

**LILIAN MARIA FERNANDES
LYLYAN NASCIMENTO SANTOS
MARLY SILVA PEREIRA**

**APRENDIZADO COM A GESTÃO DE RISCO DE INCIDENTES COM CATETER
CENTRAL EM UNIDADES NEONATAL:
RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Pós-graduação em SCIH com Ênfase em Segurança do Paciente do Instituto Health, como requisito de obtenção de título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Sergiane Bisinoto Alves

GOIÂNIA
2019

Incidentes com cateter central em unidades neonatais: Intervenção do Núcleo de Segurança do Paciente. Relato de experiência.

Introdução

Segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2007). O conceito de segurança do paciente aponta para as deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento, como principais fatores responsáveis pela ocorrência de danos em vez de culpar os indivíduos isoladamente. Os erros são esperados visto que seres humanos cometem falhas (REIS, 2014).

A assistência neonatal, principalmente no âmbito dos cuidados intensivos, demandam ações específicas, devido às suas particularidades. Algumas dessas particularidades podem ser citadas, tais como, a fragilidade e imaturidade dos pacientes, a concomitância de doenças graves, os cuidados terapêuticos e diagnósticos complexos, com uma ampla gama de procedimentos invasivos, uma longa hospitalização e a diversidade de especialistas envolvidos na assistência. Essas especificidades aumentam significativamente o potencial de erros, sendo necessária maior atenção no que se trata de segurança (BRASIL, 2014).

Estudo sobre a epidemiologia de EA (Eventos Adversos) em um serviço de neonatologia de um hospital público da Argentina verificou que os principais EA encontrados nessa população foram notificados no Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA), relacionados ao manejo de cateteres (infiltrações, saída acidental e obstrução), infecções hospitalares, transfusões, extubações/intubações, hemorragias, dentre outros (BARRIONUEVO e ESANDI, 2010).

Já estudo que teve o objetivo de analisar os EA e incidentes em recém-nascidos, nos anos de 2007 a 2013, verificou que foram notificados incidentes relacionados a artigos médicos, a equipamentos médicos e a medicamentos (LANZILLOTTI et al., 2016).

A perda rotineira de cateter central de inserção periférica (PICC) em neonatologia pode trazer danos aos pacientes, visto que tal acesso é essencial para o suporte de vida dependendo da gravidade dos mesmos.

Importante recurso na terapia intravenosa prolongada em neonatos, o PICC é um dispositivo intravenoso central longo que é inserido através de uma veia periférica progredindo até as veias centrais. Entre suas vantagens podemos destacar a preservação da rede venosa, menor risco de infecções, menor restrição da mobilidade, diminuição da dor e desconforto, inserção segura e realização no próprio leito do paciente (BONFIM; PASSOS; SILVA, 2017).

Segundo JANTSCH et al. (2014) os principais motivos para a indicação da utilização do PICC encontrados foram a hidratação intravenosa, a nutrição parenteral e antibioticoterapia. Segundo autores essas soluções geralmente requerem acesso venoso central por apresentarem concentrações de glicose acima de 12,5%, bem como características de pH ácido ou alcalino. No mesmo estudo o término da terapia intravenosa teve como principais motivos para a retirada do PICC a danificação do cateter.

O Núcleo de Segurança do Paciente, presente nos Estabelecimentos de Saúde, possuem função de gerenciar riscos e de criar mecanismos para prevenção de tais ocorrências (BRASIL, 2016). A utilização de ferramentas de gestão de riscos torna-se imprescindíveis para detectar e prevenir riscos e Eventos Adversos (EA), pois criam alertas e barreiras.

Diante do exposto, este estudo objetiva relatar a atuação do Núcleo de Segurança do Paciente na tratativa de incidentes com cateter venoso central de inserção periférica em neonatos em um hospital de alta complexidade especializado no atendimento à saúde da mulher e da criança.

Método

Trata-se de um relato de experiência ocorrida no mês de agosto de 2017 em um hospital de alta complexidade especializado no atendimento em saúde da mulher e da criança. O hospital possui 10 leitos de UTI neonatal e 21 leitos de UCIN (Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais) e possui NSP implantado desde 2014. Aqui relatamos a experiência vivenciada na tratativa de incidentes envolvendo a inserção e manuseio de PICC em UTI neonatal. Habitualmente, as tratativas de incidentes são realizadas em quatro etapas: a) Identificação do incidente b) Classificação c) Investigação d) Plano de ação. Foi utilizado como ferramentas de gestão o Diagrama de Ishikawa e 5 porquês.

