

EDITORIAL

Inovação Tecnológica em Saúde: Um convite à Reflexão

O mundo assiste esperançoso a avalanche de inovações tecnológicas no campo da saúde. A menos de dez anos, cerca de metade dos recursos diagnósticos e terapêuticos não estavam disponíveis.

A aceleração das inovações origina-se em determinantes que têm marcado de forma indelével a ciência e os negócios na virada do século.

A escalada do conhecimento biológico e a velocidade com que este se transforma em artefatos tecnológicos decorre, sobretudo, da intensa concentração em grandes conglomerados transnacionais das empresas do complexo medico-industrial.

No centro das disputas comerciais modernas, encontra-se a capacidade de inovação, pois tão logo um conglomerado lança um produto este é seguido pelo esforço da concorrência em colocar-se de forma igualmente inovadora. Da inovação depende, o lucro e a sobrevivência das empresas.

Os conglomerados estão articulando, por meio de fusões e aquisições, enormes complexos de pesquisa, desenvolvimento, produção e comercialização de produtos, com vistas ao fantástico mercado da saúde do século XXI. A virada demográfica fez

crescer exponencialmente a demanda por cuidados, de maneira que este século será conhecido como o século da biotecnologia.

Este contexto nos remete ao fato de que se em algum dia a ciência foi “pura”, esta certamente não é agora. A subordinação da P&D ao imperativo comercial impõe aos atores no campo da saúde, sejam governo, pagadores privados, profissionais de saúde e consumidores, o desafio de proceder ao escrutínio sistemático das inovações com vistas a identificar aquelas que aportem benefícios reais, pois este mercado obedece à mesma lógica da “sedução” que rege as estratégias agressivas de marketing dos negócios em geral.

É neste cenário que se estabelecem os processos de AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA em SAÚDE. Esta disciplina objetiva avaliar os requisitos de segurança e economicidade daqueles artefatos tecnológicos oferecidos à comunidade de saúde, com propósito de maximizar seus benefícios em face do seu custo seja individual ou coletivo.

Apremissa básica da ATS é garantir a sustentabilidade dos investimentos em saúde a partir da análise crítica da

melhor evidência científica disponível de forma a proporcionar benefícios reais a segmentos cada vez maiores da população, o contrário disto seria desperdiçar recursos sempre escassos em tecnologias de benefícios duvidosos para parcelas reduzidas e privilegiadas da sociedade e com isso atendendo tão somente a interesses meramente comerciais.

Neste sentido que destaco a preocupação da Infusion Nurses Society – Brasil, em oferecer aos seus associados informação qualificada sobre os dispositivos e procedimentos associados a Terapia Intravenosa (TIV), e afirmar que esta iniciativa vem somar-se ao esforço de diferentes instituições em garantir a escolha de opções tecnológicas que efetivamente contribuam para a construção de um sistema de saúde justo e adequado tecnicamente.

Dr. Maurício Vianna -
Médico
Mestre em C T & Sociedade
Pesquisador associado do
NECSO – Núcleo de
Estudos de Ciência &
Tecnologia e Sociedade-
UFRJ
Assessor do Gabinete do
Secretário de Atenção à
Saúde-MS



Durante o III Simpósio de Terapia Intravenosa INS Brasil, realizado em agosto deste ano em São Paulo, contamos com a apresentação de 41 trabalhos científicos, um número expressivo, já que este foi o primeiro ano em que abrimos para esta modalidade de apresentação. A INS Brasil cumprindo seu papel de valorizar, incentivar, informar e atualizar os profissionais, publica nesta edição o resumo dos três trabalhos premiados.

CONHECIMENTO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE ESTABILIZAÇÃO DOS CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS - Oliveira NB, Sichiari K, Barros ACS, Queiroz GA - Hospital Universitário da Universidade de São Paulo neurilenebatista@yahoo.com.br

