

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

MARISLEY FRANCISCO

VARIÁVEIS QUE NORTEIAM A AVALIAÇÃO E DECISÃO DA RETIRADA DO
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO CURTO PELA EQUIPE DE
ENFERMAGEM

UBERABA
2024

MARISLEY FRANCISCO

VARIÁVEIS QUE NORTEIAM A AVALIAÇÃO E DECISÃO DA RETIRADA DO
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO CURTO PELA EQUIPE DE
ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silmara Elaine Malaguti Toffano

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem

Eixo temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde

UBERABA

2024

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

F893v Francisco, Marisley
Variáveis que norteiam a avaliação e decisão da retirada do
cateter intravenoso periférico curto pela equipe de enfermagem /
Marisley Francisco. -- 2024.
70 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024
Orientadora: Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano

1. Cateteres. 2. Obstrução do cateter. 3. Infecções relacionadas a
cateter. 4. Cateterismo periférico. 5. Cuidados de enfermagem. I.
Gonçalves, Toffano, Silmara Elaine Malaguti. II. Universidade Fede-
ral do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 616-089.819.2

MARISLEY FRANCISCO

VARIÁVEIS QUE NORTEIAM A AVALIAÇÃO E DECISÃO DA RETIRADA DO
CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO CURTO PELA EQUIPE DE
ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: O trabalho na saúde e na enfermagem.

Eixo temático: Organização e avaliação dos serviços de saúde; Educação em saúde e enfermagem.

Uberaba, 11 de julho de 2024.

Banca examinadora:

Documento assinado digitalmente
 SILMARA ELAINE MALAGUTI TOFFANO
Data: 12/08/2024 13:39:57-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Silmara Elaine Malaguti Toffano – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 DIVANICE CONTIM
Data: 12/08/2024 10:48:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Divanice Contim
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Documento assinado digitalmente
 DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO
Data: 12/08/2024 09:56:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a. Damiana Aparecida Trindade Monteiro
Universidade de Uberaba-MG

Dedico à *Deus*, por ser a força que me abastece diariamente, por permitir-me superar cada desafio e vivenciar essa conquista.

À minha *família*, principalmente à minha mãe *Virgínia*, meus filhos *Alain* e *Alex*, meu marido *Oscar* e minha neta *Manuela*, pelo apoio em todos os momentos, principalmente pelo entendimento de minhas ausências e por incentivar a realização de sonhos e a busca por conhecimento.

Aos *pacientes e familiares*, que se mostraram solícitos em fazerem parte desse trabalho. Sem vocês nada seria possível.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À *Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano*, orientadora deste estudo, que me apoiou e direcionou em cada etapa deste processo, com serenidade, competência, sensibilidade e ética, me fazendo acreditar ser possível, concretizando-se para mim como uma grande referência de enfermeira, ser humano, docente e pesquisadora.

Às enfermeiras *Mara Danielle Felipe P. Rodrigues* e *Dayana Freitas*, minhas chefias no início desse desafio, pelo entendimento das dificuldades enfrentadas e apoio para seguir em frente na concretização deste projeto.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Às Professoras Dra. Elizabeth Barrichello, Dra. Divanice Contim e Dra. Lúcia Aparecida Ferreira, que incentivaram e me fizeram acreditar ser capaz desse desafio.

Aos Docentes do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, pelos ensinamentos repassados ao longo dessa trajetória.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Acessos Vasculares (GAV), especialmente à Dra. Damiana Aparecida Trindade Monteiro, Doutorando Saulo Pereira da Costa e Mestrando Lucas Antunes, pelos ensinamentos compartilhados, orientações, incentivos e por terem contribuído de maneira ímpar em todos os momentos, principalmente na coleta de dados.

Aos Membros da Banca de Qualificação e Defesa, pelas valiosas contribuições e ensinamentos na construção desta dissertação.

Ao Professor Dr. Vanderlei José Hass, pela assessoria na análise dos dados e suas valiosas contribuições.

A todos os integrantes da equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica, pela colaboração, empenho, dedicação e realização de um trabalho de qualidade, que facilitou muito a coleta de dados. Vocês merecem o meu total agradecimento e respeito.

À minha amiga Viviane Filgueira, por compartilhar comigo suas experiências e me incentivar.

À equipe de Responsáveis Técnicas do Hospital de Clínicas da UFTM, pelo apoio constante e por estarem sempre ao meu lado.

Aos colegas de turma do Mestrado, pela parceria e pelos momentos compartilhados, o que fez a trajetória se tornar mais leve.

Aos colaboradores da PPGAS, Daniele Cristina Marques Machado e Fábio Renato Barboza, por toda atenção, disponibilidade e resolutividade.

A todos aqueles que tiveram participação direta ou indireta para a concretização deste estudo, meu respeito e gratidão.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, que é uma extensão da minha casa, por possibilitar o desenvolvimento e conclusão desta pesquisa.

RESUMO

FRANCISCO, Marisley. **Variáveis que norteiam a avaliação e decisão da retirada do cateter intravenoso periférico curto pela equipe de enfermagem.** 2024. 72f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

Introdução: Em âmbito, mundial, a punção venosa periférica é considerada como uma das práticas mais comuns das instituições de saúde; por meio dela é possível administrar diversos fluidos em pacientes com diferentes comorbidades de forma rápida e com baixo custo. No entanto, o uso de dispositivos como o cateter intravenoso periférico está relacionado a complicações como a presença de flebite, obstrução, infiltração, o que ocasiona a sua retirada. Diante desse contexto, o profissional de enfermagem deve estar preparado para avaliar a punção venosa periférica de forma efetiva a fim de decidir pela sua retirada. **Objetivo:** Identificar as variáveis que norteiam a avaliação pela equipe de enfermagem da punção venosa periférica para decidir pela retirada do cateter. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional, prospectivo e com abordagem quantitativa, realizado com 200 adultos internados, com idade igual ou acima de 18 anos, admitidos na Unidade de Clínica Médica, durante o período de coleta de dados em uso de cateter intravenoso periférico. Excluíram-se os que estavam sedados, em coma ou em com outras condições clínicas. Para a coleta de dados, realizou-se uma observação diária da punção venosa periférica utilizando um instrumento semiestruturado e validado em conteúdo. Analisou-se os dados aplicando estatística descritiva. O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa. **Resultados:** Dos 200 (100%) participantes, houve uma prevalência de 126 (63%) do sexo masculino, com idade média de 63 anos; 106 (53%) diagnosticados com hipertensão arterial, 190 (95%) em uso de analgésico e antipiréticos. Grande parte dos cateteres intravenosos periféricos já estavam inseridos a um dia 89 (44,5%); 136 (68%) salinizados, 200 (100%) eram de poliuretano, 124 (62%) calibre 20G, 118 (59%) fixados com esparadrapo e 181 (90,5%) em uso de torneirinha. A permanência do cateter intravenoso periférico “*in situ*” variou de menos de 24 horas até 11 dias. A maioria foi retirado da veia por motivo de alta hospitalar, obstrução, deslocamento ou sinais flogísticos. Ressalta-se que a presença de sujidade, descolamento ou bordas soltas ou uso de coberturas não estéreis não foram variáveis preditoras da retirada. **Conclusão:** Em suma, observou-se que as variáveis que subsidiam a retirada do

cateter intravenoso periférico são caracterizadas pela alta hospitalar, obstrução, deslocamento e a presença de sinais flogísticos.

Palavras-chave: Cateteres; Obstrução do Cateter; Infecções Relacionadas a Cateter; Cateterismo Periférico; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

FRANCISCO, Marisley. **Variables that guide the assessment and decision to remove the peripheral intravenous catheter by the nursing team.** 2024. 72f. Dissertation (Master's Course in Health Care – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

Introduction: Worldwide, peripheral venipuncture is considered to be one of the most common practices in healthcare institutions; through it, it is possible to administer various fluids to patients with different comorbidities quickly and at low cost. However, the use of devices such as the peripheral intravenous catheter is related to complications such as phlebitis, obstruction and infiltration, which leads to its removal. Given this context, nursing professionals must be prepared to assess peripheral venipuncture effectively in order to decide whether to remove it. **Objective:** To identify the variables that guide the nursing team's assessment of peripheral venipuncture in order to decide whether to remove the catheter. **Method:** This is a descriptive, observational, prospective study with a quantitative approach, carried out with 200 adult inpatients, aged 18 or over, admitted to the Internal Medicine Unit during the data collection period, who were using a peripheral intravenous catheter. Those who were sedated, in a coma or with other clinical conditions were excluded. For data collection, daily observation of peripheral venipuncture was carried out using a semi-structured, content-validated instrument. The data was analyzed using descriptive statistics. The project was submitted to and approved by the research ethics committee. **Results:** Of the 200 (100%) participants, there was a prevalence of 126 (63%) males, with an average age of 63 years; 106 (53%) diagnosed with hypertension, 190 (95%) using analgesics and antipyretics. Most of the peripheral intravenous catheters had already been inserted for a day - 89 (44.5%); 136 (68%) were saline, 200 (100%) were polyurethane, 124 (62%) were 20G, 118 (59%) were fixed with adhesive tape and 181 (90.5%) were using a stopcock. The permanence of the peripheral intravenous catheter "in situ" ranged from less than 24 hours to 11 days. Most were removed from the vein due to hospital discharge, obstruction, displacement or phlogistic signs. It should be noted that the presence of dirt, detachment or loose edges or the use of non-sterile covers were not predictors of removal. **Conclusion:** In summary, it was observed that the variables that subsidize the removal of the peripheral intravenous

catheter are characterized by hospital discharge, obstruction, displacement and the presence of phlogistic signs.

Keywords: Catheters; Catheter Obstruction; Catheter-Related Infections; Catheterization, Peripheral; Nursing Care.

RESUMEN

FRANCISCO, Marisley. **Variables que orientan la valoración y decisión de retiro del catéter intravenoso periférico por parte del equipo de enfermería.** 2024. 72 y sigs. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2024.

Introducción: En todo el mundo, la venopunción periférica se considera una de las prácticas más comunes en las instituciones sanitarias; a través de ella, es posible administrar diversos líquidos a pacientes con diferentes comorbilidades de forma rápida y a bajo coste. Sin embargo, el uso de dispositivos como el catéter intravenoso periférico está relacionado con complicaciones como flebitis, obstrucción e infiltración, lo que lleva a su retirada. En este contexto, los profesionales de enfermería deben estar preparados para evaluar eficazmente la venopunción periférica con el fin de decidir su retirada. **Objetivo:** Identificar las variables que orientan la valoración de la venopunción periférica por el equipo de enfermería para decidir la retirada del catéter.

Método: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, con enfoque cuantitativo, realizado con 200 pacientes adultos ingresados en la Unidad de Medicina Interna, mayores de 18 años, durante el periodo de recogida de datos, que utilizaban catéter intravenoso periférico. Se excluyeron aquellos que estaban sedados, en coma o con otras condiciones clínicas. Para la recogida de datos se realizó una observación diaria de la venopunción periférica mediante un instrumento semiestructurado y validado en cuanto al contenido. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva. El proyecto se sometió al comité de ética de la investigación, que lo aprobó. **Resultados:** De los 200 (100%) participantes, había una prevalencia de 126 (63%) varones, con una edad media de 63 años; 106 (53%) diagnosticados de hipertensión, 190 (95%) tomaban analgésicos y antipiréticos. La mayoría de los catéteres intravenosos periféricos ya llevaban un día insertados - 89 (44,5%); 136 (68%) estaban salinizados, 200 (100%) eran de poliuretano, 124 (62%) eran 20G, 118 (59%) estaban fijados con esparadrapo y 181 (90,5%) utilizaban llave de paso. La permanencia del catéter intravenoso periférico "in situ" osciló entre menos de 24 horas y 11 días. La mayoría fueron retirados de la vena por alta hospitalaria, obstrucción, desplazamiento o signos flogísticos. Cabe destacar que la presencia de suciedad, desprendimiento o bordes sueltos o el uso de cubiertas no estériles no fueron predictores de retirada. **Conclusión:** En resumen, las variables que favorecen la

retirada del catéter intravenoso periférico se caracterizan por el alta hospitalaria, la obstrucción, el desplazamiento y la presencia de signos flogísticos.

Palabras clave: Catéteres; Obstrucción del catéter; Infecciones relacionadas con catéteres; Cateterismo periférico; Cuidado de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma para a coleta de dados. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	32
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Perfil dos participantes da pesquisa. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	34
Tabela 2 –	Perfil clínico dos participantes da pesquisa. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	35
Tabela 3 –	Medicamentos em uso durante a internação. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	36
Tabela 4 –	Características da punção venosa periférica em adultos na admissão na Unidade de Clínica Médica. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	38
Tabela 5 –	Inconformidades relacionadas à punção venosa periférica segundo o dia de observação. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	39
Tabela 6 –	Tempo de permanência do cateter intravenoso periférico in situ e motivo de retirada. Uberaba Minas Gerais, 2023-2024.....	40
Tabela 7 –	Sinais e sintomas de flebite e decisão pela retirada do cateter intravenoso periférico. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	41
Tabela 8 –	Dor e retirada do cateter intravenoso periférico. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	42
Tabela 9 –	Sinais e sintomas de infiltração e extravasamento e decisão pela retirada do cateter intravenoso periférico. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	43
Tabela 10 –	Presença de sangue no extensor ou no equipo e obstrução do cateter intravenoso periférico segundo o dia de observação. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	44
Tabela 11 –	Inconformidades relacionada ao curativo e retirada do cateter intravenoso periférico por deslocamento ou exteriorização. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CVC	Cateter Venoso Central
CIVP	Cateter Intravenoso Periférico
GAV	Grupo de Pesquisa em Acessos Vasculares
DM	Diabetes Mellitus
INS	<i>Infusion Nurses Society</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PVP	Punção Venosa Periférica
POP	Procedimento Operacional Padrão
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UCM	Unidade de Clínica Médica
UPSA	Unidade de Pronto Socorro Adulto
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

- ® Marca Registrada
- G Gauge
- p Índice de Significância
- ml Mililitros

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
2.1	CONTEXTO HISTÓRICO DA TERAPIA INFUSIONAL.....	23
2.2	CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO.....	24
2.3	A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA PUNÇÃO INTRAVENOSA PERIFÉRICA.....	25
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	GERAL.....	28
3.2	ESPECÍFICOS.....	28
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	TIPO DE ESTUDO	29
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.3	LOCAL DE ESTUDO.....	29
4.4	INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	30
4.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	30
4.5.1	Protocolo para coleta de dados.....	30
4.5.1.1	<i>Primeiro dia de observação.....</i>	<i>30</i>
4.5.1.2	<i>Demais dias de observação.....</i>	<i>30</i>
4.5.2	Estudo piloto.....	32
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5	RESULTADOS.....	34
6	DISCUSSÃO.....	46
7	CONCLUSÃO.....	51
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	59
	APÊNDICE B – TERMO DE ESCLARECIMENTO.....	63
	ANEXO A – ESCALA DE FUGULIN.....	66
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	67

1 INTRODUÇÃO

Administração de medicamentos para via intravenosa, pelo cateter intravenoso periférico (CIVP) ou pelo cateter venoso central (CVC) é uma das práticas de enfermagem mais realizada no ambiente hospitalar (Almeida *et al.*, 2022).

