



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SABERES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO DE FLEBITES ASSOCIADAS A CATETERES VENOSOS PERIFÉRICOS

Marta Macedo Reis

Dezembro 2016

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Marta Sofia Torres de Abreu Macedo Reis

SABERES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA PREVENÇÃO
DE FLEBITES ASSOCIADAS AO CATETER VENÓSO
PERIFÉRICO

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora MARIA AURORA PEREIRA

e coorientação da
Mestre ARMINDA VIEIRA

Dezembro de 2016

AGRADECIMENTOS

Às Professoras **Maria Aurora Pereira e Arminda Vieira,**

orientadora e coorientadora desta dissertação de mestrado, pelo apoio, disponibilidade, partilha de conhecimento e por todo o incentivo no sentido da concretização do presente trabalho.

À Enfermeira **Maria Manuela Novais**

enfermeira-chefe do serviço médico-cirúrgico, pelo incentivo, pela ajuda, disponibilidade e compreensão demonstradas ao longo deste percurso.

A todos os meus **Colegas Enfermeiros**

pela colaboração prestada na realização deste estudo, sem a vossa disponibilidade este não seria possível.

Aos meus **Pais**

Ao meu **Irmão**

Ao meu **Marido**

Por toda a força e apoio nos momentos menos bons, pelos ensinamentos... Por todo o Amor que nos une.

O meu sincero **OBRIGADO!**

*“Sucesso não é a chave para a felicidade;
Felicidade é a chave para o sucesso.
Se você ama o que faz, você será bem sucedido”*

Albert Schweitzer

RESUMO

Os cuidados de enfermagem prestados aos doentes portadores de cateter venoso periférico exigem um rigor técnico e científico, baseados em recomendações nacionais e internacionais assentes na evidência científica.

As complicações associadas ao cateter venoso periférico são amplamente conhecidas, sendo a mais frequente a flebite. A incidência da flebite é cada vez mais utilizada como indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

É neste sentido que surge o presente estudo que tem como objetivo compreender os saberes e as práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos.

Este estudo assenta no paradigma qualitativo e tem um caráter de natureza descritiva e exploratória. Os procedimentos de recolha de dados utilizados foram a observação e a entrevista, que se dirigiram a um grupo de enfermeiros de um hospital privado do norte de Portugal. Estes foram selecionados tendo em conta critérios de inclusão, tendo resultado numa amostra aleatória e intencional.

Após a análise dos dados obtidos pelos instrumentos acima referidos imergiram os resultados que evidenciam que os enfermeiros possuem informação pertinente relativamente às recomendações emanadas por entidades creditadas, no entanto quando comparados com a prática clínica constatou-se uma discrepância em algumas intervenções, sobretudo intervenções consideradas fulcrais na prevenção de infeção, nomeadamente na higienização das mãos, na utilização de luvas não estéreis de proteção, no cumprimento da técnica “*no touch*”, na realização de registos e na manutenção do cateter, principalmente no que diz respeito à substituição do penso de fixação, à substituição do cateter às 72 horas e à substituição dos sistemas de perfusão.

Os resultados obtidos neste estudo facultam informação para a construção de um pensamento crítico, com a finalidade de mudança de más práticas e aperfeiçoamento dos cuidados prestados, tendo como meta a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e a segurança do doente.

Palavras-chave: flebite, prevenção de infeção, cuidados de enfermagem

ABSTRACT

The provided nursing care to peripheral venous catheter carrier patients require scientific and technical accuracy, based on national and international recommendation that rely in scientific proof.

The complication associated to the peripheral venous catheter are widely known, being the phlebitis the most usual. The phlebitis incidence is increaningly used as a quality indicator on applied nursing care.

The objectives of the current study are to understand the nurses know-how on the prevention of phlebitis associated to peripheral venous catheter and describe the nurse practices on the prevention of phlebitis associated to peripheral venous catheter.

This is a study based in the qualitative paradigm, and has exploratory descriptive nature. The data was acquired using two procedures for data collection, observation and interview, that were adressed to a group of nurses of a private hospital in the north of Portugal. These individuals were selected having into account inclusion criteria, resulting in a random and intentional sample.

After analysis the obtained results by the instruments referred above, show that the nurses possess relevant information relatively to the emanated recommendations by credited entities, however when compared to clinical practice, discrepancy was found in some intervention, especially interventions considered crucial on the infection prevention, namely on hand sanitation, usage of non sterile protection gloves, full filling the “no touch” technique, keeping records and catheter maintenance, mainly in what concerns to fixation bandage substitution, substitution of the catheter after 72 hour usage and perfusion systems substitution.

The obtained results in this study provide information for the constrution of a critical thinking, with the propose of change of bad practices and improvement of provided care, having as goal the quality of provided nursing care and patient safety.

Key-words: phlebitis, infection prevention, nursing care

ÍNDICE GERAL

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 15 |
| CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 1. O Cuidado em Enfermagem | 21 |
| 2. Infecção Associada aos Cuidados de Saúde | 27 |
| 2.1. Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea | 32 |
| 3. Infecção Associada ao Cateter Venoso Periférico | 35 |
| 3.1. A Flebite | 36 |
| 3.2. Prevenção de Infecção Associada ao Cateter Venoso Periférico | 38 |
| | |
| CAPÍTULO 2 – PERCURSO METODOLÓGICO | 45 |
| 1. A problemática e os Objetivos do Estudo | 47 |
| 2. Tipo de Estudo | 49 |
| 3. Contexto e Participantes | 51 |
| 3.1. Contexto | 51 |
| 3.2. Participantes | 51 |
| 3.2.1 Caraterização dos participantes | 52 |
| 4. Procedimento de Colheita de Dados | 55 |
| 5. Análise dos Dados | 57 |
| 6. Considerações Éticas | 59 |
| | |
| CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS | 61 |
| 1. Apresentação dos Dados Obtidos na Entrevista | 63 |
| 1.1. Caraterização da Flebite | 64 |
| 1.2. Conhecimento dos enfermeiros sobre as recomendações na prevenção de flebites | 67 |
| 1.3. Intervenções de enfermagem na prevenção de flebites | 70 |
| 1.4. Sugestões de melhoria para a prevenção de flebites | 75 |
| 2. Dados obtidos na Observação | 77 |

| | | |
|---|---------------------------|------------|
| 2.1. | Antes da inserção do CVP | 77 |
| 2.2. | Durante a inserção do CVP | 79 |
| 2.3. | Após a inserção do CVP | 79 |
| 2.4. | Na manutenção do CVP | 81 |
| CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | | 85 |
| CAPÍTULO 5 – CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS | | 105 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | | 111 |
| ANEXOS | | 115 |

FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – Cadeia de transmissão de infeção, precauções básicas e de isolamento | 31 |
| Figura 2 – Modelo conceptual dos “Cinco Momentos” da higienização das mãos | 39 |
| Figura 3 – Caraterização da flebite: categorias e subcategorias | 65 |
| Figura 4 – Conhecimentos dos enfermeiros sobre as recomendações na prevenção de flebites: categorias e subcategorias | 68 |
| Figura 5 – Intervenções de enfermagem na prevenção de flebites: categorias e subcategorias | 71 |
| Figura 6 – Sugestões de melhoria para a prevenção de flebites: Categorias | 75 |
| Figura 7 – Distribuição percentual dos procedimentos realizados antes da inserção do cateter venoso periférico | 78 |
| Figura 8 – Distribuição percentual dos procedimentos realizados durante a inserção do cateter venoso periférico | 79 |
| Figura 9 – Distribuição percentual dos procedimentos realizados após a inserção do cateter venoso periférico | 81 |
| Figura 10 – Distribuição percentual dos procedimentos realizados na manutenção do cateter venoso periférico | 83 |
| Figura 11 – Prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos: dos saberes à prática | 103 |

QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Caraterização sociodemográfica dos participantes do estudo | 52 |
| Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias por número de unidades de registo | 63 |

SIGLAS e ABREVIATURAS

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

PNCI – Programa Nacional de Controlo de Infecção

VE – Vigilância Epidemiológica

INCS – Infecção Nosocomial da Corrente Sanguínea

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

CVP – Cateter Venoso Periférico

CDC - Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta

OMS – Organização Mundial de Saúde

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

EPI – Equipamento de Proteção Individual

SF – Soro Fisiológico

INTRODUÇÃO

O exercício profissional dos enfermeiros assenta em enunciados descritivos de qualidade que têm por objetivo explicar os vários aspetos da vertente social da profissão de enfermagem. Desta forma foram definidas seis classes de enunciados descritivos, que dizem respeito “à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 13).

A prevenção de complicações é um dos enunciados descritivos do exercício profissional da enfermagem e tem por finalidade a busca contínua da excelência na prestação de cuidados, por forma a prevenir complicações para a saúde da pessoa recetora dos mesmos. Cabe ao enfermeiro, entre outras intervenções, a identificação precoce de potenciais complicações e a implementação e avaliação de intervenções que ajudem a evitar ou a minimizar esses problemas ou seus efeitos indesejáveis, assim como a aplicação do rigor técnico e científico na prestação de cuidados e na implementação dessas mesmas intervenções de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais é a promoção do ambiente seguro, que determina que o enfermeiro na prestação de cuidados diários deve criar e manter um ambiente de cuidados seguro, com recurso a estratégias que possibilitem a qualidade e a gestão de risco, a segurança na administração de terapêutica, a implementação de protocolos de prevenção e controlo de infeção e o registo e comunicação das preocupações inerentes à segurança do doente (Regulamento n.º 190/2015).

A par disto o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica em pessoa em situação crítica refere que “o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção” e entre outras intervenções na “participação na conceção de um plano de prevenção e controlo de infeção atualizado com base na evidência científica” e na “capacitação das equipas de profissionais na área da prevenção e do controlo da infeção associada aos cuidados à pessoa em situação crítica” (Ordem do Enfermeiros, 2011, p. 7 e 8).

A Direção Geral de Saúde (2008) define Infeção Associada a Cuidados de Saúde como uma infeção adquirida pelos doentes e profissionais de saúde no decorrer da prestação de cuidados e na realização de procedimentos necessários à situação de doença, assim como durante o exercício da sua atividade profissional, respetivamente.

A análise de estudos internacionais “revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis”. Por isso cabe aos profissionais de saúde, neste caso em particular, aos enfermeiros, estarem atualizados quanto às medidas de precaução desenvolvidas pelas comissões de infeção e às *guidelines* nacionais e internacionais relativas à prevenção de infeção associada a cuidados de saúde (Direção Geral de Saúde, 2007, p. 4).

Grande parte da Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea está relacionada com cateteres intravasculares, em resultado de uma má técnica ou de uma inadequada vigilância, manipulação e otimização destes dispositivos (Ministério da Saúde, 2013).

O’Grady *et al.* (2011) defendem que os profissionais de saúde devem ser formados e dotados a respeito das indicações para o uso de cateteres venosos periféricos e dos procedimentos adequados na inserção e manutenção destes dispositivos, assim como de medidas de controlo de infeção apropriadas para a prevenção de infeções a eles associadas.

Autores referidos por Augusto (2013) apontam para além dos fatores extrínsecos, associados aos cuidados de saúde, fatores intrínsecos aos doentes, que são preditores no desenvolvimento de flebites, como sendo a idade avançada, o género, a desnutrição, a imunossupressão, as doenças cardiovasculares e metabólicas. No entanto, o objetivo do presente estudo, prende-se com os cuidados de enfermagem inerentes a todas as intervenções relativas à inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos.

O Ministério da Saúde (2006, p. 5) acrescenta que “a patogénese das infeções relacionadas com o cateter é multifatorial e complexa. As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são as mãos dos profissionais, a microflora da pele do doente, a ponta do cateter contaminada durante a inserção, a colonização das conexões do cateter, os fluídos contaminados e a via hematogénea”.

Assim Oliveira e Parreira (2010) dão destaque às intervenções de enfermagem aquando da inserção de um cateter venoso periférico, que deverão ser realizadas de forma adequada, com o objetivo máximo de prevenção de complicações. Referem também, com igual importância, a vigilância realizada ao doente portador de cateter venoso periférico, assim como as intervenções de manutenção e otimização do mesmo.

Estudos demonstram que cerca de 90% dos doentes internados são portadores de cateteres venosos periféricos, seja para perfusão de soroterapia, administração de fármacos endovenosos ou administração de sangue e derivados, o que os expõe ao desenvolvimento de complicações associadas, que acontece a 50 a 75% dos doentes (Ferreira, Pedreira e Diccini, 2007).

De acordo com Magerote *et al.* (2011) as complicações locais associadas ao cateter venoso periférico mais frequentes são o hematoma, a infiltração, o extravasamento, a obstrução e a flebite.

A flebite é uma das complicações mais frequentes associada aos cateteres venosos periféricos (Magerote *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2015) e é caracterizada por “uma inflamação aguda de uma veia devido a alteração da parede endotelial, manifestado por sinais inflamatórios como dor, rubor, calor, edema e tumefação” (Augusto, 2013, p. 39).

De acordo com a *Infusion Nurses Society*, citada por vários autores, inclusive Augusto (2013) a percentagem aceitável de flebites associadas a cateteres venosos periféricos deverá ser inferior ou igual a 5%. No entanto, após a análise de diversos estudos, tanto nacionais como internacionais concluiu-se que apenas num estudo a percentagem de flebite é aceitável, tendo sido de 3,7%, em todos os outros as percentagens de flebites são muito superiores às desejáveis, variando entre 19% e 64,6% (Oliveira e Parreira, 2010; Magerote *et al.*, 2011; Urbanetto *et al.*, 2011; Augusto, 2013; Souza *et al.*, 2015).