Introdução/Justificativa: a estabilização dos cateteres venosos periféricos (CVP) é fundamental para manter a fixação segura, prevenir o deslocamento do cateter, perda acidental e complicações. **Objetivo:** verificar o conhecimento da equipe de enfermagem sobre o conceito de estabilização dos CVP. **Método:** estudo observacional, prospectivo, realizado em clínica cirúrgica de Hospital Escola do município de São Paulo, desenvolvido em duas fases: pré e pós treinamento. Na primeira fase, os profissionais analisaram fotografias de distintos tipos de curativos de CVP (fita microporosa e filme transparente) e avaliaram quanto à estabilização por meio de questionário. Na segunda fase, realizou-se treinamento abordando conceitos sobre a fixação segura dos dispositivos, utilizado recurso multimídia para demonstração da fixação correta dos CVP e reaplicado questionário. A casuística foi composta por 25 profissionais de enfermagem, sendo 20% enfermeiros, 40% auxiliares e 40% técnicos de enfermagem. Utilizou-se estatística descritiva para analisar os dados. **Resultados:** Observou-se que em todas as categorias o conceito de estabilização não foi uniforme. Na fase 1 os enfermeiros consideraram que 47% dos CVP estavam estabilizados, na fase 2 o percentual foram 20%, os técnicos de enfermagem consideraram 28% na fase 1 e 14% na fase 2 e os auxiliares de enfermagem 33% na fase 1 e 23% na fase 2. **Conclusão:** O conceito de estabilização era pouco conhecido pela equipe de enfermagem, o que aponta a necessidade de treinamento contínuo dos profissionais participantes da instalação e manutenção dos CVP. Após este treinamento, observou-se melhora significativa na estabilização dos CVP na unidade em estudo.

DIMENSIONAMENTO DA DOR NA INSERÇÃO DO PICC EM NEONATOS

Costa P, Camargo PP, Bueno M, Kimura AM - Instituto da Criança pricosta84@yahoo.com.br

Garantir um acesso venoso central seguro para neonatos internados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é de extrema importância, dada as características irritantes e vesicantes das soluções infundidas durante o seu tratamento.

O acesso venoso central por meio da instalação de cateter central de inserção periférica (PICC) em neonatos tornou-se frequente no contexto das UTIN.

No entanto, o procedimento de instalação do PICC é potencialmente gerador de dor.

O objetivo deste estudo foi dimensionar a dor durante a inserção do cateter central de inserção periférica em neonatos.

Estudo descritivo exploratório com coleta prospectiva dos dados realizado na unidade neonatal de um hospital-escola de grande porte, situado na cidade de São Paulo.

Avaliou-se a resposta dolorosa ao procedimento de inserção do cateter em 28 neonatos utilizando-se a escala Premature Infant Pain Profile nas etapas de pré-punção (15 segundos), punção venosa (30 segundos) e progressão do cateter (30 segundos). O escore PIPP maior ou igual a 7, indicativo de dor moderada à intensa, ocorreu em 13 RN (59,1%) na primeira punção venosa e 10 RN (45,5%) na progressão do cateter do grupo que não recebeu analgésico ou sedativo.

Os resultados apontam para a necessidade de se adotar medidas analgésicas, uma vez que neonatos internados em unidade de terapia intensiva neonatal são frequentemente submetidos a procedimentos invasivos e dolorosos.

Descritores: Enfermagem neonatal, medição de dor, terapia intensiva neonatal.

ERRATA

Na edição anterior a parte final do texto da seção Livro Comentado deixou de ser publicada. Abaixo na íntegra o último parágrafo.

Assim, o livro cumpre importante papel de difusor de idéias e, diferentemente de produtos existentes em profusão no mercado editorial, não faz a apologia da qualidade ou prescreve “modelos-panacéia”, tão ao gosto dos gestores desavisados, que buscam, no consumo afoito de modismos, receita infalível para as dificuldades da gestão em tempos difíceis. Sem qualquer pretensão nesse sentido, o texto, que lembra as formulações de guias de procedimento, hábito presente na Enfermagem há muito tempo, cumpre o que promete – oferece meios para o profissional se apropriar do conhecimento, habilitando-o a empregar esses recursos na gestão da qualidade de serviços de saúde.

LEVANTAMENTO DOS CUSTOS DO DISPOSITIVO INTRAVASCULAR PERIFÉRICO NA COMPOSIÇÃO DOS VALORES DA INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE PEDIÁTRICA – UM ESTUDO QUANTITATIVO

Martins TSS, Silvino ZR.