O CIVP é considerado como o dispositivo de acesso vascular invasivo mais utilizado para realizar a Punção Venosa Periférica (PVP) em âmbito mundial (Chróinin *et al.*, 2022; Coley *et al.*, 2023), uma vez que foi estimado que mais de 80% dos indivíduos admitidos em ambiente hospitalar necessitam de fluidos, eletrólitos intravenosos, antibióticos, analgésicos, quimioterapia, transfusões de sangue, nutrição, entre outras terapias intravenosas (Ray-Barruel *et al.*, 2018; Simões; Vendramim; Pedreira, 2022).

A alta frequência do uso de CIVP ocorre devido ao acesso rápido ao sistema vascular, sendo caracterizada como a intervenção vascular mais realizada e de modo menos invasivo; além disso, apresenta um ótimo custo-benefício quando comparado a outros tipos de cateteres venosos (Simões; Vendramim; Pedreira, 2022).

Apesar das vantagens que recaem acerca da inserção do CIVP, esses dispositivos estão propensos a terem falhas e complicações geradas ao paciente antes da conclusão do tratamento, tornando-se um problema comum e de alto custo para a área da saúde (Marsh *et al.*, 2021).

Essas falhas podem desencadear vários incidentes, representadas como um evento adverso ou circunstância com resultado potencial ou real, gerador de danos desnecessários ao paciente. Dentre esses, há o incidente que atinge o paciente, nomeado como *near miss* ou “quase erro”, que é o evento que não atinge o paciente, pois foi detectado precocemente. O incidente que causa danos é definido como evento adverso (Monteiro *et al.*, 2021).

As falhas na inserção do CIVP tendem a ser dolorosas para o paciente, levando ao esgotamento da rede venosa, fobia de agulhas, aumento da probabilidade de inserção de um CVC, sendo, ainda, suscetível a atrasar o início do tratamento venoso e até mesmo ocasionar aumento do tempo de internação (Evison *et al.*, 2021; Marsh *et al.*, 2021).

Segundo dois estudos publicados em 2020, cerca de 20% a 32% da população estudada apresentou complicações como a flebite, caracterizada como uma irritação ou inflamação da parede da veia; a oclusão, apresentada pelo bloqueio da veia;

infiltração, considerada como a administração inadvertida no espaço extravascular dos demais tipos de medicamentos, inclusive os irritantes; e o extravasamento, caracterizado pela administração inadvertida no espaço extravascular de medicamento vesicante (Indarwati *et al.*, 2020; Marsh *et al.*, 2020).

Ademais, de acordo com Almeida *et al.* (2022), a remoção acidental é considerada também como uma complicação, podendo ocorrer por meio do próprio paciente com diminuição do nível de consciência, com quadros de confusão mental, pelo próprio profissional de enfermagem ao realizar a mobilização do paciente no leito ou higiene corporal ou, ainda, devido a umidade, tipo e qualidade de cobertura de fixação do cateter na pele do paciente.

Ray-Barruel *et al.* (2018) apontaram que a não remoção de dispositivos ociosos ou redundantes pode aumentar os riscos de infecções locais e da corrente sanguínea. Estes autores observaram em seu estudo que até 50% de CIVP inseridos permaneceram no local sem nenhuma prescrição de medicamentos intravenosos, fluidos, hemoderivados ou procedimentos (Ray-Barruel *et al.*, 2018).

Essas complicações consomem muito tempo dos profissionais de saúde, em especial para a equipe de enfermagem, que realizam a substituição do CIVP para continuar o tratamento (Kleidon *et al.*, 2019; Marsh *et al.*, 2021). Nesse âmbito, esses profissionais são indispensáveis na manutenção desses dispositivos, evidenciando a necessidade de um amplo conhecimento técnico-científico, que envolve a inserção, manutenção e a remoção do CIVP (Monteiro *et al.*, 2021).

No local selecionado para esta investigação, por se tratar de um hospital de referência para alta e média complexidade, muitos pacientes admitidos são considerados como média e alta dependência de cuidados de enfermagem, dependendo, inclusive de suporte ventilatório e de um longo tempo de internação conforme a Escala de Fugulin (Gâmbaro; Rossi; Simonetti, 2023).

Esse instrumento aborda o estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica, integridade cutânea/mucosa/comprometimento tecidual; curativo e tempo utilizado na realização de curativos e o classifica de acordo com o grau de dependência dos cuidados (Gâmbaro; Rossi; Simonetti, 2023).

Em decorrência da gravidade, a PVP muitas vezes, pode ser difícil, exigindo várias tentativas para a inserção bem-sucedida do CIVP e com perda de tempo maior do que o esperado (Chróinín *et al.*, 2022; INS, 2024). Esta dificuldade está atribuída a

fatores diversos, como doenças vasculares, renais, idade e história de PVP difícil (INS, 2024; Monteiro *et al.* 2020).

Considerando algumas características dos pacientes, como a alteração do nível de consciência, o endurecimento das veias e fragilidade da pele, a fixação de um curativo e a manutenção da estabilidade do CIVP torna-se um desafio para os profissionais de enfermagem (Chróinín *et al.*, 2022; INS, 2024).

Esse profissional deve executar a PVP de forma assertiva, conhecer as boas práticas de manuseio e manutenção; reconhecer os principais motivos de retirar ou trocar o CIVP, assegurando uma boa avaliação do paciente acerca do sítio de punção; integridade cutânea e vascular; tempo e duração da terapia administrada; características do cateter; uso da técnica asséptica e, ainda, a utilização de coberturas recomendadas (Ferreira *et al.*, 2023).

Essa categoria profissional deve realizar treinamentos subsidiados por evidências científicas fidedignas capazes de atualizar as técnicas de inserção e manuseio do CIVP, aumentar a autoconfiança, atitude e conhecimento dos profissionais de enfermagem, na intenção de evitar ou reduzir falhas e complicações relacionadas a esse dispositivo (Braga *et al.*, 2019; Ferreira *et al.*, 2023).

Evidencia-se a relevância do desenvolvimento de estudos que busquem monitorar, avaliar e realizar a vigilância desses dispositivos, possibilitando a identificação precoce das falhas e de possíveis estratégias para reduzir os danos relacionados ao uso do CIVP, objetivando melhorar a qualidade da assistência e aumentar a segurança do paciente (Monteiro *et al.*, 2021).

Por se tratar de um procedimento desenvolvido há décadas, a literatura acerca da necessidade e importância deste dispositivo, assim como dos riscos envolvidos, é bastante ampla (Fan *et al.*, 2022; INS, 2024; Nye *et al.*, 2020); no entanto, considerando todos estes aspectos supracitados, identificamos a necessidade de compreender quais as variáveis que norteiam a decisão clínica da equipe de enfermagem em retirar ou manter um CIVP *in situ* em adultos internados (Brasil, 2017; CDC, 2017; INS, 2024; Ray-Barruel *et al.*, 2020).

Essa necessidade advém de uma lacuna observada na literatura ao apontar que os conhecimentos dos profissionais de enfermagem acerca dos fatores de risco, cuidados e os motivos para a retirada do CIVP são, na maioria das vezes, insuficientes e, até mesmo, não são aplicados na prática cotidiana, não atendendo e respeitando as evidências científicas realizadas sobre o tema (Salgueiro-Oliveira *et al.*, 2019).

Frente ao exposto, indaga-se: quais são as variáveis que norteiam a avaliação da punção venosa periférica e decisão de retirada do cateter pela equipe de enfermagem? Diante disso, este estudo apresenta a intencionalidade de identificar as variáveis que norteiam a avaliação da punção venosa periférica, com o objetivo de decidir a retirada do CIVP pela equipe de enfermagem.

Os resultados desta investigação poderão contribuir para a elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POP) baseado em evidências em saúde, contemplando não só a literatura, mas também a cultura local e as necessidades do paciente. E ainda, poderão contribuir para uma base sólida de informações descritivas para nortear outras investigações na área da enfermagem, como a construção de instrumentos de medida e algoritmos de decisão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA TERAPIA INFUSIONAL

Especificamente no século XVII, a fisiologia dos vasos sanguíneos foi desvendada por Sir Willian Harvey, que em 1616 desenvolveu pesquisas em animais descrevendo o sistema circulatório no *Excercitatio Anatomica de Moto Cordis et Sanguinus in Animalbus* (Zerati *et al.*, 2017).

A partir das descobertas de Harvey, intervenções envolvendo os vasos sanguíneos de seres vivos começaram a ser utilizadas, como por exemplo, a transfusão sanguínea, procedimento realizado por Folly, em 1954, em dois animais, por meio de um tubo de prata introduzido na artéria do doador e uma cânula óssea inserida na veia do receptor (Phillips, 2001; Zerati *et al.*, 2017).

Nos seres humanos, a primeira transfusão ocorreu apenas em 1818, na qual foi transfundido sangue em uma paciente em choque hemorrágico pós-parto, com o sangue retirado de outro individuo (Phillips, 2001; Zerati *et al.*, 2017).

Mediante a necessidade de infundir solução salina intravenosa em pacientes diagnosticados com cólera, em 1831 ocorreu a primeira infusão de soluções em veias por Willian O'Shaughenessy e Thomas Latta. Diante disso, em 1945, o primeiro cateter de polietileno foi utilizado por meio do lúmen de uma agulha, recebendo o nome de Intracath®. Assim, em 1952, foi criado o primeiro acesso ao sistema venoso por meio de uma punção da veia subclávia, pelo cirurgião francês Robert Aubaniac (Zerati *et al.*, 2017).

A partir dos avanços da medicina, juntamente com as reformas sociais e a guerra civil realizada em 1861 nos Estados Unidos, mulheres foram treinadas para a realização dos cuidados de enfermagem, em especial nas coletas de sangue e na administração de terapias endovenosas (Nicolão; Paczkoski; Ellensohn, 2013).

Especificamente, em relação à terapia infusional, os anestesiólogistas eram responsáveis pelo treinamento de enfermeiros por meio da veia antecubital, utilizando agulhas em aço reutilizável, sendo que, *a posteriori*, foram desenvolvidos dispositivos de plástico descartável, bem como cateteres plásticos flexíveis, como os CIVP (Nicolão; Paczkoski; Ellensohn; 2013), conforme descrito a seguir.

2.2 CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO

Os CIVP são os dispositivos de acesso vasculares mais usados em hospitais para realizar a PVP e, na maioria das vezes, inseridos pela equipe de enfermagem (Marsh *et al.*, 2021; INS, 2024).

O CIVP é constituído basicamente por um tubo flexível, apresentando diferentes calibres e comprimentos, agulha metálica, canhão, câmara de refluxo (Phillips, 2001). Apresentam diferentes modelos, vantagens e desvantagens, de acordo com as características dos fabricantes. Podem ser utilizados em ambiente extra-hospitalar ou intra-hospitalar para a administração de fluidos, nutrientes, medicamentos, hemoderivados, além de poderem ser usados para a coleta de sangue em exames (Salgueiro-Oliveira *et al.*, 2019).

Esses dispositivos podem ser identificados segundo o calibre da cânula plástica, descritos em Gauge (G) (14, 16, 18, 20, 22 e 24G); e ainda, segundo o tipo de material da cânula (politetrafluoretileno, poliuretano e outros polímeros com marcas registradas ou segredo comercial). Podem apresentar componentes específicos para a proteção parcial ou total da agulha ou para administração de medicamentos por meio de extensores acoplados no cateter.

Recentemente, um novo tipo de CIVP, denominado CIVP longo, tem sido usado por profissionais de enfermagem; porém, trata-se de um tipo específico para ser usado em veias profundas e requer o uso de tecnologia como a ultrassonografia para inserção.

O uso desses dispositivos pela equipe de enfermagem apresenta riscos de exposição a agentes biológicos transmitidos pelo sangue do paciente, como o Vírus da Imunodeficiência Humana, das Hepatites B e Hepatite C e são responsáveis por grande parte (80-90%) da transmissão de doenças infecciosas (Santos *et al.*, 2018).

Para minimizar tais riscos, dispositivos de segurança foram criados para serem usados obrigatoriamente acoplados ao dispositivo para a prevenção de lesões por agulhas, podendo ter o seu acionamento de modo passivo ou ativo (Santos *et al.*, 2018).

Em relação ao risco de infecção relacionada ao uso de CIVP, esse é bastante baixo quando comparado aos CVC; porém, é frequente a ocorrência de complicações locais, como a flebite pós-infusional, infiltração, obstrução, dentre outras que podem, não só levar a perda do dispositivo, mas também aumentar o tempo de internação e

os custos relacionados à assistência à saúde, como a remoção acidental (INS, 2024; Nye *et al.*, 2020).

Nomeadamente, acerca da flebite pós-infusional, essa apresenta uma incidência entre 11,5% e 36,7%, podendo ser classificada de acordo com o seu agente causal em bacteriana, mecânica, química ou até mesmo evoluindo para um processo inflamatório (Almeida *et al.*, 2022; Pérex-Granda *et al.*, 2020). Já a infiltração apresenta uma variação entre 3,8% e 19,2% dos pacientes (Almeida *et al.*, 2022; Nobre; Martins, 2018). A obstrução do CIVP revela uma incidência igual a 26,5%, podendo ser causada por coágulos, precipitação de medicamentos ou problemas mecânicos (Almeida *et al.*, 2022; Liu *et al.*, 2020).

Além disso, a remoção acidental, caracterizada como a remoção pelo próprio paciente, pelo profissional de enfermagem durante a mobilização do paciente no leito ou higiene corporal ou até mesmo devido a umidade, tipo e qualidade de cobertura de fixação do cateter na pele do paciente (Almeida *et al.*, 2022; Corley *et al.*, 2019; Ray-Barruel *et al.*, 2014), demonstra uma prevalência que varia entre 50 e 69% (Piper *et al.*, 2018; Ray-Barruel *et al.*, 2018).

Diversos estudos abordam a questão da troca do CIVP, e os mais recentes apontaram para manter o cateter *in situ* até o aparecimento de sinais e sintomas relacionados a complicações locais, como a presença de dor, eritema, edema, cordão palpável, entre outros (Brasil, 2017; CDC, 2017; Ray-Barruel *et al.*, 2014; Ray-Barruel *et al.*, 2020).