Consciente que na nossa prática diária, o desenvolvimento de complicações associadas a cateteres vasculares periféricos, nomeadamente a flebite é uma realidade comum, surge a necessidade de desenvolver um estudo no âmbito desta temática, com o objetivo de compreender os saberes e as práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos, de modo a contribuir para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Daqui surgem interrogações que se podem apresentar como questões de investigação e que nortearam o desenvolvimento do nosso estudo:

- A) Quais os saberes dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos?
- B) Quais as práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos?

Este trabalho está estruturado em cinco grandes capítulos, o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico onde é abordado o cuidado de enfermagem na prevenção de complicações, nomeadamente na prevenção e controlo de infeção associada a dispositivos intravasculares e mais especificamente aos cateteres venosos periféricos e as respetivas recomendações nacionais e internacionais de prevenção deste tipo de infeções. O segundo capítulo engloba o enquadramento metodológico, onde serão descritos a problemática e os objetivos da investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes, os instrumentos de colheita de dados, assim como as considerações éticas inerentes. Segue-se a apresentação e análises dos dados que diz respeito ao terceiro capítulo. Posteriormente, surge o quarto capítulo referente à discussão dos resultados

obtidos. O presente trabalho finaliza, no quinto capítulo, referente às conclusões onde são evidenciados os dados obtidos considerados mais relevantes, as limitações do nosso estudo e se possível a enumeração de sugestões de melhoria que poderão ser implementadas.

É nosso desejo que a realização deste trabalho produza conhecimento científico e que as nossas conclusões contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da segurança do doente. Que seja possível através dele desenvolver um pensamento crítico face aos cuidados de enfermagem prestados por todos nós e que isso leve à mudança de comportamentos no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, nomeadamente ao desenvolvimento de complicações associadas ao cateter venoso periférico.

Capítulo 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo vamos proceder ao enquadramento da temática em estudo, conduzindo-nos nos seus eixos estruturantes, ou seja o cuidado de enfermagem e a segurança do doente e a prevenção de flebitis associadas ao cateter venoso periférico. Para o efeito efetuamos uma pesquisa bibliográfica exaustiva de autores e entidades que se debruçaram sobre as mesmas temáticas.

1. O CUIDADO EM ENFERMAGEM

O exercício profissional em enfermagem tem por base a relação interpessoal que se estabelece entre uma pessoa ou um grupo de pessoas e um enfermeiro. Ambos são detentores de um quadro de valores, crenças e expectativas de ordem pessoal, consequência dos diferentes meios onde vivem e se desenvolvem. Desta forma, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro diferencia-se pela formação e experiência, que o possibilita compreender e respeitar a pessoa, cliente dos cuidados de enfermagem, numa perspetiva multicultural, onde deverá privar-se de juízos de valor relativamente a essa mesma pessoa ou grupo de pessoas. A relação terapêutica que daqui advém caracteriza-se pela confiança que se estabelece com a pessoa, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, relação esta que se desenvolve e se fortalece ao longo de todo o processo, que tem por finalidade ajudar a pessoa a ser proactiva na realização do seu projeto de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, os cuidados prestados por enfermeiros têm como objetivo “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 11).

No exercício dos cuidados de enfermagem são reconhecidos dois tipos de intervenções, as interdependentes, que são prescritas por outros profissionais de saúde e as autónomas, que são iniciadas e prescritas pelos próprios enfermeiros. Daqui advém a tomada de decisão do enfermeiro, que norteia o seu exercício profissional, por forma a serem identificadas as necessidades de uma pessoa ou de um grupo. Após a identificação dessas necessidades cabe ao enfermeiro, através das intervenções autónomas “evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados” (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 12).

O enfermeiro possui um regulamento de competências que certificam o conjunto de conhecimentos, habilidades e capacidades que todos os profissionais devem mobilizar para a prestação de cuidados de enfermagem, por forma a conseguirem perceber as reais necessidades da pessoa, podendo atuar em todos os seus contextos e em todos os níveis de prevenção (Regulamento n.º 190/2015).

Os domínios de competência dos enfermeiros de cuidados gerais englobam “responsabilidade profissional, ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional” (Regulamento n.º 190/2015, p. 10087).

É no domínio da prestação de cuidados que é descrita a promoção de um ambiente seguro, como uma das competências do enfermeiro de cuidados gerais, a qual, por sua vez, estabelece que o enfermeiro no âmbito do seu exercício profissional deve gerar e manter um ambiente de cuidados seguro, com recurso a estratégias que garantam a qualidade e a gestão de risco, a segurança na administração de terapêutica, a implementação protocolos de prevenção e controlo de infeção e o registo e comunicação das preocupações inerentes à segurança do doente (Regulamento n.º 190/2015).

É responsabilidade de todo o profissional de enfermagem a busca contínua da excelência dos cuidados, prevenindo as complicações para a saúde das pessoas, ou que possam agravar o seu processo de doença. Portanto é essencial que sejam capazes de identificar, tão rápido quanto possível, potenciais problemas no âmbito das suas competências e prescrever e implementar intervenções de enfermagem, com rigor técnico e científico e avaliá-las, com o objetivo de contribuírem para evitar esses problemas e/ou minimizar os seus efeitos (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Daqui avança-se para a capacitação e para o desenvolvimento de juízo crítico de cada enfermeiro na prevenção e vigilância de complicações associadas Cateteres Venosos Periféricos (CVP). É crucial que os enfermeiros sejam capazes de reunirem todos os conhecimentos relativos à prevenção e controlo de infeção e tenham a autonomia de se manterem informados e sejam capazes de prestar cuidados de enfermagem seguros e com qualidade.

Assim a prevenção de infeção e o reconhecimento precoce do aparecimento de sinais inflamatórios ou desenvolvimento de flebites devem constituir um princípio de todos os cuidados de enfermagem que tenha como finalidade a qualidade e a segurança do doente (Souza *et al.*, 2015).

Este juízo crítico deve ser uma constante, nomeadamente no âmbito da infeção associada a CVP, uma vez que a “flebite representa um importante indicador da qualidade assistencial de enfermagem” (Magerote *et al.*, 2011, p. 487).

Urbanetto *et al.* (2011) mencionam a importância dos profissionais de saúde serem detentores de conhecimentos sobre os fatores que podem estar na origem do desenvolvimento de flebites, por forma a prevenir o seu aparecimento e/ou o agravamento do quadro clínico do doente.

À parte da formação inicial, a formação contínua sobre recomendações inerentes aos cuidados prestados a doentes portadores de CVP, demonstra um impacto considerável na redução do desenvolvimento de complicações, incluindo as flebites. Isto porque o conhecimento científico dos profissionais de enfermagem relativo aos fatores de risco para o desenvolvimento das flebites, assim como das recomendações de prevenção parecem ser, em alguns dos casos insuficientes ou nem sempre aplicados na prática diária de cuidados (Oliveira e Parreira, 2010).

