



BOLETIM INFORMATIVO Nº 07

INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA

À SAÚDE (IRAS) DE

MATO GROSSO EM 2016

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DE INFECÇÃO

HOSPITALAR DO ESTADO DE MATO GROSSO NOTIFICADOS

Cuiabá – MT, julho de 2017



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
2. METODOLOGIA	04
3. RESULTADOS DA VIGILÂNCIA DAS IRAS	05
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO	16
5. CONCLUSÃO	20
6. REFERÊNCIAS	21

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO:

A Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares (IH) ou Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) no Estado de Mato Grosso em 2016 foi realizada pelo acompanhamento das notificações encaminhadas ao Sistema Estadual de Notificação de IH, cujo instrumento é norteado pelas diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com os critérios diagnósticos nacionais desses eventos e os indicadores pré-estabelecidos anualmente.

Dos cerca de 170 hospitais existentes no estado de MT, atualmente, 32 possuem Unidades de Terapia Intensiva - UTI (13 na capital e 19 no interior), com um total de 60 unidades de UTI adulto (geral e cardíaca), pediátrica e neonatal em funcionamento, o que perfaz, aproximadamente 592 leitos operacionalizados para essa especialidade hospitalar.

Os hospitais com UTI geralmente atendem maior número de especialidades e é onde se concentram os pacientes de maior gravidade e, conseqüentemente, são os serviços que mais expõem seus pacientes a riscos de desenvolver infecções. Nesse perspectiva é que se justifica a priorização do monitoramento das IRAS e das medidas de prevenção e controle de infecção nos hospitais com leitos de UTI, lembrando que há sistema de monitoramento destinado aos hospitais de pequeno porte ou que não possuem leitos de terapia intensiva.

Há também um Sistema Estadual implantado para monitoramento das IRAS dos hospitais de pequeno porte ou complexidade, ou seja, os que não possuem UTI. Em 2016, a adesão permaneceu baixa, com 23 hospitais notificantes, demonstrando que nesse segmento há problemas que são comuns em todo o país, como a falta de sensibilização e de investimentos para as ações de prevenção e controle de infecção, especialmente no que se refere a investimentos em recursos humanos para tal. Nesses serviços, habitualmente, o enfermeiro acumula, além de todas as suas funções, as ações de prevenção e controle de infecção, o que nem sempre consegue atender às expectativas a que essas ações demandam.

Diante do exposto, o presente Boletim Informativo, que faz parte do Programa Estadual de Prevenção e Controle de Infecção de Mato Grosso (PECIH/MT), tem por objetivo apresentar os resultados da vigilância epidemiológica das IRAS nos hospitais do estado, realizada pela Coordenação do Serviço Estadual de Prevenção e Controle de Infecção relacionada à assistência à saúde (SECIH) no ano de 2016.

2. METODOLOGIA:

Os hospitais notificam as IRAS ao Sistema Estadual e ao Sistema Federal (Formsus). Para o Sistema Estadual, o qual gerou as informações deste Boletim, as notificações foram realizadas via email ao Serviço Estadual de Controle de Infecção (SECIH) entre os meses de janeiro a dezembro do ano de 2016 por meio do envio mensal do Relatório de Indicadores Epidemiológicos de Infecção Hospitalar (planilhas -Excel 2007). As informações de interesse para monitoramento das IRAS foram atualizadas pelo SECIH em janeiro/2016 e seguem as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para os serviços hospitalares brasileiros.

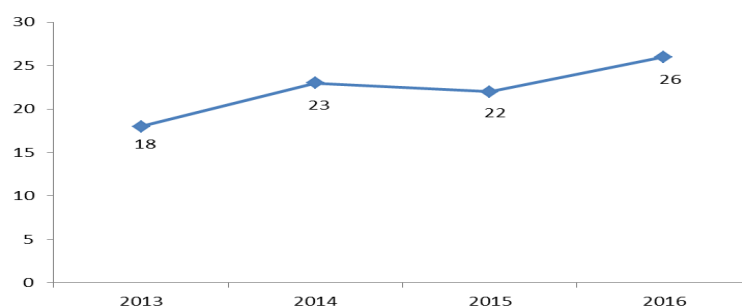
Os dados informados em 2016 foram reunidos para consolidação e análise. Pela constância, regularidade e maior confiabilidade das notificações, foi selecionado e priorizado neste o acompanhamento dos estabelecimentos hospitalares que possuem leitos de Terapia Intensiva Adulto Geral, Adulto Cardíaca, Pediátrica e Neonatal. Para as UTI Neonatais, as informações foram estratificadas por peso ao nascer: menor de 750 g, de 750 a 999 g, de 1.000 a 1.499 g, de 1.500 a 2.499 g e maior de 2.500 g. Foram monitorados ainda algumas infecções de sítio cirúrgico (ISC).

Para fins de análise, foram calculadas a incidência de Infecção do Sítio Cirúrgico (ISC) em partos cesáreos, em cirurgias limpas e em implantes mamários; densidades de Incidência de Pnm associada a Ventilação Mecânica (VM), de Infecções Primárias da Corrente Sanguínea Clínica e Laboratorial (IPCSC e IPCSL) associadas a Cateter Venoso Central (CVC), de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada a Cateter (AC); Taxas de Utilização dos dispositivos invasivos em UTI (Ventilador Mecânico, Cateter Venoso Central e Cateter Vesical - CV) e a prevalência dos microrganismos isolados em hemoculturas, uroculturas e culturas de secreções traqueais nas UTI (adulto, neonatal e pediátrica).

Foram utilizadas como cálculo as taxas globais e também calculados os percentis-chave (10%, 25%, 50%, 75% e 90%) para a distribuição das densidades de incidência trabalhadas no Boletim. O cálculo de percentis encontra-se esclarecido no Anexo II.