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa - UFF – Niterói, RJ tathinurse@gmail.com

Observando na prática diária da assistência pediátrica as punções venosas de repetição para manutenção de um acesso pérvio e sabendo que o sistema de pagamento ao hospital pelo (SUS) é por tipo de doença, aguçou-me o interesse de desenvolver um estudo sobre os custos do Dispositivo Intravascular Periférico (DIP) na internação em Pediatria.

Objetivos do estudo: Levantar os custos do DIP utilizado durante a internação em uma unidade pediátrica; Identificar as causas de substituição do DIP nos acessos venosos e Correlacionar o custo do DIP na composição da remuneração final das internações pediátricas pagas pelo SUS.

Pesquisa do tipo exploratório-descritiva com tratamento quantitativo dos dados, aprovada pelo CEP sob nº. 071/06.

Resultados: a maioria das crianças permaneceu internada por um período de 7 a 10 dias ou de 21 a 30 dias. Utilizou-se uma média de 27,3 DIP por criança sendo a principal causa de falha infusional a flebite. A média de permanência do DIP foi de 72 horas, evidenciando que o elevado quantitativo gasto de DIP estava diretamente relacionado à inabilidade e falta de técnica de punção da equipe de enfermagem.

Devido ao elevado quantitativo de DIP utilizado, o gasto do mesmo em relação ao valor da internação pago pelo SUS variou em 52% da amostra entre R\$25,00 a R\$100,00 e representou um percentual de 19 a 31% do valor recebido pelo hospital por determinada doença.

Conclusão: necessidade de estratégias para a redução de custos tangíveis e intangíveis com acessos venosos e treinamento em serviço da equipe de enfermagem.

Avaliação de Tecnologia em Saúde: Evidência Clínica, Análise Econômica e Análise de Decisão.



Os hospitais são responsáveis por até 80% dos gastos do sistema de saúde, os quais incluem as inovações tecnológicas como, por exemplo, novos medicamentos, equipamentos (medical devices), entre outros. Devido aos altos e crescentes custos na prática hospitalar, a incorporação e padronização de uso dessas tecnologias nos hospitais e a questão do ressarcimento dos mesmos, seja pelo sistema público ou privado de saúde, tem sido tema de debate cada vez mais acalorado e, não raras vezes, terminam em litígio judicial. Por um lado, os pagadores questionam a utilização de tecnologias, seja porque não estão registradas no Brasil, ou seja porque não há evidências suficientes que sustentem o uso clínico; por outro lado, os prestadores de serviços, os profissionais de saúde e pacientes argumentam que, sim, sem esta nova tecnologia o paciente corre risco de vida, ficará sem um tratamento adequado ou não tem a segurança necessária no atendimento.

Provavelmente, nesta discussão, ambas as partes têm sua cota de razão. De fato, os custos de novas tecnologias podem ser astronômicos, mas será o que os benefícios clínicos não compensam estes custos? Desse modo, a racionalização da utilização das “inovações” se faz mister e no cotidiano algumas perguntas permeiam a prática como por exemplo, quem recebe o novo tratamento apresenta maior probabilidade de ficar bem? ou apresentar menor ocorrência de complicações? quem decide? Essas perguntas são de difícil resposta. Recentemente, o Ministério da Saúde vem implementando uma série de ações denominadas de “avaliação de tecnologias em saúde”. Essas visam justamente responder

essas perguntas de maneira objetiva, transparente e pragmática. Essa metodologia, segunda a nova legislação vigente, é crítica para decidir qual tecnologia será incorporada e reembolsada pelo Sistema Único de Saúde e pelo Sistema Suplementar de Saúde e disponibilizada nos hospitais. A avaliação de tecnologia em saúde (ATS) pode ser entendida como a pesquisa sistemática da melhor evidência disponível da eficácia ou de efetividade de uma tecnologia em saúde, e dos custos relacionados a ela. O intuito da ATS é permitir que sistemas ou organizações de saúde, como, por exemplo, hospitais e clínicas possam aumentar a qualidade e o bem estar do paciente e otimizar a relação de custo-efetividade, ou seja, a eficiência de produtos para saúde. Em sua essência, a ATS pode ser vista, pela perspectiva clínica e econômica. No que tange ao aspecto clínico, a ATS possibilita a integração da ciência na prática de cuidados à saúde, ou seja, adota a medicina baseada em evidência (MBE). A MBE permite aliar o rigor metodológico à experiência clínica do profissional da saúde no manejo diário do paciente. Pelo lado econômico, a ATS pode ser vista como a otimização do benefício clínico em relação aos recursos, inclusive monetários, empregados nos cuidados à saúde, ou seja, a economia da saúde. A economia da saúde permite identificar os recursos associados aos cuidados em saúde, visando à melhor alocação daqueles entre as diferentes tecnologias que competem entre si.

