

NVH

**NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE
BOLETIM ANO 04 Nº 01 – JULHO/2019**

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
Revisão 17/07/2019

SUMÁRIO

EDITORIAL	3
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	6
ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA).....	7
ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO.....	9
HIV/AIDS.....	9
HEPATITES VIRAIS.....	9
GESTANTE COM EXANTEMA.....	10
HANSENÍASE	10
TUBERCULOSE	11
MATERNIDADE - 2018.....	18
DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (DNV's).....	18
EXAMES REALIZADOS NO PRÉ-NATAL	18
INDICADORES HOSPITALARES	19
TAXA DE OCUPAÇÃO (TO)	19
TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (TMP).....	22
TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TMI)	22
TAXA DE CESÁREA.....	23
CRÉDITOS.....	234

EDITORIAL

No Brasil, o Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Rio de Janeiro, conta com um Serviço de Epidemiologia que integra ações de vigilância epidemiológica, educação continuada, pesquisa clínico-epidemiológica e epidemiologia aplicada à avaliação dos serviços de saúde desde 1986, sendo o primeiro serviço de epidemiologia hospitalar da então rede do antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social). A experiência deste serviço serviu de base para a criação dos núcleos de vigilância epidemiológica dos hospitais municipais do Rio de Janeiro e contribuiu para o projeto dos núcleos de vigilância hospitalar da rede estadual deste estado. (Escosteguy CC et al. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10):3365-3379, 2017).

Apesar da Portaria nº 3.992 do Ministério da Saúde, publicada dia 28 de dezembro de 2017, que reduziu de seis para dois blocos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – um de custeio, que concentra a quase totalidade dos recursos federais, e outro de investimentos - fragmenta e desfigura o sistema ao flexibilizar o uso das verbas da Saúde na ponta, **o que pode comprometer a manutenção e a ampliação dos serviços de atenção básica e de vigilância em saúde**, em 12/7/2018, no ano que o Sistema Único de Saúde (SUS) completa 30 anos, o país consegue aprovar **sua primeira Política Nacional de Vigilância à Saúde**. O conjunto de diretrizes que articulam ações de promoção, proteção e prevenção de doenças e agravos foi aprovado por unanimidade, pelo pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018

Art. 1o Fica instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução.

Art. 2o A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de Estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do Poder público.

§1 Entende-se por Vigilância em Saúde o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

§2 A PNVS incide sobre todos os níveis e formas de atenção à saúde, abrangendo todos os serviços de saúde públicos e privados, além de estabelecimentos relacionados à produção e circulação de bens de consumo e tecnologias que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde.

Art. 3o A PNVS compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde-doença.

Parágrafo único. A análise de situação de saúde e as ações laboratoriais são atividades transversais e essenciais no processo de trabalho da Vigilância em Saúde.

Art. 4o A PNVS tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da vigilância em saúde, visando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, bem como a redução da morbimortalidade, vulnerabilidades e riscos decorrentes das dinâmicas de produção e consumo nos territórios.

Parágrafo único. A PNVS deve contribuir para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Art. 5o A PNVS deverá contemplar toda a população em território nacional, priorizando, entretanto, territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar a equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais.

Parágrafo único. Os riscos e as vulnerabilidades de que trata o caput devem ser identificadas e definidas a partir da análise da situação de saúde local e regional e do diálogo com a comunidade, trabalhadores e trabalhadoras e outros atores sociais, considerando-se as especificidades e singularidades culturais e sociais de seus respectivos territórios.

Este ano de 2019 o NVH/HUGG, atual Núcleo de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, completa quatro anos de criação (2015), por iniciativa do Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/UNIRIO, convivendo com dificuldades referentes ao número insuficiente de técnicos da área de saúde, apesar do comprometimento dos lotados no núcleo; falta de técnico administrativo, mas contando com a valiosa colaboração de profissionais da assistência que valorizam o SVE; estudantes do nono período da EMC; estagiárias de nutrição e monitores, sem os quais os produtos até então divulgados não teriam sido elaborados.

Apresentamos neste boletim dados do HUGG referentes aos anos de 2017 e 2018, cumprindo a missão de gerar informações que guie ações e mantenha os profissionais atualizados sobre aspectos da realidade cotidiana que muitas vezes passa despercebida e enviesa a leitura da realidade.

BOA LEITURA!!!

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Podemos afirmar que a partir 2016 houve aumento da aceitabilidade do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) no HUGG, ainda que de forma variável, considerando como marcador a taxa de notificações/investigações por busca ativa (por técnicos do NVH e não da assistência direta), que foi de 60% em 2015, 39% em 2016, 22,3% em 2017 e 34% em 2018.

Em 2017 (77/346), comparativamente com 2015, tivemos uma queda proporcional relativa de 62,8% e queda de 42,8% comparativamente com 2016 nas notificações/investigações realizadas por técnicos do NVH, sendo a atividade assumida por médicos, psicólogos, assistentes sociais, residentes e internos ligados diretamente a assistência.

Em 2018 (184/543), comparativamente a 2015 tivemos uma queda proporcional relativa 43,3% e queda de 12,8% comparativamente com 2016 nas notificações/investigações realizadas por técnicos do NVH.

No ano de 2018 (184/543), comparativamente com 2017 (77/346) tivemos um aumento poporcional relativo de 52,5% de casos investigados pelo NVH (BUSCA ATIVA), o que acarretou sobrecarga de trabalho no núcleo e prejuízo na produção em tempo hábil de boletins com análises.

Em função do aumento das investigações realizadas pelo NVH em 2018, solicitamos participar em 2019 do acolhimento de residentes e permanecer participando da recepção de profissionais contratados pela EBSERH, como tática para maior adesão ao SVE.

**Quadro 1: Doenças e agravos de notificação obrigatória
HUGG- Janeiro a Dezembro de 2017**

DOENÇAS E AGRAVOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS	CONFIRMADO (C)	BUSCA ATIVA PELO NVH	BUSCA PASSIVA (notificação por profissionais da assistência)
		DESCARTADO (D)		
		INCONCLUSIVO (I)		
		PENDENTE (P)		
ARBOVIROSES (Dengue, Chikungunya e Zika)	54	22 (C) 28 (D) 01 (P) 03(I)	0	54
ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO	27	27 (C)	0	27
AIDS EM MENORES DE 13 ANOS	2	02 (C)	1	1
CRIANÇA EXPOSTA AO HIV	2	2 (C)	1	1
DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO	1	1 (D)	0	1
DOENÇA PRIÓNICA	1	1 (I)	0	1
ESPOROTRICOSE	4	2 (C) 1 (D) 1 (I)	2	2
ESQUISTOSSOMOSE	1	1 (D)	1	0
FEBRE MACULOSA	2	1 (D) 1 (I)	0	2
FEBRE TIFÓIDE	1	1 (C)	0	1
GESTANTE COM EXANTEMA	1	1 (I)	0	1
GESTANTE HIV	14	14 (C)	0	14
HANTAVIROSES	1	1 (D)	0	1
HANSENÍASE	9	9 (C)	0	9
HEPATITES VIRAIS	24	23 (C) 1 (D)	11	23
HIV/AIDS	75	74 (C)	26	49
LEISHMANIOSE VISCERAL	4	2 (C) 1 (D) 1 (I)	0	1
MENINGITE	9	6 (C) 3 (D)	8	1
MIALGIA EPIDÊMICA	1	1 (D)	0	1
MICROCEFALIA	1	1 (C)	0	1
QUIMIOPROFILAXIA PARA TUBERCULOSE	15	15 iniciaram isoniazida	0	15
SÍFILIS ADQUIRIDA	46	45 (C) 1 (D)	5	41
SÍFILIS CONGÊNITA	1	1 (C)	0	1
SÍFILIS EM GESTANTES	4	4 (C)	1	3
SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)	8	8 (C)	3	5
TUBERCULOSE	51	51 iniciaram tratamento	18	33
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	3	1 (C) 2 (D)	0	3
TOTAL	346		77	277