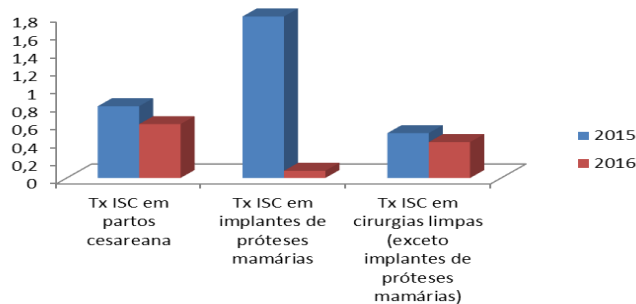
3. RESULTADOS DA VIGILÂNCIA DAS IRAS:

Figura 1: Adesão às notificações pelos hospitais com leitos de UTI de MT no período de 2013 a 2016



Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 2: Distribuição das Taxas Globais de ISC monitoradas em MT no período de 2015 a 2016



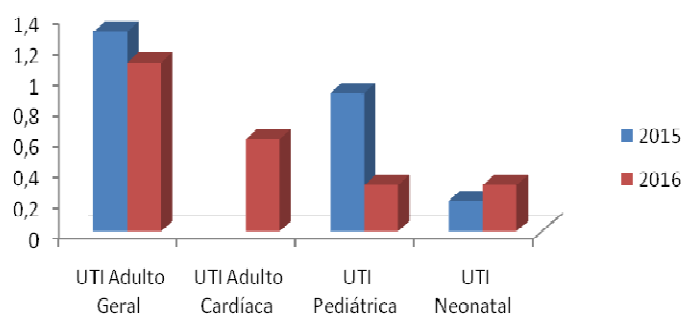
Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 1: Distribuição das Taxas de ISC (CL) por percentis dos hospitais com UTI notificantes de MT em 2016

	P 10	P25	P50	P75	P 90
Txs de ISC em Cesárea	0,0	0,1	0,5	0,9	1,3
Txs de ISC em implantes de próteses mamárias	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Txs de ISC CL exceto implantes de próteses mamárias	0,0	0,2	0,3	0,7	1,3

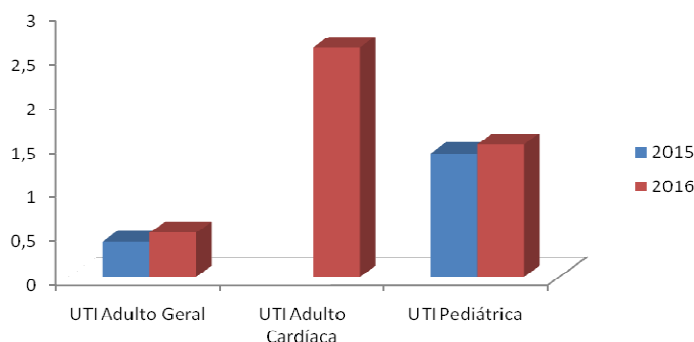
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 3: Densidade global de Pnm associada a VM nas UTI de MT no periodo de 2015 a 2016



Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 4: Densidade global de ITU associada a CV nas UTI de MT no periodo de 2015 a 2016



Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 2: Percentis da distribuição das Densidades de Incidência de Pnm associadas a VM, IPCS (Clínica e Laboratorial) associadas a CVC e ITU associadas a cateter (AC) nas UTI Adulto Geral dos hospitais notificantes de MT em 2016

	P 10	P25	P50	P75	P 90
DI Pnm (VM)	3,5	5,4	8,7	21,1	27,1
DI IPCS Clínica (CVC)	0,0	0,0	0,0	0,8	2,8
DI IPCS Laboratorial (CVC)	0,3	1,2	3,8	8,1	12,3
DI ITU (AC)	0,9	1,3	3,9	6,6	10,6

Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 3: Percentis da distribuição das Densidades de Incidência de Pnm associadas a VM, IPCS (Clínica e Laboratorial) associadas a CVC e ITU associadas a SV nas UTI Adulto Cardíacas dos hospitais notificantes de MT em 2016

	P 10	P25	P50	P75	P 90
DI Pnm (VM)	8,5	5,7	7,3	7,5	8,1
DI IPCS Clínica (CVC)	2,1	0,0	0,8	1,1	1,7
DI IPCS Laboratorial (CVC)	7	0,8	2,1	4,7	6,1
DI ITU (AC)	9	2,3	2,5	4,0	7,0

Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 4: Percentis da distribuição das Densidades de Incidência de Pnm associadas a VM, IPCS (Clínica e Laboratorial) associadas a CVC e ITU associadas a SV nas UTI Pediátricas dos hospitais notificantes de MT em 2016

	P 10	P25	P50	P75	P 90
DI Pnm (VM)	0,0	1,3	3,6	4,9	6,3
DI IPCS Clínica (CVC)	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2
DI IPCS Laboratorial (CVC)	0,0	1,7	4,8	11,2	14,2
DI ITU (AC)	0,0	0,0	1,5	9,0	21,7

Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 5 : Percentis da distribuição das Densidades de Incidência de Pnm associadas a VM, IPCS (Clínica e Laboratorial) associadas a CVC e Taxas de Utilização dos dispositivos estratificados por peso ao nascer nas UTI Neonatais de MT em 2016