Resultados

A identificação do incidente “ocorrência de perdas sucessivas de PICC” foi realizada por meio de notificações dos profissionais da equipe assistencial UTI neonatal e na UCIN ao núcleo de segurança do paciente. Foram notificados oito incidentes.

Ao receber as notificações, o NSP iniciou o processo de classificação, análise e tratativa. A classificação do incidente é realizada após a leitura da notificação, seguindo a taxonomia dos incidentes estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Sete dos oito incidentes foram classificados como evento adverso de gravidade leve e um de gravidade moderada.

Após a classificação inicial, foi iniciado o processo de investigação, com leitura dos prontuários por toda a equipe de gerenciamento de risco composta por: Médica Pediátrica, Diretora técnica do Hospital, Médica Intensivista da UTI Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal, Enfermeiras Coordenadores da GGIH e Núcleo de Segurança do Paciente e Farmacêutica.

Como primeira etapa foi realizada reunião com equipe multiprofissional e alta direção. Nesta reunião, foram discutidos os casos e utilizado como ferramenta de investigação de causa o Diagrama de Ishikawa (anexo) e 5 porquês (anexo). Estas ferramentas foram preenchidas pelo grupo durante a reunião, como forma de identificar os fatores contribuintes de todos os eventos.

Foram identificadas varias causas, mas o grupo concluiu que a causa raiz detectada é a qualidade do dispositivo aquém dos requisitos estabelecidos anteriormente pela unidade. É sabido que tal falha decorrente da aquisição em desobediência aos critérios de qualidade, pode trazer consequência indesejáveis quanto ao cumprimento de maneira coesa do procedimento.

Após identificar a causa raiz, foi iniciado o Plano de ação. Foram criadas ações provenientes das falhas tais como: Alteração no fluxo de aquisição de dispositivos de cateter venoso central de inserção periférica. Foi realizada ainda a capacitação das equipes envolvidas no processo, quanto ao instrumento de prevenção e gerenciamento de riscos. Foram realizadas duas capacitações na UTI Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN), os participantes foram: 12 médicas pediatras e neonatologista intensivistas e 22 e duas enfermeiras intensivistas.

A utilização do material envolvido nos incidentes foi suspensa e realizada a notificação da não obediência aos critérios de qualidade. Verificou-se que sua compra foi realizada sem nenhum tipo de avaliação técnica ou parecer positivo das equipes, o mesmo nunca havia sido utilizado e não havia padronização para sua aquisição no hospital. Recomendou-se a participação do NSP, CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e equipe técnica para avaliação e emissão de parecer favorável ao produto anteriormente à sua aquisição. Por fim alterou-se o fluxo de compra do PICC que somente passou a ser realizada pós o parecer técnico favorável e elaborado instrumento de controle perdas de cateteres.

Discussão

A atuação dos NSP é essencial para prevenção de incidentes e eventos adversos assim como para o gerenciamento dos riscos, evitando assim danos aos pacientes. Não obstante, para se conseguir resultados significativos, é necessário uma atuação multiprofissional, com o envolvimento das equipes em sua grande parte de médicos, enfermeiros, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas e alta direção, com o intuito de envolver as partes interessadas e aprimorar a metodologia de investigação de causa e maior eficácia no planejamento das ações.

A subnotificação é um problema relevante nos sistemas de notificação de erros em serviços de saúde porque da origem a um reservatório de informações com dados vagos que refletem nos resultados que são direcionados para o que “se acha que sabe”, desta maneira não exprimem a realidade sobre incidentes graves (SOUZA ET AL 2015).

Em um estudo no Chile comprovou se que a educação além de reduzir erros também traz melhoria na cultura de segurança do paciente. Os profissionais devem estar integrados nas ações que envolvem a segurança do paciente a percepção da necessidade de formação devem partir deles e não somente da gestão (SEPULVEDA ET AL 2014).

O aumento das notificações pode ser alcançado através do anonimato nas notificações e na participação do diretor da instituição de saúde como educador em intervenções educativas, que tem o principal objetivo esclarecer sobre as punições frente aos relatos de erros (NAKAMURA ET AL 2014).