Fonte: Fichas de notificação/investigação/MS preenchidas no HUGG em 2017

**Quadro 1: Doenças e agravos de notificação obrigatória
HUGG- Janeiro a Dezembro de 2018**

DOENÇAS E AGRAVOS NOTIFICADOS	TOTAL DE CASOS	CONFIRMADO (C)	BUSCA ATIVA PELO NVH	BUSCA PASSIVA (notificação por profissionais da assistência)
		DESCARTADO (D)		
		INCONCLUSIVO (I)		
		PENDENTE (P)		
ARBOVIROSES (Dengue, Chikungunya e Zika)	89	38(C)14(I)17(D) 19 (P)	25	64
ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO	39	39 (C)	0	39
CRIANÇA EXPOSTA AO HIV	10	10 (C)	9	1
DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO	4	2 (C) 1 (I) 1 (D)	1	3
ESPOROTRICOSE	1	1 (C)	0	1
ESQUISTOSSOMOSE	3	1 (C) 2 (D)	2	1
GESTANTE HIV	22	22 (C)	1	21
HANSENÍASE	10	10 (C)	1	9
HEPATITES VIRAIS	33	33 (C)	11	22
HIV/AIDS	110	110 (C)	47	63
LEISHMANIOSE VISCERAL	2	2 (D)	0	2
MENINGITE	15	13 (C) E 2 (D)	13	2
QUIMIOPROFILAXIA PARA TUBERCULOSE	10	10 (C)	3	7
SÍFILIS ADQUIRIDA	43	43 (C)	14	29
SÍFILIS CONGÊNITA	25	25 (C)	24	1
SÍFILIS EM GESTANTES	33	33 (C)	16	17
SINDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG)	25	25 (C)	3	22
TUBERCULOSE	59	59 (C)	10	49
VIOLÊNCIA INTERPESSOAL	5	5 (C)	1	4
TOTAL	543		184	359

Fonte: fichas de notificação/investigação/MS preenchidas no HUGG. Dados sujeitos a revisão até julho de 2019

ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA)

A implantação do ambulatório de dor crônica pelo serviço de reumatologia possibilitou a notificação passiva da maioria dos casos suspeitos de arboviroses atendidos ambulatorialmente no HUGG.

Em 2017 houve uma redução significativa das notificações (de fato finalizou o período epidêmico) com aumento percentual do número de casos confirmados.

Em 2018 houve um aumento do número total de notificações de arboviroses associado a um aumento de 28,7% nas notificações por busca ativa em relação ao ano anterior, indicando uma menor aceitação do sistema de notificações passivas.

Os casos pendentes são aqueles a espera de liberação de resultados pelo Laboratório Central Noel Nutels (LACEN-RJ).

Os casos classificados como inconclusivos, mas prováveis, foram assim encerrados por terem suas requisições de sorologias constando como canceladas no sistema de Gerenciamento do Ambiente Laboratorial (GAL), embora estivessem presentes critérios clínicos e ou vínculo epidemiológico.

Quadro 1- Resultados de exames para casos de Arboviroses confirmados HUGG - Janeiro a Dezembro de 2018

Dengue	Chikungunya	Dengue+Chikungunya	Dengue+Chikungunya+ ZIKA
01	32	4	01

Fonte: fichas de notificação/investigação/MS preenchidas no HUGG. Dados sujeitos a revisão até julho de 2019

Os casos inconclusivos se referem a aqueles para os quais foram realizados exames inadequados, considerando tempo de sintomas. EX: PCR ao invés de sorologia; IgM ao invés de IgG ou vice –versa.

NOVA ARBOVIROSE – FEBRE DO MAYARO

A Febre do Mayaro é uma doença infecciosa febril aguda, cujo quadro clínico geralmente é de curso benigno, semelhante à Dengue e à Chikungunya. A doença é causada pelo vírus (Mayaro (MAYV), um arbovírus da família Togaviridae, gênero *Alphavirus*, assim como o vírus Chikungunya (CHIKV), ao qual é relacionado genética e antigenicamente.

O diagnóstico da Febre do Mayaro é feito, primeiramente, na avaliação clínica do paciente, com base nos sintomas, e no histórico de onde esteve e o que fez nos últimos 15 dias. O quadro clínico inicia-se com síndrome febril aguda inespecífica, e que pode acompanhar cefaléia, mialgia e exantema, dificultando o diagnóstico diferencial, assim como a determinação da incidência da Febre do Mayaro. A artralgia, que pode ser acompanhada de edema articular é o principal sintoma das formas severas e, ocasionalmente, pode ser incapacitante ou limitante, persistindo por meses. Casos graves podem apresentar encefalite, mas na maioria dos casos a doença é autolimitada, com o desaparecimento dos sintomas em uma semana.

Em decorrência das similaridades com outras arboviroses, principalmente Chikungunya, o diagnóstico laboratorial é fundamental para a conclusão da causa etiológica, em conjunto com os achados clínicos e epidemiológicos. O diagnóstico laboratorial pode ser realizado a partir de provas diretas (isolamento viral, biologia molecular) ou indiretas (sorologias).

Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/febre-do-mayaro>

ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO

Vigilância sob a responsabilidade da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), que em breve divulgará boletim com os dados analisados.

HEPATITES VIRAIS

Foram notificados 24 casos no ano de 2017, o que expressa uma redução proporcional relativa superior a 110% em relação aos casos notificados em 2016. As notificações por busca ativa corresponderam a 45% do total.

As notificações por busca passiva ocorreram, em parte, em função da exigência do número de registro no SINAN para os casos de coinfeção hepatite C/HIV, com vistas a liberação de medicamentos específicos pelo setor de farmácia.

Em 2018, dos 33 casos notificados, 11 foram de forma ativa (33%) e 22 de forma passiva (67%).

No banco de dados do NVH até dezembro de 2018 existiam apenas 219 casos de hepatites virais notificados.

As fichas de notificação de hepatites apresentam problemas em relação à qualidade do preenchimento, principalmente os relativos a escolaridade, contatos, data e resultado de exames.

HIV/AIDS

Em 2017 houve aumento percentual discreto das notificações passivas em comparação a 2016. A busca ativa manteve média superior a 30%, entretanto, estima-se a existência de cerca de 750 casos em acompanhamento no HUGG ainda sem notificação no SINAN.

No ano de 2018, do total de 110 casos HIV/AIDS, 47 (57,2%) foram notificados de forma ativa pela equipe do NVH, indicando uma queda proporcional de 14,1% em relação a 2017, e 43 (42,8%) foram feitos de forma passiva.

Ao final de 2018 existiam no banco de dados do NVH 365 casos notificados e segundo o serviço de farmácia cerca de 1.200 portadores de HIV/AIDS retiram medicamentos específicos com regularidade.

Persistem problemas na qualidade do preenchimento das notificações, especialmente no que se refere à escolaridade, data de realização de exames para diagnóstico da infecção pelo HIV, dados referentes ao critério Caracas/Rio de Janeiro e CDC, bem como a assinatura do responsável pelo preenchimento e rubrica com número do registro profissional pelo preceptor/supervisor da atividade.