		DI Pnm/VM	DI IPCSC/CVC	DI IPCSC/CVC	Tx Util VM	Tx Util CVC
<750g	P 10	0	0	0	0,1	0
	P 25	0	0	0	0,6	0,3
	P 50	0	0	0	0,8	0,8
	P 75	0	0	3	1	1
	P 90	0	0	13,2	1	1
751-999g	P 10	0	0	0	0,3	0,5
	P 25	0	0	0	0,4	0,6
	P 50	0	0	6	0,6	0,8
	P 75	0	0	8,2	0,8	0,9
	P 90	14,5	0	13,8	1	1
1000-1499g	P 10	0	0	0	0,1	0,3
	P 25	0	0	0	0,2	0,5
	P 50	0	0	3,6	0,4	0,6
	P 75	4,8	0	12,3	0,5	0,7
	P 90	10,1	1,9	16,3	0,6	0,8
1500-2499g	P 10	0	0	0	0,1	0,3
	P 25	0	0	0	0,1	0,4
	P 50	0	0	5,2	0,2	0,5
	P 75	10,3	1,6	7,8	0,2	0,7
	P 90	16,1	3,2	19,2	0,4	0,7
>2500g	P 10	0	0	0	0,2	0,3
	P 25	0	0	0	0,2	0,4
	P 50	0	0	1,7	0,3	0,5
	P 75	2,5	1	4,4	0,3	0,7
	P 90	4,1	4,5	10,7	0,4	0,8

Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 6: Distribuição da Densidade de Incidência Global de IPCS Clínica e Laboratorial nas UTI Adulto Geral, Adulto Cardíacas, Pediátricas e Neonatais dos hospitais de MT em 2016

Tipo de UTI	nº de IPCSC	nº de IPCSL	nº total de IPCS	DI IPCSC	DI IPCSL	DI IPCS
UTI Adulto	64	328	392	0,9	4,8	5,7
UTI Adulto Cardíaca	6	19	25	0,9	2,8	3,7
UTI Pediátrica	2	59	61	0,3	9,3	9,6
UTI Neonatal	12	84	96	0,7	4,9	5,6

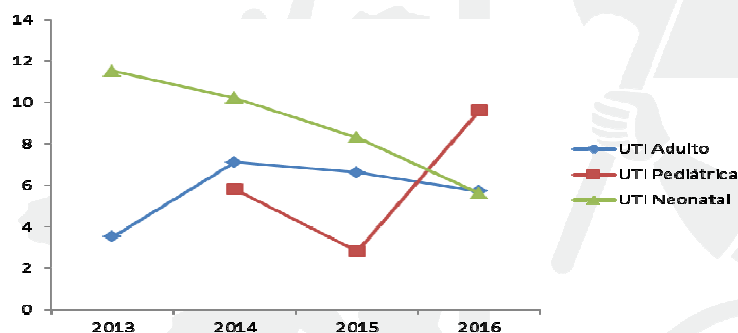
Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 7 : Distribuição da Densidade de Incidência Global de IPCS Clínica e Laboratorial nas UTI Neonatais por peso ao nascer nos hospitais de MT em 2016

UTI neo	Nº de IPCSC	Nº de IPCSL	Nº CVC-dia	DI IPCSC	DI IPCSL
>750 g	0	6	923	0	6,5
750 a 999 g	1	15	2330	0,4	6,4
1000 a 1499 g	2	26	3828	0,5	6,7
1500 a 2499 g	5	39	6700	0,7	5,8
>2500 g	4	10	5420	0,7	1,8

Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 5: Densidade global de IPSC em UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal de MT de 2013 a 2016



Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 8: Distribuição das Taxas de Utilização de VM, CVC e CV nas UTI Adulto Geral dos hospitais notificantes de MT em 2016

	P 10	P25	P50	P75	P 90
VM	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
CVC	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8
CV	0,5	0,6	0,8	0,9	0,9

Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 9: Distribuição das Taxas de Utilização de VM, CVC e CV nas UTI Adulto Cardíacas dos hospitais notificantes de MT em 2016

	P 10	P25	P50	P75	P 90
VM	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4
CVC	0,6	0,4	0,4	0,5	0,6
CV	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6

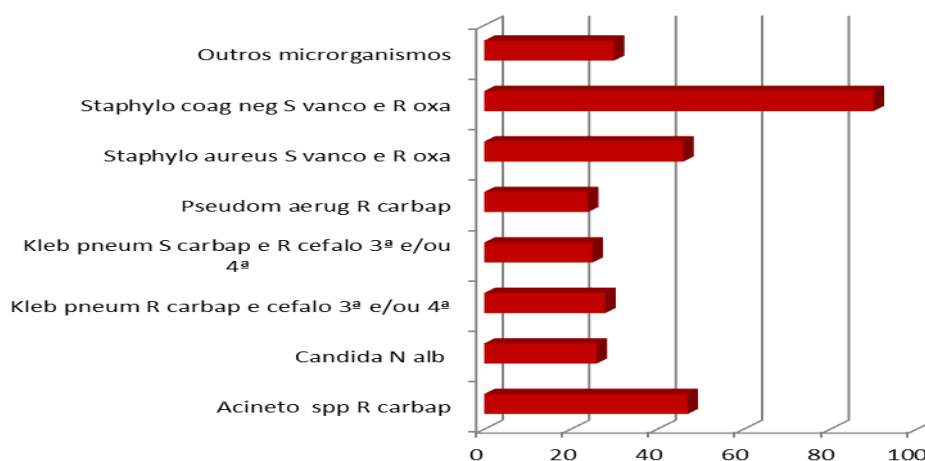
Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 10: Distribuição das Taxas de Utilização de VM, CVC e SV nas UTI Pediátricas dos hospitais notificantes de MT em 2016