A troca rotineira de CIVP era recomendada antes de 2015 e pautava-se na ocorrência de flebite e infecção; no entanto, autores de uma revisão sistemática apontaram que a perda de CIVP está mais relacionada à infiltração, oclusão e remoção acidental (Almeida *et al.*, 2022; Corley *et al.*, 2019; Ray-Barruel *et al.*, 2014). Ressalta-se que, atualmente, no local de pesquisa indica-se a troca diária da cobertura e não do cateter. Nesse contexto, o profissional de enfermagem apresenta um papel fundamental, conforme exposto abaixo.

2.3 A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA

Para a avaliação dos sinais e sintomas de complicação referente ao uso do CIVP, é necessária uma avaliação rotineira por parte dos profissionais de

enfermagem, não só para observar precocemente sinais de complicações no sítio de inserção, mas também outros aspectos que envolvem a PVP, como a cobertura e conexões utilizadas (INS, 2021; CDC, 2017; Brasil, 2017).

Uma avaliação diária, rigorosa e sistematizada deve ser realizada pela equipe de enfermagem, a fim de prevenir a perda precoce do CIVP, múltiplas punções e complicações (Ray-Barruel *et al.*, 2020, INS, 2021; CDC, 2017; Brasil, 2017). Neste aspecto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) recomendou que os profissionais de saúde deverão “valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia”; e ainda,

[...] avaliar o sítio de inserção do CIVP e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto (Brasil, 2017).

A maioria dos POP estão direcionados aos cuidados de enfermagem em relação à inserção e manuseio, como a troca de cobertura; no entanto, há uma carência para nortear a decisão do enfermeiro em relação à retirada ou troca do CIVP.

Com a identificação dessa lacuna, pesquisadores australianos vêm elaborando uma ferramenta denominada “*I-Decided*”, para apoiar esta decisão clínica (Ray-Barruel *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024). A ferramenta contempla diferentes princípios para suportar a decisão de retirar ou não o CIVP de um paciente, como: necessidade do CIVP, infusão endovenosa em uso, sinais e sintomas de dor no sítio de inserção ou na veia, higiene das mãos antes do contato com o cateter e suas conexões, curativo e conexões, registros de avaliação do sítio de inserção, esclarecimento e conhecimento do paciente (Ray-Barruel *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024).

Um estudo realizado com 82 hospitais australianos envolvendo idosos internados apontou que, dos 2.179 CIVP observados, 18% apresentaram algum tipo de complicação local (Chróinín *et al.*, 2022). Quase um terço dos CIVP não tinham informações completas registradas, e o uso era desnecessário em um em cada quatro cateteres avaliados, por diferentes motivos, como por exemplo, medicações que poderiam ser substituídas por via oral, de menor risco de infecção (Chróinín *et al.*, 2022). Esses achados indicam a importância de termos dados nacionais para melhorar a assistência em saúde relacionada ao uso de CIVP.

A ANVISA recomenda avaliar diariamente a necessidade de permanência de um CIVP e a sua retirada, nas seguintes situações: em casos de emergência com

comprometimento da técnica estéril; quando não há medicamentos endovenosos prescritos; quando o CIVP não tenha sido utilizado nas últimas 24 ou 48 horas ou na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento. Sendo assim, o CIVP não deve ser trocado rotineiramente, ou seja, em período menor que 96 h (BRASIL, 2017).

A agência recomenda que,

[...] a decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá da adesão da instituição às boas práticas recomendadas nesse documento, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril [...] (BRASIL, 2017).

Segundo a ANVISA (Brasil, 2017) a frequência ideal de avaliação do sítio de inserção recomendada é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente, isto é, pacientes de qualquer idade em UTI, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada uma a duas horas, e adultos em unidades de internação, uma vez por turno.

Os profissionais de enfermagem apresentam uma função indispensável, visto que os cuidados que envolvem o processo de PVP são complexos, exigindo conhecimentos, competências e habilidades dessa classe profissional para a avaliação e tomada de decisão acerca da indicação, escolha do cateter e ainda intervenções de enfermagem durante a permanência do CIVP, na intencionalidade de prevenir e minimizar as taxas de complicações (Almeida *et al.*, 2022).

Apesar da importância da inserção, manutenção e retirada do CIVP pela equipe de enfermagem e, mesmo diante da ampla literatura acerca da necessidade e importância deste dispositivo, assim como dos riscos envolvidos (INS, 2024; Fan *et al.*, 2022; Nye *et al.*, 2020), evidenciam-se, ainda, limitações da literatura relacionadas ao tipo de estudo caracterizado como retrospectivo, a falta de qualidade das evidências e aos tamanhos amostrais considerados como pequenos (Marsh *et al.*, 2021; Indarwati *et al.*, 2020; Ben Abdelaziz *et al.*, 2017), o que justifica a importância da realização da presente pesquisa.

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

Identificar as variáveis que norteiam a avaliação pela equipe de enfermagem da punção venosa periférica para decidir pela retirada do cateter.

3.2. ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os adultos internados em relação ao sexo, idade, especialidade de internação, antecedentes de saúde, histórico de internação e de cirurgias; calibre do cateter venoso periférico, topografia, tempo de permanência na veia; tipo de curativo; medicações endovenosas em uso e cateteres ociosos;
- b) Identificar variáveis que norteiam a avaliação da punção venosa periférica pela equipe de enfermagem: características do CIVP, do sítio de inserção, da cobertura/ curativo e dos acessórios e medicamentos em uso;
- c) Descrever os motivos que norteiam a decisão da equipe de enfermagem para a retirada do CIVP.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, prospectivo e com abordagem quantitativa.

Esta investigação é parte de um projeto de pesquisa intitulado “Cateteres venosos periféricos em adultos: observação da inserção à retirada do dispositivo”, sob a coordenação e execução de um Grupo de pesquisa em Acessos Vasculares (GAV) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi composta por 200 adultos internados, cujos critérios de inclusão foram: idade igual ou acima de 18 anos; ser admitido na Unidade de Clínica Médica (UCM) durante o período de coleta de dados e estar em uso de um CIVP. Foram excluídos os que estavam sedados, em coma ou em outras condições clínicas.

O cálculo amostral foi realizado segundo a média de internações dos últimos três anos (2021, 2022 e 2023), referente ao período de coleta de dados e ainda prevalência de perda de CIVP em adultos. Considerou-se uma incidência de retirada de cateter de 50,0%, uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 400 pacientes, chegando-se a uma amostra mínima de 196 participantes. Adotando-se uma perda de amostragem de 20%, o número de tentativas de recrutamento máximo será de 245.

4.3 LOCAL DE ESTUDO

Foi desenvolvido em uma UCM de um hospital público e de ensino, com 303 leitos, situado no interior de Minas Gerais. A UCM é composta por 36 leitos divididos em oito enfermarias, sendo 7 com 5 leitos cada e um quarto privativo com 1 leito.

4.4 INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento semiestruturado, contendo variáveis demográficas, clínicas e relacionadas ao CIVP e a assistência de enfermagem (APÊNDICE A).

Este instrumento foi desenvolvido e validado por Monteiro (2018), mas para esta investigação, variáveis acerca da avaliação do sítio de inserção do CIVP foram incluídas, com base nos instrumentos de coleta de dados de Filgueira (2019) e Santos (2022).

4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador, por meio de observação diária da PVP e ainda, identificação dos registros de enfermagem no prontuário do participante.

Inicialmente, o pesquisador convidou o participante internado na unidade selecionada para o estudo e, após esclarecer os objetivos do estudo, solicitou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

4.5.1 Protocolo para coleta de dados

4.5.1.1 Primeiro dia de observação

O pesquisador coletou os dados referentes aos aspectos demográficos e clínicos e realizou a observação da punção venosa periférica em relação aos aspectos do sítio de inserção, do curativo ou cobertura, dos acessórios (extensores, torneiras e equipos), bem como da identificação do CIVP no curativo. Também foram coletados os dados do prontuário em relação ao registro da data da PVP. Todas as informações foram registradas no instrumento de coleta de dados.

4.5.1.2 Demais dias de observação

Diariamente, o pesquisador avaliou a PVP segundo os mesmos aspectos supracitados. Em caso de retirada do CIVP, este consultou o prontuário a fim de

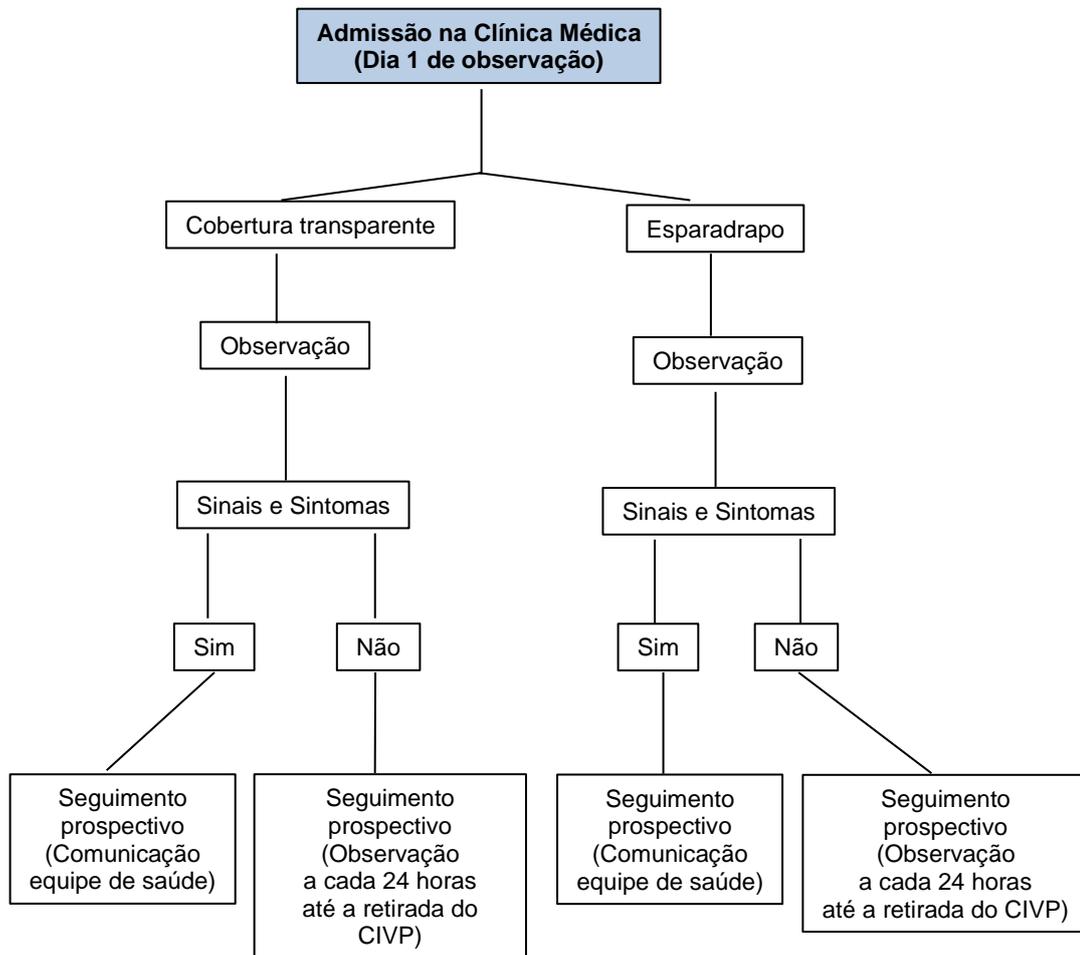
identificar o registro sobre o motivo de retirada. Para aqueles que não havia a descrição da presente informação, consultou-se os profissionais de enfermagem lotados no setor que haviam retirado o CIVP.

Para fins de padronização da observação desta investigação, inicialmente, esta foi realizada uma única vez a cada 24 horas, preferencialmente após o banho, naqueles que estivessem com a fixação do tipo esparadrapo, na intenção de minimizar possíveis lesões.

Em todas as observações, o pesquisador, ao identificar possíveis riscos relacionados à PVP, como sujidade no curativo ou cobertura, sinais ou sintomas de complicações locais ou outras situações, comunicou a equipe de enfermagem responsável pelo participante para que eles pudessem decidir pelo cuidado a ser realizado (Figura 1).

Na instituição de estudo havia três tipos de cobertura para CIVP: curativo transparente (estéril e não estéril), fita microporosa (não estéril) e esparadrapo (não estéril). A avaliação da necessidade de troca de cobertura é padronizada após o banho ou quando houver sujidade ou descolamento e, por este motivo, a observação do sítio de inserção foi realizada tanto no momento de troca do curativo como em outro momento, quando se tratava de cobertura estéril transparente, que permite visualizar o sítio de inserção.

Figura 1 – Fluxograma para a coleta de dados. Uberaba, MG, Brasil, 2023-2024



Fonte: do autor, 2024.

O encerramento da coleta de dados de cada participante ocorreu quando o CIVP observado foi retirado da veia, independente do motivo. Não houve acompanhamento do participante após a alta, transferência de hospital ou para outros setores não selecionados para este estudo.

4.5.2 Estudo Piloto

Para a realização desta investigação, um estudo piloto com 10 participantes foi realizado na UCM, a fim de avaliar sua viabilidade, verificando o tempo gasto na observação diária da PVP, a realização da punção, o preenchimento do instrumento e o seguimento prospectivo. Ressalta-se que os resultados referentes a essa etapa não foram incluídos na amostra final.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

As variáveis do instrumento foram codificadas e catalogadas em um dicionário (codebook). Os dados foram duplamente digitados em uma planilha do Microsoft Office® do Excel® para serem validados, a fim de identificar possíveis erros de digitação. Posteriormente, os dados serão exportados e analisados no software IBM® *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.

As variáveis categóricas foram analisadas segundo estatística descritiva, por meio da distribuição de frequência absoluta e percentual, enquanto, para as variáveis numéricas, foram utilizadas medidas de tendência de posição (média, mediana), dispersão (desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo). Foram considerados significativos resultados com intervalos de confiança de 95% e valores de p menores que 0,05.

O conceito de retirada de CIVP nesta investigação se aplicará a todos os CIVP que forem retirados da veia pela equipe de enfermagem, mediante avaliação do sítio de inserção, independentemente do desfecho.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, em todos os aspectos.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob o parecer n. 2.898.303, CAAE 92204318.4.0000.5154 (ANEXO B).

Os pesquisadores aplicaram os instrumentos após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Aqueles que estavam em coma ou sedados foram observados após a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE, (APÊNDICE C), por um responsável.

5 RESULTADOS

Participaram 200 adultos, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e que foram admitidos na UCM durante o período de coleta de dados.