GESTANTE COM EXANTEMA

O único caso notificado de gestante com doença exantemática em 2017 foi descartado para infecções virais do grupo STORCH (**S**arampo, **T**oxoplasmose, **R**ubéola, **C**itomegalovírus e **H**erpes simples) e considerado inconclusivo na investigação para Zika, Chikungunya e Dengue. Após o parto, em consulta entre o 4º-10º dia de vida foi avaliado que o recém-nascido tinha perímetro cefálico de 34,5 cm, não se configurando microcefalia.

HANSENÍASE

Em 2017 foram notificados nove (9) casos e em 2018 dez (10) casos. Em ambos os períodos a taxa de notificações passivas se manteve acima de 90%.

Quadro 2: Avaliação do grau de incapacidade dos casos de hanseníase notificados HUGG - 2017

Avaliação do grau de incapacidade dos casos de hanseníase notificados em 2017		
Classificação	Diagnóstico	Momento da alta
	Número de casos	Número de casos
Grau 0	2	-
Grau I	5	3
Grau II	2	3
Grau de incapacidade não foi avaliado	0	3*
TOTAL	9	9

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

- Um paciente foi transferido antes da cura, um foi abandono e um teve alta por cura sem avaliação de incapacidade.

**Quadro 3: Avaliação do grau de incapacidade dos casos de hanseníase notificados
HUGG - 2018**

Avaliação do grau de incapacidade dos casos de hanseníase notificados em 2018		
Classificação	Diagnóstico	Momento da alta
	Número de casos	Número de casos
Grau 0	3	2
Grau I	2	1
Grau II	4	-
Grau de incapacidade não foi avaliado	1	7*
TOTAL	10	

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

*Quatro (4) casos ainda não tiveram alta, dois (2) evoluíram para óbito antes da cura e um (1) teve alta por cura sem avaliação de incapacidade

A avaliação de incapacidade na alta serve como marcador de qualidade da assistência, pois se espera que não haja evolução do grau de incapacidade e que em alguns casos haja redução da incapacidade.

MENINGITES

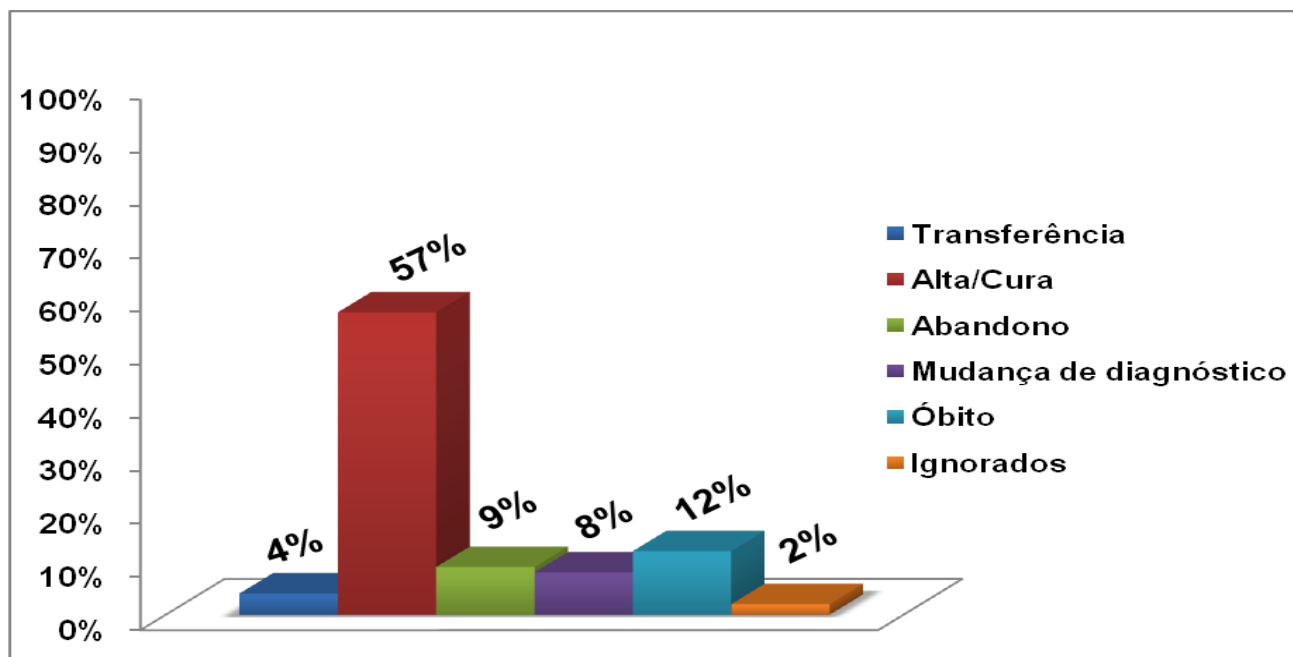
Persiste a falta de compreensão dos profissionais de que a notificação deve ser na suspeita, baseada no quadro clínico, independente de etiologia e que a comunicação é nas primeiras 24 horas.

TUBERCULOSE

Em 2017 foram notificados 51 casos de tuberculose, sendo 35,2% por notificações ativas e 64,8% por notificações passivas. As taxas segundo tipos de desfechos dos estão demonstrados no gráfico 2, a seguir.

Em 2018 o número de notificações aumentou para 59 e a taxa de notificações passivas foi superior a **80%**. No final de julho de 2019 serão calculadas as taxas de saída por tipo de desfecho.

Gráfico 1 - Desfecho dos casos notificados para tuberculose HUGG – 2017



Fonte: Planilha de monitoramento da saída de casos de tuberculose em tratamento

TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE PELO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS – ILTB (ex Quimioprofilaxia)

O tratamento da ILTB reduz o risco de ocorrência da tuberculose ativa e faz parte das recomendações do acompanhamento dos portadores de HIV/AIDS desde o primeiro protocolo no Brasil, porém nunca foi implantado neste hospital, contribuindo para a ocorrência de casos e óbitos pela doença.

O NVH está desenvolvendo esforços para capacitação de profissionais de enfermagem para aplicação e leitura da prova tuberculínica (PPD) e implantação do protocolo no ambulatório de imunologia até o final do primeiro semestre deste ano.

Quadro 4 – Quimioprofilaxia para tuberculose HUGG / 2017-2018

Condição	2017	2018	Total
Pacientes HIV	1	0	1
Uso de medicamentos imunossupressores	14	09	23
Menor contato com portador bacilífero	0	01	01
TOTAL	15	10	25

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

Vide indicações e esquemas de tratamento da ILTB nas figuras 1 e 2.

Figura 1 – Indicações para o tratamento da ILTB

Tratamento	
Sem PT e sem IGRA realizados	PT \geq 10mm ou IGRA positivo
(1) Recém-nascidos coabitantes de caso fonte confirmado por critério laboratorial.	(11) Silicose
(2) Pessoas vivendo com HIV contatos de TB pulmonar com confirmação laboratorial.	(12) Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas.
(3) Pessoas vivendo com HIV com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 cel/ μ l.	(13) Neoplasias em terapia imunossupressora.
(4) Pessoas vivendo com HIV com registro documental de ter tido PT \geq 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião.	(14) Insuficiência renal em diálise.
(5) Pessoas vivendo com HIV com Radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.	(15) Diabetes mellitus.
	(16) Indivíduos baixo peso (< 85% do peso ideal).
	(17) Indivíduos tabagistas (>1 maço/dia).
	(18) Indivíduos com calcificação isolada (sem fibrose) na radiografia.
PT \geq 5mm ou IGRA positivo	Conversão (segunda PT com incremento de 10mm em relação à 1ª PT)
(6) Contatos adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG.	(19) Indivíduos contatos de TB confirmada por critério laboratorial.
(7) Pessoas vivendo com HIV com CD4+ maior que 350 cel/ μ l ou não realizado.	(20) Profissionais de saúde.
(8) Alterações radiológicas fibróticas sugestivas de seqüela de TB.	(21) Trabalhadores de instituições de longa permanência.
(9) Indivíduos em uso de inibidores do TNF- α ou corticosteroides (>15mg de Prednisona por mais de um mês).	
(10) Indivíduos em pré-transplante em terapia imunossupressora.	

