

MARÇO  
2017

# Relatório GRSS N° 04/2017

Análise dos Indicadores de Infecções  
Relacionadas à Assistência à Saúde do  
Distrito Federal do ano de 2016.

- Relatório anual de 2016 -

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Equipe de Elaboração:  
Rafaella Bizzo Pompeu Viotti

Equipe de Revisão:  
Priscilla Leal Moreira  
Fabiana de Mattos R. Mendes  
Hilda Carla Marques Vieira  
Renata Moreira Ferreira





## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	3
METODOLOGIA.....	5
RESULTADOS DA VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	8
1. SÍTIO CIRÚRGICO.....	8
2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO.....	13
3. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.....	20
4. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	25
ADESÃO À NOTIFICAÇÃO REGULAR .....	31
DISCUSSÃO.....	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37



## **INTRODUÇÃO**

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são os eventos adversos associados à assistência à saúde mais frequentes, de alta morbidade e mortalidade, caracterizando um grave problema de saúde pública em todo o mundo. Por repercutirem diretamente na segurança do paciente, são necessários esforços para a prevenção da ocorrência desses eventos em todos os estabelecimentos de saúde, quer no âmbito hospitalar ou na assistência à saúde prestada em outros estabelecimentos, inclusive em atenção domiciliar (Anvisa, 2016).

Estudos apontam que quando as unidades dos serviços de saúde e suas equipes conhecem a magnitude do problema das infecções e passam a aderir aos programas para prevenção e controle de IRAS, podem ocorrer redução significativa em algumas infecções, como por exemplo das infecções da corrente sanguínea. De acordo com o *European Centre for Disease Prevention and Control*, aproximadamente 20% a 30% das IRAS são consideradas preveníveis por meio de programas de controle e higiene intensivos (Anvisa, 2016).

No Distrito Federal, a vigilância epidemiológica das IRAS nos hospitais públicos, privados e militares é realizada por seus respectivos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).

A partir do ano de 2010, os hospitais brasileiros foram orientados a diagnosticar as IRAS conforme **Critérios Diagnósticos Nacionais**, elaborados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e disponíveis no endereço <http://www20.Anvisa.gov.br/segurancadopaciente/>.

No ano de 2010, a Anvisa iniciou a coleta de indicadores de IRAS das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) dos hospitais brasileiros, por meio da notificação eletrônica em base de dados do FormSus, do Ministério da Saúde. A partir desse marco, a Coordenação Distrital de IRAS, representada atualmente pela Gerência de Risco em Serviços de Saúde/DIVISA/SVS/SES, também passou a utilizar essa base de dados para o envio das notificações do DF que, até 2009, eram realizadas por meio de relatórios impressos.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

---

Em 2016, os indicadores nacionais de IRAS obrigatórios eram as infecções primárias de corrente sanguínea relacionadas a cateter venoso central (em pacientes de UTI) e seus marcadores de resistência bacteriana, e as infecções de sítio cirúrgico em cesarianas. Dessa forma, os serviços de saúde com leito de UTI e os que realizavam parto cirúrgicos eram obrigados a realizar mensalmente a notificação desses indicadores.

O presente Relatório tem por objetivo divulgar para todos os gestores, usuários e profissionais de saúde um resumo descritivo das IRAS notificadas no DF para a Gerência de Risco em Serviços de Saúde, bem como recomendar para os serviços ações para redução desses agravos com vistas à segurança dos pacientes do Distrito Federal.



## **METODOLOGIA**

A notificação dos casos de IRAS em 2016 foi realizada pelos hospitais do DF por meio dos seguintes Formulários:

- “*Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais – UTI Adulto – 2016 DF*”, [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=24222](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=24222)
- “*Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais – UTI Pediátrica – 2016 DF*”, [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=24171](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=24171)
- “*Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais – UTI Neonatal – 2016 DF*”, [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=24204](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=24204)
- “*Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais – Infecção de sítio cirúrgico – 2016 DF*”, [http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id\\_aplicacao=24136](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=24136)

Este relatório apresenta análise dos dados disponíveis nos formulários por meio de indicadores, estando destacados em **negrito** aqueles de notificação nacional obrigatória:

**I. Taxa de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cirurgias:**

- **Cesarianas;**
- Implante de prótese mamária.

**II. Densidade de Incidência (DI) de Infecção primária da corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) em UTI adulto, pediátrica e neonatal;**

**III. DI de Infecção primária da corrente sanguínea definida clinicamente (IPCSC) em UTI adulto, pediátrica e neonatal;**

**IV. DI de Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em UTI adulto, pediátrica e neonatal;**

**V. DI de infecção do trato urinário (ITU) associada à sonda vesical de demora em UTI adulto e pediátrica.**

Foram analisadas ainda: taxa de utilização de ventilação mecânica (VM) em UTI adulto, pediátrica e neonatal; taxa de utilização de cateter venoso central (CVC) em UTI



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

---

adulto, pediátrica e neonatal e taxa de utilização de sonda vesical de demora (SVD) em UTI adulto e pediátrica, todas calculadas em %.

As taxas de utilização de dispositivos invasivos em UTI são taxas acessórias, obtidas no intuito de analisar indiretamente a gravidade dos pacientes e, conseqüentemente, a prevalência de utilização de procedimentos invasivos e o risco associado de infecção. Essas taxas são obtidas dividindo-se o número de pacientes com dispositivos-dia pelo número de pacientes-dia no período, multiplicado por 100.

Para análise e tratamento do banco de dados foi utilizado o programa Microsoft Office Excel 2013. As taxas foram calculadas com os dados acessados no dia 08 de março de 2017, nos formulários anteriormente citados, referentes ao período de janeiro a dezembro de 2016.

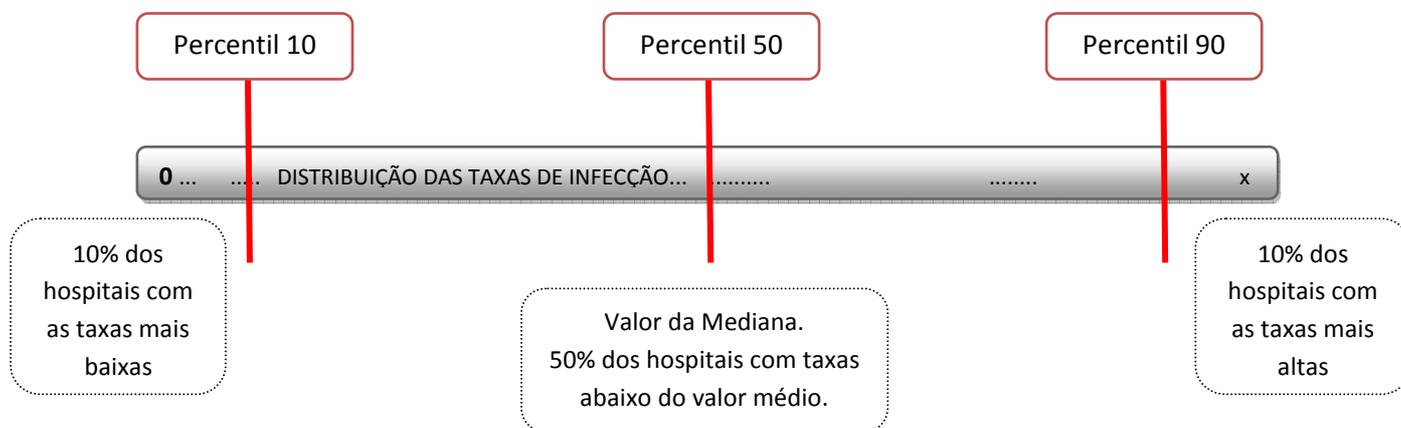
Para cálculo dos indicadores cirúrgicos (item I) foram utilizados os dados agregados no período, isto é: a soma dos números de infecções no ano dividida pela soma dos denominadores específicos (nº de cirurgias), multiplicados por 100.

Para cálculo dos indicadores de UTI (itens II, III, IV e V) foi utilizada a densidade de incidência dos dados agregados, isto é, a soma dos números de infecções no ano, dividida pela soma dos denominadores específicos (pacientes com dispositivos invasivos/dia), multiplicados por 1000.

Conforme orientação da Anvisa, as densidades de incidência de algumas infecções foram distribuídas em percentis 10, 25, 50, 75 e 90, que estratificam as taxas em partes proporcionais e permitem a identificação de hospitais que apresentam resultados mais elevados de infecção (acima da faixa do percentil 90). O percentil 50 equivale à taxa mediana, e significa que 50% dos hospitais apresentam taxas de IRAS abaixo desse valor, conforme figura ilustrativa abaixo.



Figura 1. Modelo de distribuição de percentil.



Para que as taxas calculadas sejam mais representativas, é recomendado um quantitativo mínimo de procedimentos no período (denominador). A densidade de incidência de IRAS relacionadas a dispositivos invasivos nas UTIs foi calculada nos hospitais que alcançaram pelo menos 50 procedimentos-dia no ano.

Foram calculadas as taxas de infecção de sítio cirúrgico de todos os hospitais, inclusive daqueles que não alcançaram um mínimo de 30 procedimentos cirúrgicos no ano, por serem a maioria.

Foi realizado um comparativo entre as taxas anuais do DF e do Brasil para algumas IRAS, com resultados de 2011 a 2016. Os dados nacionais referentes ao ano de 2016 não estão disponíveis até o momento.

Neste Relatório, as instituições de saúde foram identificadas por letras, devido à confidencialidade das informações.

Foram excluídos da análise os hospitais que encerraram suas atividades ao longo do ano de 2016, ou que suspenderam alguma especialidade monitorada.

Para fins de vigilância epidemiológica das infecções relacionadas à assistência à saúde, os serviços notificantes foram orientados a utilizarem os critérios diagnósticos nacionais de IRAS definidos pela Anvisa em 2013, de acordo com as publicações da Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Módulo 02 – *Critérios Diagnósticos de IRAS* e Módulo 03 - *Critérios Diagnósticos de IRAS Neonatologia*.



## **RESULTADOS DA VIGILÂNCIA DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

### **1. TAXA DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ISC)**

Das notificações de ISC, apenas as relacionadas às cesarianas foram de caráter obrigatório em 2016.