A maioria dos participantes era do sexo masculino, com idade média de 63 anos (DP \pm 18,4), sendo a idade mínima 18,2 e máxima 97,1 (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil dos participantes da pesquisa. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	74	37,0
Masculino	126	63,0
Faixa etária		
< 20	02	1,0
20 a 30	13	6,5
31 a 40	14	7,0
41 a 50	25	12,5
51 a 60	32	16,0
61 a 70	44	22,0
71 a 80	38	19,0
> 80	32	16,0
Cor da pele autodeclarada		
Branca	90	45,0
Parda	66	33,0
Amarela	03	1,5
Negra	41	20,5
Indígena	00	0,0
Setor de origem		
Pronto Socorro	164	82,0
UTI	23	11,5
Clínica médica	03	1,5
Outros	10	5,0
Especialidade médica		
Pneumologia	17	8,5
Neurologia	35	17,5
Clínica Médica	32	16,0
Cardiologia	52	26,0
Hematologia	22	11,0
Vascular	01	0,5

Nefrologia	12	6,0
Gastroenterologia	14	7,0
Ortopedia	01	0,5
Reumatologia	04	2,0
Oncologia	05	2,5
Infectologia	01	0,5
Endocrinologia	04	2,0
Complexidade assistencial*		
Cuidado mínimo	90	45,0
Cuidado intermediário	58	29,0
Cuidado alta dependência	50	25,0
Cuidado semi-intensivo	02	1,0

*Escala de Fugulin

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Em relação às variáveis referentes aos antecedentes de saúde, os dados foram descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil clínico dos participantes da pesquisa. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

Variável	N	%
Internações prévias		
Não	131	65,5
Sim	69	34,5
Cirurgias prévias		
Não	160	80,0
Sim	40	20,0
Quimioterapia prévia		
Não	187	93,5
Sim	13	6,5
Informação sobre o histórico de punção venosa periférica difícil		
Não	110	55,0
Sim	90	45,0
Diabetes Mellitus		
Não	114	57,0
Sim	86	43,0
Hipertensão Arterial Sistêmica		
Não	94	47,0
Sim	106	53,0
Neoplasias		

Não	181	90,5
Sim	19	9,5
Trombose		
Não	196	98,0
Sim	04	2,0
Coagulopatias		
Não	195	97,5
Sim	05	2,5
Insuficiência Renal		
Não	167	83,5
Sim	33	16,5
Plegias		
Não	180	90,0
Sim	20	10,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Segundo dados do prontuário, diversos medicamentos estavam em uso pelos participantes durante o período de internação, como descrito na Tabela 3.

Tabela 3 – Medicamentos intravenosos em uso durante a internação. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

Variável	n	%
Analgésicos e antipiréticos		
Não	10	5,0
Sim	190	95,0
Antiarrítmico		
Não	158	79,0
Sim	42	21,0
Antibiótico		
Não	139	69,5
Sim	61	30,5
Anticoagulante		
Não	193	96,5
Sim	07	3,5
Vasopressor		
Não	197	98,5
Sim	03	1,5
Antiepilético e antidepressivo		
Não	180	90,0
Sim	20	10,0
Anti-inflamatório		
Não	188	94,0
Sim	12	6,0

Antiemético e antiulceroso		
Não	30	15,0
Sim	170	85,0
Antifúngico		
Não	197	98,5
Sim	03	1,5
Anti-hipertensivo		
Não	151	75,5
Sim	49	24,5
Corticoide		
Não	186	93,0
Sim	14	7,0
Sedativo		
Não	176	88,0
Sim	24	12,0
Repositor hidroeletrolítico		
Não	134	67,0
Sim	66	33,0
Anticoagulantes		
Não	64	32,0
Sim	136	68,0
Antiagregante plaquetário		
Não	156	78,0
Sim	44	22,0
Outras classes		
Não	159	79,5
Sim	41	20,5

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Na admissão na UCM foi realizada a primeira observação da PVP, conforme protocolo da pesquisa. Os dados apontaram que, na maioria das vezes, o CIVP observado já estava “in situ” na veia há mais de 24 horas, pois o participante esteve internado em outros locais, como na Unidade de Pronto Socorro Adulto (UPSA), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), antes de serem admitidos na UCLM (Tabela 4).

Tabela 4 – Características da punção venosa periférica em adultos na admissão na Unidade de Clínica Médica. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

Variável	n	%
Tempo de inserção do cateter intravenoso periférico “in situ” (em dias)		
< 01	27	13,5
01	89	44,5
02	59	29,5
03	17	8,5
04	03	1,5
05	01	0,5
06	02	1,0
07	02	1,0
Motivo para a punção venosa		
Medicação intermitente (salinizado)	136	68,0
Medicação contínua por equipo	64	32,0
Ausência de data da punção no prontuário		
Não	153	76,5
Sim	47	23,5
Sem informação	01	0,5
Primeira punção venosa periférica da internação atual		
Não	142	71,0
Sim	58	29,0
Material do cateter		
Poliuretano	200	100
Calibre do cateter		
24	04	2,0
22	51	25,5
20	124	62,0
18	14	7,0
16	01	0,5
Sem informação	06	3,0
Local da punção		
Mão	43	21,5
Pulso	29	14,5
Antebraço	79	39,5
Fossa Antecubital	23	11,5
Cabeça/pescoço (jugular)	02	1,0
Braço	21	10,5
Sem informação	03	1,5
Lado do corpo		
Direito	87	43,5
Esquerdo	109	54,5
Sem informação	04	2,0
Edema no membro puncionado		
Não	199	99,5
Sim	01	0,5
Tipo de cobertura e estabilização		

Esparadrapo não estéril	118	59,0
Filme transparente estéril e com tira de estabilização	38	19,0
Filme transparente estéril e sem tira de estabilização	11	5,5
Fita microporosa não estéril	07	3,5
Outros	26	13,0
Acessórios		
Torneirinha de três vias	181	90,5
Extensor de duas vias	08	4,0
Outros	06	3,0
Torneirinha e extensor de duas vias	05	2,5

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

A permanência do CIVP “in situ” variou de menos de 24 horas até 11 dias. A maioria foi retirado da veia por motivo de alta hospitalar, obstrução, deslocamento ou sinais flogísticos, como descrito na Tabela 5.

Tabela 5 – Inconformidades relacionadas à punção venosa periférica segundo o dia de observação. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

Variável	Sinais e sintomas de flebite		Sinais e sintomas de infiltração ou extravasamento		Falhas relacionadas ao curativo		Sangue no equipo ou extensor	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Dia 01 (n=200)	15	7,5	04	2,0	179	89,5	35	17,5
Dia 02 (n=136)	13	9,5	-	-	93	68,3	21	15,4
Dia 03 (n=62)	18	29,0	01	1,6	46	74,1	08	12,9
Dia 04 (n=33)	06	18,1	02	6,1	29	87,3	05	15,1
Dia 05 (n=20)	02	10,0	01	5,0	17	85,5	-	-
Dia 06 (n=12)	01	8,3	-	-	10	83,3	01	8,3
Dia 07 (n=08)	04	50,0	01	12,5	01	12,5	01	12,5
Dia 08 (n=05)	02	40,0	-	-	01	20,0	-	-

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Os dados acerca da decisão pela retirada do CIVP mediante a presença de sinais ou sintomas de flebite, e de acordo com o dia de inserção do cateter, foram descritos na Tabela 6.

Tabela 6 – Tempo de permanência do cateter intravenoso periférico in situ e motivo de retirada. Uberaba Minas Gerais, 2023-2024

Variável	N	%
Tempo de permanência “in situ” (em dias)		
< 01	04	2,0
01	31	15,5
02	55	27,5
03	51	25,5
04	21	10,5
05	18	9,0
06	05	2,5
07	06	3,0
08	03	1,5
09	04	2,0
10	01	0,5
11	01	0,5
Motivo de retirada		
Alta hospitalar	47	23,5
Obstrução	33	16,5
Exteriorização ou deslocamento	32	16,0
Sinais flogísticos no sítio de inserção	20	10,0
Infiltração	19	9,5
Óbito	15	7,5
Remoção acidental	12	6,0
Término da terapia infusional	10	5,0
Infiltração e extravasamento	10	5,0
Suspeita de infecção	01	0,5
Sem informação	01	0,5

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Na Tabela 7 foram descritos os dados acerca das inconformidades relacionadas à PVP, relacionadas ao aparecimento de sinais e sintomas de flebite, segundo o dia de observação do CIVP.

Tabela 7 – Sinais e sintomas de flebite e decisão pela retirada do cateter intravenoso periférico. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

	Sinais e Sintomas de Flebite	Retirada do Cateter		Total n (%)
		Sim n (%)	Não n (%)	
Dia 01 (n=200)	Sim	05 (8,2)	10 (7,2)	15 (7,5)
	Não	56 (91,8%)	129 (92,8)	185 (92,5)
Dia 02 (n=136)	Sim	10 (13,2)	03 (5,1)	13 (9,6)
	Não	66 (86,8)	56 (94,9)	122 (90,4)
Dia 03 (n=62)	Sim	12 (49,9)	06 (17,6)	18 (29,0)
	Não	16 (57,1)	28 (82,4)	44 (71,0)
Dia 04 (n=33)	Sim	03 (25,0)	03 (15,8)	06 (19,4)
	Não	09 (75,0)	16 (84,2)	25 (80,6)
Dia 05 (n=20)	Sim	01 (12,5)	01 (8,3)	02 (10)
	Não	07 (87,5)	11 (91,7)	18 (90,0)
Dia 06 (n=12)	Sim	01 (33,0)	-	01 (8,3)
	Não	02 (66,7)	09 (100)	11 (91,7)
Dia 07 (n=08)	Sim	03 (100)	01 (20)	04 (50,0)
	Não	-	04 (80)	04 (50,0)
Dia 08 (n=05)	Sim	02 (40)	02 (40)	02 (40)
	Não	03 (60)	03 (60)	03 (60)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Os dados referentes a resposta de dor no local de punção ou no trajeto do CIVP e a retirada do CIVP foram descritos na Tabela 8.

Tabela 8 – Dor e retirada do cateter intravenoso periférico. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

	Dor	Retirada do Cateter		Total n (%)
		Sim n (%)	Não n (%)	
Dia 01 (n=200)	Sim	04 (6,6%)	12 (8,6)	16 (8,0)
	Não	57 (93,4)	127 (91,4)	184 (92,0)
Dia 02 (n=136)	Sim	12 (16,7)	02 (3,1)	14 (10,3)
	Não	60 (83,3)	62 (96,9)	122 (89,7)
Dia 03 (n=62)	Sim	02 (3,2)	10 (16,1)	12 (19,3)
	Não	01 (96,8)	49 (70,0)	50 (80,7)
Dia 04 (n=33)	Sim	02 (15,4)	04 (20,0)	06 (18,2)
	Não	11 (84,60)	16 (80,0)	27 (81,8)
Dia 05 (n=20)	Sim	01 (12,5)	01 (8,3)	02 (10,0)
	Não	07 (87,5)	11 (91,7)	18 (90,0)
Dia 06 (n=12)	Sim	-	01 (11,1)	01 (8,3)
	Não	03 (100)	08 (88,9)	11 (91,7)
Dia 07 (n=08)	Sim	-	-	-
	Não	03 (100)	05 (100)	08 (100)
Dia 08 (n=05)	Sim	-	-	-
	Não	05 (100)	-	-

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Os dados sobre a decisão pela retirada do CIVP mediante a presença de sinais ou sintomas de infiltração ou extravasamento, e de acordo com o dia de inserção do cateter, foram descritos na Tabela 9.

Tabela 9 – Sinais e sintomas de infiltração e extravasamento e decisão pela retirada do cateter intravenoso periférico. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

	Sinais e Sintomas de Infiltração e Extravasamento	Retirada do Cateter		Total n (%)
		Sim n (%)	Não n (%)	
Dia 01 (n=200)	Sim	01 (1,6)	02 (2,2)	04 (2,0)
	Não	60 (98,4%)	136 (97,8)	196 (98,0)
Dia 02 (n=136)	Sim	-	-	-
	Não	76 (100)	60 (100)	136 (100)
Dia 03 (n=62)	Sim	01 (3,6)	-	01 (1,6)
	Não	27 (96,4)	34 (100)	61 (98,4)
Dia 04 (n=33)	Sim	02 (15,4)	-	02 (6,1)
	Não	11 (84,6)	20 (100)	31 (93,9)
Dia 05 (n=20)	Sim	-	01 (8,3)	01 (5,0)
	Não	08 (100)	11 (91,7)	19 (95,5)
Dia 06 (n=12)	Sim	-	-	-
	Não	03 (100)	09 (100)	12 (100)
Dia 07 (n=08)	Sim	01 (33,3)	-	01 (12,5)
	Não	02 (67,7)	05 (100)	07 (87,7)
Dia 08 (n=05)	Sim	-	-	-
	Não	05 (100)	05 (100)	05 (100)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Em relação à presença de sangue no extensor ou no equipo e a retirada do CIVP por obstrução, a maioria dos CIVP obstruídos não estavam com sangue no equipo e extensor (Tabela 10).

Tabela 10 – Presença de sangue no extensor ou no equipo e obstrução do cateter intravenoso periférico segundo o dia de observação. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

	Sangue no extensor ou no equipo	Retirada do Cateter Por obstrução		Total n (%)
		Sim n (%)	Não n (%)	
Dia 01 (n=200)	Sim	12 (34,3)	23 (13,9)	35 (17,5)
	Não	23 (65,7%)	142 (86,1)	165 (82,5)
Dia 02 (n=136)	Sim	05 (17,2)	16 (15,0)	21 (15,4)
	Não	24 (82,8)	91 (85,0)	115 (84,6)
Dia 03 (n=62)	Sim	02 (18,2)	06 (11,8)	08 (12,9)
	Não	09 (81,8)	45 (88,2)	54 (87,1)
Dia 04 (n=33)	Sim	-	02 (7,7)	02 (6,1)
	Não	07 (100)	24 (92,3)	31 (93,9)
Dia 05 (n=20)	Sim	-	-	-
	Não	03 (100)	17 (100)	20 (100)
Dia 06 (n=12)	Sim	-	01 (10,0)	01 (8,3)
	Não	02 (100)	09 (90)	11 (91,7)
Dia 07 (n=08)	Sim	-	01 (14,3)	01 (12,5)
	Não	01 (100)	06 (85,7)	07 (87,7)
Dia 08 (n=05)	Sim	-	-	-
	Não	05 (100)	05 (100)	05 (100)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

Quanto às inconformidades relacionadas ao curativo, como a presença de sujidade, descolamento ou bordas soltas ou uso de coberturas não estéreis, a maioria dos CIVP não foram retirados por conta destas situações (Tabela 11).