Fonte: CGPNCT/DEVIT/SVS/MS

Figura 2 - Esquemas terapêuticos para o tratamento da ILTB

Regime de tratamento	Dose	Tempo de tratamento	Indicação
Isoniazida	5 a 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300 mg/dia	9 meses	Qualquer pessoa com indicação para tratamento de ILTB. A isoniazida deve ser o esquema preferencial, considerando-se a longa experiência da sua utilização e a disponibilidade desse fármaco no país. Em hepatopatas e idosos (acima de 50 anos), deve-se dar prioridade a outros regimes.
Rifampicina	10 mg/kg de peso, até a dose máxima de 600mg/dia	4 meses	O esquema com rifampicina é a primeira escolha em indivíduos com mais de 50 anos, hepatopatas, em contatos de monorresistentes à isoniazida e intolerância à isoniazida. A rifampicina está contraindicada nas PVHA em uso de inibidores de protease.

No regime de tratamento com isoniazida, o mais importante é o número de doses, e não somente o tempo de tratamento. Recomenda-se a utilização de no mínimo 270 doses, que poderão ser tomadas de 9 a 12 meses. Deve-se considerar a utilização de 180 doses, a serem tomadas entre 6 a 9 meses em casos individuais, após avaliação da adesão. Há evidências de que o uso de 270 doses protege mais do que o uso de 180 doses. Esforços devem ser feitos para que o paciente complete o total de doses programadas.

No regime de tratamento com rifampicina, recomenda-se a utilização de no mínimo 120 doses, que deverão ser tomadas idealmente em 4 meses, podendo-se prolongar até 6 meses, e, da mesma maneira do tratamento com isoniazida, o mais importante é o número de doses, e não somente o tempo de tratamento. Esforços devem ser feitos para que o paciente complete o total de doses programadas.

Dose em crianças (<10 anos): 10 mg/kg de peso até a dose máxima de 300mg/dia.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde – Vol. 2 – 1ª edição atualizada. MS/2017

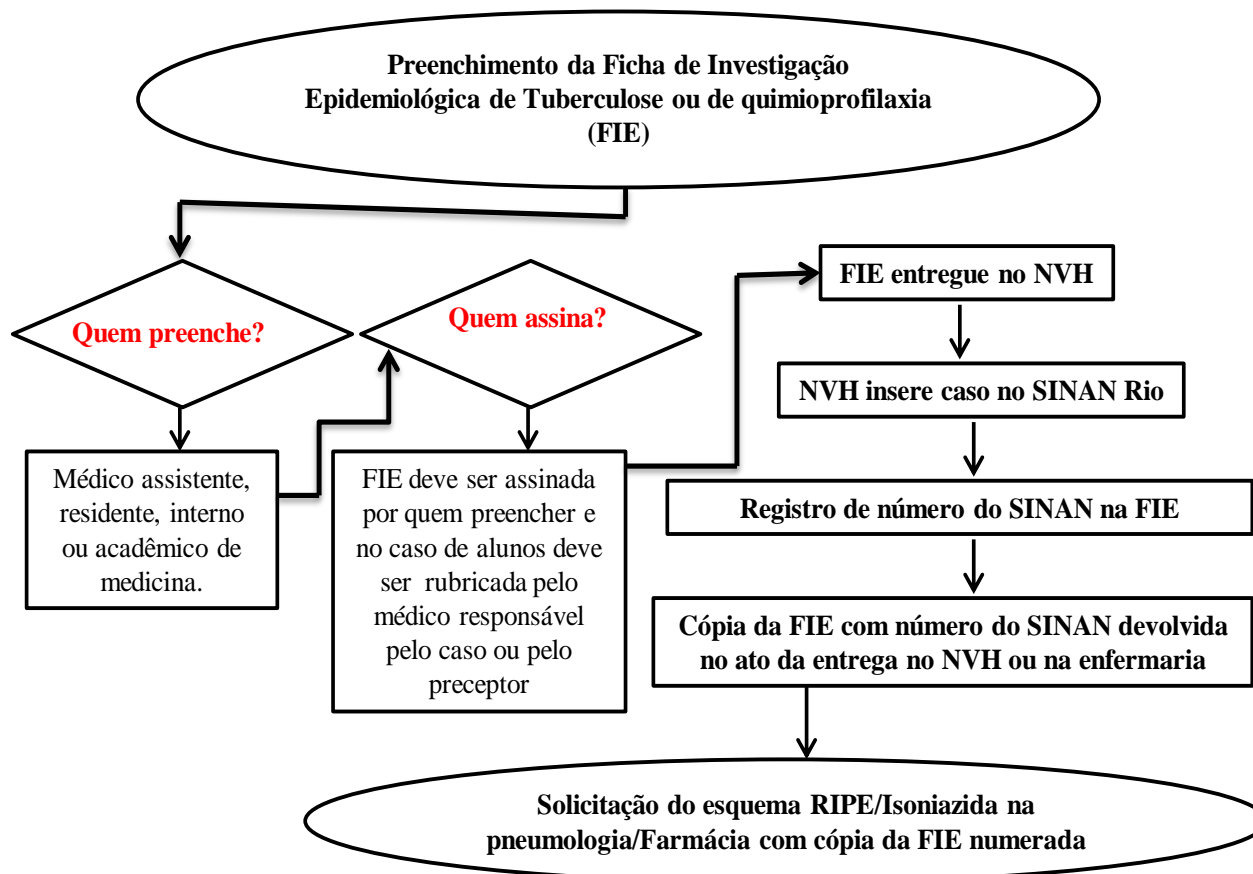


ALERTA!

ALERTA VE 02/NOV 2017

TUBERCULOSE

FLUXO PARA LIBERAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA ENFERMARIAS



OBS: QUANDO O INÍCIO DO ESQUEMA SE DER A NOITE OU NOS FINAIS DE SEMANA, ESSE PROCEDIMENTO DEVE SER ADOTADO NA MANHÃ DO DIA SEGUINTE OU NO PRIMEIRO DIA ÚTIL, PARA QUE OS MEDICAMENTOS CONTINUEM A SER LIBERADOS PARA A ENFERMARIA.





NOVA DOSAGEM DE ISONIAZIDA POR COMPRIMIDO

AO PRESCREVER REGISTRE SE O COMPRIMIDO DE ISONIAZIDA A SER DISPENSADO É DE **100mg** OU DE **300mg**.

AO DISPENSAR O MEDICAMENTO CONFIRA CUIDADOSAMENTE A PRESCRIÇÃO E SE CERTIFIQUE DE ESTAR LIBERANDO O COMPRIMIDO COM A DOSAGEM CORRETA.