Para além do conhecimento e cumprimento das normas e recomendações instituídas, a vigilância do doente detentor de CVP é outro dos aspetos fundamentais no reconhecimento precoce de complicações, como a flebite.

A importância das intervenções de vigilância com o objetivo da identificação precoce de complicações associadas a CVP é objeto de estudo de alguns autores. São distintas as áreas estudadas englobando tanto as intervenções autónomas, como as interdependentes dos cuidados de enfermagem. Das mais estudadas destacam-se o tempo de permanência do CVP, a administração de “*flushing*” de soro fisiológico para lavagem do acesso venoso, os tipos de perfusões e fármacos administrados, assim como a frequência da administração. Apesar de todos os estudos aglomerarem estas variáveis destaca-se a importância da vigilância efetiva do local de inserção como indicador fundamental do desenvolvimento de flebites e do seu reconhecimento precoce (Oliveira e Parreira, 2010).

Outro aspeto dos cuidados de enfermagem é a informação e instrução dada aos doentes acerca dos potenciais sinais e sintomas do desenvolvimento de complicações “principalmente os mais fáceis de identificar como a dor e o eritema, de forma que esta sinalização possa repercutir em uma ação rápida, impedindo a evolução dos graus da flebite”. Este ensino não pode ser entendido como uma transferência de responsabilidade para o doente, mas sim ter o doente como um parceiro no processo do cuidado (Urbanetto *et al.*, 2011, p. 447).

Todos os cuidados apresentados anteriormente fazem parte do leque de competências do enfermeiro de cuidados gerais, na prestação de cuidados de enfermagem diários. É da sua responsabilidade a inserção, a manutenção e a vigilância de complicações associadas ao CVP, como forma de prevenção e controlo de infeção.

Situando-nos no âmbito do enfermeiro especialista e nomeadamente em enfermagem médico-cirúrgica, o enfermeiro deverá ter a capacidade de observação, colheita de dados e procura contínua de focos de instabilidade, com a finalidade de conhecer e perceber a pessoa recetora dos cuidados, por forma a detetar precocemente as complicações e de certificar a intervenção de uma resposta precisa, correta e eficiente no menor tempo possível (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Os cuidados de enfermagem inerentes “à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8656).

As competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, visam para além de cuidar da pessoa e família a vivenciar situações complexas de doença e/ou falência multiorgânica e impulsionar as respostas necessárias perante situações de catástrofe ou emergência multivítima, englobam também a maximização das intervenções inerentes à prevenção e controlo de infeção, de acordo com a situação e face às necessidades de respostas em tempo útil e de forma adequada. Assim, deve ter capacidade de desenvolver e liderar a elaboração de planos de prevenção e controlo de infeção por forma a dar resposta às necessidades diagnosticadas, nomeadamente na infeção associada aos cuidados de saúde (Regulamento n.º 124/2011).

É portanto crucial a formação profissional contínua como forma de atualizar e adquirir competências. “Na profissão de enfermagem, a formação contínua permite o desenvolvimento profissional, que conduz a uma maior qualidade dos cuidados prestados.” Contudo, o desenvolvimento profissional é um caminho com uma componente muito própria que está dependente da motivação de cada profissional (Ribeiro, 2013, p. 1).

Assim, o enfermeiro especialista considera o risco de infeção inerente à prestação de cuidados, à complexidade das situações que surgem e à especificidade de cuidados exigidos face ao recurso a múltiplos procedimentos invasivos, quer de tratamento ou de diagnóstico, tendo sempre em vista a resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção. É, de igual forma da sua responsabilidade a realização de um ou vários planos de prevenção e controlo de infeção, mediante as necessidades levantadas, perante a pessoa em situação crítica ou falência multiorgânica, assim como a liderança na realização de protocolos de controlo de infeção, tendo por base as normas de prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde (Regulamento n.º 124/2011).

É de extrema importância a utilização criteriosa dos cateteres, a correta aplicação dos cuidados de assépsia do local de inserção, assim como a assépsia durante a manutenção, a retirada imediata aquando do aparecimento de sinais clínicos de inflamação. Estas recomendações devem ser ensinadas e posteriormente avaliada a sua implementação, por forma a ser assegurada a correta realização, assim como a qualidade dos cuidados prestados (Capdevila, 2013).

É aqui que o enfermeiro especialista atua conforme as suas competências, ele deteta e identifica necessidades de intervenção na prática de cuidados, desenvolve medidas de resposta a essas necessidades, tais como a formação e a implementação de protocolos e posteriormente avalia a sua aplicabilidade na prática, analisando posteriormente os resultados obtidos.

A importância da formação é reforçada por O'Grady *et al.* (2011) ao referirem que a educação dos profissionais de saúde no que respeita às recomendações para o uso de cateteres intravasculares, procedimentos adequados para a sua inserção e manutenção, bem como as medidas de prevenção e controlo de infeção é fundamental, assim como a avaliação periódica dos conhecimentos e adesão às recomendações englobando todos os profissionais envolvidos na inserção e manutenção de CVP.

2. INFEÇÃO ASSOCIADA A CUIDADOS DE SAÚDE

A Infecção Associada a Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes decorrente dos cuidados e procedimentos que lhe são prestados, podendo também ser alargada aos profissionais de saúde, como consequência do exercício das suas atividades profissionais. São também denominadas de infeções nosocomiais, não sendo esta designação tão abrangente, uma vez que coloca de parte o contexto de ambulatório (Ministério da Saúde, 2007).

O Ministério da Saúde (2009, p. 12) faz ainda referência que a IACS pode ser “sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas). Deve ser evidente que a infecção não estava presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar”.

Atualmente há uma grande preocupação quer institucional, quer nacional e até mesmo mundial relativamente à IACS, isto porque estas infeções interferem na morbilidade e mortalidade dos doentes afetados, prolongando o tempo de internamento, aumentando os custos de tratamento e condicionando a qualidade dos cuidados prestados.

A infecção que é adquirida a nível hospitalar pode ter origem em agentes infecciosos endógenos ou exógenos. Os agentes infecciosos de origem endógena são os pertencentes ao próprio organismo como sendo a pele, o nariz, a boca, o trato gastrointestinal e aparelho genital, onde habitualmente há uma colonização com microrganismos. Já os agentes infecciosos de origem exógena são os profissionais de saúde, os equipamentos, os dispositivos médicos e o ambiente circundante (Ministério da Saúde, 2009).

Pina *et al.* (2010) descrevem como principais riscos da IACS a presença de dispositivos invasivos, os procedimentos cirúrgicos e as infeções com microrganismos multirresistentes, que representam no dia de hoje, uma preocupação significativa, sobretudo pela dificuldade de tratamento.

Longe vão os tempos em que os hospitais eram considerados insalubres e a sua atividade estava restrita à prestação de cuidados numa perspetiva humanitária, sem haver preocupação com a perspetiva científica. Os trabalhos pioneiros de Semmelweis, Lister ou Nightingale, mostraram-se essenciais para o desenvolvimento da prevenção e controlo de infeção hospitalar na prestação de cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2007).

