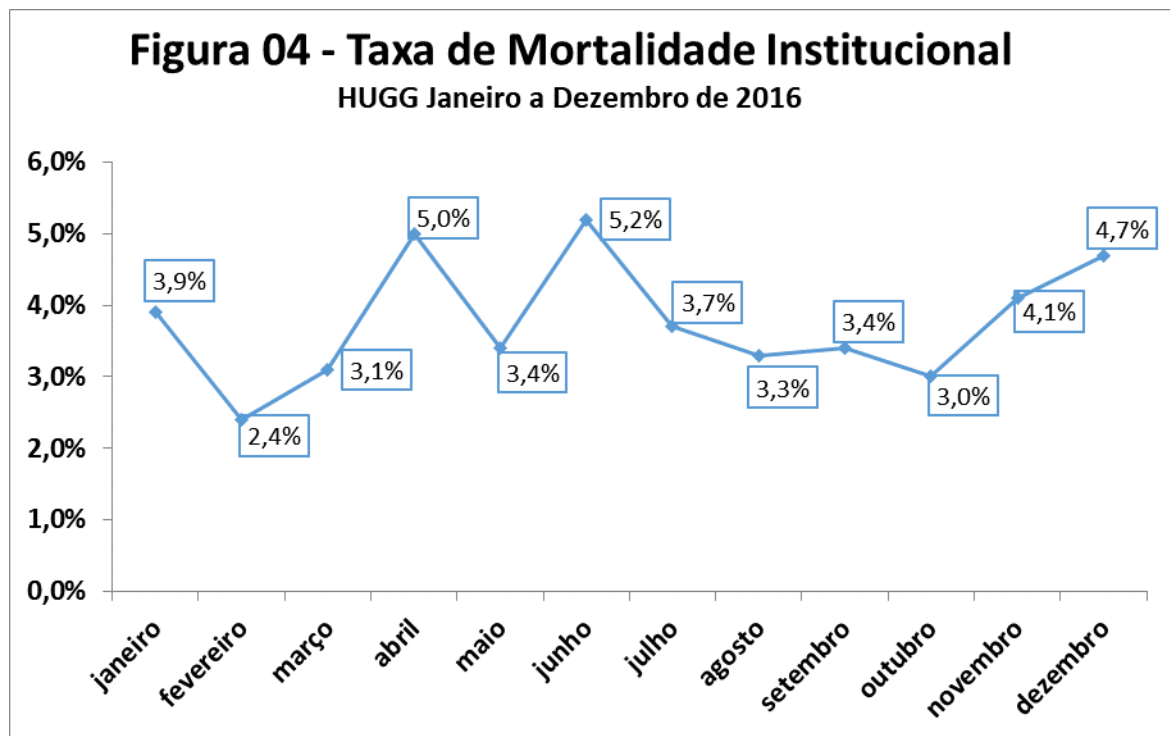
Fonte: Censo HUGG (2016)

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TMI)

A taxa de mortalidade hospitalar é a razão entre o número total de óbitos em relação a todas as saídas (alta/óbito/transferência externa) em um determinado período de tempo..

A TMI consiste no percentual do número de óbitos decorridos após 24 horas da admissão do paciente entre o número de pacientes que tiveram saída do hospital. **A partir do contrato feito com a SMS, a meta é 4,5% de TMG**, o HUGG neste ano de 2016 alcançou 3,8% variando de 2,4 a 5,2%, mostrando uma queda em comparação com o ano de 2015 que apresentou uma TMG de 4,3%.

Destacamos na figura 4 os dados referentes à Taxa de Mortalidade Institucional (TMI).