A partir desta quinta-feira (19/7), Farmanguinhos passa a distribuir o tuberculostático Isoniazida com nova concentração no país: de 300 mg. Desta forma, em vez de três comprimidos de 100 mg diariamente, o paciente passa a tomar apenas um de 300 mg. Apesar de melhorar a adesão, é possível que os profissionais de saúde e pacientes confundam as dosagens. Com o objetivo de minimizar esse risco, divulgamos a nota técnica explicando as diferenças entre as duas concentrações. Saiba os detalhes em <https://bit.ly/2LoPemw>

TRATAMENTO MAIS FÁCIL

Atenção para a alteração na forma de usar a isoniazida.

Agora ficou assim:

Antes, eram 3 comprimidos (100 mg, 100 mg, 100 mg) → Agora é somente 1 (300 mg) nova formulação

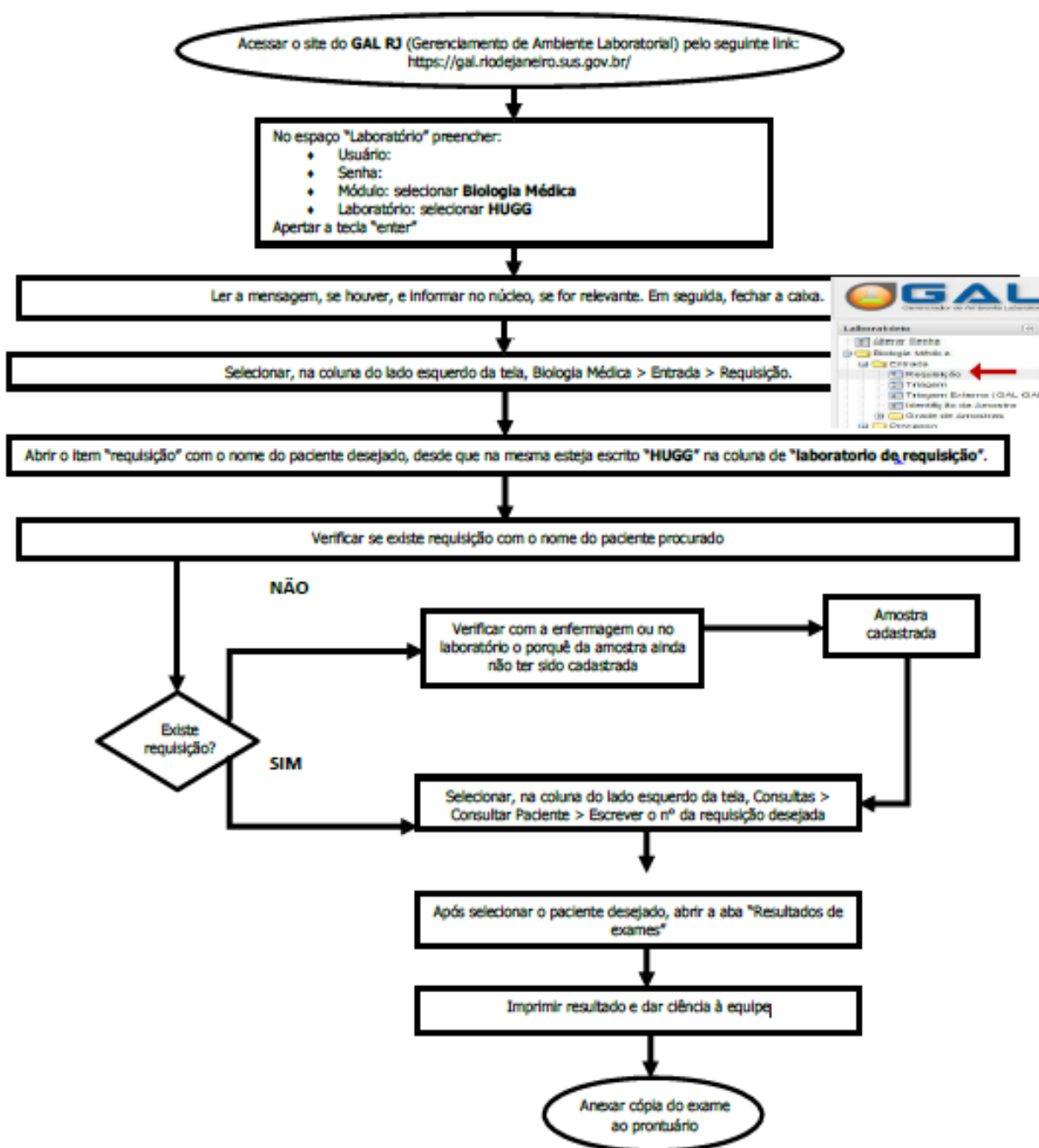
* O seu médico pode optar por manter o tratamento com comprimidos de 100 mg, se ele tem menos de 50kg. Prescreva a dose recomendada de isoniazida para tratamento de tuberculose latente: 5-10 mg/kg de peso até 300 mg/dia por 8 meses.

DISQUE SAÚDE **136** Central Geral de Saúde
Mais informações: SAC-FARMANGUINHOS
Serviço de Atendimento ao Cidadão **0800.024.1692**
e-mail: sac@fiocruz.br

BUSCA ATIVA ELETRONICA

A vigilância epidemiológica do HUGG, também realiza busca ativa de casos novos, duas vezes ao dia, no sistema eletrônico de Gerenciamento de Ambiente Laboratorial (GAL), que faz parte do SVE e onde prioritariamente devem ser registradas as requisições e resultados de exames de doenças de notificação obrigatória, na tentativa de identificar casos suspeitos cujas amostras biológicas foram enviadas ao laboratório, provenientes de enfermarias cirúrgicas e dos ambulatórios.

Vide a seguir fluxograma de busca ativa de casos suspeitos cadastrados e de resultados.



Elaborado por: Luana Schroeder Macedo
 estudante da BMC
 Supervisionado por: profa. Maria Aparecida
 Patroci/NVH
 2ª versão em 05/07/2019

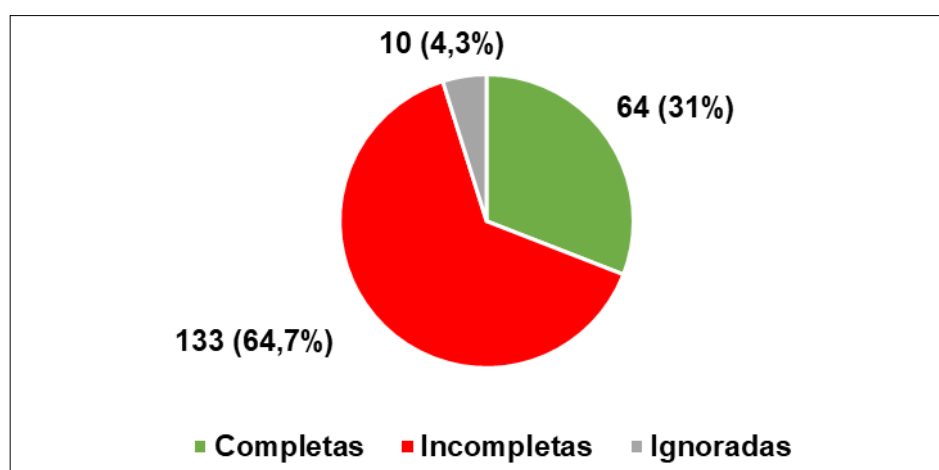
MATERNIDADE - 2018

DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (DNV's)

Em 2017 foram emitidas sete DNVs no HUGG, em virtude da desativação da maternidade para obras no período dezembro de 2016 a agosto de 2018, num total de vinte meses. Neste período um leito foi disponibilizado na ortopedia para gestantes que dessem entrada no hospital em período expulsivo.