A IACS é considerada um problema de saúde uma vez que conduz a elevadas taxas de morbi e mortalidade e a respetivos custos económicos demasiadamente elevados, daí que no nosso país a IACS constitui um problema de saúde pública que assume cada vez maior importância (Pina *et al.*, 2010).

A problemática da IACS não é recente, no entanto assume cada vez maior relevância a nível nacional e mundial. O aumento da esperança média de vida, o recurso a tecnologias cada vez mais avançadas e a procedimentos invasivos no tratamento, a maior complexidade de doentes faz com que o risco de infeção aumente consideravelmente (Ministério da Saúde, 2007).

Pina *et al.*, (2010) consideram que a transmissão de microrganismos e conseqüente infeção pode acontecer diariamente associada à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente em doentes imunodeprimidos, ou submetidos a terapêutica imunossupressora, e doentes com dispositivos médicos invasivos. A elevada quantidade de doentes, a redução dos profissionais de saúde, principalmente que estejam adstritos a doentes infetados ou colonizados, as transferências constantes entre serviços ou entre instituições, assim como doentes internados em unidades específicas, como o caso dos cuidados intensivos, constituem os principais fatores para o aumento das infeções cruzadas.

Dias (2010) considera que a IACS é um problema universal e um dos maiores riscos a que os doentes estão expostos no decorrer da sua hospitalização, que acarretam um aumento na morbilidade e mortalidade e nos custos de tratamento, sendo apontada como um indicador de qualidade na prestação de cuidados de saúde.

A qualidade dos cuidados de saúde assenta em várias vertentes, quer sejam de ordem social, na perspetiva em que os utentes são cada vez mais exigentes e têm cada vez mais expectativas face aos cuidados de saúde que lhes são prestados, quer de ordem ética, nomeadamente nas exigências impostas a nível de formação e conhecimentos, as de ordem profissional, no desenvolvimento de boas práticas, reconhecimento e satisfação dos profissionais de saúde e por fim a vertente económica, que engloba a racionalização dos recursos tanto humanos, como materiais e uma política institucional de qualidade dos cuidados de saúde (Ribeiro *et al.*, 2008).

Hoje, reconhece-se, através de estudos realizados internacionalmente, que cerca de um terço das infeções associadas aos cuidados de saúde são seguramente evitáveis (Ministério da Saúde, 2007).

Pina *et al.* (2010, p. 19) consideram que “as infeções associada aos cuidados de saúde constituem um importante problema de saúde pública ainda que, no nosso país, a prioridade que se lhes atribui não se pode considerar muito elevada”, nomeadamente no planeamento, programação, implementação e avaliação dos programas de prevenção. Consideram ainda, que o desenvolvimento diminuto de programas de prevenção a nível nacional pode ter a ver com a insuficiente prioridade dada às atividades de um programa que vise o funcionamento interligado com programas de vigilância nacionais e europeus,

pouco interesse demonstrado pelos corpos de gestão das instituições de saúde, nomeadamente ao défice de recursos humanos e técnicos necessários e por fim, mas não menos importante a insuficiente formação dos recursos humanos para colocar em prática estes mesmos programas.

A prevenção da IACS torna-se “um novo imperativo no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes” (Dias, 2010, p. 47).

A formação profissional contínua pretende atualizar conhecimentos e aperfeiçoar competências e de acordo com Ribeiro (2013, p.1) “permite o desenvolvimento profissional, que conduz a uma maior qualidade dos cuidados prestados. Este desenvolvimento profissional é um percurso muito pessoal e depende da motivação para a formação contínua”.

As equipas de enfermagem assumem um papel primordial na prevenção e controlo da IACS, uma vez que são os enfermeiros que acompanham o doente todos os dias e de forma contínua ao longo do seu processo de doença e respetivo percurso de recuperação.

Pina *et al.* (2010) referem que as medidas mais importantes na prevenção e controlo de infeção apresentam-se em duas vertentes: a primeira refere-se ao cumprimento rigoroso das boas práticas, como a utilização de precauções básicas (a higienização das mãos, o uso de equipamento de proteção individual e o controlo ambiental) e o isolamento de doentes de risco e a segunda dirige-se à utilização racional de antimicrobianos.

Dias (2010) partilha da mesma opinião na medida em que considera que a prevenção da IACS assenta na implementação e monitorização de boas práticas como a higienização das mãos, a redução da disseminação de microrganismos, com a utilização de precauções de isolamento, a prevenção de infeção associada a procedimentos invasivos, a minimização da resistência a antimicrobianos, fazendo o seu uso de forma racional e por fim a vigilância e a implementação de programas de prevenção e controlo de infeção.

Para que sejam mantidos resultados sustentáveis e taxas de infeção de 0% no que se refere a infeções associadas a dispositivos invasivos há necessidade de uma abordagem mais abrangente que inclua monitorização contínua de processo e de resultado, forte adesão dos órgãos de gestão das instituições e formação dos profissionais envolvidos. Portanto torna-se crucial a mudança de paradigma, “em vez de se abordar as IACS como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, acreditar que a prevenção é possível” (Pina *et al.*, 2010, p. 27).

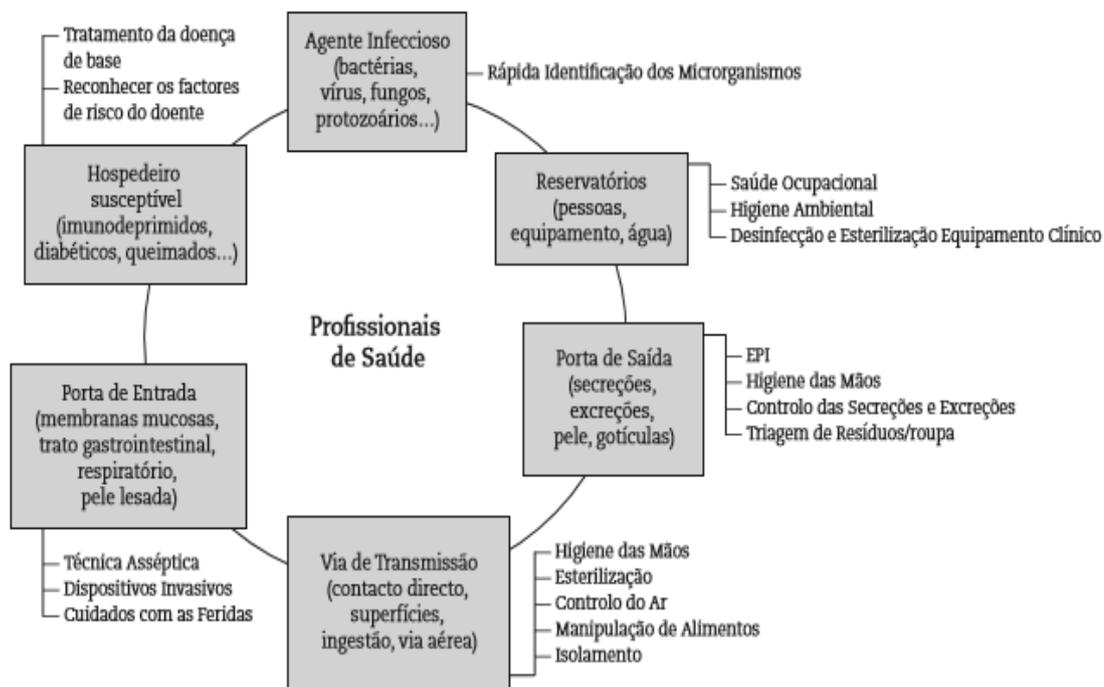
Dias (2010) faz referência às recomendações comuns na prevenção de infeção associada a dispositivos invasivos: os profissionais de saúde devem diariamente interrogarem-se sobre a indicação e necessidade do uso destes dispositivos, reduzindo a sua