Ressalta-se que a metodologia de vigilância dessas IRAS pode funcionar de maneira heterogênea entre os serviços, o que deve ser considerado ao analisar os indicadores. De maneira geral, os serviços podem realizar a vigilância pós-alta dos pacientes submetidos a procedimento cirúrgico por meio de busca ativa (exemplo: ligação telefônica, ambulatório de egressos, carta selada, busca em prontuários ou por re-internações, etc.). Alguns serviços realizam apenas busca passiva e aguardam o contato do paciente caso este desenvolva alguma complicação. Percebe-se que pode haver dificuldade de detecção e subnotificação dessas IRAS em alguns serviços, o que torna os dados de algumas especialidades cirúrgicas pouco fidedignos.

#### **a) ISC - CESARIANAS**

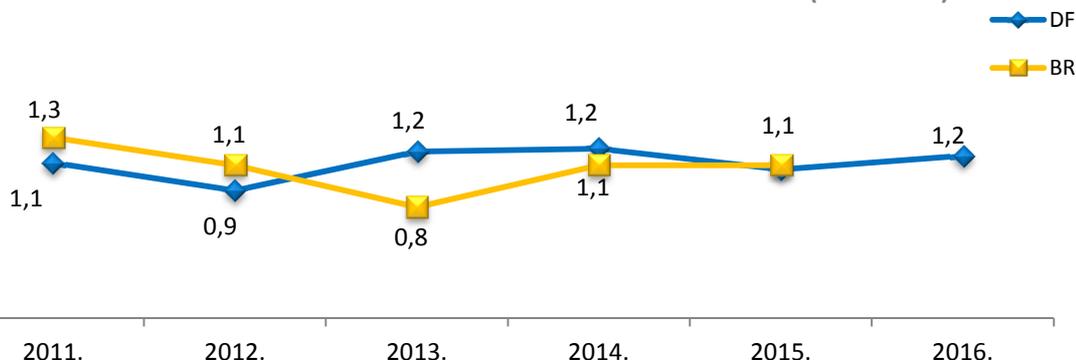
Em 2016, 20 hospitais realizaram notificações de infecção de sítio cirúrgico (ISC) em cesarianas. Os hospitais P e Z não apresentaram regularidade nas notificações devido à ausência de vigilância de infecções de sítio cirúrgico durante alguns meses do ano. Dessa forma, a adesão às notificações regulares de ISC em cesarianas durante os 12 meses do ano foi de 90% nos hospitais do DF.

Apesar de não haver obrigatoriedade da notificação de ISC em cesarianas até o ano de 2014, o formulário eletrônico de notificação da Anvisa dispunha de campos para a notificação desde 2011. O Gráfico 01 apresenta a evolução das taxas dessa infecção no Distrito Federal e no Brasil nos últimos anos.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Gráfico 01 - Taxa anual de ISC em cesarianas no DF e no Brasil (2011-2016)**



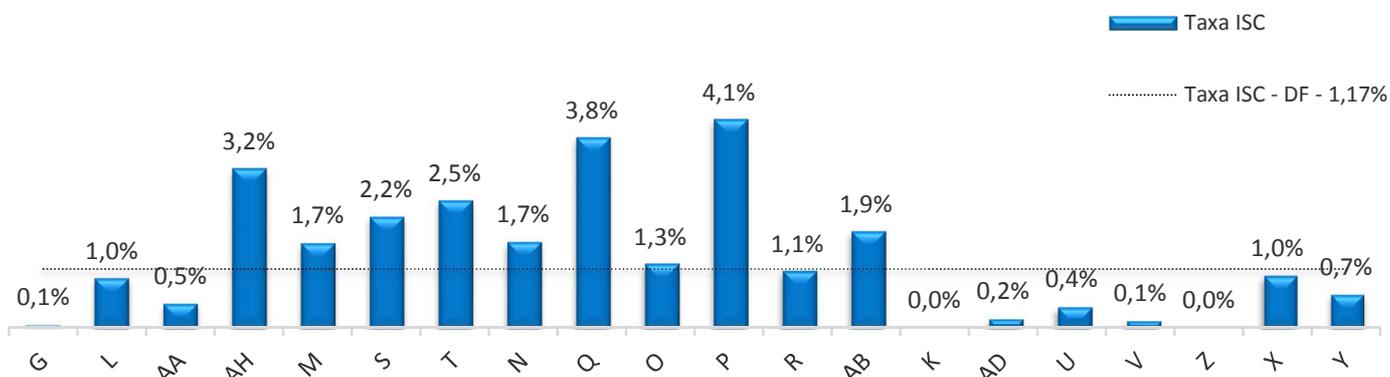
Fonte: Boletim Informativo: Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, ANVISA 2011-2016; Banco de dados GRSS.

Tabela 1. Percentis da distribuição das taxas de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias cesarianas no DF (2015-2016).

Ano	Número de hospitais	Nº de ISC em cesarianas	Nº de cesarianas	Taxa de ISC em cesarianas	Percentis				
					10%	25%	50%	75%	90%
2015	20	311	28.963	1,1%	0,1	0,4	1,1	2,2	2,9
2016	20	335	28.655	<b>1,2%</b>	0,1	0,4	1,1	2,0	<b>3,2</b>

Observa-se que houve aumento na taxa anual e no percentil 90 de ISC em cesarianas em 2016, conforme o Gráfico 01 e a Tabela 1. As taxas anuais nos hospitais do DF variaram de 0 a 4,1%, conforme o Gráfico 02 abaixo.

**Gráfico 02 - Taxa de ISC em cirurgias cesarianas no DF (2016)**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 08/03/2017.



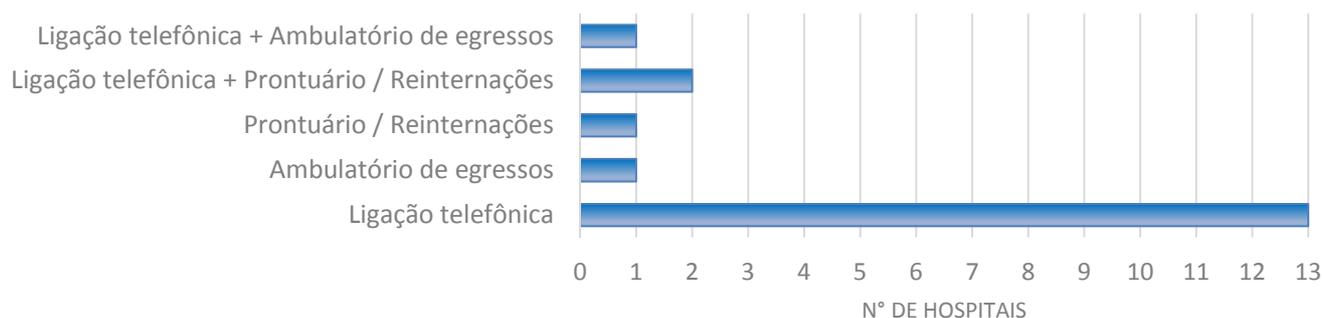
**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Tabela 2. Total de partos cesarianos e infecções de sítio cirúrgico notificados no DF (2016).

Hospitais	Nº de ISC	Nº de cesarianas
G	1	1.712
L	19	1.928
AA	5	1.029
AH	13	411
M	31	1.841
S	41	1.862
T	43	1.700
N	17	994
Q	33	875
O	14	1.104
P	36	870
R	18	1.598
AB	12	625
K	0	300
AD	7	3.915
U	13	3.134
V	2	1.400
Z	0	28
X	22	2.127
Y	8	1.202

O DF vem buscando aumentar a vigilância ativa para detectar infecções nesses procedimentos. Com relação a esse aspecto, 18 hospitais afirmaram realizar vigilância pós-alta de pacientes, sendo a maioria das buscas realizadas por ligação telefônica, conforme o gráfico 03.

**Gráfico 03 - Métodos de vigilância pós-alta para detecção de ISC em cirurgias cesarianas nos hospitais do DF, 2016.**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 08/03/2017.



Com relação aos hospitais que não realizam vigilância pós alta de pacientes para detectar infecções nesses procedimentos (hospitais L e AD), esses representam 10% da amostra e suas taxas anuais estão abaixo de 1%, o que pode estar relacionado à ausência de busca ativa dessas IRAS.

#### b) ISC – CIRURGIAS COM IMPLANTE DE PRÓTESE MAMÁRIA

A ISC em cirurgias com implante de prótese mamária não é indicador nacional obrigatório, porém consta no formulário de notificação eletrônica da Anvisa e é monitorado no Distrito Federal por notificação voluntária dos hospitais.

Houve um aumento de 8,4% da taxa anual de ISC em cirurgias com prótese mamária de 2016 em relação ao ano anterior, conforme Tabela 3. Entretanto, observa-se também um aumento significativo do número de procedimentos com implante de prótese mamária notificados no período.

Tabela 3. Taxas de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias com implante de prótese mamária no DF (2014-2016).

Ano	Número de hospitais	Nº de ISC em cirurgias com prótese mamária	Nº de cirurgias com prótese mamária	Taxa de ISC em cirurgias com prótese mamária
2014	07	05	611	0,82%
2015	12	05	602	0,83%
2016	12	09	1004	0,90%

Na Tabela 04 estão relacionadas as taxas de ISC nesses procedimentos nos hospitais do DF que realizam as notificações. Importante salientar que os hospitais representados pelas letras “E, Q, O, V, W, X e AE” não alcançaram 30 procedimentos cirúrgicos no ano de 2016.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

---

Tabela 04. Taxas de infecção de sítio cirúrgico em cirurgias com implante de prótese mamária nos hospitais do DF (2016).

Hospitais	Nº de ISC	Nº de cirurgias	Taxa (%)
E	0	5	0,0%
H	4	419	1,0%
A	1	213	0,5%
C	0	61	0,0%
J	0	83	0,0%
Q	1	27	3,7%
O	2	6	33,3%
F	1	108	0,9%
W	0	1	0,0%
X	0	21	0,0%
Y	0	34	0,0%
AE	0	26	0,0%

O hospital representado pela letra “O” apresentou taxa anual bastante elevada, porém notificou apenas 06 procedimentos cirúrgicos e identificou 02 episódios de infecção durante o ano. O hospital representado pela letra “P” não realizou notificações na especialidade de prótese mamária no período e não está indicado na Tabela 04.