Em 2018 de janeiro a dezembro foram emitidas 207 DNV's pela maternidade do HUGG. A taxa de declarações com preenchimento completo (completitude) foi de 31%, com preenchimento incompleto 64,7% (NVH complementou os dados) e 4,3% ignoradas. De acordo com os registros obtidos nestas declarações, 99,0% das gestantes (205/207) realizaram o pré-natal e apenas duas não o realizaram.

**Gráfico 2 – Taxa de completitude das DNV's
HUGG – Ano de 2018**



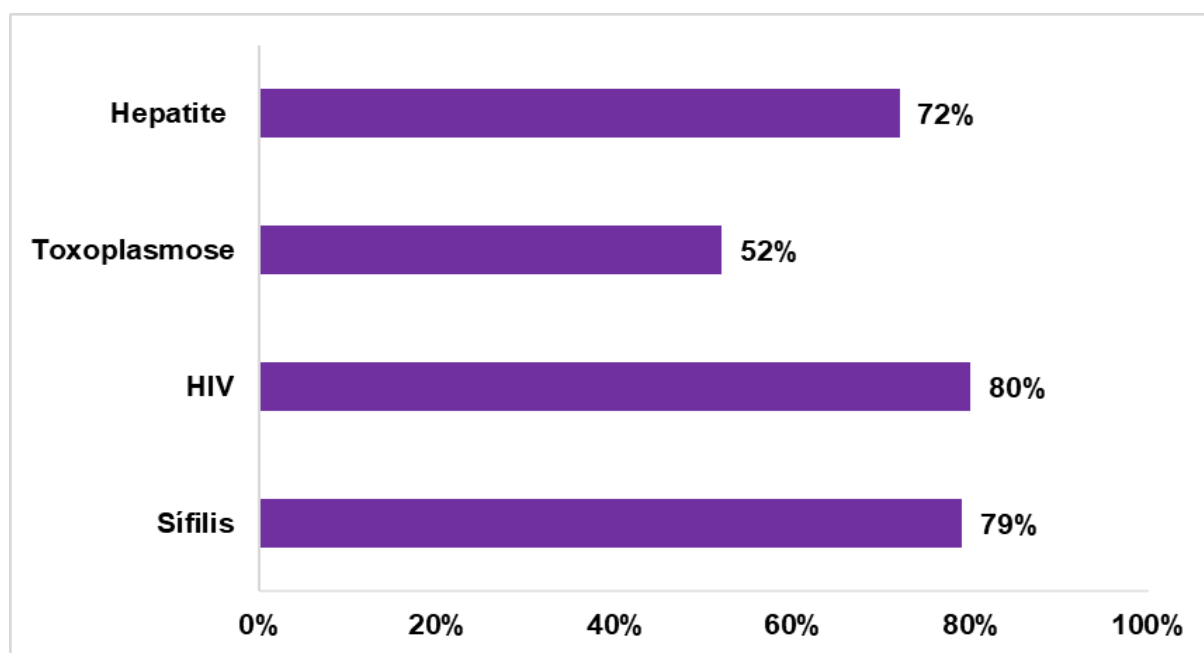
Fonte: Planilhas de controle de qualidade de preenchimento das DNV's – NVH/HUGG

EXAMES REALIZADOS NO PRÉ-NATAL

Em 2017 o NVH incorporou na planilha de coleta de dados na maternidade, variáveis relativas a realização de exames no pré natal (sífilis, HIV, hepatite B/C e toxoplasmose), definidos inicialmente como marcadores de qualidade.

Os exames de sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatite, por recomendação do Ministério da Saúde, deverão ser solicitados pelo médico ou enfermeiro da equipe de saúde no pré-natal, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação/primeira consulta e caso seja detectada alguma alteração, deve-se ofertar imediatamente o devido tratamento ou encaminhamento para assistência em função da condição clínica diagnosticada.

**Gráfico 3 – Parturientes com exames realizados no pré-natal
HUGG – 2018**



Fonte: Planilha de monitoramento de DNV/NVH e cartão das gestantes

Ressaltamos que as recomendações da OMS/OPAS (2012/2014) preconizam a realização de pelo menos uma sorologia para sífilis e uma sorologia para HIV para mais de **90%** das gestantes. A OMS recomenda que casos não reagentes no primeiro teste repitam os exames entre a 28^a e 30^a semana.

As parturientes 2018 do HUGG tiveram cobertura com exames pré natal para doenças de notificação obrigatória inferiores a 90% com destaque para o rastreamento para toxoplasmose que se mostrou muito distante da meta de 90%.

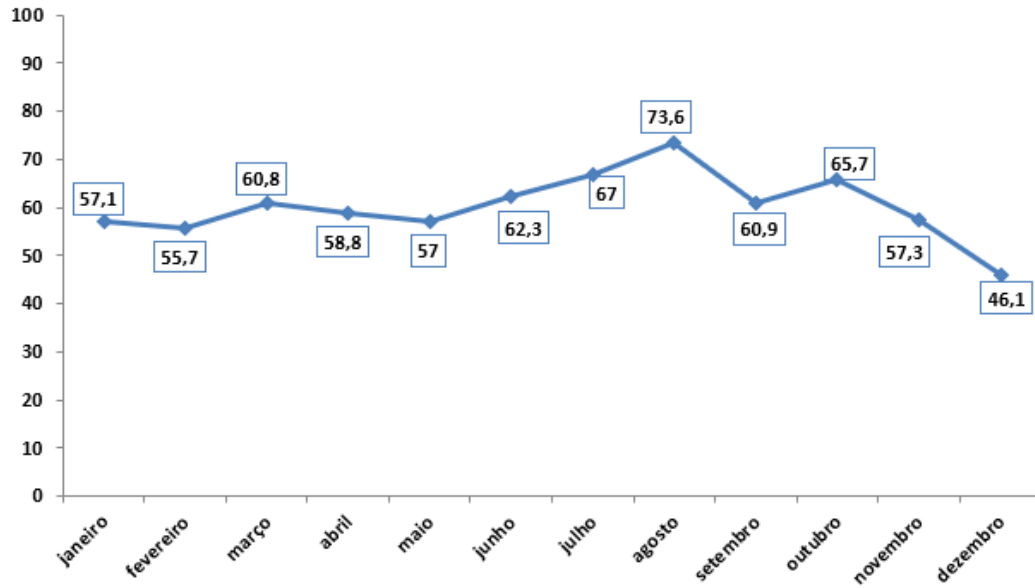
INDICADORES HOSPITALARES

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, o valor recomendado de TO é 70% para leitos operacionais.