	P 10	P25	P50	P75	P 90
VM	0,2	0,4	0,5	0,6	0,7
CVC	0,3	0,4	0,5	0,7	0,8
CV	0,1	0,1	0,2	0,3	0,3

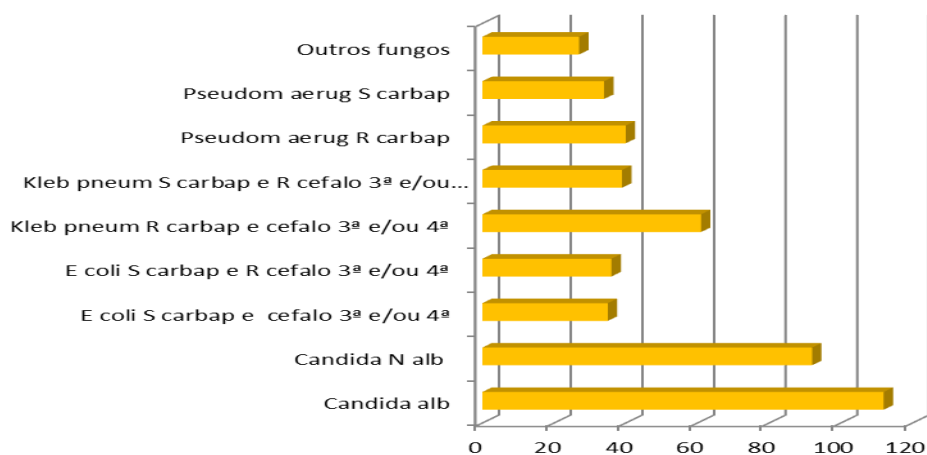
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 6: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Hemoculturas de pacientes de UTI Adulto Geral de hospitais notificantes de MT em 2016



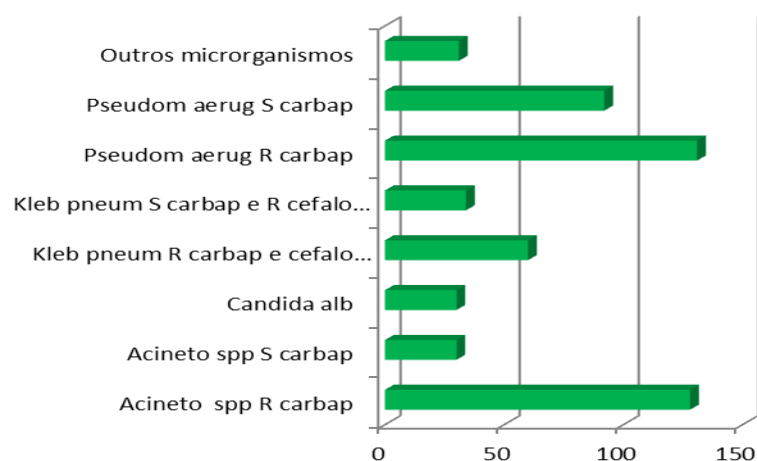
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 7: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Uroculturas de pacientes de UTI Adulto Geral de hospitais notificantes de MT em 2016



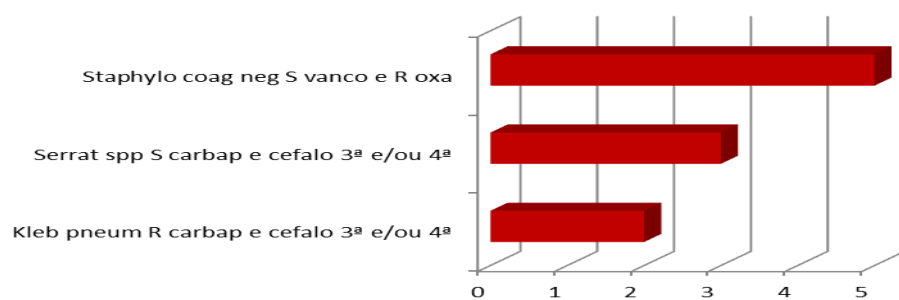
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 8: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas culturas de secreção traqueal de pacientes de UTI Adulto Geral de hospitais notificantes de MT em 2016



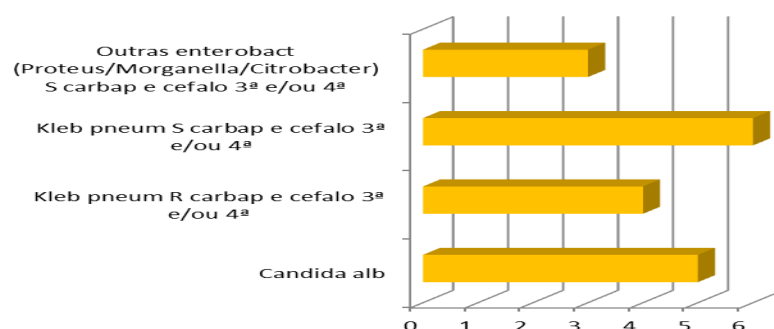
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 9: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Hemoculturas de pacientes de UTI Adulto Cardíacas de hospitais notificantes de MT em 2016



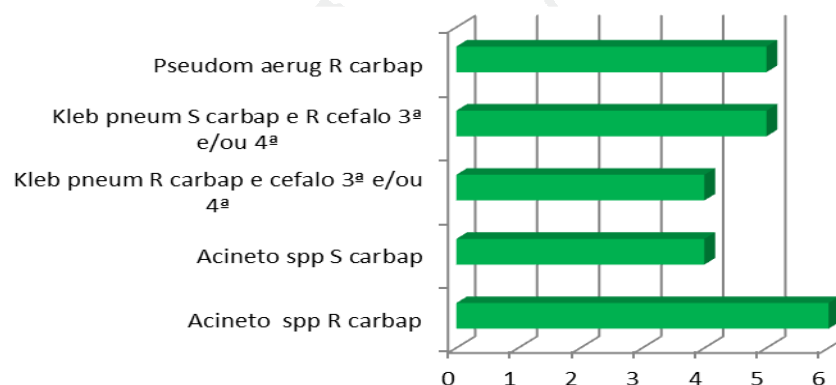
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 10: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Uroculturas de pacientes de UTI Adulto Cardíacas de hospitais notificantes de MT em 2016