## **2. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS EM UTI ADULTO**

No ano de 2016, as notificações de IRAS em UTI adulto foram contabilizadas conforme a Tabela 05 abaixo:

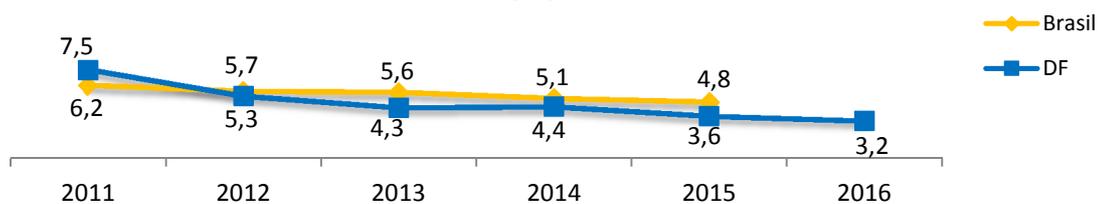
Tabela 05. Numeradores e denominadores para cálculo das taxas de IRAS em UTI adulto no DF (2016).

DF	Número de infecções notificadas				Número de pacientes com dispositivos-dia			
	IPCSL	IPCSC	PAV	ITU	Pacientes-dia	CVC-dia	VM-dia	SVD-dia
Ano								
2016	417	183	550	303	219.706	129.573	79.715	106.361

### **a) INFEÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)**

As Infecções Primárias de Corrente Sanguínea estão entre as IRAS mais frequentes e possuem como maior fator de risco os cateteres venosos centrais. A IPCS pode ser diagnosticada como laboratorialmente confirmada (**IPCSL**) ou somente por critérios clínicos – clinicamente confirmada (**IPCSC**).

**Gráfico 04 - Densidade de incidência anual de IPCSL em UTI adulto no Brasil e no DF**



Fonte: Boletim Informativo: Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, ANVISA 2011-2016; Banco de dados GRSS.

O Gráfico 04 apresenta a Densidade de Incidência de IPCSL nacional e distrital em UTI adulto. De 2011 a 2016 o DF apresentou redução gradativa de suas taxas. Comparando o ano de 2015 ao ano de 2016, observa-se uma redução de 11% na densidade de incidência de IPCSL.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

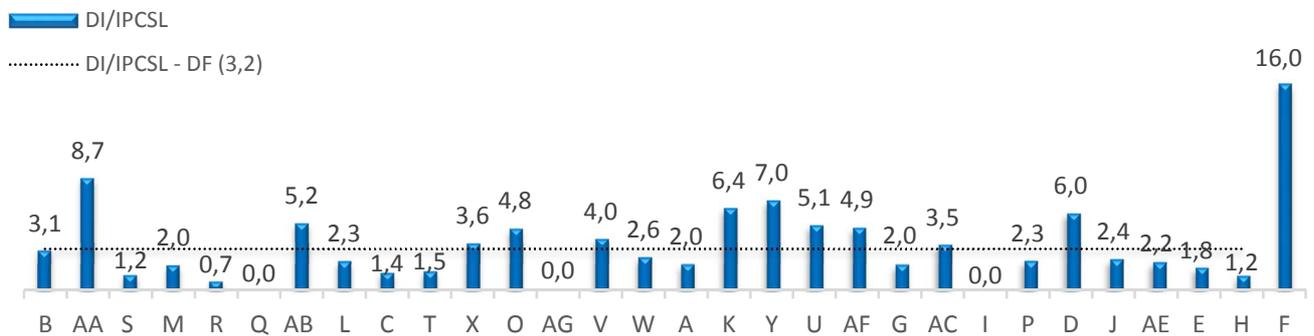
Tabela 06. Percentis da distribuição das densidades de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central internados em UTI adulto no DF, 2016.

Tipo de Infecção	Densidade de Incidência	Percentis				
		10%	25%	50%	75%	90%
IPCS Laboratorial	3,2	0,6	1,6	2,4	4,9	6,5

A Anvisa publicou o *Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS* para os anos de 2016 a 2020, no qual traçou o objetivo de redução de IPCSL, tendo como o valor de referência o percentil 90 dos dados notificados em 2015.

Considerando que o percentil 90 do DF em 2015 foi de 7,7 para as IPCSL e de acordo com o Gráfico 05 abaixo, os hospitais indicados pelas letras AA e F precisam ainda reduzir suas densidades de incidência nessa infecção.

Gráfico 05 - Densidade de Incidência de IPCSL em UTI Adulto do DF em 2016



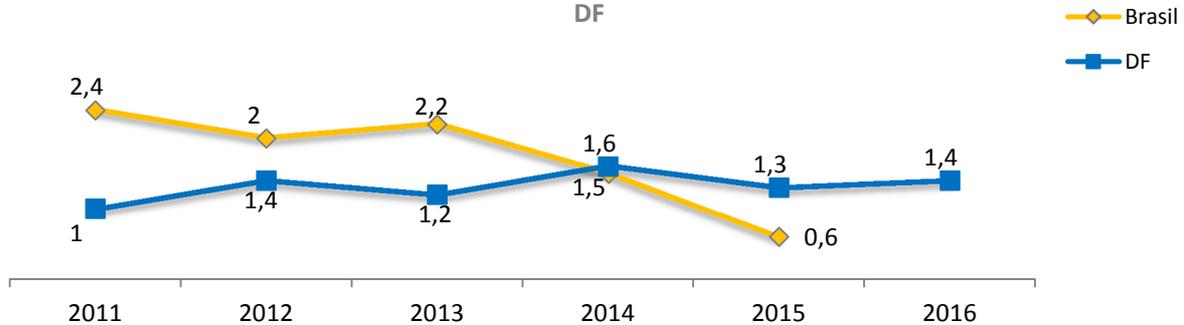
Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

Abaixo, o Gráfico 06 apresenta as taxas referentes à Infecção Primária de Corrente Sanguínea Clinicamente definida (IPCSC), cuja densidade de incidência atual do DF encontra-se acima dos valores nacionais anteriores (2014-2015).



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

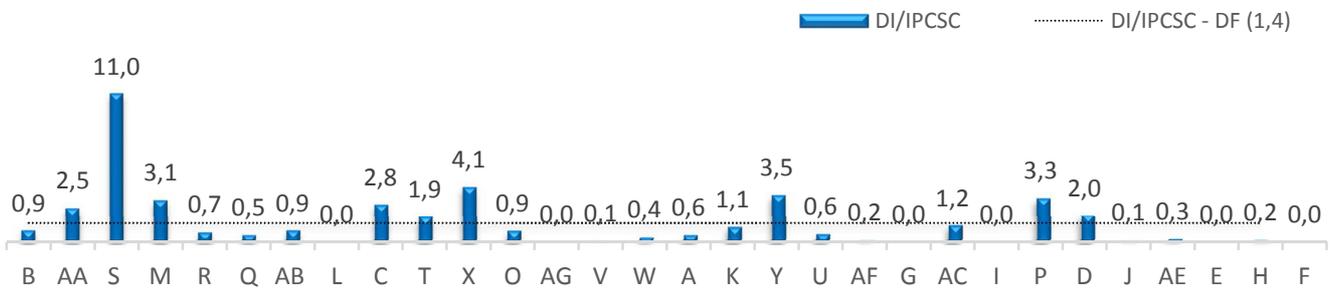
**Gráfico 06 - Densidade de incidência anual de IPCSC em UTI adulto no Brasil e no DF**



Fonte: Boletim Informativo: Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, ANVISA 2011-2016; Banco de dados GRSS.

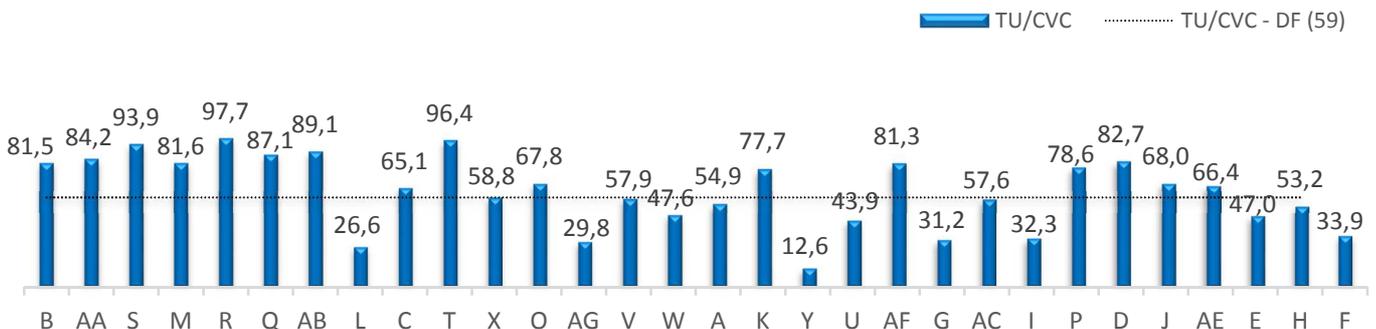
O Gráfico 07 apresenta as densidades de incidência de IPCSC por hospital e o Gráfico 08 ilustra a taxa de utilização de cateter venoso central (CVC), dispositivo invasivo que representa maior fator de risco para as infecções primárias de corrente sanguínea.

**Gráfico 07 - Densidade de Incidência de IPCSC em UTI Adulto do DF em 2016**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

**Gráfico 08 - Taxa de utilização de CVC em UTI Adulto do DF em 2016**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

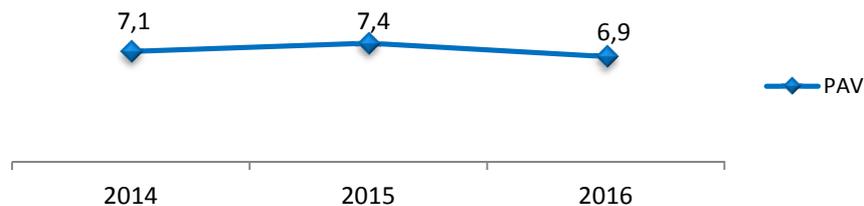


## b) PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)

A Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) é responsável por aproximadamente 15% das IRAS e 25% de todas as infecções adquiridas em unidades de terapia intensiva. As taxas de PAV podem variar de acordo com o perfil de pacientes e os métodos diagnósticos disponíveis, e a literatura demonstra que a incidência desta infecção aumenta com a duração da ventilação mecânica (Anvisa, 2013).