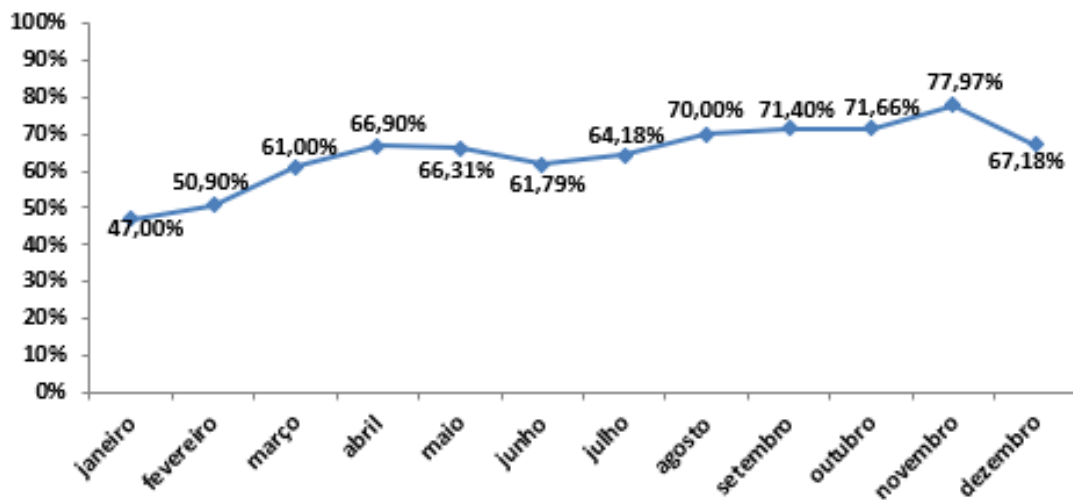
Considerando a média da TO no período 2006 a 2016 apenas o CTI adulto e UTI neonatal alcançavam cerca de 70%. Em 2017 a 8^o, 10^a enfermarias e CTI adulto ultrapassaram 80% e em 2018, chama atenção meses em que a TO ultrapassa 100%, tendo o CTI ficado acima de 90% e a pediatria pela primeira vez desde 2006 tendo alcançado 70%.

**Gráfico 4 – Taxa de ocupação geral (%)
HUGG – Jan a Dez 2017**



Fonte: Censo HUGG (2017)

**Gráfico 5 – Taxa de ocupação geral
HUGG – Jan a Dez 2018**



Fonte:

Sistema AGHU (2018)

**Quadro 5 – Taxa de ocupação por serviço
HUGG – Média 2006/2016 e 2017**

Serviço/Mês	Média 2006 a 2016	Distribuição percentual 2017												Média
		Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
3ª Enfermaria	44,1	44,2	43,3	47,7	28,2	24,5	46,9	82,6	62,2	58,9	46,2	20,4	9,5	42,9
4ª Enfermaria	40,7	53,8	55,4	50,8	45,8	69,4	85,8	97,6	97,6	79,2	72,6	90,0	24,2	68,5
5ª Enfermaria	44,2	82,8	29,8	50,0	61,7	32,8	53,9	60,8	91,9	62,2	73,1	50,0	45,2	57,9
6ª Enfermaria	57,5	45,2	61,0	72,1	63,9	86,8	69,7	75,7	65,7	58,2	72,7	65,5	70,7	67,3
7ª Enfermaria	53,7	63,8	75,0	59,0	47,5	40,8	51,8	52,0	82,0	50,4	72,1	45,7	35,1	56,3
8ª Enfermaria	58,5	67,5	78,6	78,9	87,8	86,7	93,1	88,0	84,7	77,8	88,0	90,2	60,0	81,8
9ª Enfermaria	51,3	60,5	50,9	29,0										46,8
10ª Enfermaria	69,5	83,6	78,9	83,3	77,9	85,3	93,0	86,2	81,2	84,8	89,7	74,2	76,2	82,9
Obst/unip	47,4/48,8													
Ortopedia	50,2	46,3	32,1	45,3	57,7	41,1	40,0	45,5	63,1	50,3	57,9	59,2	39,2	48,1
Pediatria	43,9	16,1	36,4	48,1	37,9	47,5	49,4	43,7	56,9	37,9	32,6	50,3	36,4	41,1
CTI - Adulto	78,1	73,8	87,2	100,0	100,0	96,8	100,0	87,1	98,4	100,0	87,5	52,9	82,9	88,9
CTI - Neonatal	70,2	86,6	77,4	85,5	84,4	76,9	61,1	60,2	75,3	65,6	62,4	51,1	47,3	69,5
GERAL(2006-2016/2017)	52,0	57,1	55,7	60,8	58,8	57,0	62,3	67,0	73,6	60,9	65,7	57,3	46,1	60,2
Hospital dia	64,9	54,8	54,2	75,2	82,2	58,2	93,8	100,0	108,6	91,5	112,5	93,2	65,0	82,4

Fonte: Censo HUGG (2017)

**Quadro 6 – Taxa de ocupação por serviço
HUGG - 2018**

Serviço/Mês	Distribuição percentual 2018												Média
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
Cirurgia Geral	56,9	43,0	60,9	68,7	45,4	39,3	58,6	66,8	75,4	63,0	52,8	72,8	58,6
Clínica Médica	91,0	68,3	84,0	93,3	100,5	80,5	74,0	77,7	79,0	83,6	82,3	57,0	80,9
Ginecologia	67,3	56,4	53,7	66,2	60,1	56,4	56,5	55,5	57,9	64,8	77,9	80,0	62,7
Obstetrícia				49,6	71,4	53,3	41,5	54,4	29,9	37,8	74,8	56,5	52,1
Ortopedia	44,3	58,1	56,7	70,0	75,4	70,8	53,2	76,1	75,0	49,9	57,3	44,3	60,9
Pediatria	48,7	40,0	73,2	84,0	72,9	98,3	83,2	55,8	80,0	101,9	61,0	64,5	72,0
CTI - Adulto	58,4	77,5	70,7	46,3	50,7	66,3	97,2	104,0	127,9	123,4	152,5	134,3	92,4
CTI - Neonatal	26,7	42,4	54,8	69,1	81,6	76,7	85,7	64,1	61,9	77,9	88,1	114,3	70,3
GERAL	47,0	50,9	61,0	66,9	66,3	61,8	64,2	70,0	71,4	71,7	78,0	67,2	64,7
Hospital dia	76,8	62,5	64,6	83,7	51,9	79,6	57,8	78,9	73,6	54,7	66,1	51,7	66,8

Fonte: AGHU (2018) – Dados sujeitos a revisão

A partir de 2018, com a implantação do AGHU/EBSERH não foi mais possível obter dados de taxa de ocupação para cada enfermaria clínica e cirúrgica sendo importante rever o método adotado para registro de dados, em substituição ao censo para cálculo deste indicador.

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (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. Não estão incluídos leitos de obstetria, pediatria e CTI.

O HUGG alcançou a meta do TMP para os leitos clínicos em 2016 e se manteve acima da meta máxima contratual em 2017 e em 2018, com médias de 17,1 e 15,4 dias, respectivamente. Com relação aos leitos cirúrgicos o hospital alcançou a meta máxima contratual em 2016, se manteve acima em 2017 com 5,3 dias em média e novamente abaixo da meta máxima contratual em 2018, com média de 3,9 dias.