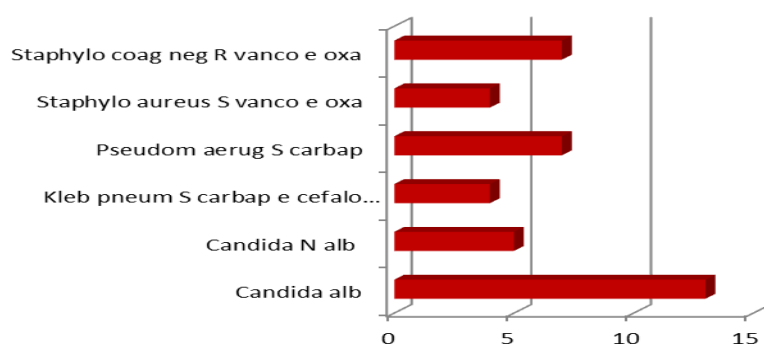
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 11: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Culturas de Secreção Traqueal de pacientes de UTI Adulto Cardíacas de hospitais notificantes de MT em 2015



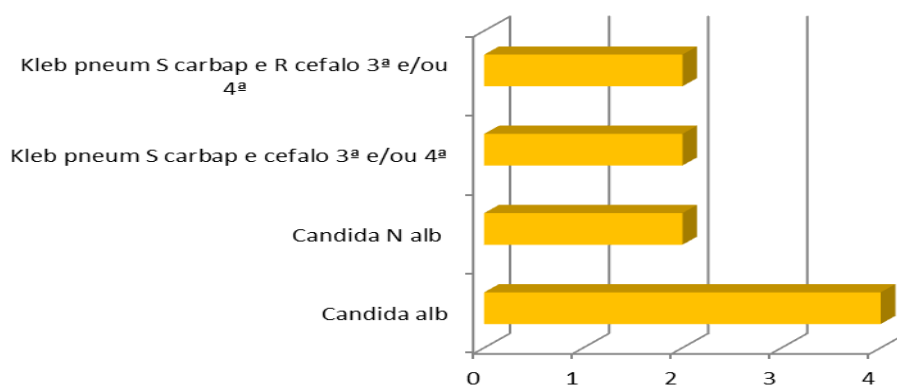
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 12: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Hemoculturas de pacientes de UTI Pediátricas de hospitais notificantes de MT em 2016



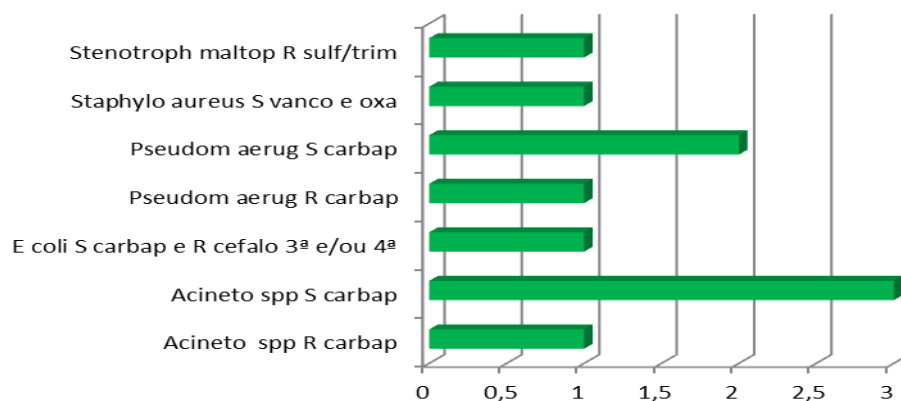
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 13: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Uroculturas de pacientes de UTI Pediátricas de hospitais notificantes de MT em 2016



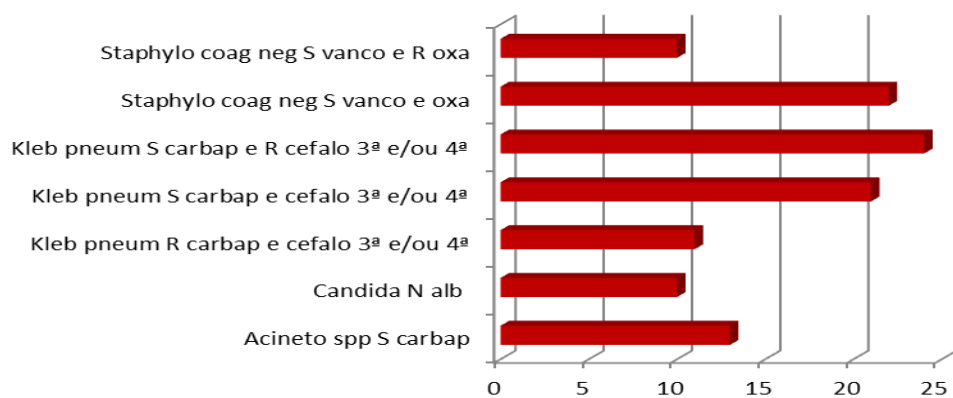
Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 14: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas culturas de secreção traqueal de pacientes de UTI Pediátricas de hospitais notificantes de MT em 2016



Fonte: SECIH/SES-MT

Figura 15: Distribuição dos microrganismos mais prevalentes nas Hemoculturas de pacientes de UTI Neonatais de hospitais notificantes de MT em 2016



Fonte: SECIH/SES-MT

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO:

Para fins de comparação, além dos indicadores nacionais de 2015, no Plano de Ação do Estado de MT para a Prevenção e Controle de Infecção do ano 2016, o SECIH estabeleceu as metas, que servirão de base para as discussões dos indicadores levantados pelos hospitais notificantes do estado:

- Aumentar a adesão às notificações de IRAS pelos hospitais com leitos de UTI (96 para 100%)
- Reduzir em 25% o Percentil 90 das taxas de ISC em cesarianas (1,6 para 1,2%)
- Reduzir em 25% a taxa global de IPCSL nas UTI adulto (4,8 para 3,6)

Do universo de hospitais com leitos de UTI existentes em MT, em 2016 a adesão às notificações na capital foi de 100%, enquanto que no interior do estado foi de 78%. Alguns poucos serviços iniciaram suas atividades neste ano, não tendo realizado as notificações, por estarem ainda em fase de implantação do serviço. Outros já notificantes, deixaram de fazê-lo em função da desestruturação do serviço interno de prevenção e controle de infecção, decorrente da crise que assola o país há vários meses. A Figura 1 revela uma curva ascendente de adesão às notificações pelos hospitais com leitos de UTI de MT no período de 2013 a 2016. Os serviços hospitalares de MT que realizaram as notificações de IRAS ao Sistema Estadual pelo menos 10 meses em 2016 estão discriminados no Anexo 1 deste Boletim.