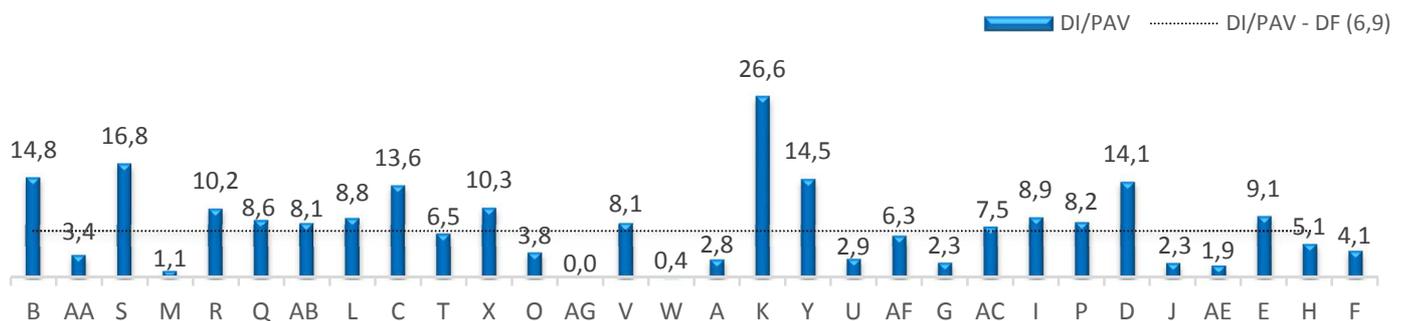
Em 2016, o Distrito Federal, apresentou densidade de incidência de PAV de 6,9, o que representa uma redução de 6,8% em relação a 2015.

**Gráfico 09 - Densidade de incidência anual de PAV em UTI adulto no DF (2014-2016)**



**Fonte:** Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017. Banco de dados GRSS

**Gráfico 10 - Densidade de Incidência de PAV em UTI Adulto do DF em 2016**



**Fonte:** Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

Observa-se que alguns hospitais apresentam taxas elevadas e necessitam implementar medidas de prevenção de PAV em suas unidades de terapia intensiva para redução da incidência dessas infecções. Recomenda-se a implementação dessas



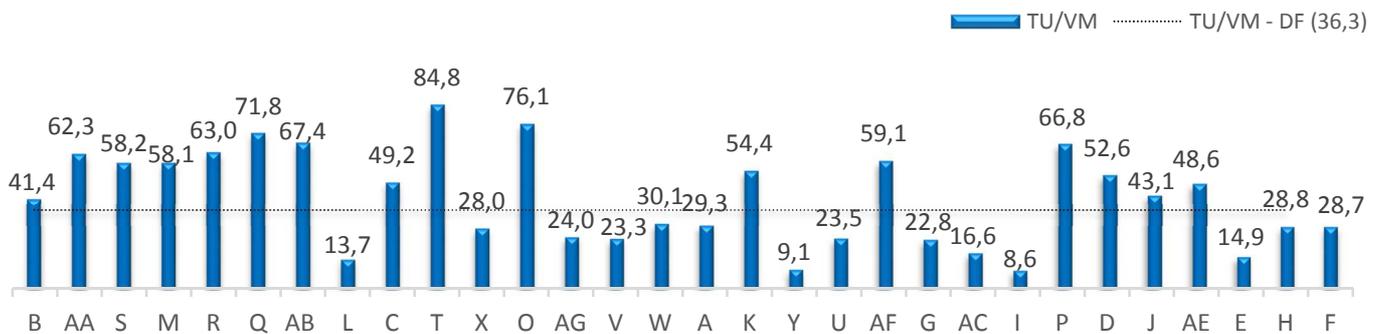
**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

medidas, principalmente aos hospitais representados pelas letras B, S e K, cujas taxas estão acima do percentil 90 de 2015, descrito na Tabela 07 abaixo.

Tabela 07. Percentis da distribuição da densidade de incidência de PAV no DF (2015-2016).

Ano	DI PAV	Percentis				
		10%	25%	50%	75%	90%
2015	7,4	2,2	5,0	7,3	12,0	17,1
2016	6,9	1,8	3,0	7,8	9,9	14,5

Gráfico 11 - Taxa de utilização de VM em UTI Adulto do DF em 2016



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.



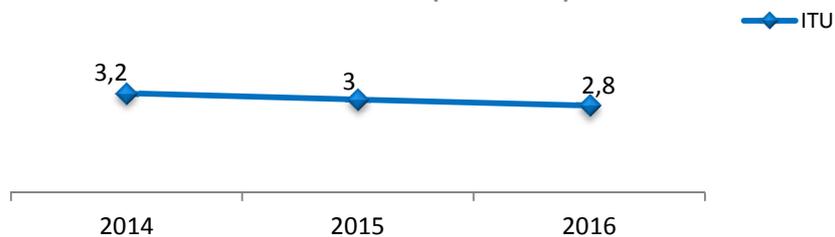
**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**c) INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À SONDA VESICAL DE DEMORA (ITU)**

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das IRAS mais prevalentes, porém de grande potencial preventivo, visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical.

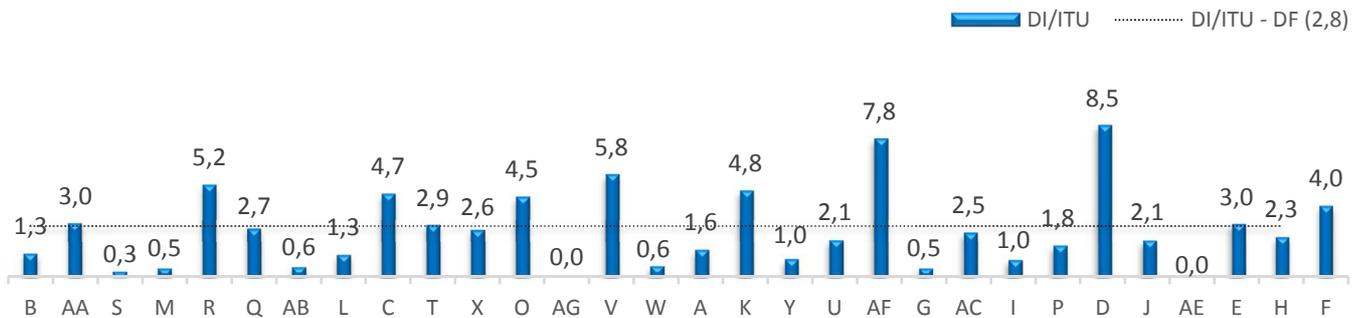
No Distrito Federal, observa-se diminuição da densidade de incidência de ITU-SVD nos últimos 03 anos.

**Gráfico 12 - Densidade de incidência anual de ITU em UTI adulto no DF (2014-2016)**



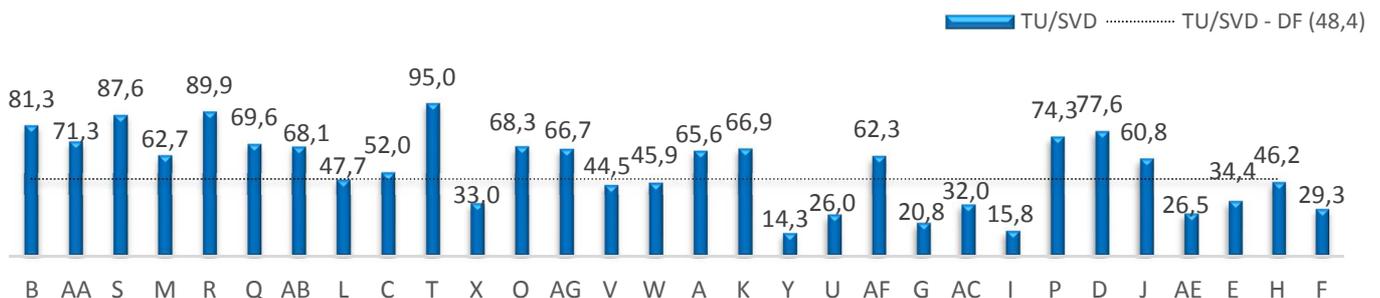
Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017. Banco de dados GRSS

**Gráfico 13 - Densidade de Incidência de ITU em UTI Adulto do DF em 2016**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

**Gráfico 14 - Taxa de utilização de SVD em UTI Adulto do DF em 2016**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI adulto 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

---

Pode-se observar que não houve alteração significativa da distribuição dos percentis de ITU relacionada à sonda vesical de demora nos últimos anos, conforme a Tabela 08 abaixo. Entretanto, recomendamos aos hospitais D e AF que reforcem as medidas de prevenção dessas IRAS e estimulem a revisão da necessidade de manutenção do dispositivo invasivo (SVD) nos pacientes internados em terapia intensiva adulto.

Tabela 08. Percentis da distribuição da densidade de incidência de ITU relacionada à sonda vesical de demora no DF (2014-2016).

Ano	DI ITU	Percentis				
		10%	25%	50%	75%	90%
2014	3,2	0	1,2	2,9	4,8	5,8
2015	3,0	0,3	1,4	2,2	3,6	5,8
2016	2,8	0,5	1,0	2,2	3,8	5,3



### **3. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS EM UTI PEDIÁTRICA**

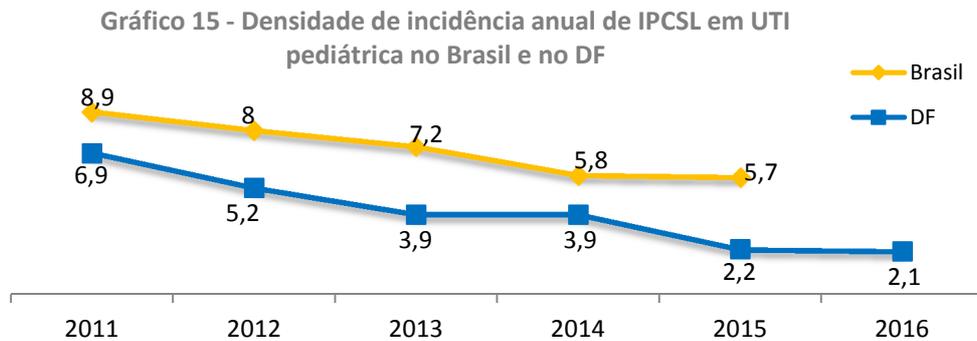
No ano de 2016, as notificações de IRAS em UTI pediátrica foram contabilizadas conforme a tabela 09 abaixo:

Tabela 09. Numeradores e denominadores para cálculo das taxas de IRAS em UTI pediátrica no DF (2016).