Em suma, a agregação da análise dos benefícios clínicos e dos custos da prestação do serviço em saúde permite, por meio da realização dos estudos de custo-efetividade ou utilidade, que as tomadas de decisão,

independente do nível da esfera decisória, sejam feitas de modo objetivo, transparente e, principalmente, fundamentada em parâmetros que agreguem valor e sejam reconhecidos entre profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, dentistas, etc), entre pacientes e entre gestores de serviços de saúde. Esses aspectos relativos a ATS são abordado no livro recém lançado pela editora Artmed: Avaliação de tecnologias em saúde: Evidência clínica, análise econômica e análise de decisão. Trata-se da primeira obra nacional sobre o tema ATS, e cuja elaboração ficou a cargo de autores altamente qualificados nas suas especialidades, de diferentes unidades de ensino e pesquisa da Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de São Paulo, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Autônoma de Barcelona e Universidade de Buenos Aires. O livro é composto por quatro seções que incluem: pesquisa clínica em base de dados e de desfechos (outcomes research), avaliação de tecnologia baseada em evidência clínica, análise de decisão clínica e economia da saúde e avaliação de tecnologias em saúde. Apesar da densidade de conteúdos, a linguagem e redação são didáticas, possibilitando uma leitura acessível. É uma obra essencial no contexto atual das práticas sanitárias.

Marcelo Eide Nita Médico - Doutor em Ciências Médicas pela Universidade de Tóquio. Prof. de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da USP. Pesquisador no desenvolvimento de novos medicamentos, estudos de farmacoeconomia e outcome research da Bristol.

TRABALHO PREMIADO

Annual Meeting INS Nashville Tennessee USA - 16 a 21 de Maio de 2009 Gerenciamento de Flebite em um Hospital Privado de São Paulo - Brasil

Patrícia Vendramim*
Cristiane Pavanello Rodrigues Silva**
Maria Carmen Martinez***

INTRODUÇÃO: A flebite é uma complicação freqüente da terapia intravenosa, com potencialidade para risco clínico grave, custo assistencial elevado e prejuízo à imagem institucional. Essa situação justifica o gerenciamento deste evento adverso por meio de protocolo específico, o que inclui as fases de prevenção, identificação e tratamento e, também, monitoramento do perfil de ocorrências.

OBJETIVO: Descrever a implantação de um protocolo de gerenciamento de flebite e conhecer seu índice, fatores de risco associados, gravidade dos eventos e conduta terapêutica adotada, durante o período de monitoramento.

MATERIAL E MÉTODO: Estudo descritivo conduzido de outubro de 2007 a dezembro de 2008 em um hospital privado da Cidade de São Paulo – Brasil, acreditado pela *Joint Commission International*, abrangendo todos os pacientes das unidades de internação de adultos (>14 anos). A apresentação dos resultados foi baseada na incidência de eventos (índice de flebite) e na prevalência de fatores de risco, grau da flebite (gravidade) e na adesão à conduta terapêutica. A incidência dos eventos foi monitorada a partir de diagrama de controle tipo U (para índices com variabilidade >20% no indicador). Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Samaritano.

RESULTADOS: A criação do protocolo (junho a setembro de 2007) contemplou as seguintes etapas:

- criação de grupo multidisciplinar de estudos (enfermeiros, farmacêuticos e médicos).
- revisão de literatura a partir das bases de dados MEDLINE, LILACS e PUBMED.
- desenvolvimento do protocolo incluindo: identificação dos fatores de risco e da flebite, classificação segundo escala de flebite da *Infusion Nurses Society (INS)*, definição da conduta terapêutica, monitoramento da evolução.

d) construção do impresso específico para registro das informações de interesse.