Tabela 11 – Inconformidades relacionadas ao curativo e retirada do cateter venoso periférico por deslocamento ou exteriorização. Uberaba, Minas Gerais, 2023-2024

	Inconformidades no curativo	Deslocamento ou exteriorização do cateter		Total n (%)
		Sim n (%)	Não n (%)	
Dia 01 (n=200)	Sim	31 (91,2)	147 (89,1)	178 (89,4)
	Não	03 (8,8%)	18 (10,9)	21 (10,6)
Dia 02 (n=136)	Sim	18 (75,0)	75 (67,0)	21 (15,4)
	Não	06 (25,0)	37 (33,0)	115 (84,6)
Dia 03 (n=62)	Sim	11 (84,6)	35 (71,4)	46 (74,2)
	Não	02 (15,4)	14 (28,6)	16 (25,8)
Dia 04 (n=33)	Sim	06 (87,5)	23 (88,5)	29 (87,9)
	Não	01 (14,3)	03 (11,5)	04 (12,1)
Dia 05 (n=20)	Sim	05 (100)	12 (80,0)	17 (85,0)
	Não	-	03 (20,0)	03 (15,0)
Dia 06 (n=12)	Sim	02 (100)	08 (80,0)	10 (83,3)
	Não	-	02 (20,0)	01 (16,7)
Dia 07 (n=08)	Sim	01 (100)	07 (100)	08 (100)
	Não	-	-	-
Dia 08 (n=05)	Sim	05 (100)	05 (100)	05 (100)
	Não	-	-	-

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024

6 DISCUSSÃO

A inserção, manutenção e retirada de um CIVP de forma adequada, exige dos profissionais de enfermagem um conhecimento amplo acerca dos fatores de risco na intenção de promover a qualidade da assistência e, conseqüentemente, a segurança do paciente (Furlan *et al.*, 2023). Diante disso, o presente estudo avança a prática clínica e se torna relevante por identificar as variáveis que subsidiam a avaliação da PVP para definir a retirada do CIVP, a fim de mitigar a ocorrência de eventos adversos.

Identificar o perfil dos pacientes é de extrema relevância para realizar associações aos fatores de risco que implicam na retirada de CIVP; portanto, esta pesquisa detectou uma prevalência de homens e idosos.

Corroborando estes dados estudo realizado em Minas Gerais, ao identificar um predomínio de idosos com média de idade de 66,9 e 65,5 anos, fator que aumenta os riscos de perda dos CIVP em decorrência da diminuição do turgor e elasticidade da pele, aumento da sensibilidade capilar, risco de sangramento e hematomas devido ao processo de envelhecimento (Almeida *et al.*, 2022).

Estudo desenvolvido na clínica médica de um hospital universitário localizado no interior paulista corrobora esta pesquisa ao evidenciar uma prevalência de pacientes do sexo masculino com idade acima dos 60 anos (Moreira *et al.*, 2020).

A complexidade assistencial chama a atenção; apesar da maioria dos pacientes serem classificados em complexidade mínima, houve muitos participantes de nível intermediário e até intensivo. Pesquisa realizada em clínicas médicas de sete hospitais localizados no norte, nordeste, sudeste e sul destacou uma prevalência de pacientes em alta dependência por apresentarem a necessidade de cuidado semi-intensivo e intermediário, o que se assemelha ao presente estudo (SOUSA *et al.*, 2020).

Além do exposto, esta pesquisa identificou um predomínio de pacientes que apresentam hipertensão arterial, histórico de cirurgias, internações, quimioterapia prévia e PVP difícil. Tais históricos implicam em um maior tempo de internação e, conseqüentemente, evidenciam a necessidade de acessos vasculares de longa permanência, como o CVC.

Estudo nacional corrobora ao evidenciar que dentre as doenças que aumentam o tempo de permanência dos pacientes em ambiente intra-hospitalar encontra-se a

hipertensão arterial, o que a torna um problema grave de saúde pública, uma vez que é responsável por gerar altos custos ao sistema de saúde, principalmente com materiais utilizados em PVP (Beserra *et al.*, 2023).

A presença de comorbidades acelera a necessidade de hospitalização e aumenta o tempo de internação dos pacientes, em especial as doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, o que aumenta as chances de PVP difícil e inserção de CVC (Armenteros-yeguas *et al.*, 2017; Chibante *et al.*, 2016).

A PVP difícil requer o uso de tecnologias para visualizar as veias, como também o uso de CIVP de calibre maior em veia que não está visível ou palpável, a depender da condição clínica do paciente. Ensaio clínico randomizado desenvolvido em Xangai referiu que a escolha de veias palpáveis e visíveis em pacientes idosos e críticos é um desafio, tornando-se necessário o uso de tecnologias como o ultrassom. Essa tecnologia demonstrou uma maior taxa de sucesso logo na primeira tentativa, mesmo em PVP difícil (Bian *et al.*, 2021).

Um estudo de revisão de literatura refere que o uso de tecnologias para a visualização da rede venosa auxilia na localização rápida e precisa do local de inserção em comparação as técnicas tradicionais, bem como reduz o tempo e o número de tentativas, principalmente em PVP difíceis (Santos *et al.*, 2020).

Além do exposto, o uso de medicamentos aumenta o risco de complicações locais PVP, como flebite, devido a osmolaridade, pH, obstrução por medicamento, demonstrando a necessidade de *flushing* para prevenção.

Essas complicações ocorrem em decorrência de infusão de concentrações inadequadas de medicamentos que causam a precipitação de fluidos, evidenciando a necessidade administrar o *flushing* para impedir a formação de colonização e coágulos dentro do CIVP (Keogh *et al.*, 2017).

Estudo de coorte realizado em Portugal converge com a presente pesquisa ao identificar que a realização de *flushing* antes e após a administração de medicamentos é considerada como uma assistência de enfermagem indispensável, visto que a não realização desse cuidado resulta em obstrução, mau funcionamento do cateter, problemas mecânicos e até mesmo a remoção do CIVP (Braga *et al.*, 2018).

Esta pesquisa apresentou uma prevalência do uso de CIVP em calibre número 20G; além disso, o poliuretano foi o material mais utilizado e indicado para minimizar risco de flebite. Estudo realizado no interior de São Paulo diverge da presente pesquisa ao evidenciar uma prevalência de adesão do cateter número 22G do tipo

não agulhado em teflon, uma vez que esse tipo de dispositivo reduz o risco de flebite, infiltração e tração (Lago; Souza; Bolela, 2021).

É verificado por estudo que cateteres de maiores calibres, como o 18G, estão relacionados a presença de tromboflebite, enquanto os de menor calibre, como o 22G, podem causar obstrução, extravasamento, descolamento e infiltração, o que diverge da pesquisa anterior (Alexandrou *et al.*, 2018).

Em relação ao uso de cateteres de poliuretano, estudo refere que para a prevenção de infecções na corrente sanguínea indica-se a troca desse cateter a cada 96 horas e o de teflon a cada 72 horas, com exceção dos pacientes com PVP difícil, neonatos e crianças (Santos *et al.*, 2021).

Pesquisa ressalta que o poliuretano conhecido como Vialon® proporciona a adaptação do CIVP à rede venosa de forma anatômica, reduzindo a incidência de flebite em decorrência de irritação mecânica (Danski *et al.*, 2020).

Observou-se a utilização de cobertura estéril a fim de contribuir com a estabilização da PVP para evitar deslocamento do CIVP, apesar de haver uma prevalência do uso de esparadrapo. Estudo identificou uma prevalência do uso da cobertura do tipo filme transparente estéril; além disso, complementou que o uso de coberturas como o esparadrapo não permite a avaliação do local de inserção do cateter, ocasionando a troca frequente do sistema de fixação, a fim de minimizar as complicações (Lago; Souza; Bolela, 2021).

Esta pesquisa evidenciou que as falhas no curativo, uso de curativo não estéril como o esparadrapo, é capaz de ocasionar sinais e sintomas de flebite, infiltração, retorno de sangue no equipo e lesões de pele. Tais evidências corroboram estudo que demonstra a necessidade de curativos estéreis, transparentes, com a possibilidade de visualizar e avaliar o sítio de inserção (Lago; Souza; Bolela, 2021).

O tempo de permanência do cateter variou entre um e onze dias. Houve maior predomínio de CIVP com tempo de permanência entre um e dois dias. Acredita-se que este curto período ocorreu principalmente em pacientes da cardiologia, oriundos da UTI ou da hemodinâmica, cujos dispositivos invasivos foram retirados para a prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Outros motivos também foram a ocorrência de obstrução, exteriorização ou deslocamento.

Desde 2015 o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) deixou de recomendar a troca do catéter entre 72 e 96h, a ANVISA (2017) passou a recomendar que a manutenção dos cateteres deve estar relacionada à adesão das boas práticas

da instituição e a troca ocorrer somente no surgimento de alterações no local da punção.

Ao correlacionar a presença de sinais e sintomas de flebite com o dia de retirada do CIVP, observou-se um número considerável de pacientes que tiveram extração do cateter no terceiro dia. A flebite é caracterizada como um processo inflamatório que causa complicações na camada íntima da pele, como a dor, edema, eritema, calor e a presença de um cordão fibroso palpável, fatores que implicam na retirada precoce do CIVP equivalente a 16 a 34% dos casos, a depender do cateter utilizado, conforme citado em estudo em uma clínica médica (Lima *et al.*, 2020).

Constata-se a necessidade de a equipe de enfermagem realizar uma escuta ativa do paciente a fim de avaliar as suas queixas, principalmente as relacionadas aos sinais de inflamação, uma vez que os pacientes que tiveram queixa de dor retiraram os cateteres no segundo dia, em sua maioria.

Estudo referiu que se a incidência de flebite for maior que 5%, a troca do CIVP deverá ser realizada a cada 48 horas; portanto, faz-se necessário observar a presença de sinais flogísticos e realizar uma escuta ativa do paciente com a intenção de minimizar as complicações relacionadas ao local de inserção (Urbanetto *et al.*, 2017).

Apesar de haver um número limitado de pacientes que apresentaram sinais e sintomas de infiltração, torna-se necessário evidenciar a importância de confirmar o refluxo de sangue antes da administração de medicamentos, assim como, observar sinais e sintomas de infiltração.

Estudo realizado em Minas Gerais, com 75 pacientes, identificou uma incidência de infiltração de 9,4%, o que torna o monitoramento das características da pele e tecidos adjacentes ao cateter um cuidado de extrema importância. Ressalta-se que a observação contínua é capaz de detectar de forma precoce os sinais de infiltração e, posteriormente, possibilitar tomada de decisões, como a retirada do CIVP para minimizar as complicações (Almeida *et al.*, 2022). Salienta-se que a não retirada do CIVP nessas circunstâncias implicaram em lesões relevantes.

No que concerne a retirada do cateter em decorrência de obstrução por sangue no equipo e extensor, encontrou-se um número considerável de pacientes que o retiraram no primeiro dia, evidenciando a necessidade de pressão positiva, com técnica de turbilhonamento para o *flushing* com o uso de seringa de 10 ml, assim como, a importância de fechar o *clamp* para evitar refluxo, realizar o *flushing* intermitente, na intenção de minimizar o risco de obstrução (Brasil, 2017).

Pesquisa desenvolvida em Portugal identificou o uso de *flushing* para manter a permeabilidade do CIVP e prevenir a sua obstrução; no entanto, não evidenciou um protocolo na instituição de saúde que subsidiasse e orientasse o uso dessa técnica, principalmente em relação ao volume e momento de realização (Braga *et al.*, 2018).

Frente ao exposto, destaca-se a necessidade de instituir protocolos que descrevam como e quando realizar o *flushing* com solução salina, maior manuseio do CIVP e necessidade e higiene das mãos na troca do equipo/extensor. A não adesão dessa prática ocasiona obstrução do cateter, custeio de materiais, o disparo de alarmes das bombas de infusão e, ainda, tempo de enfermagem dispensado para resolver a causa e impedir ou evitar a perda do cateter (Braga *et al.*, 2018).

Ressalta-se que, mesmo sem a possibilidade de determinar a causa da obstrução dos cateteres, até quando não havia sangue, houve obstrução. Pesquisa desenvolvida na China revelou que, entre as causas de obstrução, salienta-se a presença de coágulos, falhas mecânicas e a precipitação de medicamento, fatores que favorecem a resistência no fluxo da infusão ou ainda a falta de refluxo de sangue pelo CIVP (Liu *et al.*, 2020).

Este estudo destaca a importância em realizar a identificação no prontuário dos registros, motivos de perda, data de inserção, calibre, local, entre outras informações, mediante a dificuldade em coletar tais dados. Estudo descritivo desenvolvido em um hospital público do Nordeste referiu a dificuldade e a falta de conhecimento de enfermeiros e técnicos em enfermagem em saber quando, o que e como realizar o registro de informações como o nível de consciência, exame físico e o uso de dispositivos (Ferreira *et al.*, 2020).

Tal evidência demonstra que o registro de informações nos prontuários constitui um desafio diário da equipe de enfermagem; entretanto, torna-se um ato de extrema relevância, visto que promove a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada (Ferreira *et al.*, 2020).

Identificou-se como limitação do presente estudo a dificuldade em encontrar a causa de obstrução do CIVP, bem como o fato de ter sido realizado em uma única unidade do hospital, fato que instiga o desenvolvimento de pesquisas multicêntricas. Além do exposto, evidenciou-se a dificuldade em ter acesso aos prontuários físicos para a coleta de dados, visto que seu uso é dividido entre a equipe médica, de enfermagem, fisioterapia, entre outros.

7 CONCLUSÃO

Em suma, a maioria dos participantes eram homens, com idade média de 63 anos, cardiológicos, diagnosticados com hipertensão arterial, necessitando de cuidado mínimos, sem internações e cirurgias prévias. Houve uma prevalência do uso de analgésicos, antipiréticos, anticoagulantes e antieméticos.

Em vários momentos, o CIVP observado já estava “*in situ*” na veia há mais de um dia, pois o participante esteve internado em outros locais como na UPSA, UTI, antes de serem admitidos na UCM. Todos os pacientes apresentavam CIVP de poliuretano, a sua maioria de calibre nº 20G, localizados no antebraço, do lado esquerdo, cobertos com esparadrapo, em uso da torneirinha de três vias e sem a presença de edema.

A permanência do CIVP “*in situ*” variou de menos de 24 horas até 11 dias. A maioria foi retirado da veia por motivo de alta hospitalar, obstrução, deslocamento ou sinais flogísticos. As inconformidades relacionadas ao curativo, como a presença de sujidade, descolamento ou bordas soltas ou uso de coberturas não estéreis não foram responsáveis pela retirada da maioria dos CIVP.