A comunicação efetiva é imprescindível para o trabalho em equipe diante de erros evitáveis na assistência à saúde, além de garantir assistência segura e qualidade, para isso é preciso que haja interação entre todos os envolvidos, os líderes das equipes devem conduzir as equipes de trabalho de maneira ética e respeitosa, ordenar os processos organizacionais para que as informações sejam divulgadas de forma correta e aprimoradas (FARIAS ET AL 2018).

Acredita-se que as baixas quantidades de notificações estão relacionadas ao deficiente conhecimento dos profissionais de saúde acerca da notificação, torna-se então relevante mudanças de atitudes e que o erro seja visto com perspectivas de melhorias no processo de trabalho e na segurança do paciente (CUADROS ET AL 2017).

Considerações finais

A atuação do NSP é essencial para prevenção de incidentes e eventos adversos em neonatologia. O gerenciamento dos riscos além de evitar danos aos pacientes trouxe benefícios a estrutura organizacional da instituição de saúde. As decisões tomadas sobre a mudança dos fornecedores dos cateteres foram realizadas através da alta gestão, integrantes da equipe do NSP e de enfermagem e causaram impacto positivo nos serviços que ofertaram maior qualidade diminuindo assim o número de perdas de PICC. Além disso diminuiu o número de procedimentos invasivos e evitou eventos adversos relacionados ao uso dos cateteres centrais. A mudança do fluxo de compra do dispositivo implica ainda em menor estresse ao recém-nascido e aos funcionários de toda equipe envolvida no cuidado neonatal.

Referências:

1. BARRIONUEVO A. L. S.; ESANDI M. E. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. Arch **Argent Pediatr**, vol. 108, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n4/v108n4a03.pdf>> Acesso em: outubro de 2017.

2. BOMFIM J. M. S.; PASSOS, L.S.; SILVA, J. C. Cateter Central de Inserção Periférica: desafios e estratégias de enfermagem na manutenção do dispositivo. **CuidArte Enfermagem**, vol. 11, n. 1, 2017.
3. BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2016.
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa; 2016. BARRIONUEVO A, L. S.; ESANDI M. E. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. Arch **Argent Pediatr**, vol. 108, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n4/v108n4a03.pdf>> Acesso em: outubro de 2017.
6. CUADROS CK.; Grillo PK, TOFFOLETTO MC.; HENRIQUEZ ROLDÁN C.; CANALES JUAN MA. **Ocorrência de incidentes de segurança do paciente e carga de trabalho de enfermagem**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 25, n. 2, 2017.
7. FARIAS ES.; SANTOS JO.; GÓIS RMO. **Comunicação efetiva: elo na segurança do paciente no âmbito hospitalar**. Ciênc Biol Saúde Unit. 2018 [citado 2018 Jun. vol. 30, n. 4, 2018] Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/5168pdf>> Acesso em: outubro de 2018.
8. JANTSCH, L.B. et al. Utilização do cateter central de inserção periférica em neonatologia. **Revista Baiana de Enfermagem**, vol.28, n.3, 2014.

9. LANCIS-SEPÚLVEDA M.; ASENIO-ARAVA C. **Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile.** Revista Calid Asist [Internet]. 2014 [citado 2014 Apr 25] vol. 29, n. 2. P. 78-83.
10. LANZILLOTTI, L. S. Eventos adversos e incidentes sem danos em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. **Cad. Saúde Pública**, vol. 32, n. 9, 2016. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00100415.pdf>>. Acesso em: 21 de Outubro de 2017.
11. NAKAMURA N.; YAMASHITA Y.; TANIHARA S. **Effectiveness and sustainability of education about incident reporting at a university hospital in Japan.** Healthc Inform Res. 2014 Jul. vol. 20, n. 3, p. 15.
12. REIS, C. T. CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE. In: SOUSA, P.; MENDES, W.; organizadores. **Segurança do paciente, criando organizações de saúde seguras.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 75-99.
13. SOUZA VS, KAWAMOTO AM, OLIVEIRA JLC, TONINI NS, FERNANDES LM, NICOLA AL. **Erros e eventos adversos: a interface com a cultura de segurança dos profissionais de saúde.** Cogitare Enfermagem. 2015. vol. 20, n. 3, p. 82.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Patient Safety Solutions Preamble.** Geneva: WHO Press, 2007. Disponível em: <<http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/Preamble.pdf>> Acesso em: outubro de 2017.