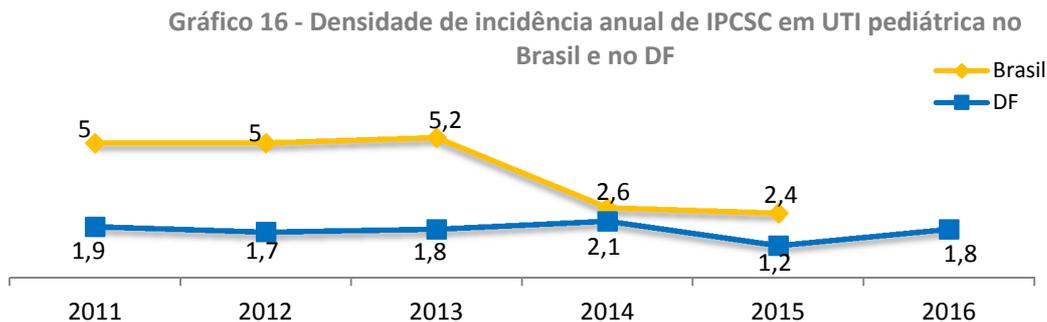
DF	Número de infecções notificadas				Número de pacientes com dispositivos-dia			
	IPCSSL	IPCSC	PAV	ITU	Pacientes-dia	CVC-dia	VM-dia	SVD-dia
2016	29	25	34	20	27.369	13.530	16.715	4.818

#### **a) INFEÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)**

Os Gráficos 15 e 16 apresentam as densidades de incidência de IPCS laboratorial e clínica ao longo dos anos no DF e no Brasil. A taxa de IPCSSL em 2016 foi a menor dos últimos seis anos.



Fonte: Boletim Informativo: Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, ANVISA 2011-2016; Banco de dados GRSS.



Fonte: Boletim Informativo: Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde, ANVISA 2011-2016; Banco de dados GRSS.



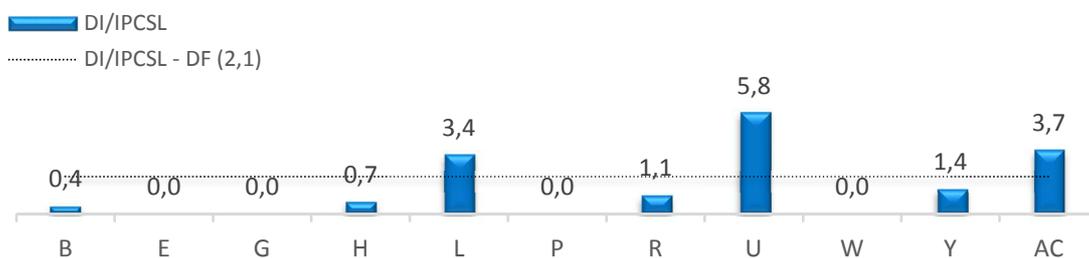
**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Tabela 10. Percentis de distribuição da densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central internados em UTIs pediátricas do DF, 2016.

Tipo de Infecção	Densidade de Incidência	Percentis				
		10%	25%	50%	75%	90%
IPCS Laboratorial	2,1	0	0,1	0,9	2,9	3,9

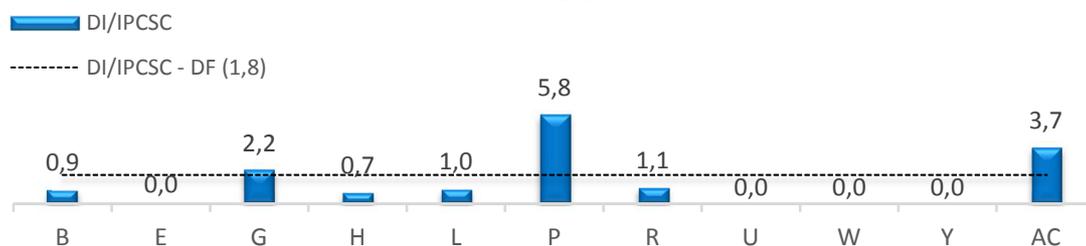
A meta de redução de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial, proposta no *Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS* da Anvisa (2016 - 2020), tem como valor de referência o percentil 90 dos dados notificados em 2015, que foi de 3,1 para IPCSL em pacientes pediátricos. Portanto, considerando o Gráfico 17 abaixo, os hospitais indicados pelas letras L, U e AC precisam ainda reduzir suas densidades de incidência de IPCSL.

**Gráfico 17 - Densidade de Incidência de IPCSL em UTI Pediátrica do DF em 2016**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

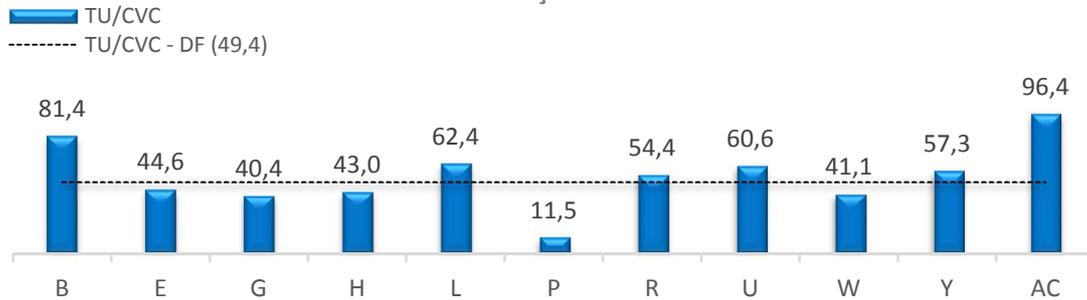
**Gráfico 18 - Densidade de Incidência de IPCSC em UTI Pediátrica do DF em 2016**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.



**Gráfico 19 - Taxa de utilização de CVC em UTI Pediátrica do DF em 2016**

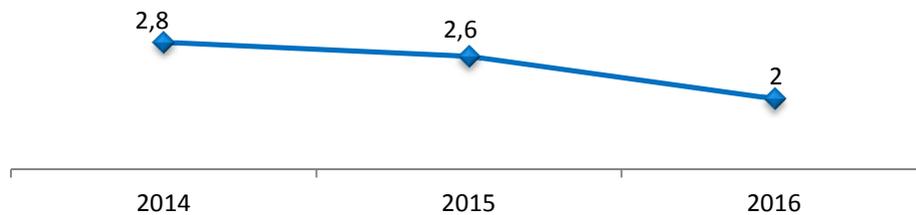


Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em

### b) PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)

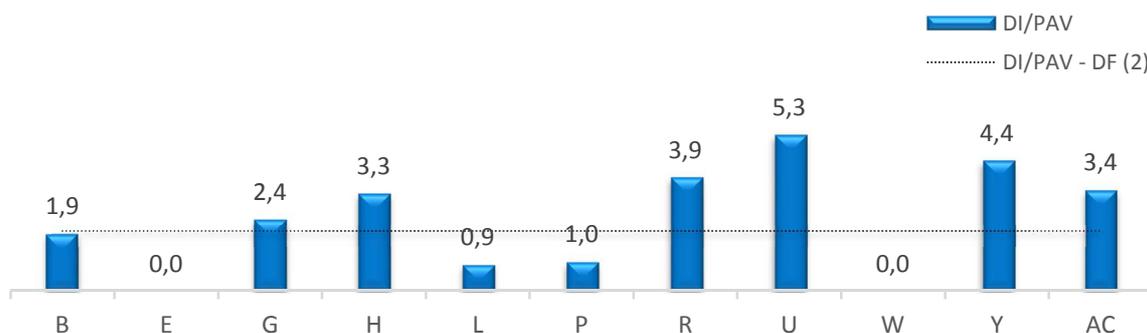
O DF apresentou redução da densidade de incidência de PAV em relação aos anos anteriores em UTI Pediátrica, conforme o gráfico 20. Em 2016, a densidade de incidência está 23,1% menor em comparação a 2015.

**Gráfico 20 - Densidade de incidência anual de PAV em UTI pediátrica no DF (2014-2016)**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017. Banco de dados GRSS.

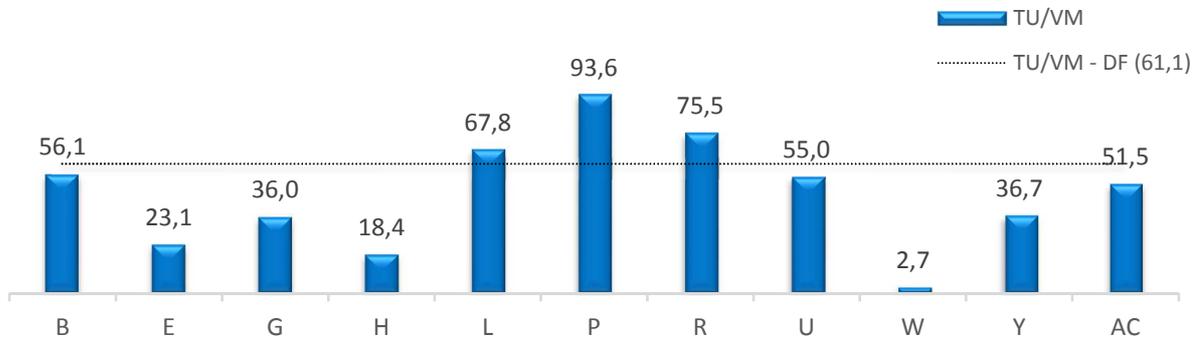
**Gráfico 21 - Densidade de Incidência de PAV em UTI Pediátrica do DF em 2016**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.



**Gráfico 22 - Taxa de utilização de VM em UTI Pediátrica do DF em 2016**

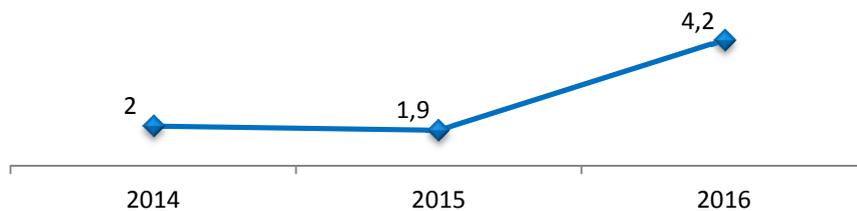


Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

**c) INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO ASSOCIADA À SONDA VESICAL DE DEMORA (ITU)**

Em 2016, o DF apresentou aumento significativo da densidade de incidência de ITU-SVD quando comparado aos dois últimos anos, conforme o gráfico 23.