No que se refere ao número de hospitais no estado que aderiram às notificações (com constância) em 2016, as Tabelas 11 e 12 (abaixo) apresentam o número de hospitais notificantes de IRAS em MT (com constância), com ou sem leitos de UTI e o número de hospitais notificantes em 2016 por município de MT, respectivamente.

Tabela 11: Distribuição do número de hospitais notificantes (com constância) de IRAS em MT em 2016

Hospitais Notificantes (regulares)	Com UTI	Sem UTI	Total
Cuiabá	12	5	17
Interior	14	15	29
Total	26	20	46

Fonte: SECIH/SES-MT

Tabela 12: Distribuição dos hospitais notificantes (regulares ou não) de IRAS em MT por município em 2016

Município	nº de hospitais notificantes
Cuiabá	19
Várzea Grande	3
São José do Rio Claro	1
Alta Floresta	3
Colíder	2
Tangará da Serra	2
Cáceres	2
Rondonópolis	2
Sorriso	2
Primavera do Leste	2
Pontes e Lacerda	2
Sinop	3
Poxoréu	1
Barra do Bugres	1
Barra do Garças	1
Água Boa	1
Juína	3
Juara	2
Nova Mutum	1
TOTAL	53

Fonte: SECIH/SES-MT

Com a edição da Nota Técnica Nº 01/2016 GVIMS/GGTES/ANVISA - VERSÃO REVISADA - *Notificação das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana – 2016*, a ANVISA manteve como prioridade para este ano o monitoramento das UTI (adulto, pediátrica e neonatal), desagregando neste ano as notificações de UTI Adulto Geral das UTI Adulto Cardíacas. Manteve a notificação de infecções de sítio cirúrgico em parto cirúrgico (cesariana) e cirurgia de implantes de próteses mamárias, aboliu a notificação da taxa de letalidade por IPCS e reestruturou a lista dos microrganismos com seus perfis de sensibilidade a serem monitorados. Nesse contexto, no Sistema Estadual de Notificação de IRAS foram realizadas algumas adequações para seguir as diretrizes nacionais propostas. Cabe destacar que em 2016 não haverá comparabilidade dos indicadores gerados pelas UTI Adulto Cardíacas por começarem a ser monitoradas separadamente neste ano.

A realização das análises e discussões dos indicadores deste Boletim Informativo foi subsidiada pelo Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde nº 14 – “Avaliação dos indicadores nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana do ano de 2015”, publicado em 30/12/2016. As pneumonias associadas ao uso de ventiladores mecânicos e as infecções do trato urinário associadas ao uso de sondas ou cateteres vesicais não são comparadas com o âmbito federal por ainda não estarem estabelecidas como de notificação compulsória pela ANVISA.

No Estado de MT, em 2016, as taxas de ISC em parto cesareana (PC), em cirurgias de implantes de próteses mamárias e em outras cirurgias limpas geradas pelos hospitais notificantes estão apresentadas na Tabela 1 por percentis e taxa global e representados também na Figura 2. Para partos cesareana, foram notificados no estado 101 casos de infecção dentre os 16.006 partos cesareanas notificados, identificando-se uma taxa global de ISC-PC de 0,6% sendo a taxa nacional de 1,1%. Analisando pelos percentis, houve uma redução dessas taxas no estado no P 90 que em 2015 foi de 1,6 baixando para 1,3 em 2016, embora a meta estipulada tenha sido de 1,2%, remetendo à necessidade de ampliar ações de prevenção de ISC-PC.

Dentre as infecções relacionadas à assistência à saúde, nas UTI Adulto Geral, as pneumonias associadas ao uso de ventiladores mecânicos permaneceram com os índices mais elevados, conforme pode ser evidenciado na Tabela 2. Comparando-se com o P90 (25,5) levantado nessas infecções em 2015 (Boletim Informativo IRAS 2015_MT nº 5), em 2016 houve um aumento na densidade de incidência (27,1), alertando para que novas ações sejam desencadeadas junto aos hospitais para a redução desses índices. Entretanto, a Figura 3 mostra que houve uma redução nos mesmos em relação a 2015, tanto nas UTI Adulto Geral como nas UTI Pediátricas. Nas UTI Adulto Cardíacas, sem referência nacional ou

estadual ainda, o P90 que mostra as taxas mais altas entre os hospitais notificantes, esta foi de 8,1 (Tabela 3).

Nas infecções do trato urinário associadas ao uso de sondas vesicais de demora em UTI Adulto Geral (Tabela 2), houve redução do P90, ou seja, de 11,9 (2015) para 10,6 (2016). Contudo, entre os hospitais que tiveram as menores taxas (P10) houve um aumento, de 0,3 (2015) para 0,9 (2016) e uma redução nas taxas medianas, de 4,3 (2015) para 3,9 (2016). Analisando-se as taxas globais, houve um discreto aumento em 2016, tanto nas UTI Adulto Geral como nas UTI Pediátricas (Figura 4), o que ressalta que novas ações de prevenção necessitam ser desenvolvidas.