Além do exposto, observou-se a escassez de dados relacionados ao CIVP no prontuário, o que dificultou a identificação dos motivos perda, data de inserção, calibre, local, entre outras, instigando a realização de educações continuadas que demonstrem a relevância do registo de informações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. N.; PIRES, M. H.; SANTANA, I. S.; SALGADO, P. O.; TOLEDO, L. V.; PARREIRA, P.; *et al.* Eficácia de uma intervenção educativa para prevenção de complicações no cateter venoso periférico. **Cogitare Enfermagem**, n. 27, p. 1-14, 28 set. 2022. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/83329>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ARMENTEROS-YEGUAS, V.; GÁRATE-ECHENIQUE, L.; TOMÁS-LÓPEZ, M. A.; CRISTÓBAL-DOMÍNGUEZ, E.; MORENO-DE GUSMÃO, B.; MIRANDA-SERRANO, E. *et al.* Prevalence of difficult venous access and associated risk factors in highly complex hospitalised patients. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 26, n. 23, p.4267-75, mar. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28165645/>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRAGA, L. M.; PARREIRA, P. M. S. D.; ARREGUY-SENA, C.; CARLOS, D. M.; MÓNICO, L. S. M.; HENRIQUES, M. A. P. Taxa de incidência e o uso do flushing na prevenção das obstruções de cateter venoso periférico. **Texto contexto – Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 2-6. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xW8K5CnWSDkz8dQxG9Kx7LL/#>. Acesso em: 5 jun. 2024.

BRAGA, L. M.; SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. S.; HENRIQUES, M. A. P.; ARREGUY-SENA, C.; ALBERGARIA, V. M. P.; PARREIRA, P. M. S. D. Cateterismo venoso periférico: compreensão e avaliação das práticas de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, p. e20180018, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/ZxKMxMzmBTQrRvyFY9TNd9y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília, 2017.

BEN ABDELAZIZ, R.; HAFSI, H.; HAJJI, H.; BOUDABOUS, H.; CHEHIDA, A. B.; MRABET, A.; *et al.* Peripheral venous catheter complications in children: predisposing factors in a multicenter prospective cohort study. **BMC Pediatr**, v. 17, n. 1, p. 208, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29258474/>. Acesso em: 09 jul. 2023.

BESERRA, J. V. F.; MENDES, M. C. B.; CUNHA, I. M.; CARVALHO, E. M. P. Fatores que contribuem para o aumento do tempo de permanência na clínica médica de um hospital público. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 6, n. 12, p. 184-98, 2023. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/433#:~:text=Os%20principais%20fatos%20que%20contribu%20C3%ADram,por%20pareceres%20de%20outras%20especialidades>. Acesso em: 04 jun. 2024.

BIN, Y.; HUANG, Y.; BAI, J.; ZHENG, J.; HUANG, Y. A randomized controlled trial of ultrasound-assisted technique versus conventional puncture method for saphenous venous cannulations in children with congenital heart disease. **BMC Anesthesiol.**, v. 21, p. 131, 2021. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8077689/>. Acesso em: 05 jun. 2024.

CDC (Centers For Disease Control And Prevention). **Recommendations on use of chlorhexidine-impregnated dressings for prevention of intravascular catheter-related infections:** An update to the 2011 guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections from the Centers for Disease Control and Prevention. 2017. 15p. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/pdf/bsi/c-i-dressings-H.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2023.

CHIBANTE, C. L. P.; SANTO, F. H. E.; DIAS, T. D.; PESTANA, L. C.; SANTOS, A. C. S; PINHEIRO, F. M. Fatores associados à internação hospitalar em clientes com Doenças crônicas. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 14, n. 4, p.1491-97, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ciencuidsaude/article/view/24881/pdf>.

Acesso em: 11 jun. 2024.

CHRÓINÍN, D. N.; RAY- BARRUEL, G.; CARR, P.J; FROST, S.A; RICKARD, C.M.; MIFFLIN, N.; MCMANUS, C.; ALEXANDROU, E. The burden of peripheral intravenous catheters in older hospital inpatients: A national cross-sectional study part of the One Million Global Peripheral Intravenous Catheters Collaboration.

Australas J Ageing, v. 42, n. 1, p. 98-107, 2022. DOI: 10.1111/AJAG.13068.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35384222/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

CORLEY, A.; ULLMAN, A. J.; MARSH, N.; GENZEL, J.; LARSEN, E. N.; YOUNG, E.; *et al.* A pilot randomized controlled trial of securement bundles to reduce peripheral intravenous catheter failure. **Heart & lung: the journal of critical care**, v. 57, p. 45-53, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.07.015>. Acesso em 11 jun. 2024

CORLEY, A.; ULLMAN, A. J.; MIHALA, G.; RAY-BARRUEL, G.; ALEXANDROU, E.; RICKARD, C. M. Peripheral intravenous catheter dressing, and securement practice is associated with site complications and suboptimal dressing integrity: A secondary analysis of 40,637 catheters. **Int J Nurs Stud**, v.100, 2019. DOI:

10.1016/j.ijnurstu.2019.103409. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31629208/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

DANSKI, M. T. R.; OLIVEIRA, G. L. R.; JOHANN, D. A.; PEDROLO, E.; VAYEGO, S. A. Incidência de complicações locais no cateterismo venoso periférico e fatores de risco associados. **Acta Paul. Enferm.**, v. 28, n. 6, p. 517- 523, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sYc3vJNbKp3ZZLJGZ5f9yhj/?lang=pt#>. Acesso em: 05 jul. 2023.

EVISON, H.; SWEENEY, A.; RANSE, J.; CARRINGTON, M.; MARSH, N.; BYRNES, J.; et al. Idle peripheral intravenous cannulation: an observational cohort study of pre-hospital and emergency department practices. **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**, v. 29, n. 126, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8403444/>. Acesso em: 06 jul. 2023.

FAN, X. W.; XU, L.; WEI, W. S.; CHEN, Y. M.; YANG, Y.Q. Relationship between indwelling site and peripheral venous catheter-related complications in adult hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis. **J Clin Nurs**, v. 28, 2022. DOI: 10.1111/jocn.16241. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31629208/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

FERREIRA, L. L.; CHIAVONE, F. B. T.; BEZERRIL, M. S.; ALVES, K. Y. A.; SALVADOR, P. T. C. O.; SANTOS, V. E. P. Análise dos registros de técnicos de enfermagem e enfermeiros em prontuários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 2, p. e20180542. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/G4tsNBJDgw9wQHYPNv6wMXd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

FERREIRA, M. G.; PERES, E. M.; LEITE, D. C.; PEIXOTO, I. C.; PIRES, B. M. F. B.; GOMES, H. F. Motivos de retirada e principais complicações em cateteres venosos periféricos: estudo descritivo. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 12, n. 1, p. e202366, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5825>. Acesso em: 07 jul. 2023.

FILGUEIRA, V. S. A. **Análise da perda acidental de cateter venoso periférico em adultos e idosos com alterações cardiovasculares**. 2020. 82f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2020. Disponível em: <http://bdt.d.ufm.edu.br/handle/tede/1048> - p. 63-67. Acesso em: 07 jul. 2023.

FURLAN, M. S.; SABA, A.; BERGER, S.; LIMA, A. F. C. Processo de inserção, manutenção e retirada de cateter intravenoso periférico: análise preventiva de riscos. **Cogit Enferm**, v. 28, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/4Pv88SgtVGHXcNn88TkYxCR/#>. Acesso em: 31 maio 2024.

GÂMBARO, L.; ROSSI, S. G.; SIMONETTI, S. R. Aplicabilidade da escala de Fugulin: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. e24212340702, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40702>. Acesso em: 31 maio 2024.

GORSKI, L. A.; HADAWAY, L. M.; HAGLE, M. E.; BROADHURST, D.; CLARE, S. M.; KLEIDON, T.; et al. Infusion therapy standards of practice 8th Edition. **J Infus Nurs**, v. 44, n. 1S, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/journalofinfusionnursing/Citation/2021/01001/Infusion_Therapy_Standards_of_Practice,_8th.1.aspx. Acesso em: 08 jul. 2023.

INDARWATI, F.; MATHEW, S.; MUNDAY, J.; KEOGH, S. Incidence of peripheral intravenous catheter failure and complications in pediatric patients: Systematic review and meta-analysis. **Int J Nurs Stud**, v. 102, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748919302950?via%3Dihub>. Acesso em: 07 jul. 2023.

INS (Infusion Nursing Society). Infusion Therapy Standards of Practice. **Journal of Infusion Nursing**, v. 39, p. 1-169, 2021. Disponível em: https://journals.lww.com/journalofinfusionnursing/Citation/2021/01001/Infusion_Therapy_Standards_of_Practice,_8th.1.aspx. Acesso em: 05 jul. 2023.

KEOGH, S.; SHELVERTON, C.; FLYNN, J.; DAVIES, K.; MARSH, N.; RICKARD, C. M. An observational study of nurses' intravenous flush and medication practice in the clinical setting. **Vascular Access**, v. 3, n. 1, p. 1-18, 2017. Disponível em: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.629496319613481>. Acesso em: 11 jun. 2024.

KLEIDON, T. M.; CATTANACH, P.; MIHALA, G.; ULLMAN, A. J. Implementation of a pediatric peripheral intravenous catheter care bundle: A quality improvement initiative. **J Paediatr Child Health**, v. 55, n. 10, p. 1214-23, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30702181/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

LAGO, A. J. O.; SOUZA, A. C.; BOLELA, F. Complicações relacionadas à punção venosa periférica e à hipodermoclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 11, n. e76, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/64392/html>. Acesso em: 06 jun. 2024.

LIMA, A. F. C.; SABA, A.; NEVES FILHO, A. G.; COUTO, K. A.; SILVA, L. O. Acesso venoso periférico utilizando dispositivos sobre agulha com e sem extensão: custos e desfechos. **Rev. Bras. Enferm**, v. 73, n. 5, p. e20180921, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CG6v67TLf9rJ6fhHBwTHNjH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2024.

LIU, C.; CHEN, L.; KONG, D.; LYU, F.; LUAN, L.; YANG, L. Incidence, risk factors and medical cost of peripheral intravenous catheter-related complications in hospitalised adult patients. **The Journal of Vascular Access**, v. 23, n. 1, p. 57-66, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302797/>. Acesso em: 08 jul. 2023.

MARSH, N.; LARSEN, E. N.; TAKASHIMA, M.; KLEIDON, T.; KEOGH, S.; ULLMAN, A. J. Peripheral intravenous catheter failure: A secondary analysis of risks from 11,830 catheters. **International Journal of Nursing Studies**, v. 124, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002074892100242X?via%3Dihub>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MARSH, N.; WEBSTER, J.; ULLMAN, A. J.; MIHALA, G.; COOKE, M.; CHOPRA, V.; RICKARD, C. M. Peripheral intravenous catheter non-infectious complications in adults: A systematic review and meta-analysis. **J Adv Nurs.**, v. 76, n. 12, p. 3346-63, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33016412/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

MONTEIRO, D. A. T. **Fatores Associados à Punção Venosa Periférica Difícil em Adultos.** 2018. 92f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2018. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/tede/737/5/Dissert%20Damiana%20A%20T%20Monteiro.pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

MONTEIRO, D. A. T.; DE LA TORRE-MONTERO, J. C.; NICOLUSSI, A. C.; REIS, R. K.; BARBOSA, M. H.; TOFFANO, S. E. M. Prevalence of and factors associated with difficult peripheral venipuncture in adult surgical patients. **J Vasc Access**, v. 22, n. 3, p. 404-10, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32720556/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

MOREIRA, M. R.; SOUZA, A. C.; VILLAR, J.; PESSALACIA, J. D. R.; VIANA, A. L.; BOLELA, F. Caracterização de pacientes sob cuidados paliativos submetidos à punção periférica e à hipodermólise. **Revista de enfermagem do centro-oeste mineiro**, v. 10, p. e4032, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/4032/2556>. Acesso em: 31 maio 2024.

NICOLAO, C.; PACZKOSKI, R. F.; ELLEN SOHN, L. A história da venopunção: a evolução dos cateteres agulhados periféricos ao longo dos tempos. **Revista Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v. 5, n. 1, p. 1-11, abr. 2013. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/233>. Acesso em: 27 mar. 2024.

NYE, M.; SWEENEY, A.; WATKINS, S.; INGOLD, J.; SHARWOOD, P. Difficult vascular access in hospitalized patients: delays to treatment, cannulation attempts, and use of ultrasound. **J Vasc Access**, v. 6, n. 1, p. 12-15, 2020. DOI: 10.33235/va.6.1.5-9. Disponível em: <https://journals.cambridge.com.au/va/volume-6-issue-1/difficult-vascular-access-hospitalised-patients-delays-treatment-cannulation-attempts-and-use-ultrasound>. Acesso em: 05 jul. 2023.

NOBRE, A. S. P.; MARTINS, M. D. S. Prevalence of peripheral intravenous catheter-related phlebitis: associated factors. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 16, p. 127-137, 2018.

PÉREZ-GRANDA, M. J.; BOUZA, E.; PINILLA, B.; CRUCES, R.; GONZÁLES, A.; MILLÁN, J.; et al. Randomized clinical trial analyzing maintenance of peripheral venous catheters in an internal medicine unit: heparin vs. saline. **PLoS One**, v. 15, n. 1, p.1-13, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31905205/>. Acesso em: 08 jul. 2023.

PHILLIPS, L. D. Complicações de terapia intravenosa. In: PHILLIPS, L. D. **Manual de terapia intravenosa**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

PIPER, R.; CARR, P. J.; KELSEV, L. J; BULMER, A. C.; KEOGH, S.; DOYLE, B. J. The mechanistic causes of peripheral intravenous catheter failure based on a parametric computational study. **Scientific Reports**, London, v. 8, p. e:3441, 2018. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-018-21617-1.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2023.

RAY-BARRUEL, G.; COOKE, M.; MITCHELL, M.; CHOPRA, V.; RICKARD, C. M. Implementing the I-DECIDED clinical decision-making tool for peripheral intravenous catheter assessment and safe removal: protocol for an interrupted time-series study. **BMJ Open**, v. 8, n. 6, p. e021290, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5988165/>. Acesso em: 07 jul. 2023.

RICKARD, M. C.; MARSH, N.; WEBSTER, J.; RUNNEGAR, N.; LARSEN, E.; MCGRAIL, M. et al. Dressing and securements for the Prevention of peripheral intravenous catheter failure in adults (SAVE): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial. **The Lancet**, v. 392, n. 10145, p. 419-30, Aug. 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31380-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31380-1/fulltext). Acesso em: 13 mai. 2023.