**Gráfico 23 - Densidade de incidência anual de ITU em UTI pediátrica no DF**

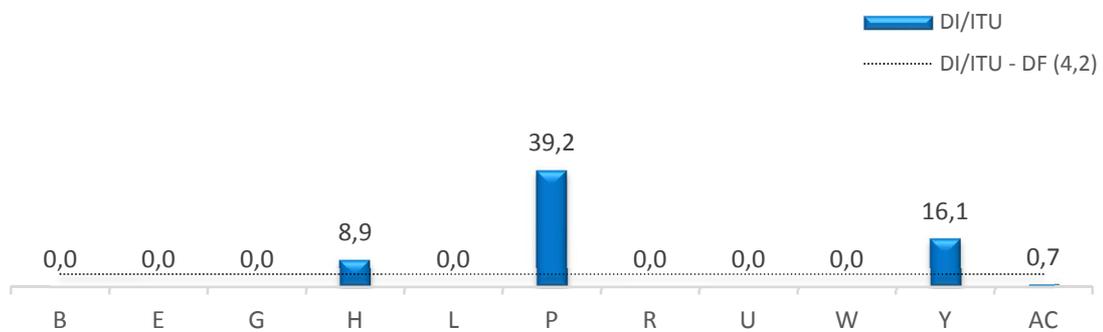


Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais – UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017. Banco de dados GRSS.



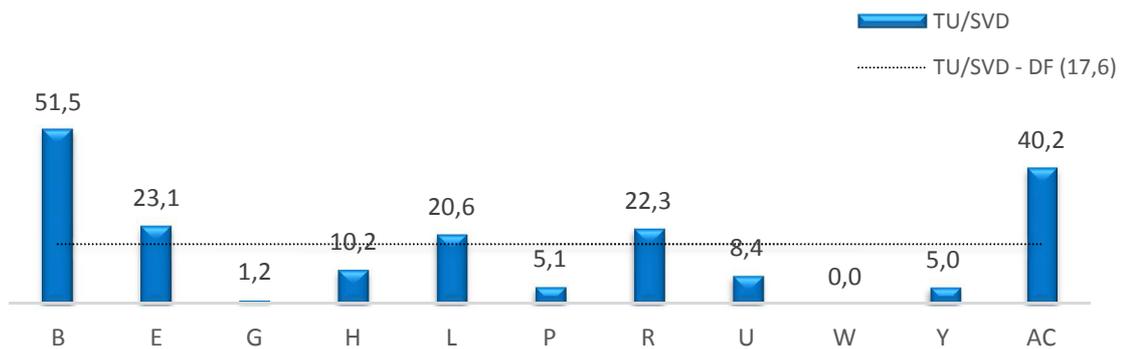
**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**Gráfico 24 - Densidade de Incidência de ITU em UTI Pediátrica do DF em 2016**



**Fonte:** Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

**Gráfico 25 - Taxa de utilização de SVD em UTI Pediátrica do DF em 2016**



**Fonte:** Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI pediátrica 2016 - DF, FormSus, acessado em 06/03/2017.

Os gráficos 24 e 25 acima revelam que a densidade de incidência de ITU relacionada à sonda vesical de demora foi muito elevada nos hospitais P e Y, embora tenham apresentando baixas taxas de utilização do dispositivo invasivo em suas UTIs pediátricas.



#### **4. DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE IRAS EM UTI NEONATAL**

Em neonatologia, as IRAS são analisadas conforme cinco faixas de peso ao nascer. A tabela 11 demonstra os numeradores e denominadores notificados e utilizados para a contabilização das IRAS em 2016:

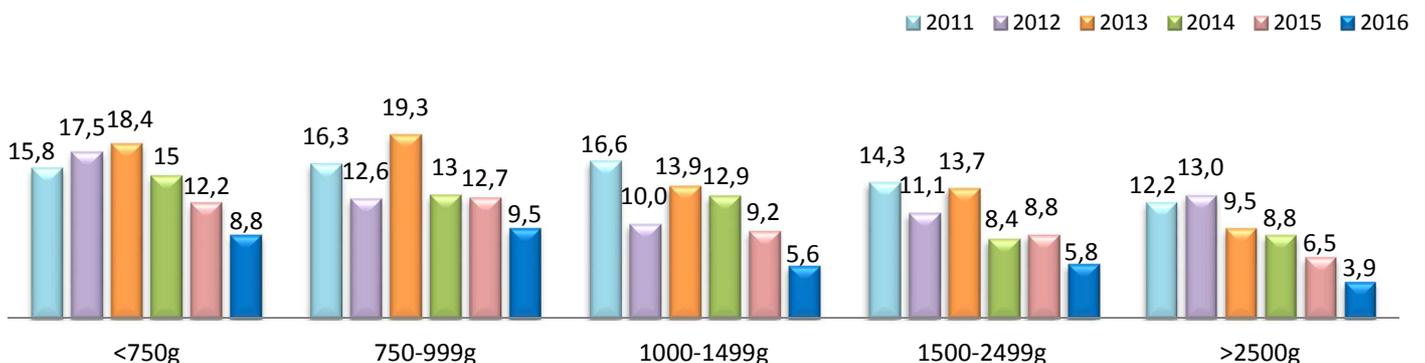
Tabela 11. Numeradores e denominadores para cálculo das taxas de IRAS em UTI neonatal no DF (2016).

Faixa de peso ao nascer	Número de infecções notificadas			Número de pacientes com dispositivos-dia		
	IPCSL	IPCSC	PAV	Pacientes-dia	CVC-dia	VM-dia
<750g	27	20	11	4.137	3.076	2.616
750g a 999g	43	19	12	7.631	4.527	3.324
1000g a 1499g	47	43	12	14.571	8.459	2.792
1500g a 2499g	53	46	13	15.132	9.212	2.758
>2500g	31	43	08	12.356	7.983	2.901

##### **a) INFEÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA (IPCS)**

De forma geral, conforme o Gráfico 26, observa-se que houve redução da densidade de incidência de IPCSL no DF ao longo dos últimos anos. A taxa tende a ser mais elevada nas menores faixas de peso ao nascer.

Gráfico 26 - Densidade de incidência anual de IPCSL em UTI neonatal no DF, por faixa de peso ao nascer (2011-2016)



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI neonatal 2016 - DF, FormSus, acessado em 08/03/2017. Banco de dados GRSS



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A tabela 12 apresenta a redução na densidade de incidência de IPCSL em todas das faixas de peso ao nascer em 2016, quando comparado ao ano de 2015. A redução da taxa foi maior nos pacientes com peso ao nascer superior a 1000g.

Tabela 12. Redução da densidade de incidência de IPCS Laboratorial em 2016, quando comparado a 2015 (UTI neonatal do DF).

**Redução da densidade de incidência de IPCS Laboratorial em 2016, quando comparado a 2015.**

Faixa de peso	<750g	750g a 999g	1000g a 1499g	1500g a 2499g	>2500g
Redução	↓27,9%	↓25,2%	↓39,1%	↓34,1%	↓40%

Conforme a tabela 13 abaixo e considerando o PNPCIRAS 2016-2020 (Anvisa), os hospitais representados pelas letras AD, AB, L, U e V apresentaram densidade de incidência de IPCSL acima do percentil 90 de 2015, em algumas faixas de peso ao nascer, indicando que ainda precisam alcançar a meta de redução proposta no Programa.

Tabela 13. Densidades de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial em pacientes com cateter venoso central internados em UTI neonatal dos hospitais do DF em 2016, por faixa de peso ao nascer.

Densidade de Incidência de IPCS Laboratorial, 2016					
Hospital	<750g	750g a 999g	1000g a 1499g	1500g a 2499g	>2500g
L	<b>20,1</b>	11	4,9	6,5	6,1
AB	11,2	0	8,1	7,5	<b>13</b>
AD	12,7	24,3	<b>12,5</b>	10,2	2,7
G	0	13,5	7,9	0	0
M	2,6	7,3	8,4	10,9	4,2
P	7,8	4	0,8	1,1	2,8
Q	0,0	6	1,6	3,7	0
R	0	10,4	8,5	0	0
U	<b>21,7</b>	0	3,2	2,4	6,3
V	<b>16,9</b>	7,5	1,7	0	2,5
X	0,0	16,3	3,1	4,7	2



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Y	0	0	6,3	5,4	0
<b>Percentil 90</b>					
<b>DF, 2015</b>	16,3	24,8	10,5	13,6	10,5

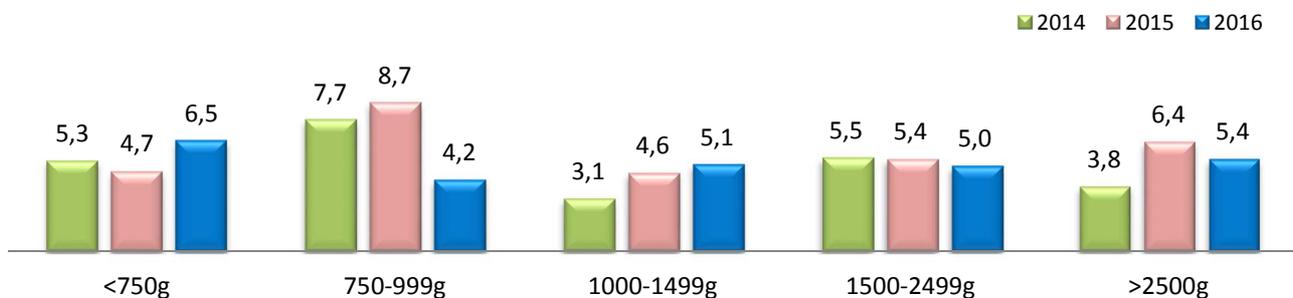
Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI neonatal 2016 - DF, FormSus, acessado em 08/03/2017. Banco de dados GRSS

Os hospitais podem identificar a faixa de percentil em que se encontram atualmente, em relação à IPCSL, conforme a tabela 14 a seguir:

Tabela 14. Percentis da distribuição das densidades de incidência de infecção primária de corrente sanguínea laboratorial em pacientes em uso de cateter venoso central internados em UTI neonatal do DF, 2016.