permanência no caso de já não serem necessários; as medidas de prevenção e controlo de infeção devem ser rigorosamente cumpridas; a manipulação dos mesmos dispositivos deve ser adequada e rigorosa; deve haver programas de formação e treino dos profissionais de saúde relativos a esta problemática; a incidência da infeção deve ser monitorizada, por forma a serem identificados problemas e necessidades de intervenção; estabelecer estratégias de implementação das soluções encontradas para os problemas anteriormente diagnosticados, estabelecendo um plano de auditoria, informando os profissionais de saúde envolvidos dos resultados e do desenvolvimento das estratégias de prevenção.

Para a prevenção e controlo da infeção, a eficácia das intervenções dependem do modo como são implementados os programas que visam este fim. Esta problemática tem de ter uma preocupação prioritária sistemática e contínua ao nível das instituições de saúde, com auxílio de programas, com o objetivo de minimizar o risco de transmissão de infeções cruzadas, por forma a permitir a sua identificação precoce, possibilitando uma intervenção eficaz e eficiente com repercussão na melhoria dos resultados na segurança do doente (Pina *et al.*, 2010).

A Figura 1 representa a cadeia de transmissão de infeção a nível hospitalar, assim como respetivas precauções básicas e de isolamento.

Figura 1 – Cadeia de transmissão de infeção, precauções básicas e de isolamento



Fonte: Revista Portuguesa de Saúde Publica, Pina *et al.* (2010)

Posto isto, surgem programas para tentar implementar medidas de prevenção e monitorização, como é o caso do Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) que deu origem a um sistema de Vigilância Epidemiológica (VE), a nível nacional, com o objetivo de desenvolver e uniformizar uma política de registo de infeção, promovendo a criação de protocolos para que posteriormente seja possível a comparação dos dados, no mesmo tipo de doentes e obter resultados relativos à incidência de IACS. Assim foram criados programas nacionais de infeções nosocomiais da corrente sanguínea, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Incidentes Infeciosos em doentes submetidos a Diálise (Pina *et al.*, 2010).

O controlo da IACS encontra-se, nos dias de hoje, intimamente relacionada à prevenção das resistências aos antimicrobianos. Em décadas passadas, os antibióticos foram fundamentais na redução da morbilidade e mortalidade associada a infeções, mas o seu uso cada vez mais frequente e muitas vezes inapropriado conduziu ao aparecimento de bactérias resistentes e multirresistentes a determinados grupos de antimicrobianos. Daqui surgiu a necessidade da criação de um programa mais abrangente, a que foi dado o nome de Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). “Na realidade, controlo de infeção e prevenção de resistência a

antimicrobianos são duas faces da mesma moeda, com estratégias de intervenção comuns e/ou complementares, o que justifica a fusão dos dois programas.” O objetivo geral deste programa é a redução das taxas de IACS quer a nível hospitalar, quer a nível comunitário e também da taxa de microrganismos com resistência aos antimicrobianos. Especificamente pretende uma vigilância constante em termos de infeção hospitalar, consumo de antibióticos e da incidência de microrganismos multirresistentes (DGS, 2013, p. 2).

2.1 INFEÇÃO NOSOCOMIAL DA CORRENTE SANGUÍNEA

A Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea (INCS) é em grande número associada ao Cateter Venoso Central (CVC) e a dispositivos de monitorização invasiva (cateter arterial, cateter da artéria pulmonar, ...).

A INCS é definida quando existe uma ou mais hemoculturas positivas com um microrganismo patogénico conhecido ou quando existe uma junção de sinais e sintomas, como febre, arrepios e hipotensão, com duas hemoculturas positivas com um agente patogénico da pele em duas amostras separadas obtidas num período de tempo inferior a 48 horas. Ou seja, são apenas contempladas as infeções com confirmação microbiológica (Pina *et al.*, 2010).

A fisiopatologia deste tipo de infeções tem sido objeto de estudo de investigação, para melhor se compreender o seu desenvolvimento. Sabe-se, nos dias de hoje, que a contaminação da porção endovascular do cateter antecede sempre a infeção, desenvolvendo-se esta por duas vias, a intraluminal e a extraluminal. A migração de um microrganismo existente na pele do doente desde o local de inserção até à ponta do cateter é a origem mais frequente de infeção dos cateteres de curta permanência (Pina *et al.*, 2010).

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2013) através da análise de uma população estudada expõe os fatores de risco para a INCS, que podem ser intrínsecos ou extrínsecos. Nos fatores de risco intrínsecos os que mais se evidenciaram foram a diabetes e a patologia maligna e nos extrínsecos a utilização de dispositivos médicos invasivos, como o cateterismo vesical e o vascular.

Nas orientações emanadas pelo Ministério da Saúde (2006, p. 5) as infeções relacionadas com cateter têm uma etiologia multifatorial e complexa. “As potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são as mãos dos profissionais, microflora

da pele do doente, ponta do cateter contaminada durante a inserção, colonização das conexões do cateter, fluídos contaminados e via hematogénea”.

O uso de cateteres intravasculares no decorrer dos últimos anos tem-se evidenciado como uma prática quase indispensável no tratamento e na monitorização sobretudo de doentes internados em unidades de cuidados intensivos (Pina *et al.*, 2010).

Apesar da sua importância e a sua aplicabilidade nos dias de hoje a utilização dos dispositivos intravasculares aumenta o risco de infeção local ou sistémica. As taxas de incidência de INCS associadas a cateter intravascular depende de vários fatores, entre eles, o tipo de cateter selecionado, a frequência da sua manipulação por parte dos profissionais de saúde, o local de inserção e a complexidade da condição clínica do doente (Pina *et al.*, 2010).

Mais uma vez levantam-se questões relacionadas com o prolongamento do tratamento e o aumento da morbilidade dos doentes afetados por INCS. Estima-se que doentes que adquirem uma INCS têm um internamento com uma demora média de 35,3 dias, contrastando com outros internamentos em que a média é de 8,9 dias (Ministério da Saúde, 2006).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2006, p. 5) aproximadamente metade das INCS têm como “origem provável os dispositivos invasivos: CVC, ventilação mecânica e algaliação, pode tratar-se de infeções evitáveis, que representam vias de transmissão exógenas”.