Em Infecções Primárias da Corrente Sanguínea Clínica e Laboratorial associadas ao uso de cateteres venosos centrais, houve redução nos indicadores das UTI Adulto Geral. O P90 da IPCS clínica/laboratorial em 2016 foi de 2,8 e 12,3 sendo que em 2015 foi de 3,9 e 9,2 respectivamente (Tabela 2). A Densidade Global (DI) de IPCS clínica/laboratorial foi de 0,9 e 4,8 (Tabela 6) enquanto que a DI nacional foi de 0,6 e 4,8 respectivamente, mantendo basicamente os mesmos parâmetros, inclusive de 2015 para a IPCSL. A Figura 5 mostra queda nas taxas globais de IPCS em UTI Adulto Gerais e em UTI Neonatais no período de 2013 a 2016 enquanto registra aumento dos índices após 2015 nas UTI Pediátricas.

Em UTI Pediátricas, foram evidenciadas as Densidades Globais para IPCSC (0,3) e IPCSL (9,3) em 2016 (Tabela 6), acima dos índices de 2015 (0 e 2,8) enquanto que os dados nacionais foram 2,4 e 5,7 respectivamente, apontando que as IPCSL nas UTI Pediátricas do estado necessitam da implementação de ações além das já desenvolvidas. O P90 das IPCSL em UTI Pediátricas no estado foi de 14,2 sendo que o do país, em 2015, foi de 14,4 (Tabela 4), pouco abaixo do dado nacional.

Para as IPCSL nas UTI Neonatais, os percentis 90 em 2016 variaram de 10,7 a 19,2 (Tabela 5) enquanto que nacionalmente, esses índices foram maiores em 2015, tendo variado de 17,4 a 21,4. A Densidade Global de IPCSL nas UTI Neonatais do estado foi de 4,9 (Tabela 6). Enquanto no país os indicadores de IPCSL nas UTI Neonatais variaram de 6,8 a 8,6 entre as diferentes faixas de peso ao nascer, no estado estas variaram entre 1,8 e 6,7 o que mostrou que esses indicadores no MT estão abaixo dos encontrados nacionalmente (Tabela 7).

As UTI Pediátricas e Neonatais do estado, apesar das ações realizadas propostas no PECIH, ainda assim apresentam muitas deficiências no que se refere ao levantamento dos seus dados para as notificações. Nas UTI Neonatais, entende-se que isso ocorra devido a alguns fatores, como, principalmente, a dificuldade de diagnóstico das IRAS em neonatologia que é mais complexo. Outro

fator importante e que repercute nos resultados dos indicadores consolidados em UTI Neonatal é o número baixo de pacientes-dia nas faixas de peso ao nascer mais baixas.

Quanto ao monitoramento dos patógenos encontrados nas análises microbiológicas e seus perfis de sensibilidade das hemoculturas de pacientes hospitalizados nas Unidades de Terapia Intensiva do Estado, em 2016, nas UTI Adulto Geral e Cardíacas (Figuras 6 e 9), o *Staphylococcus Coagulase Negativo* (SCN) sensível à vancomicina e resistente à oxacilina continuou sendo o de maior prevalência. Na avaliação nacional, a *Klebsiella pneumoniae* ocupou a primeira posição, sendo pouco mais prevalente (16,9%) que o SCN (16,5%).

As UTI Pediátricas matogrossenses tiveram a *Candida albicans* como o microrganismo mais prevalente nas hemoculturas (Figura 12). Nacionalmente, este microrganismo ocupou a terceira posição (14,6%), sendo superado pelo SCN (19,8%) e *Klebsiella pneumoniae* (17,7%).

Nas UTI Neonatais, a *Klebsiella pneumoniae* sensível a carbapenêmicos e resistente às cefalosporinas de 3ª e ou 4ª geração foi o microrganismo mais isolado nas hemoculturas (Figura 15). No país, os SCN prevaleceram (34,6%), ficando as *K. pneumoniae* em segundo lugar, com 16,2% dos mais notificados.

5. CONCLUSÃO:

O ano de 2016 caracterizou-se pela grave crise política e sócio econômica que o país enfrentou, o que repercutiu em todas as áreas e serviços, inclusive na área da saúde, onde a escassez de recursos financeiros impactou principalmente na aquisição de materiais, equipamentos, medicamentos e contratação/manutenção de recursos humanos. Em muitos hospitais do estado, nos serviços de controle de infecção foi observada maior rotatividade de profissionais, o que interferiu no andamento dessas ações. A maioria dos profissionais admitidos para os SCIH não têm formação ou experiência específica, gerando a necessidade de novos treinamentos e de maior temporalidade para se tornarem aptos ao desenvolvimento das ações de prevenção e controle de infecção, bem como das notificações das IRAS. Isso influenciou também na qualidade das notificações encaminhadas no decorrer de 2016, conforme evidenciado por este Serviço Estadual de Controle de Infecção (SECIH).

Entretanto, apesar de todos os obstáculos enfrentados e das limitações comumente observadas como as subnotificações, a qualidade dos dados notificados, a rotatividade de pessoal nos SCIH, dificuldade no uso dos critérios diagnósticos das IRAS, inexistência ou mesmo falha na vigilância

pós-alta, erros no preenchimento dos relatórios, foi possível a construção deste Boletim. Importante destacar que não é realizado no estado o monitoramento dos microrganismos multiresistentes em função do Laboratório Central ainda não estar devidamente estruturado para atendimento dessa demanda.

Os indicadores apresentados demonstram que as ações do PECIH necessitam ser implementadas, o que depende de vários fatores como, por exemplo, o fortalecimento da equipe executora, a criação de novas políticas, a estruturação do LACEN-MT para o suporte microbiológico necessário e a destinação de mais investimentos para o desenvolvimento das ações de prevenção e controle das IRAS no estado.