Quadro 7 – Tempo médio de permanência hospitalizado

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média
LEITOS CLÍNICOS 2016	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 CLÍNICOS 2017	15,1	15,7	14,3	13,7	17,0	17,7	19,0	19,2	17,5	20,3	20,0	15,5	17,1
LEITOS CLÍNICOS 2018	23,4	18,0	18,2	19,5	14,7	10,2	13,0	9,7	14,3	14,1	15,9	13,8	15,4
LEITOS CIRÚRGICOS 2016	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
LEITOS CIRÚRGICOS 2017	4,6	3,8	4,6	4,4	5,7	5,7	8,5	4,7	5,2	6,5	6,6	3,5	5,3
LEITOS CIRÚRGICOS 2018	4,8	5,4	4,3	4,8	4,3	2,5	3,5	3,4	3,6	3,8	3,2	3,8	3,9

HUGG – 2016 a 2018

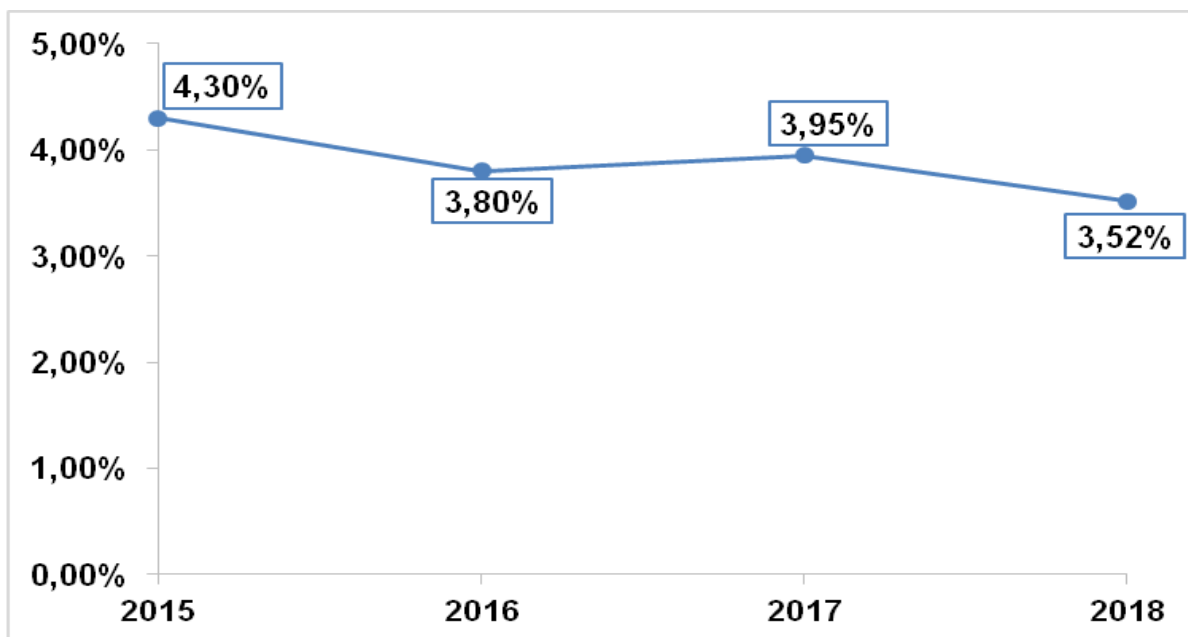
Fonte: Censo HUGG (2016-2017)/Sistema AGHU (2018)

TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL (TMI)

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 (óbitos/total saídos). De acordo com o contrato da SMS com o HUGG, a meta da TMI seria de 4,5%.

Em 2017, a média da TMI no hospital foi de 3,95%, variando de 5,5 a 1,4% , em 2018 essa média foi de 3,52%, variando de 5,5 a 2,74%, alcançando médias de TMI abaixo da meta máxima contratual estipulada para a instituição em ambos os períodos.

**Gráfico 6 – Taxa de mortalidade institucional
HUGG – 2015 a 2018**

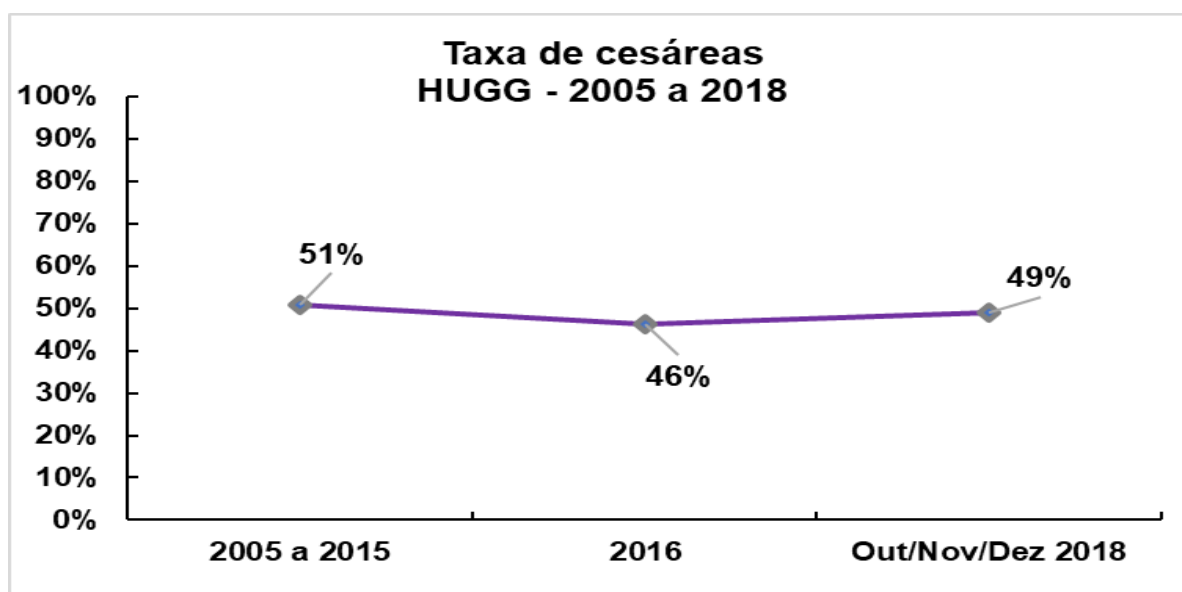


Fonte: Sistema AGHU

TAXA DE CESÁREA

A média de taxa de cesáreas realizadas no período de 2005 a 2015 no HUGG foi de 50,8% e em 2016 de 46,3%. Em 2018, após a abertura da nova maternidade do HUGG, a taxa de cesárea no mês de outubro foi de 57,1%, em novembro 53,3% e em dezembro 37,1%. **A OMS e o MS recomendam taxas entre 10 e 15%.**

**Gráfico 7- Taxa de cesárea
HUGG - 2005/2015, 2016 e 2018**



Fonte: Estatística do centro obstétrico HUGG (2005 a 2015/2016/2018)

CRÉDITOS

GRUPO GESTOR DO HUGG

Prof. Dr. Fernando Ferry – Superintendente EBSEH/HUGG
Sr. Sergio Aquino - Gerencia de Atenção à Saúde (GAS) EBSEH/HUGG
Dr. Ricardo Carvalho – Gerencia Administrativa EBSEH/HUGG
Prof. Dr. Jorge Leite– Gerencia de Ensino e Pesquisa (GEP) EBSEH/HUGG

EQUIPE TÉCNICA DO NVH 2017/2018

Prof.(a) Dra. Maria Aparecida Patroclo – Médica/Responsável técnica pelo NVH/Professora adjunta do ISC.
Isis Mattos de Carvalho – Técnica de enfermagem/EBSEH
Raphael Dias de Mello Pereira - Enfermeiro /EBSEH
Rose Marie Liao – Téc. administrativa responsável pelos indicadores hospitalares e NATS.

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DESSE BOLETIM

Danielle Sousa de Oliveira – Aluna do 10º período da EMC
Raphael Dias de Mello Pereira – Enfermeiro /NVH/EBSEH
Rose Marie Liao - Téc. administrativa responsável pelos indicadores hospitalares e NATS

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

**AGRADECIMENTOS AOS ALUNOS DO INTERNATO DA EMC NO NONO PERÍODO,
ESTAGIÁRIAS DA ESCOLA DE NUTRIÇÃO QUE ATUARAM NO NVH E AOS
TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE 2017 E 2018.**

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