Apesar do CVC ou cateteres de monitorização invasiva estarem mais relacionados com INCS, estudos demonstram que existem casos de infeções nosocomiais que têm origem em infeções associadas ao CVP. Mais importante que perceber se as bacteriemias estão associadas a flebitis, é perceber com que tipo de cateter estão relacionadas. Estes casos de bacteriemia com ponto de partida em CVP podem ter início sem sinais locais de inflamação (Capdevila, 2013).

Pina *et al.* (2010, p. 19) fazem referência a estudos recentes que “indicam a possibilidade de se obter taxas de 0% nas infeções da corrente sanguínea associadas a cateter”.

Daqui se pressupõe que as medidas preventivas são fundamentais, desde que ampla e rigorosamente cumpridas.

Assim Pina *et al.* (2010) referem que as medidas preventivas mais eficazes são aquelas que permitem a redução da contaminação do local de inserção do cateter e dos seus sistemas de perfusão, particularmente, uso de normas e protocolos atualizados, formação e treino dos profissionais de saúde, tipo de cateter e o seu local de inserção, a correta

desinfecção da pele, tipo de pensos de fixação utilizados e a manipulação dos sistemas de perfusão.

Os programas de VE das INCS, englobados no PPCIRA têm como principais objetivos fazer o cálculo da incidência das INCS; possibilitar às instituições de saúde participantes conhecer os microrganismos mais frequentes dos seus serviços, confrontando o seu desempenho com as restantes instituições envolvidas e acompanhar os seus resultados ao longo do tempo; adquirir informação pertinente relativa aos principais fatores de risco no desenvolvimento de INCS; realizar ações de sensibilização dos profissionais de saúde, recorrendo ao uso dos resultados da VE, para a adoção de medidas preventivas, cumprimento das orientações de boas práticas e melhoria da qualidade na colheita e registo de informação (Ministério da Saúde, 2008).

De acordo com a DGS (2014, p. 37) os programas de VE de INCS decorrem desde o ano de 2002 e mostram-se como um dos programas com maior adesão. Segundo esta entidade “em 2013, participaram 49 hospitais com o registo de 2823 episódios correspondendo a uma população de cerca de 330 mil doentes admitidos nos hospitais de agudos (...). A Medicina Interna e as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) foram os serviços com maior número de episódios registados”.

Acredita-se que a formação e o treino dos profissionais têm um impacto considerável na prestação dos cuidados de saúde, uma vez que estudos de incidência revelam uma diminuição das taxas de INCS associada ao CVC de 2,5 para 1,9 por mil dias de CVC inserido, em toda a população a nível hospitalar (DGS, 2013). Sendo que numa última análise a taxa de incidência revela 1,5 no ano de 2012 e 1,3 por mil dias de CVC inserido em 2013 (DGS, 2014).

Estes dados revelam, que as campanhas de sensibilização, formação contínua em serviço, normas e recomendações estão a ser eficazes no combate à prevenção e controlo de IACS.

3. INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO PERIFÉRICO

A inserção de cateteres venosos periféricos é um procedimento indispensável à prática de cuidados diários em contexto hospitalar (Lopez *et al.*, 2004 citados por Oliveira e Parreira, 2010).

A inserção de CVP “é um dos procedimentos mais frequentes da prática dos profissionais de enfermagem, sendo estes os principais responsáveis pelos cuidados relativos aos dispositivos” (Magerote *et al.*, 2011, p. 487).

Esta mesma opinião é partilhada por Capdevilla (2013) que refere que a cateterização venosa é nos dias de hoje quase um ato reflexo no âmbito dos cuidados prestados a nível hospitalar.

No entanto, a cateterização venosa periférica não é uma técnica de todo inócua, apresentando desvantagens e trazendo complicações que colocam em risco a saúde dos doentes, o aumento do tempo de internamento e o acréscimo dos custos de tratamento (Ferreira, Pedreira e Diccini, 2007).

A etiologia das infeções associadas a CVP é variada e complexa. São consideradas como principais fontes de contaminação do cateter as mãos do profissional, a flora microbiana da pele do doente, a ponta do cateter contaminada durante a punção, a contaminação das conexões, os fluídos administrados contaminados e a disseminação hematogénea (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com Malagutti e Roehrs (2012), citados por Augusto (2013) a presença de um CVP aumenta o risco de infeção, pois há uma rutura da pele e a sua principal função de proteção do organismo fica alterada. Assim a microflora da pele passa a ter acesso livre à corrente sanguínea, aumentando a ação patogénica dos microrganismos nela existente.

O uso de CVP pode conduzir a complicações, tanto mecânicas, químicas, como infecciosas. As complicações mecânicas estão relacionadas com o cateter, nomeadamente quando o calibre do cateter é superior ao lúmen do acesso vascular ou após a inserção do mesmo, quando há uma incorreta manipulação. As complicações químicas podem surgir após a perfusão de fármacos ou soluções de osmolaridade elevada, que se tornam irritantes para a veia. Já as complicações infecciosas estão relacionadas com o incumprimento das normas de assépsia tanto na inserção, na manipulação, como na manutenção do CVP (Martin e Segre, 2010, citados por Pereira, 2014).

Ferreira, Pedreira e Diccini (2007) mostram que 90% dos doentes internados são portadores de um CVP para administração de soroterapia ou fármacos endovenosos, o

que os expõe ao surgimento de complicações associadas, que acontecem em 50 a 75% dos doentes.

As complicações locais mais frequentes dos cateteres venosos são o hematoma, a infiltração, o extravasamento, a obstrução e a flebite (Magerote *et al.*, 2011).

Para além destas, Ferreira, Pedreira e Diccini (2007) acrescentam a rotura de acesso venoso, obliteração, trombose, tromboflebite e infeção local, como possíveis complicações associadas ao CVP.

Capdevila (2013) afirma que este é o “parente pobre” de todos os cateteres intravasculares e o impacto provocado pelo seu uso irracional e indevido é erradamente menosprezado.

Considerando o foco deste estudo nos pontos seguintes partindo de todas as complicações explanadas anteriormente, iremos explorar a flebite e a prevenção de flebites associadas ao CVP.

3.1 A FLEBITE

A flebite é uma das complicações mais frequentes associada a CVP (Magerote *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2015) e caracteriza-se por “uma inflamação aguda de uma veia devido a alteração da parede endotelial, manifestado por sinais inflamatórios como dor, rubor, calor, edema e tumefação” (Augusto, 2013, p. 39).

É também definida como uma inflamação aguda do acesso venoso, que se caracteriza por edema, dor, desconforto e eritema circundante ao local de inserção do CVP ou através de trajeto vascular, podendo evoluir para um cordão fibroso palpável (Ferreira, Pedreira e Diccini, 2007).