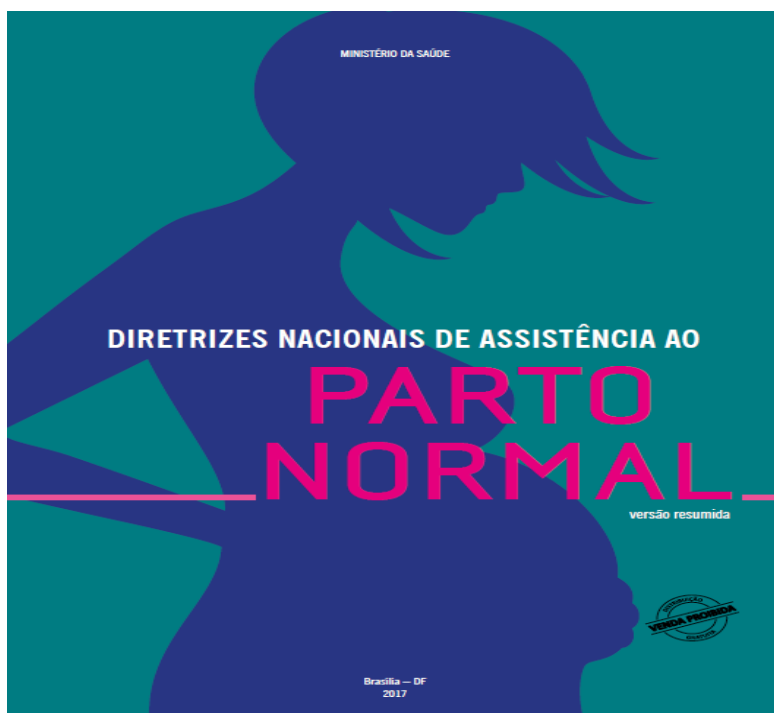
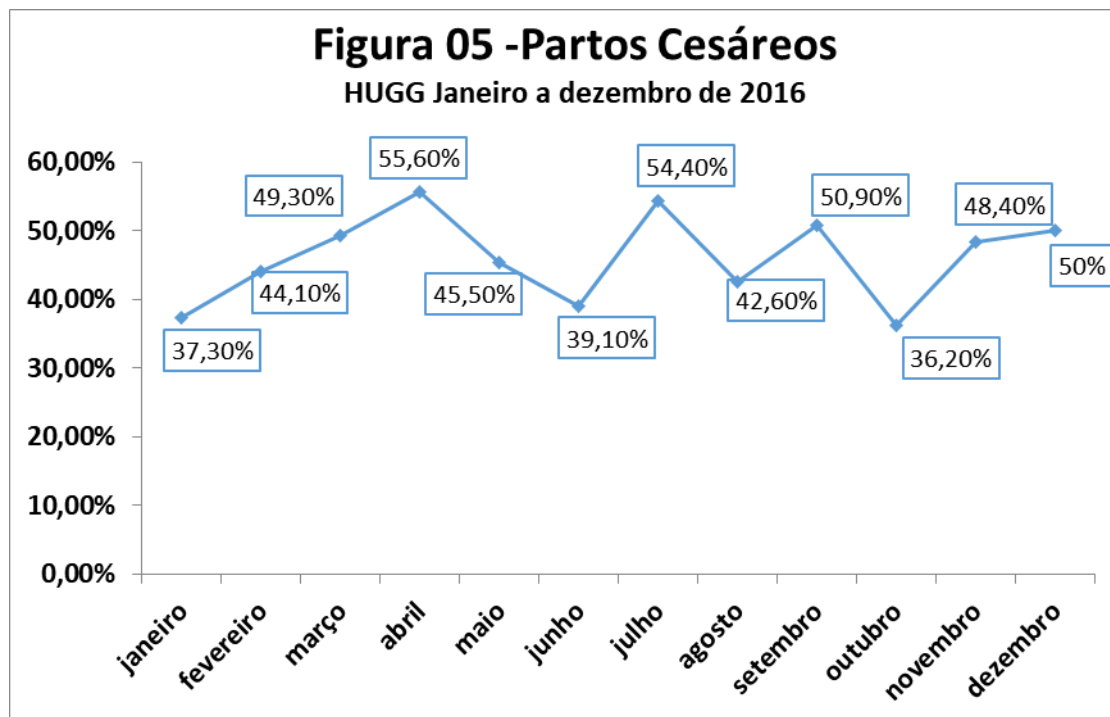


Fonte: Censo HUGG (2016)

TAXA DE CESÁREA

A média das taxas de cesárias no período de 2005 a 2015 no HUGG foi de 50,8% e em 2016 de 46,3%.

A OMS e o Ministério da Saúde (MS) recomendam taxas entre 10 e 15%



PARA REDUZIR AS CESÁREAS É NECESSÁRIO QUE OS PROFISSIONAIS UTILIZEM AS DIRETRIZES DO PARTO NORMAL E DO PARTO CESÁRIO!!!!

CRÉDITOS

GRUPO GESTOR DO HUGG

Prof. Dr. Fernando Ferry – Superintendente EBSEH/HUGG

Prof. Dr. Daniel Aragão – Gerente de Atenção à Saúde (GAS) EBSEH/HUGG

Prof. Dr. Pedro Portari Filho – Gerente de Ensino e Pesquisa EBSEH/HUGG

EQUIPE TÉCNICA DO NVH 2016/2017

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

Ana Carolina Leite Castello Branco Maia – Enfermeira; participou da revisão deste boletim.

Roberto Rodrigues – Téc. de enfermagem.

Rose Marie Liao – Téc. administrativa responsável pelos indicadores hospitalares e NATS.

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DESSE BOLETIM

Lucas Tarlé – Estudante de medicina da EMC no oitavo período

Prof. (a) Dra. Maria Aparecida Patroclo – responsável técnica pelo NVH

AGRADECIMENTOS AOS MONITORES/EMC DO NVH QUE CONTRIBUÍRAM DIRETAMENTE PARA A COLETA E ANÁLISE DE DADOS PARA ESSE BOLETIM:

MONITORES 2016/2017	PERÍODO EMC
ALEXIA TODRIGUES	5º PERÍODO
BEATRIZ SARNO RAMOS	7º PERÍODO
ELISA CARVALHO	4º PERÍODO
GLEDSON FELIPPE	5º PERÍODO
JORDANA SANTOS	8º PERÍODO
LUCAS TARLÉ	7º PERÍODO
MARIA CLARA IMBICO	4º PERÍODO
MATHEUS DE SOUZA ABRAHÃO	5º PERÍODO
MATHEUS FERNANDES MEDEIROS	8º PERÍODO
RAFAELA MOURÃO CAVALCANTI	8º PERÍODO
RAQUEL BAU	7º PERÍODO

AGRADECIMENTOS AOS ALUNOS DO INTERNATO DA EMC NO NONO PERÍODO, ESTAGIÁRIAS DA ESCOLA DE NUTRIÇÃO QUE ATUARAM NO NVH E AOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE 2016.

SUPERVISÃO TÉCNICA: Prof. (a) Dra. Maria Aparecida Patroclo