RICKARD, C. M.; WEBSTER, J.; WALLIS, M. C.; MARSH, N.; MCGRAIL, M. R.; FRENCH, V.; et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. **The Lancet**, v. 380, n. 9847, p.1066-74, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22998716/>. Acesso em: 05 jul. 2023.

RAY-BARRUEL, G.; COOKE, M.; CHOPRA, V.; MITCHELL, M.; RICKARD, C. M. The I-DECIDED clinical decision-making tool for peripheral intravenous catheter assessment and safe removal: a clinimetric evaluation. **BMJ Open**, v. 10, p. e035239, 2020. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/1/e035239>. Acesso em: 05 jul. 2023.

SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. S.; BASTO, M. L.; BRAGA, L. M.; ARREGUY-SENA, C.; MELO, M. N.; PARREIRA, P. M. S. D. Práticas de enfermagem no cateterismo venoso periférico: a flebite e a segurança do doente. **Texto contexto – enferm**, v. 28, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/v5FntF5GhssrQLRRBRYv3PP/?lang=pt#>. Acesso em: 08 jul. 2023.

SANTOS, L. M.; SANTOS, S. A.; SILVA, B.S. M.; SANTANA, R. C. B.; AVELAR, A. F. M. Influência de tecnologias para avaliação/visualização vascular no cateterismo intravenoso periférico: revisão integrativa. **Esc. Anna. Nery**, v. 24, n. 3, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XDqhd3MRC8Xkbc9FSH8hZVB/#>. Acesso em: 11 jun. 2024.

SANTOS, L. T.; ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P. Agulhas com dispositivos de segurança e a prevenção de acidentes: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 6, p. 3260-9, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/yNKSQcLYpsMwXZphSdWMHqr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2023.

SANTOS, V. S. **Adaptação transcultural do instrumento “Peripheral Intravenous Catheter Mini Questionnaire” para o português do Brasil**. 2022. 98f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/123456789/1409>. Acesso em 05 ago. 2023.

SANTOS, Mariana Conceição Schneider et al. Complicações relacionadas ao cateterismo intravenoso periférico em adultos em um hospital público. **Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)**, v. 7, n. 1, p. 46-51, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.55028/pecibes.v7i1.13332> . Acesso em 05 maio 2024.

SILVA, T. L.; RAY-BARRUEL, G.; ULLMAN, A.; ROCHA, P. K. I-DECIDED®-Brasil: adaptação transcultural da ferramenta de avaliação e tomada de decisão para cateter intravenoso periférico. **Texto Contexto Enferm**, v. 33, p. e20230279, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0279p>. Acesso em 05 maio 2024.

SIMÕES, A. M. N.; VENDRAMIM, P.; PEDREIRA, M. L. G. Fatores de risco para flebite relacionada a cateter intravenoso periférico em pacientes adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-9, e20210398, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/199211>. Acesso em: 6 jun. 2024.

SOUSA, F. R. E. G.; PEREIRA, F. H.; AGUIAR, J. M.; JANAZI, P.; PRADO, P. R.; MEDEIROS, A. Perfil de pacientes internados em uso de sonda nasoenteral e fatores associados ao óbito. **BRASPEN J**, v. 35, n. 3, p. 279-86, 2020. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/10.37111/braspenj.2020353013/pdf/braspen-35-3-279.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

VILVERT, G.; MARTELLO, N. V.; SCHULZ, L. F. Tempo de permanência e motivos de retirada de cateter venoso periférico em unidade neonatal. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 12, p. e5122, 2023. DOI: 10.17267/2317-3378rec.2023.e5122. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/5122>. Acesso em: 17 maio 2024.

URBANETTO, J. S.; MUNIZ, F. O. M.; SILVA, R. M.; FREITAS, A. P. C.; OLIVEIRA, A. P. R.; SANTOS, J. C. R. Incidência de flebite e flebite pós-infusional em adultos hospitalizados. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 2, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HSrdkdrpG7Qz4kzXSzfqnJ/#>. Acesso em: 10 jun. 2024.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO – COLETA DE DADOS

Código: _____

Data da coleta: ____/____/____

1 Identificação. Iniciais:**Leito no momento:**

1.1 N ^o Registro Hospitalar: _____	1.2 Data de Nascimento ____/____/____	
1.3 Data da admissão no HC: ____/____/____	1.4 Data da Alta: ____/____/____	
1.5 Setor de Origem:		
1.5.1 Pronto Socorro ()	1.5.2 Bloco Cirúrgico/RPA ()	1.5.3 UTI ()
1.5.4 Serviço de Admissão ()	1.5.5 Clínica Médica ()	1.5.6 Hemodinâmica ()
1.5.7 Outros (), qual: _____		

2 Perfil demográfico do paciente

2.1 Sexo: 2.1.1 Feminino () 2.1.2 Masculino ()
2.2 Cor da pele (autodeclarada ou descrita no prontuário)
2.2.1 Branca () 2.2.2 Parda () 2.2.3 Amarela () 2.2.4 Negra () 2.2.5 Indígena ()

3 Perfil clínico do paciente

3.1 Especialidade Médica Responsável pela Internação: _____
3.2 Comorbidades:
3.2.1 Diabetes () 3.2.2 Neoplasia () 3.2.3 Trombose ()
3.2.4 Coagulopatias () 3.2.5 Hipertensão Arterial Sistêmica ()
3.2.6 Insuficiência Renal () 3.2.7 Outras () especificar: _____
3.3 Medicações endovenosas em uso na internação (no primeiro dia de avaliação) :
3.3.1 Analgésicos e Antipiréticos () 3.3.8 Antieméticos e Antiulcerosos ()
3.3.2 Antiarrítmicos () 3.3.9 Antifúngicos ()
3.3.3 Antibióticos () 3.3.10 Anti-hipertensivos ()
3.3.4 Anticoagulantes () 3.3.11 Corticoides ()
3.3.5 Vasopressores () 3.3.12 Sedativos ()
3.3.6 Antiepiléticos e Antidepressivos () 3.3.13 Repositores Hidroeletrolítico ()
3.3.7 Anti-inflamatórios () 3.3.14 Outros: _____
3.4 Uso de anticoagulantes orais e/ou subcutâneo: não () sim ()

- 3.5 Uso de Antiagregantes plaquetários orais: não () sim ()
- 3.6 Histórico de Cirurgias Prévias: (últimos 6 meses): não () sim ()
- 3.7 Histórico de Internações Prévias: (últimos 90 dias): não () sim ()
- 3.8 Histórico de quimioterapia endovenosa: não () sim ()
- 3.9 Possui histórico de dificuldade para punção: não () sim ()
- 3.10 Plegias em membros superiores: () não () sim

4 Complexidade Assistencial

- 4.1 Classificação de Fugulin
- 4.1.1 Cuidado mínimo () 4.1.2 Cuidado intermediário ()
- 4.1.3 Cuidado alta dependência () 4.1.4 Cuidado semi-intensivo ()
- 4.1.5 Cuidado intensivo ()

5. Punção Intravenosa Periférica - motivo

- 5.1 Motivo para a punção venosa periférica:
- 5.1.1 Medicação intermitente (manter acesso venoso periférico salinizado): () não () sim
- 5.1.2 Medicação contínua por equipo (gravidade ou bomba de infusão): () não () sim
- 5.1.3 Coleta de sangue: () não () sim
- 5.1.4 Primeira punção na internação: () não () sim
- 5.1.5 Condição Clínica incerta (infusão de soluções endovenosas por 24 hs; exames ou outros procedimentos que exijam CIVP): () não () sim
- 5.1.6 Indicação desconhecida: () não () sim

6. Punção Intravenosa Periférica - caracterização

- 6.1 Dia e horário que foi puncionado o PVP: ___/___/___ ___:___ hs.
- 6.2 Ausência de data da punção está registrada no prontuário: () não () sim
- 6.3 Material da cânula do cateter: 6.3.1 Poliuretano () 6.3.2 Politetrafluoretileno (PTFE) ()

7. Ficha de Acompanhamento da punção

7.1 Data da avaliação: ___/___/____ 7.1.1 Hora - ___:___

7.2 Topografia

7.2.1 Mão direita	()	7.2.2 Mão direita	()
7.2.3 Pulso direito	()	7.2.4 Pulso direito	()
7.2.5 Antebraço direito	()	7.2.6 Antebraço direito	()
7.2.7 Fossa Antecubital direita	()	7.2.8 Fossa Antecubital direita	()
7.2.9 Cabeça/pescoço (jugular) direita	()	7.2.10 Cabeça/pescoço (jugular) direita	()
7.2.11 Braço direito	()	7.2.12 Braço direito	()

7.3 Calibre (Gauge): 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 () Outro: _____

7.4 Conexão do dispositivo

7.4.1 Extensor de uma via ()	7.4.2 Extensor de duas vias ()
7.4.3 Torneira de três vias ()	7.4.4 Equipo ()
7.4.5 Outro () Qual? _____	

7.5. Tipo de cobertura e estabilização

7.5.1 Esparadrapo ()

7.5.2 Filme transparente estéril e com tira de estabilização ()

7.5.3 Filme transparente estéril e sem tira de estabilização ()

7.5.4 Filme transparente não estéril ()

7.5.5 Fita microporosa não estéril ()

7.5.6 Esparadrapo e outros ()

7.5.7 Filme transparente não estéril e outros ()

7.5.8 Filme transparente estéril com tira de estabilização e esparadrapo ()

7.5.9 Filme transparente estéril com tira de estabilização e outros ()

7.5.10 Esparadrapo e fita microporosa não estéril ()

7.5.11 Fita estéril com tira de estabilização

7.5.12 Filme estéril sem tira de estabilização e esparadrapo ()

8. Avaliação do sítio de inserção do CIVP

- 8.1 Dor/sensibilidade à palpação: () não () sim
- 8.2 Eritema >1 cm a partir do sítio de inserção: () não () sim
- 8.3 Edema >1 cm a partir do sítio de inserção: () não () sim
- 8.4 Calor: () não () sim
- 8.5 Secreção/exsudato (inflamação): () não () sim
- 8.6 Eritema – linha vermelha ao longo da veia: () não () sim
- 8.7 Rigidez dos tecidos (ao redor CIVP) >1 cm: () não () sim
- 8.8 Veia dura/palpável (trajeto do CIVP na veia): () não () sim
- 8.9 Deslocamento do CIVP (parcial/completo): () não () sim

9. Avaliação do curativo e da conexão

- 9.1 Sujidade com sangue ou fluidos: () não () sim
- 9.2 Bordas soltas ou elevadas: () não () sim
- 9.3 Apenas fita adesiva: () não () sim
- 9.4 Sangue no extensor ou no equipo: () não () sim
- 9.5 Data da inserção do CIVP não documentado no curativo: () não () sim

10. Motivo da retirada do CIVP

- 10.1 () Suspeita de infecção da corrente sanguínea relacionada ao cateter
- 10.2 () Obstrução do cateter
- 10.3 () Exteriorização/deslocamento do cateter
- 10.4 () Remoção acidental do cateter (especificar no campo anotações)
- 10.5 () Presença de sinais flogísticos na inserção e/ou peri cateter, qual(is): _____
- 10.6 () Infiltração
- 10.7 () Extravasamento
- 10.8 () Término da terapia infusional
- 10.9 () Alta hospitalar
- 10.10 () Óbito
- 10.11 () Outros, especificar: _____

Data: ____/____/____ Hora - ____:____ Responsável: _____

APÊNDICE B

TERMO DE ESCLARECIMENTO

(Pacientes)

TÍTULO DO PROJETO: VARIÁVEIS QUE NORTEIAM A AVALIAÇÃO E DECISÃO DA RETIRADA DO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA:

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Variáveis que norteiam a avaliação e decisão da retirada do cateter intravenoso periférico pela equipe de enfermagem” sob responsabilidade da Profa. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano. O objetivo desse estudo é identificar as variáveis que norteiam a avaliação da punção venosa periférica para decidir a retirada do cateter pela equipe de enfermagem. Acredita-se que estudos como esse são a base para aprimoramentos e avanços na assistência hospitalar, por isso sua participação é importante.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS E RISCOS:

Caso você aceite participar da pesquisa, será necessário autorizar-nos observar a punção venosa que o(a) senhor(a) será submetido(a); não será feito nenhum procedimento além daquele que já seria realizado normalmente. A punção venosa será realizada pelo profissional do setor no qual você está recebendo atendimento, o pesquisador apenas observará e efetuará algumas anotações sobre o procedimento. Mediante a observação de sinais e sintomas de eventos adversos, os pesquisadores comunicarão o profissional de enfermagem para que esse adote as recomendações dos protocolos institucionais. Além da observação e registro, será necessário acesso ao seu prontuário para coletarmos informações sobre seus dados clínicos.

O único risco que a pesquisa apresenta é o de perda de confidencialidade (identificação de dados pessoais no decorrer do estudo); entretanto, tal risco será minimizado, pois utilizaremos códigos ao nos referirmos aos participantes do estudo. Dessa forma, em momento algum seu nome ou imagem será utilizado na pesquisa.