e) definição de um indicador: para o índice de flebite foi adotado o seguinte cálculo: $[(n^\circ \text{ de eventos} / n^\circ \text{ de dias de AVP}) * 1000]$. AVP significa acesso vascular periférico. Este indicador permite ponderar a ocorrência dos eventos em função do tempo de exposição ao risco.

f) criação de aplicativo informatizado para registro dos dados.

g) treinamento da equipe assistencial: alinhamento de conhecimentos quanto aos aspectos conceituais e técnicos (avaliação de fatores de risco, ações preventivas, identificação do evento e adoção de conduta) e aspectos logísticos do registro de dados (preenchimento do impresso e digitação em aplicativo informatizado).

h) análise e monitoramento dos dados em parceria com o Núcleo de Epidemiologia da instituição.

Em 15 meses de estudo totalizaram-se 12.006 avaliações de pacientes com cateter periférico inserido, 32.358 AVP-dia e 517 eventos de flebite.

Índice de flebite: o índice de flebite apresentou média de 16,2 eventos / 1000 AVP-dia, com grande variabilidade no período (des-vio padrão de 32,8 AVP-dia). Nos primeiros meses após a implantação do protocolo (10/2007 a 02/2008), o índice manteve-se mais elevado, chegando a ultrapassar o limite de controle. Começou a apresentar declínio a partir de março, quando se manteve próximo do limite de alerta inferior e, em diversos meses, abaixo da média.

Fatores de risco: entre os casos de flebite, a prevalência dos principais fatores de risco identificados foi de: Idade > 60 anos (60,2%), uso de solução irritante (57,3%), múltiplas punções (27,7%), inserção do AVP em mãos/pés (22,1%), alteração da sensibilidade (12,4%), antecedente de flebite (10,6%), uso

de cateter de maior calibre (7,7%), alteração da perfusão (6,0%), inserção em situação de emergência (3,7%) e imunodepressão (2,1%). Grau: entre os casos de flebite, a prevalência segundo grau de gravidade foi: 47,8% de grau 1; 40,8% de grau 2; 11,4% de grau 3; e nenhuma ocorrência de grau 4.

Conduta: houve adoção de condutas terapêuticas em 100,0% dos eventos ocorridos. As principais condutas foram: diclofenaco tópico (75,4%), calor local (37,5%), elevação de membros (31,7%). Não houve necessidade de uso de antibiótico sistêmico ou tópico, pois não ocorreram eventos de grau 4.

CONCLUSÃO:

Sabe-se que a implementação de protocolos, padrões de procedimentos e programas de treinamento contínuo busca a gestão de risco e conseqüente melhoria de assistência. O declínio do índice sugere refletir essas ações.

Observou-se queda do índice a partir de março de 2008, período em que o protocolo estava consistentemente desenvolvido na instituição.

Os fatores de risco de maior prevalência refletem algumas características clínicas dos pacientes com flebite neste hospital, em especial idosos com comorbidades, pacientes de UTI e de unidade coronariana, que recebem terapia intravenosa mais complexa. Esse fato contribui para a hipótese de maior prevalência de flebite química. As condutas adotadas evidenciam adesão ao protocolo proposto, com priorização do uso de diclofenaco tanto pelo pressuposto da sua ação efetiva, como pela facilidade de utilização, mostrando a necessidade de reforço das demais condutas coadjuvantes (calor e elevação de mm).

* Enfermeira Encarregada da UTI Infantil da Sociedade Hospital Samaritano (SP), Mestre em Enfermagem Pediátrica.

patricia.vendramim@samaritano.org.br

** Enfermeira Encarregada do SCIH da Sociedade Hospital Samaritano (SP), Mestre e Doutoranda em Enfermagem Saúde do Adulto.

*** Enfermeira, Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia, Doutora em Saúde Pública.

AGENDA

Annual Meeting INS - 15 a 20 de Maio de 2010 - Flórida - EUA (www.ins1.org)

Foruns Regionais de Terapia Intravenosa INS Brasil 2010
Março, Junho e Novembro de 2010

EXPEDIENTE

Conselho Editorial:

Rita Tiziana Verardo Polastrini

Dirceu Carrara

Maria de Jesus Harada

Projeto Gráfico e Arte Final:

www.marketingsolutions.com.br



LIFEMED

A vida em boas mãos.

insbrasil@insbrasil.org.br

www.insbrasil.org.br