6. REFERÊNCIAS:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade dos Serviços de Saúde nº 14: Avaliação dos Indicadores Nacionais das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e Resistência Microbiana do ano de 2015. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/>.

Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Boletim Informativo IRAS_MT nº 5, 2016. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/control-de-infeccao?topico=14>

Elaboração:

Serviço Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (SECIH/SES-MT)

Apoio:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)

Cuiabá-MT, julho de 2017.

ANEXO I

Relação dos hospitais por município que notificaram as IRAS ao Sistema Estadual de Notificação pelo menos 10 meses em 2016

Hospital	Município	Tem UTI
Hospital Otorrino	Cuiabá	Não
Clínica de Cirurgia Plástica e Estética Samir Kehdi	Cuiabá	Não
Hospital de Olhos	Cuiabá	Não
Instituto Lions da Visão	Cuiabá	Não
Karol Wojtyla Memorial Hospital	Cuiabá	Não
Hospital Amecor	Cuiabá	Sim
Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá	Cuiabá	Sim
Hospital Santa Rosa	Cuiabá	Sim
Hospital Geral Universitário	Cuiabá	Sim
Hospital Pronto Socorro Municipal de Cuiabá	Cuiabá	Sim
Femina Hospital Infantil e Maternidade	Cuiabá	Sim
Hospital do Câncer de Mato Grosso	Cuiabá	Sim
Hospital Santa Helena	Cuiabá	Sim
Hospital Jardim Cuiabá	Cuiabá	Sim
Hospital São Mateus	Cuiabá	Sim
Hospital Universitário Júlio Muller	Cuiabá	Sim
Hospital São Benedito	Cuiabá	Sim
Hospital Geral	Alta Floresta	Não
Hospital Cristo Redentor	Alta Floresta	Não
Hospital Vale do Guaporé	Pontes e Lacerda	Não
Hospital São Lucas	Pontes e Lacerda	Não
Hospital e Maternidade Irmã Maria das Neves	São José do Rio Claro	Não

Hospital e Maternidade Dois Pinheiros	Sinop	Não
Hospital do Vale do Araguaia	Água Boa	Não
Hospital e Maternidade São João Batista	Poxoréo	Não
Hospital e Maternidade São Lucas	Juara	Não
Hospital Municipal de Juara	Juara	Não
Hospital Municipal São Camilo	Nova Mutum	Não
Hospital São Lucas	Várzea Grande	Não
Hospital Santa Rita	Várzea Grande	Sim
Hospital e Pronto Socorro Municipal de VG	Várzea Grande	Sim
Policlínica Hospital e Maternidade	Juína	Não
Hospital Beneficência São Geraldo	Juína	Não
Hospital São Lucas	Juína	Sim
Hospital e Matern. Santa Angela	Tangará da Serra	Sim
Hospital das Clínicas	Tangará da Serra	Sim
Hospital Santo Antonio	Sinop	Sim
Hospital Regional de Sinop	Sinop	Sim
Hospital Regional de Sorriso	Sorriso	Sim
Hospital das Clínicas	Primavera do Leste	Sim
Hospital das Nações	Primavera do Leste	Não
Hospital Regional de Cáceres	Cáceres	Sim
Hospital São Luís	Cáceres	Sim
Hospital Santa Inês	Colíder	Não
Hospital Regional de Rondonópolis	Rondonópolis	Sim
Hospital e Maternidade Santa Casa	Rondonópolis	Sim
Hospital Municipal Milton Pessoa Morbeck	Barra do Garças	Sim

ANEXO II

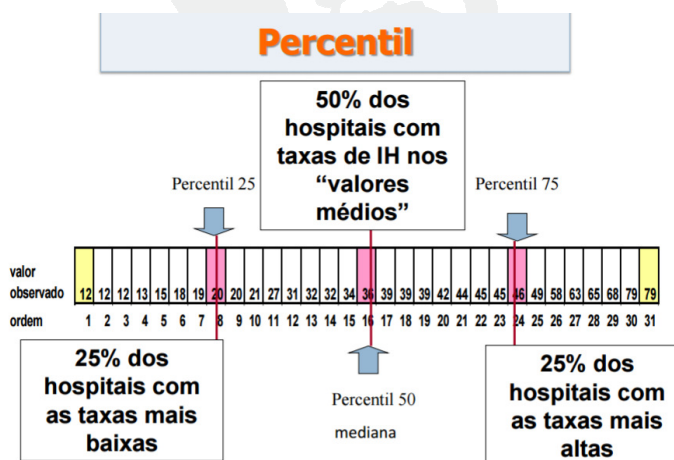
PERCENTIS

Cálculo por percentil é um método alternativo para obter valores de referência. Os percentis são medidas que dividem uma amostra ordenada (por ordem crescente dos dados) em 100 partes, cada uma com uma percentagem de dados aproximadamente igual. Um percentil é o ponto abaixo do qual a percentagem especificada de observações ocorre. Por exemplo: percentil 20 é o ponto abaixo do qual estão 20% das observações e acima dele, 80% delas.

Para estimar os percentis, arranja-se os dados em ordem crescente e encontra-se o valor que divide o conjunto de dados no tamanho adequado. Os percentis chave são: 10, 25, 50, 75 e 90.

O percentil 10 inclui os 10% dos valores mais baixos. O percentil 50 é também denominado mediana, onde são observados os valores medianos. O percentil 90 inclui os serviços que terão as taxas mais altas (refere-se aos valores acima do percentil 90). O Quadro 1 busca exemplificar o uso dos percentis na perspectiva da avaliação das taxas de IH de hospitais notificantes.

Quadro 1: Desenho esquemático do uso dos percentis para indicadores de IRAS em hospitais



Fonte: CVE-SP