BENEFÍCIOS DIRETOS PARA O PARTICIPANTE:

Não há previsão de benefícios diretos por sua participação nessa pesquisa, embora acreditemos que, indiretamente, os resultados obtidos nesse estudo poderão favorecer o atendimento nos serviços assistenciais do Hospital de Clínicas da UFTM, assim como colaborar na ampliação do conhecimento na área da pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA, CONFIDENCIALIDADE E CUSTOS:

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para realização deste não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um código.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Nome: Prof. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano

E-mail: silmalaguti@yahoo.com.br – Telefone (34) 3318-5461

Nome: Enf^a Marisley Francisco

E-mail: marisley.francisco@uftm.edu.br – Telefone (34) 99694-9070

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

VARIÁVEIS QUE NORTEIAM A AVALIAÇÃO E DECISÃO DA RETIRADA DO CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “Variáveis que norteiam a avaliação e decisão da retirada do cateter intravenoso

periférico pela equipe de enfermagem” e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Pesquisador(es):

Nome: Prof. Dra. Silmara Elaine Malaguti Toffano

E-mail: silmalaguti@yahoo.com.br – Telefone (34) 3318-5461

Nome: Enf^a Marisley Francisco

E-mail: marisley.francisco@uftm.edu.br – Telefone (34) 99694-9070

ANEXO A

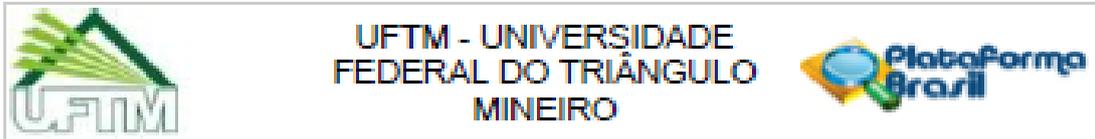
ESCALA FUGULIN

Tabela 1- Instrumento de classificação de pacientes de Fugulin et al.⁽⁷⁾, complementado com áreas de cuidado para avaliação de pacientes portadores de feridas. São Paulo, SP, 2006

Área de cuidado	Gradação da complexidade assistencial			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio	Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Motilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal. Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais. Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de auxílio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com auxílio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Auxílio no banho de chuveiro e/ou ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com auxílio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	E.V contínuo ou através de sonda nasogástrica.	E.V intermitente.	IM. ou V.O.
Integridade cutâneo-mucosa/ comprometimento tecidual*	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais estruturas de suporte, como tendões e cápsulas. Eviscerações.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo. Incisão cirúrgica. Ostomias. Drenos.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele íntegra.
Curativo*	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/incisão cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo utilizado na realização de curativos*	Superior a 30 minutos.	Entre 15 e 30 minutos.	Entre 5 e 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS EM ADULTOS: ESTUDO OBSERVACIONAL DA PUNÇÃO VENOSA À RETIRADA DO DISPOSITIVO

Pesquisador: Silmara Elaine Malaguti Toffano

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 93204318.4.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.898.303

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora: "Adultos hospitalizados em situações de alta complexidade ou gravemente enfermos apresentam múltiplos fatores de risco para infecções, agravamento de seu problema principal, devido à idade, limitações funcionais, comorbidades e outros fatores, como obesidade e histórico de internações (INS BRASIL, 2015; RICHARD et al., 2015; INS 2016; BRASIL, 2017). Tais situações requerem longos períodos de internação, em hospitais de média e alta complexidade e muitas vezes, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que atenda às necessidades de diagnóstico e tratamento. Para atender esta demanda, o uso de cateter venoso central (CVC) e cateter venoso periférico (CVP) é uma necessidade para a administração de medicamentos essenciais para a manutenção da vida, como as drogas vasoativas e nutrição parenteral (INS 2016; BRASIL, 2017).

Apesar de todo arsenal tecnológico, observa-se nas UTI altos índices de morbimortalidade, com risco de complicações, principalmente quando se trata do uso dos dispositivos intravenosos, como o CVC. O uso deste dispositivo contribui para as infecções da corrente sanguínea (ICS) e pode elevar o custo hospitalar, prolongar a internação e aumentar a morbimortalidade (BRASIL, 2017). Outras complicações importantes foram associadas ao uso de CVC, como trombose, pneumotórax, hemotórax, sobrecarga circulatória, edema pulmonar e embolia gasosa, a depender do tipo de cateter, técnica de inserção e experiência do profissional (MARSHALL et al., 2008; CHOPRA et al.2012; JOHANN, 2016, BRASIL, 2017).

Endereço: Rua Conde Prados, 191

Bairro: Nossa Sra. Abadia

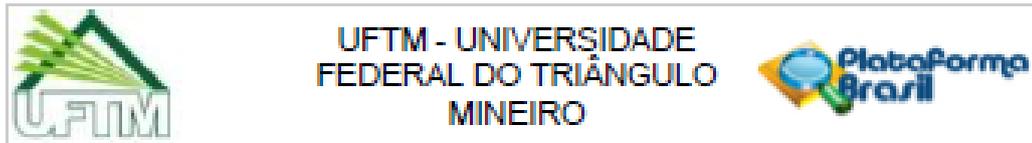
UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-260

Telefone: (34)3700-6803

E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Pensar: 2.046.303

Considerando os riscos do CVC, a punção venosa periférica (PVP) se torna então, uma alternativa para a administração de medicamentos que podem ser administrados em veias de menor calibre, como soluções, analgésicos, antibióticos e reposição hidroeletrólítica (BRASIL, 2017). Apesar de ser uma alternativa de baixo custo e rotineira nos hospitais, o CVP também está associado a várias complicações como a dor devido às múltiplas punções; a flebite, o hematoma e a infiltração (GRADY et al., 2008; RAY-BARRUEL et al., 2014; DANSKI MT et al., 2016).

Todas as medidas relacionadas ao CVP, desde a escolha da vela até a retirada, quando não aplicadas, podem comprometer a eficácia da PVP e contribuir para a ocorrência de complicações da PVP e perda do dispositivo. Embora comumente evidenciadas no ambiente hospitalar, as PVP ainda carecem de atenção e principalmente, avaliação sistemática rotineira pela enfermagem, pois podem acarretar entre outros agravos, elevação do custo hospitalar, prolongamento do período de internação e ainda, aumento da morbimortalidade (BRASIL, 2017; INS, 2015).

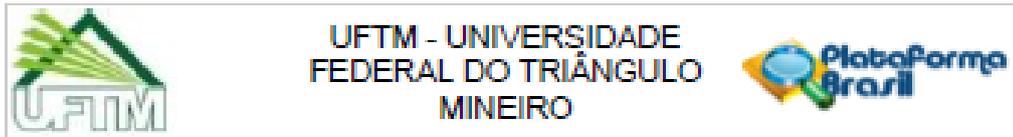
Muitos fatores estão associados às falhas na PVP, como: a habilidade do profissional para a realização do procedimento, local de punção, características do cateter venoso periférico (CVP) e principalmente aspectos clínicos, como a presença de edema, obesidade, comorbidade, tempo de internação, PVP prévias e ainda o histórico de PVPD e de quimioterápicos (PEREIRA; ZANETTI; RIBEIRO, 2001; MACHADO; PEDREIRA; CHAUD, 2008; BATISTA, 2014; KREMPER, 2014; JOHANN et al., 2016; PAGNUTTI et al., 2016; WALLIS et al., 2014; SEBBANE et al, 2013; CARR et al., 2016b).

Considera-se PVP difícil (PVPD) mais de duas ou três tentativas de punção. Estudos apontaram até dez tentativas para garantir uma via endovenosa para administração de medicamentos (PIREDA et al., 2016; FIELDS et al., 2014; ARMENTEROS-YEGUAS et al., 2017; CARR et al., 2016a).

Mesmo profissionais com experiência não conseguem obter sucesso, na primeira tentativa de punção (RICKARD et al., 2012). Para minimizar o problema, escalas e equipamentos que utilizam luzes do tipo LED ou infravermelho ou ondas sonoras podem contribuir para o sucesso da PVP, reduzindo assim, as tentativas de punção (WALSH, 2008; GUILLON et al., 2015).

Neste aspecto, a enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade do Triângulo Mineiro (HC-UFTM) tem investido esforços para avaliar as ocorrências relacionadas ao uso do CVP. Diariamente, na UTI-Coronariana (UTI-C), os enfermeiros avaliam o sítio de inserção dos pacientes internados, registram em um formulário específico, as características do CVP, da situação do curativo e se necessário, comunicam a equipe médica quaisquer alterações. Nos demais setores, não há um formulário específico, e, todas as ocorrências são registradas na evolução de enfermagem ou no instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e as intervenções, na Prescrição de Enfermagem.

Endereço: Rua Conde Prados, 191
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: oep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer 2.060.303

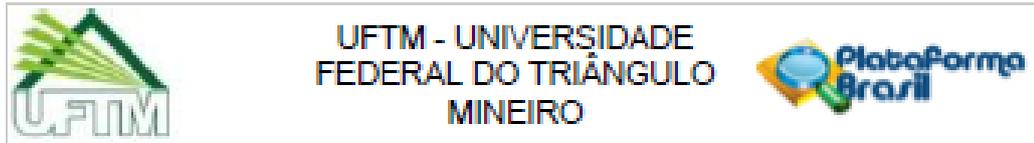
Rickard e colaboradores (2012), em uma revisão sistemática com mais de três mil pacientes e quase seis mil CVP, consideraram que troca rotineira de CVP, além de ineficaz, aumenta a carga de trabalho da enfermagem e sofrimento para o paciente. Eles apontaram ainda, que as pesquisas devem se concentrar em intervenções para reduzir as complicações e a perda de CVP, o que reduzirá o número de PVP, à carga de trabalho e aos custos hospitalares.

Além da dor, desconforto e sensação de medo ao paciente, múltiplas tentativas podem acarretar complicações locais, como hematomas. Além de aumentar custos para as instituições de saúde, pode atrasar o tratamento, impedindo a administração de medicamentos, realização de exames e levar a necessidade de um CVC, com maiores riscos de ICS e outras complicações (PIREDA et al., 2016; WALSH, 2008). É nestes aspectos que o desenvolvimento desta investigação se justifica, pois os resultados deste estudo contribuirão para uma obtenção de dados de uma base descritiva, com dados acerca da PVP, como a taxa de punção venosa periférica difícil (PVPD), o tempo de permanência e o motivo de retirada em adultos atendidos no HC-UFTM. Estes dados contribuirão para a compreensão do manejo do CVP, desde a seleção da veia até a retirada e futuramente, servirão de base para a construção de instrumentos de medidas que possam auxiliar na tomada de decisão para a retirada do CVP, quando clinicamente indicado, reduzindo assim, as frequentes interrupções no tratamento e complicações.

Esta investigação será realizada em um hospital geral público de grande porte (302 leitos) – referência macromregional de alta complexidade assistencial do polo Triângulo Sul de Minas Gerais, sendo credenciado como hospital de ensino, vinculado a uma universidade federal. A instituição realiza atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de alta complexidade. Atualmente a instituição atende diversas especialidades como Clínicas Médica, Cirúrgica, Ginecológica/Obstétrica e Pediátrica, Pronto-Socorro adulto e pediátrico, Ambulatórios, Centro de Reabilitação e Centro de Atenção Integrada em Saúde. As seguintes unidades de internação serão cenários de interesse para o desenvolvimento deste estudo: Clínica Médica, Unidade de Neuroclínica, Hemodinâmica e as Unidade de Terapia Intensiva Coronariana. A escolha para as referidas unidades deve-se ao fato de possuir pacientes com média e alta complexidade assistencial.

No Brasil, poucos estudos abordam o uso de CVP em adultos e complicações associadas (BATISTA, 2014; DASNIKI et al., 2016; JOHANN et al., 2016; ENES et al., 2016; PAGNUTTI et al., 2016). Considerando que gravemente enfermos ou em tratamento em unidades de alta complexidade demandam de muitos dias de internação, de diagnósticos invasivos e ainda de cateteres para administração de medicamentos, avaliar o número de tentativa de PVP, o tempo de permanência e

Endereço: Rua Conde Prados, 191
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.090.303

motivo de retirada de CVP será de grande relevância para a tomada de decisão na assistência de enfermagem.

Diante do exposto e frente às demandas apresentadas faz-se necessário a análise de variáveis clínicas do paciente, assim como o profissional que realiza a punção venosa e sua manutenção (CARR et al., 2017).

Em relação aos pacientes emergem os seguintes questionamentos: Quais as características demográficas e clínicas de adultos internados em um hospital de ensino? Quais os CVP utilizados para PVP, de acordo com o calibre e tipo de curativo para estabilização do cateter? Qual a taxa de PVPD em adultos? Qual o motivo de retirada e o tempo de permanência in situ do CVP? Qual a ocorrência de perda acidental do CVP? Qual a influência das variáveis "motivo de retirada" e "tempo de permanência" quanto à ocorrência de perda acidental do CVP?

Quanto aos profissionais: Qual o perfil dos profissionais de enfermagem que realizam a PVP quanto à categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação e experiência profissional?"

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora: "Identificar os fatores associados à punção venosa periférica difícil (PVPD), tempo de permanência e perda acidental de cateter venoso periférico em adultos.

Específicos

1. Caracterizar os adultos internados quanto às variáveis demográficas e clínicas: sexo, idade, cor de pele, IMC, comorbidades, local de punção e histórico prévio de: cirurgias, internações e de punção venosa difícil e jejum;
2. Caracterizar os profissionais de enfermagem que realizarão a PVP quanto à categoria profissional, idade, sexo, tempo de formação e experiência profissional;"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Os riscos apresentados estão relacionados ao sigilo das informações, para tanto os dados e os resultados serão trabalhados codificados e de forma aglomerada. O pesquisador responsável, assim como os demais membros da equipe de pesquisadores, ao perceber qualquer risco ou danos significativos na execução desta pesquisa, previstos, ou não, comunicará o fato, imediatamente, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e irá avaliar, em caráter emergencial, a necessidade de adequar ou suspender o estudo".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, observacional, com abordagem quantitativa e analítica. O CVP será observado do momento da inserção e avaliado, periodicamente, a cada 24

Endereço: Rua Conde Prados, 191
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-8803 E-mail: cep@uftm.edu.br



UFTM - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO
MINEIRO



Continuação do Parecer: 2.090.303

horas até a retirada do mesmo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados adequadamente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, situação definida em reunião do dia 14/09/2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

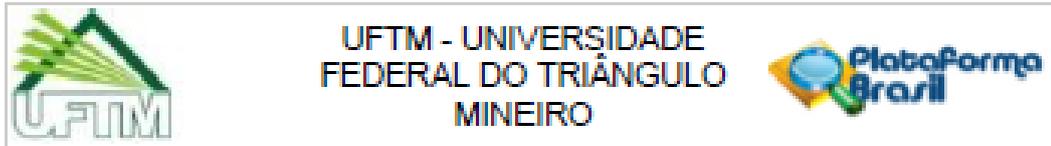
A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1162863.pdf	17/07/2018 08:28:21		Aceito
Outros	Termo_Divisao_enfermagem.pdf	17/07/2018 08:27:31	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Aceito
Outros	TermodecienciaPVP2019.pdf	17/07/2018 08:26:31	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderocto.pdf	17/07/2018 08:25:24	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoGEP_silmaria.pdf	05/07/2018 16:45:19	Alessandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza	Aceito
Projeto Detalhado	CATETERES_VENOSOS_PERIFERICO	21/06/2018	DAMIANA	Aceito

Endereço: Rua Conde Prados, 191
 Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260
 UF: MG Município: Uberaba
 Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 2.090.200

/ Brochura Investigador	M_ADULTOS_ESTUDO_OBSERVACIONAL.docx	07:51:10	APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Acelto
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS_OBSERVACAO_GTI.docx	21/06/2018 07:50:38	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Acelto
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS_B.docx	21/06/2018 07:48:19	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pacientes2.docx	21/06/2018 07:46:28	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_equipedeenfermagem2.docx	21/06/2018 07:46:17	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_avaliadores2.docx	21/06/2018 07:46:09	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_pacientes2.docx	21/06/2018 07:46:00	DAMIANA APARECIDA TRINDADE MONTEIRO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:

Alexandra Cavalcanti de Albuquerque e Souza
(Coordenador)

Endereço: Rua Conde Prados, 191
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-260
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6803 E-mail: cep@uftm.edu.br