IPCS Laboratorial	Densidade de Incidência	Percentis				
		10%	25%	50%	75%	90%
<750g	<b>8,8</b>	0	0	5,2	13,8	19,8
750g a 999g	<b>9,5</b>	0	3,0	7,4	11,6	16,0
1000g a 1499g	<b>5,6</b>	1,6	2,8	5,6	8,2	8,5
1500g a 2499g	<b>5,8</b>	0	0,8	4,2	6,8	9,9
>2500g	<b>3,9</b>	0	0	2,6	4,7	6,3

Gráfico 27 - Densidade de incidência anual de IPCS Clínica em UTI neonatal no DF, por faixa de peso ao nascer (2014-2016)



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI neonatal 2016 - DF, FormSus, acessado em 08/03/2017. Banco de dados GRSS



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

O gráfico 27 demonstra a evolução das taxas de IPCS Clínica do DF desde o ano de 2014. A tabela 15 apresenta as porcentagens de redução e aumento na densidade de incidência dessa infecção em 2016, quando comparado ao ano anterior.

Tabela 15. Redução/Aumento da densidade de incidência de IPCS Clínica em 2016, quando comparado a 2015 (UTI neonatal do DF).

**Redução/Aumento da densidade de incidência de IPCS Clínica em 2016, quando comparado a 2015.**

<b>Faixa de peso</b>	<b>&lt;750g</b>	<b>750g a 999g</b>	<b>1000g a 1499g</b>	<b>1500g a 2499g</b>	<b>&gt;2500g</b>
Redução	-	↓51,7%	-	↓7,4%	↓15,6%
Aumento	↑38,3%	-	↑10,9%	-	-

Tabela 16. Densidades de incidência de infecção primária de corrente sanguínea clínica em pacientes com cateter venoso central internados em UTI neonatal dos hospitais do DF em 2016, por faixa de peso ao nascer.

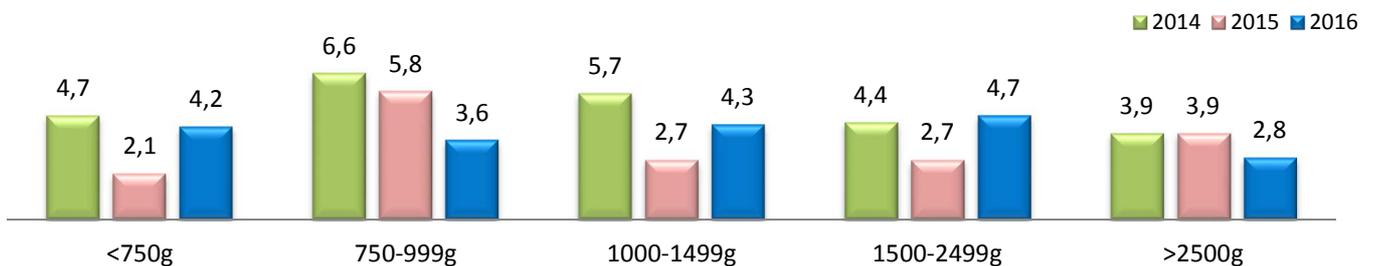
<b>Densidade de Incidência de IPCS Clínica, 2016</b>					
<b>Hospital</b>	<b>&lt;750g</b>	<b>750g a 999g</b>	<b>1000g a 1499g</b>	<b>1500g a 2499g</b>	<b>&gt;2500g</b>
<b>L</b>	12,8	2,8	2,5	1,8	2,0
<b>AB</b>	7,5	8,0	8,1	0	0
<b>AD</b>	0	4,9	0	1,9	2,7
<b>G</b>	0	0	0	0	0
<b>M</b>	18,0	8,5	20,3	22,5	29,4
<b>P</b>	3,9	2,0	2,5	2,2	0
<b>Q</b>	6,5	8,0	1,6	0	3,1
<b>R</b>	0	2,1	6,1	6,5	3,4
<b>U</b>	0	0	0	0	0
<b>V</b>	0	0	0	0	0
<b>X</b>	0	0	9,3	2,3	0
<b>Y</b>	0	0	0	0	0



**b) PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAV)**

O gráfico 28 apresenta as densidades de incidência anuais de PAV em pacientes internados em UTI neonatal dos hospitais do DF desde o ano de 2014.

**Gráfico 28 - Densidade de incidência anual de PAV em UTI neonatal no DF, por faixa de peso ao nascer (2014-2016)**



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - UTI neonatal 2016 - DF, FormSus, acessado em 08/03/2017. Banco de dados GRSS

Tabela 17. Densidades de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes internados em UTI neonatal dos hospitais do DF em 2016, por faixa de peso ao nascer.

Densidade de Incidência de PAV, 2016					
Hospital	<750g	750g a 999g	1000g a 1499g	1500g a 2499g	>2500g
L	3,7	2,1	4,1	0	2,6
AB	4,1	23,0	0	5,6	0
AD	0	0	0	0	0
G	0	0	0	0	0
M	0	0	0	2,6	2,8
P	2,2	10,1	14,4	12,0	6,0
Q	17,6	4,9	8,4	6,4	7,0
R	10,8	3,3	0	5,9	0
U	0	0	0	0	0
V	0	14,5	0	0	0
X	0	0	0	10,1	11,0
Y	0	0	5,0	16,3	0



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Observa-se aumento expressivo da densidade de incidência de PAV em 03 das 05 faixas de peso ao nascer, conforme a tabela 18 abaixo:

Tabela 18. Redução/Aumento da densidade de incidência de PAV em 2016, quando comparado a 2015 (UTI neonatal do DF).

**Redução/Aumento da densidade de incidência de PAV em 2016, quando comparado a 2015.**

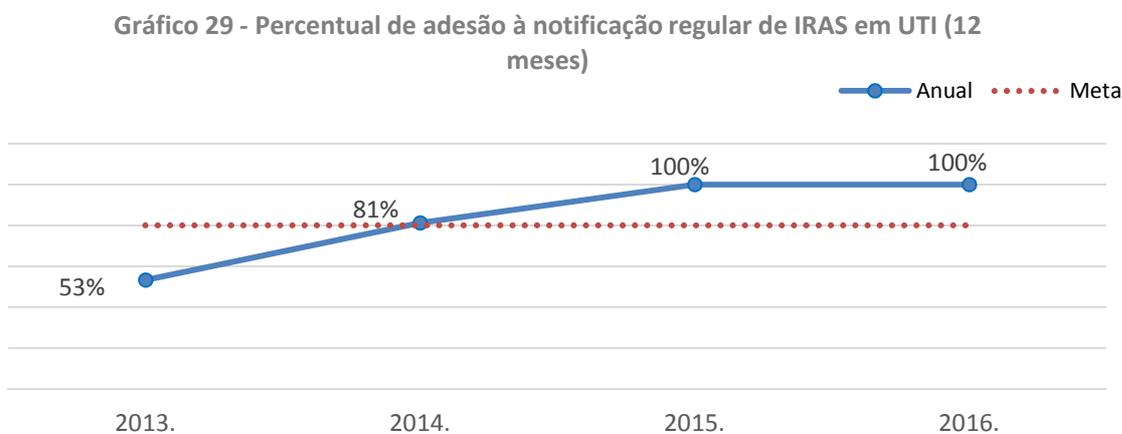
<b>Faixa de peso</b>	<b>&lt;750g</b>	<b>750g a 999g</b>	<b>1000g a 1499g</b>	<b>1500g a 2499g</b>	<b>&gt;2500g</b>
Redução	-	↓38%	-	-	↓28,2%
Aumento	↑100%	-	↑59,3%	↑74,1%	-



## **ADESÃO À NOTIFICAÇÃO REGULAR DE IRAS EM HOSPITAIS COM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

A notificação das IRAS deve ocorrer regularmente durante os 12 meses do ano. O indicador de adesão à notificação regular é uma forma de acompanhamento dos SCIH, permitindo verificar se a vigilância epidemiológica das IRAS no serviço é contínua. Conseqüentemente, é utilizado como alerta quando há interrupção da vigilância pelos serviços.

Ao longo dos últimos 03 anos, foi alcançada a meta do PNPCIRAS- Anvisa, que estabelecia o alcance de 80% de adesão à notificação, o que ocorre desde 2014 no DF. Dos 31 hospitais que possuem leito de UTI, todos realizaram notificações nos 12 meses de 2016, sendo mantida a taxa de 100% de adesão regular.



Fonte: Formulário de Notificação de Indicadores Nacionais - DF, FormSus, acessado em 08/03/2017. Banco de dados GRSS



## **DISCUSSÃO**

Os hospitais do Distrito Federal notificam todos os indicadores disponíveis nos formulários eletrônicos do Formsus, embora as notificações de infecção primária de corrente sanguínea em UTI e infecção de sítio cirúrgico em cesarianas serem as únicas de caráter obrigatório em território nacional no ano de 2016. No total, 34 hospitais notificaram IRAS no DF e desses, 31 possuem leito de terapia intensiva.

A obrigatoriedade de notificação de alguns indicadores e as ações de sensibilização realizadas pela Gerência de Risco em Serviços de Saúde (GRSS) junto aos hospitais contribuem para o aumento da adesão às notificações durante os 12 meses do ano. Porém, ainda há que se avançar no cumprimento do prazo dessas notificações, que devem ocorrer mensalmente até o 15º dia do mês subsequente ao de vigilância.

De uma forma geral, a densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) apresentou redução no DF desde o ano de 2011. Entre 2015 e 2016, essa redução em UTI adulto foi de 11%, e de 4,5% em UTI pediátrica. Em UTI neonatal, o indicador apresentou decréscimo que variou de 25% a 40% a depender da faixa de peso ao nascer.

A despeito da relevância da IPCS, esta é a infecção associada a cuidados em saúde de maior potencial preventivo, e estima-se que 65 a 70% dos casos poderiam ser evitados com adoção de medidas específicas, tais como adesão aos *bundles* de inserção e manutenção dos dispositivos intravenosos (Anvisa, 2017). Por este motivo, a versão do PNPCIRAS 2016-2020 traz como meta que, até 2020, 50% dos hospitais com leito de UTI tenham implementado *check list* de verificação das práticas de inserção segura de cateter venoso central.

A densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) também apresentou redução de 6,8% e de 23,1%, em UTI adulto e pediátrica respectivamente. Em UTI neonatal, a redução do indicador ocorreu em apenas 02 faixas de peso ao nascer (750g-999g e >2500g); nas demais, o aumento percentual de PAV variou de 59% a 100%.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

---

Com relação à infecção de trato urinário associada à sonda vesical de demora, este indicador obteve aumento em UTI pediátrica, representando maior taxa registrada no DF desde 2014 nessa clientela (densidade de incidência = 4,2 em 2016). Observa-se que de fato houve aumento significativo de episódios de ITU-SVD notificados em 2016 (20) em relação a 2015 (09), sem muitas alterações na taxa de utilização da sonda vesical de demora na clientela pediátrica. Na clientela adulta, a redução da densidade de incidência de ITU-SVD foi de 6,7% em relação a 2015.

A respeito das taxas de utilização dos dispositivos invasivos (cateter venoso central, ventilação mecânica e sonda vesical de demora), essas representam características intrínsecas de cada unidade hospitalar. Taxas de utilização de dispositivos elevadas indicam UTI com pacientes de maior gravidade e risco e, conseqüentemente, taxas de infecção possivelmente mais altas. Neste sentido, podem indicar a necessidade da revisão diária da utilização desses dispositivos.

De modo ideal, os indicadores de IRAS de cada hospital devem ser avaliados de acordo com os riscos da clientela e especialidade. As taxas de infecção em UTI podem variar de acordo com a especialidade de referência, de forma que taxas obtidas em UTI cirúrgica são diferentes daquelas obtidas em UTI neurocirúrgica, cardiológica, trauma, e assim por diante, o que torna complexa a comparação entre os serviços de saúde.

Cabe ressaltar que alguns hospitais apresentaram taxa zero de IPCSL (letras I, Q e AG), resultante, provavelmente, de problemas no fornecimento de insumos diagnósticos, de dificuldades relacionadas à aplicação dos critérios diagnósticos de IRAS, ou do resultado de um método inadequado de detecção de IRAS nessas unidades. Em particular, o hospital AG foi o único que não notificou nenhum episódio de infecção, em nenhuma das topografias monitoradas (trato urinário, respiratório ou corrente sanguínea), o que pode não ser um retrato fidedigno da instituição. A nova versão do PNPCIRAS 2016-2020 (Anvisa) traz como objetivo o estabelecimento de ações específicas nessas instituições para a melhoria dos dados notificados.

Com relação à infecção de sítio cirúrgico em cesarianas, nacionalmente esses dados ainda apresentam-se frágeis, por se tratar de um indicador com apenas três anos de notificação obrigatória e monitoramento. As taxas entre os estados brasileiros



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

---

variaram de 0,5% a 4,7% em 2015, havendo ainda subnotificação acentuada e diferenças na metodologia de vigilância dessas IRAS. No DF, não houve muita variação da taxa ao longo dos anos, mas destaca-se o estímulo à vigilância ativa das pacientes que são submetidas a parto cesariano. Dessa forma, apenas 10% dos serviços notificantes afirmaram não realizar a vigilância pós-alta para a busca de casos de infecção.

A identificação correta de casos de infecção pós-cirúrgica é potencializada quando há sistemas de vigilância ativa de pacientes que foram submetidos aos procedimentos, o que por consequência resulta em taxas de valores mais elevados em hospitais que efetivamente realizam o método. A maioria dos hospitais notificantes do DF (80%) afirma realizar busca por ligação telefônica em pacientes que realizaram cesarianas.

Um importante fator que deve ser considerado para a análise da consistência de indicadores é a aplicação dos critérios diagnósticos nacionais de IRAS de forma efetiva e correta, o que também depende de aperfeiçoamento e capacitação dos profissionais. Cabe ressaltar que, a partir do ano de 2017, os critérios diagnósticos sofreram alterações e foram republicados, e deverão ser aplicados por todas as CCIHs do país, conforme a Nota Técnica nº 02/2017 – GVIMS/GGTES/ANVISA e o *Manual de Critérios Diagnósticos de IRAS 2ª edição*, revisado e republicado em 03/03/2017.

Em 2016, considerando principalmente hospitais da rede pública do Distrito Federal, o suporte laboratorial apresentou muitas falhas relacionadas ao desabastecimento de insumos para coleta e realização de culturas microbiológicas, o que impacta diretamente no diagnóstico das IRAS. O resultado é a subnotificação de casos, prejuízos no tratamento de pacientes com infecções em curso, além de contribuir para o uso irracional de antimicrobianos e aumento da resistência microbiana nos serviços de saúde do DF.

Portanto, cabe considerar algumas limitações ao analisar os resultados apresentados neste Relatório, entre elas, destacam-se: desabastecimento de insumos para diagnóstico microbiológico, ausência de vigilância pós-alta em alguns serviços, possibilidade de aplicação inadequada de critérios diagnósticos e de falhas nos métodos



de vigilância de IRAS, subnotificação de casos, erros de notificação nos formulários, diferença entre especialidades e clientela atendidas nas unidades de terapia intensiva, entre outros fatores. O sistema de notificação atual apresenta algumas limitações, o que também dificulta a triagem e análise dos dados enviados.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A redução das IRAS no DF foi constatada de uma forma geral, apesar da possibilidade de vieses de subnotificação e problemas relacionados ao desabastecimento de insumos para diagnóstico microbiológico. Porém, pode refletir um dado real, se considerarmos o grande empenho dos serviços de controle de infecção na vigilância das IRAS, o aumento expressivo da adesão à notificação regular nos últimos anos e as ações realizadas pela GRSS/DIVISA/SVS, que envolvem monitoramento, fiscalização e orientação técnica a todas as CCIHs do DF.

Os dados de infecção de sítio cirúrgico em cesarianas notificados podem não ser de fiel representatividade, mas indicam um monitoramento mínimo e fundamental para comparações futuras a respeito da evolução da vigilância dessas IRAS. A partir do ano de 2017, a Anvisa fará exigência de outros indicadores cirúrgicos relacionados à especialidade de ortopedia, o que representa um avanço na vigilância de IRAS no Distrito Federal.

Visando manter cada vez mais satisfatório o processo de monitoramento das IRAS no DF, os hospitais precisam manter suas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar em funcionamento e com composição de recursos humanos adequada, conforme legislação vigente e considerando as particularidades de atendimentos e demandas. A aplicação eficiente dos critérios diagnósticos para captação de casos de IRAS está intimamente ligada ao desenvolvimento da capacidade técnica dos profissionais que atuam na CCIH. Essa característica, juntamente à adesão regular às notificações e o correto preenchimento dos formulários de notificação eletrônica são indispensáveis para melhorar a qualidade das informações.

A Gerência de Risco em Serviços de Saúde, em suas reuniões mensais com os representantes das CCIH, aborda os temas referentes à vigilância das IRAS e realiza



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

visitas anuais aos serviços para avaliação *in loco* do Programa de Controle de Infecção Hospitalar. O objetivo desta Gerência é monitorar as ações de prevenção e controle de IRAS nos hospitais e incentivar medidas de redução desses eventos adversos.

Como encaminhamentos decorrentes das análises apresentadas neste Relatório, recomendamos:

IRAS	Recomendação	Hospitais Prioritários
<b>1. Infecção de sítio cirúrgico</b>	a) 100% dos hospitais que realizam parto cesariano notificando infecções de sítio cirúrgico nessa modalidade, com regularidade durante os 12 meses do ano.	Todos os hospitais que realizam parto cesariano.
	b) Incentivo à implantação da busca ativa de casos de infecção de sítio cirúrgico em pacientes submetidas a cirurgias cesarianas.	Todos os hospitais que realizam parto cesariano.
<b>2. IRAS em Unidade de Terapia Intensiva</b>	a) Plano de ação para redução da densidade de incidência de <b>IPCS Laboratorial</b> em hospitais cuja DI anual está acima do percentil 90 do DF (2015).  Sugestões: educação continuada <i>in loco</i> para os profissionais da assistência; implementação de <i>bundle</i> de prevenção de IPCS: cuidados na inserção e manutenção do cateter venoso central, estímulo à revisão diária da necessidade do cateter venoso central. A equipe assistencial deve ter o conhecimento de seus resultados.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ UTI ADULTO: “AA, F”</li><li>▪ UTI PEDIÁTRICA: “L, U, AC”</li><li>▪ UTI NEONATAL: “AD, AB, L, U, V” (conforme faixas de peso ao nascer indicadas no relatório).</li></ul>
	b) Plano de ação para redução da densidade de incidência de <b>PAV</b> em hospitais cuja DI anual está acima do percentil 90 do DF (2015).  Sugestões: educação continuada <i>in loco</i> para os profissionais da assistência; envolvimento da equipe de fisioterapia, no momento da implementação do protocolo de prevenção de PAV; estímulo à revisão diária da necessidade ventilação mecânica (plano terapêutico contendo a previsão da retirada dos dispositivos invasivos). A equipe assistencial deve ter o conhecimento de seus resultados.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ UTI ADULTO: “B, K, S”</li></ul>



	<p>c) Plano de ação para redução da densidade de incidência de <b>ITU-SVD</b> em hospitais cuja DI anual está acima do percentil 90 do DF (2015).</p> <p>Recomenda-se o alerta para as medidas de prevenção dessa IRAS, estímulo à revisão da necessidade diária de manutenção do dispositivo invasivo (SVD) e implementação do protocolo de prevenção de ITU-SVD. A equipe assistencial deve ter o conhecimento de seus resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ UTI ADULTO: “D, AF”</li> <li>▪ UTI PEDIÁTRICA: “P, Y”</li></ul>
--	--	---

## REFERÊNCIAS

ANVISA. Boletim Informativo: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 14. Avaliação dos indicadores nacionais de infecção relacionada à assistência à saúde e resistência microbiana do ano de 2015. Brasília, 2016.

ANVISA. Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016 – 2020). Brasília, 2016.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – 2ª edição Revisada, 2017.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2013.

ANVISA. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Critérios Diagnósticos de IRAS Neonatologia, 2013.



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**  
**SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE**  
**DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**  
**GERÊNCIA DE RISCO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

---

Relatório GRSS N°02/2016 – Análise dos indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde do Distrito Federal - ano de 2015. Gerência de Risco em Serviços de Saúde/DIVISA/SVS/SES-DF. Brasília, 2016.