Magerote *et al.* (2011); Urbanetto *et al.* (2011); Souza *et al.* (2015) fazem referência à classificação da flebite proposta pela *Infusion Nurses Society*, em que a flebite é classificada de acordo com o grau de evolução:

Grau 0: não apresenta sintomas;

Grau 1: eritema com ou sem dor local;

Grau 2: dor com eritema e/ou edema;

Grau 3: dor com eritema e/ou edema, com endurecimento e cordão fibrosos palpável;

Grau 4: dor com eritema e/ou edema, endurecimento, cordão fibroso palpável maior que dois centímetros e meio e drenagem purulenta.

São vários os fatores que podem levar ao desenvolvimento de uma flebite, dos quais se destacam a má técnica asséptica na inserção do CVP, a condição clínica do doente, as características do acesso venoso, a incompatibilidade entre diferentes fármacos administrados, pH e osmolaridade das soluções perfundidas, calibre do cateter, tipo de material constituinte do cateter e o tempo de permanência prolongado (Ferreira, Pedreira e Diccini, 2007).

Analogamente ao que foi dito anteriormente relativamente ao tipo de complicações, a flebite pode ser classificada como mecânica, química, infecciosa ou pós-infusional. A flebite mecânica é considerada o tipo mais comum e está relacionada à cateterização ou à incorreta manipulação do cateter ou o calibre do cateter inadequado face ao acesso venoso. A flebite química surge associada à perfusão de fármacos com pH e osmolaridades extremas ou a perfusão rápida dos mesmos. A flebite infecciosa resulta da contaminação do CVP quer no momento da inserção, quer na contaminação dos sistemas de perfusão. Quanto à flebite pós-infusional, esta diz respeito ao processo inflamatório de um acesso venoso que já não possui cateter e que se pode manifestar no período de 48 a 96 horas após a remoção do mesmo (Souza *et al.*, 2015).

Contudo, Capdevila (2013) demonstra que habitualmente são descritas flebites, quando na realidade o que acontece é uma inflamação por irritação cutânea e não por infeção. No entanto, a persistência da inflamação vai desencadear a infeção e facilitar a colonização bacteriana.

A taxa aceitável de flebites numa população de pacientes é de igual ou inferior a 5%, de acordo com a *Intravenous Nurses Society*, referida por Ferreira, Pedreira e Diccini (2007); Urbanetto *et al.* (2011) e Souza *et al.* (2015).

Urbanetto *et al.* (2011) dão destaque à importância da flebite, como problema real em contexto hospitalar, apesar da ampla informação relativa a esta problemática na área da saúde.

Hoje em dia é quase obrigatório, as instituições imporem padrões de qualidade em relação aos cuidados prestados, e neste seguimento as taxas de flebite são cada vez mais utilizadas como indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem (Souza *et al.*, 2015).

Em primeira linha tem que se avaliar as repercussões desta complicação para o doente, como a dor e o sofrimento a que vai estar exposto, sem também esquecer as consequências económicas que daqui advém tanto em termos institucionais

(prolongamento do internamento, maior carga de trabalho), quer em termos familiares e do próprio doente, quando são estes que suportam os encargos do seu tratamento (Magerote *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2015).

Deve portanto, ser preocupação constante a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados, no que concerne à segurança e qualidade da assistência, com a implementação de medidas preventivas de forma a manter as taxas de flebite o mais baixas possível (Souza *et al.*, 2015).

3.2 PREVENÇÃO DA INFEÇÃO ASSOCIADA AO CATETER VENOSO PERIFÉRICO

As diretrizes nacionais e internacionais assentam em dois grandes pilares no que diz respeito à prevenção de infeção associada a cateteres intravasculares, como a vigilância epidemiológica associada a estes dispositivos e boas práticas para a prevenção da infeção associada a cateteres venosos (Ministério da Saúde, 2006).

As recomendações para a prevenção da infeção associada a dispositivos intravasculares foram desenvolvidas tendo como linha de apoio as “Recomendações do CDC-HICPAC, *Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta: Guidelines for the prevention of intravascular catheter – Related Infections*”. Estas recomendações abordam todos os tipos de dispositivos intravasculares, mas iremos debruçar-nos apenas nas recomendações relativas aos cateteres venosos periféricos.

Oliveira e Parreira (2010) referem que a punção venosa necessita de um conjunto de intervenções, que devem ser realizadas pelos enfermeiros de forma metódica, com o intuito de prevenir infeções.

As recomendações associadas aos CVP assentam essencialmente em seis aspetos: seleção do tipo de cateter, seleção do local de punção, desinfeção da pele antes da punção, manutenção e otimização do cateter, estratégias de substituição do cateter e profilaxia antibiótica (Ministério da Saúde, 2006).

De acordo com a circular normativa emanada pela DGS (2010, p. 2) a **higienização das mãos**

“é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de

microrganismos da pele do doente para as mucosas (trato respiratório, etc.) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural etc.) e de outros doentes ou do ambiente contaminado.”

Assim sendo, a higienização das mãos como parte integrante das medidas de precauções básicas, revela-se como a medida mais importante no que diz respeito à prevenção e controlo de infeção, sendo considerado de igual forma uma medida indireta no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs um modelo para a higienização das mãos intitulado “Cinco Momentos” e que foi adotado pela DGS. Este modelo evidencia os tempos em que a higienização das mãos é obrigatória no decorrer da prestação de cuidados. Posto isto, os “cinco momentos” preconizados para a realização da higienização das mãos são: “1. Antes do contacto com o doente; 2. Antes de procedimentos limpos/assépticos; 3. Após risco de exposição a fluídos orgânicos; 4. Após contacto com o doente; 5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente” (DGS, 2010, p. 3).

A Figura abaixo representa o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela OMS.

Figura 2 – Modelo conceptual dos “Cinco Momentos” da higienização das mãos



Fonte: DGS, Circular Normativa, nº13/DQS/DSD de 14/06/2010

A higienização das mãos é, portanto, um procedimento de extrema importância. Antes da inserção do cateter venoso pode ser feita com água e sabão (lavagem convencional) ou com desinfecção com Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA). Esta deve ser realizada antes e após a palpação da veia, assim como antes e após da substituição, otimização ou inserção de um CVP (O'Grady *et al.*, 2011).

De acordo com a DGS (2010) a primeira escolha para a higienização das mãos deverá ser a SABA, desde que as mãos não se encontrem sujas com fluídos ou matérias orgânicas. A higiene das mãos com água e sabão deve ocorrer apenas quando as mãos se encontrem visivelmente sujas com fluídos ou matéria orgânica, antes e após as refeições ou o uso de sanitários, à chegada e à saída do local de trabalho e em todos os momentos de prestação de cuidados a doente infetados com *Clostridium Difficile*.

Relativamente aos **Equipamentos de Proteção Individual (EPI)**, estes devem facultar uma adequada proteção aos profissionais de saúde, tendo em consideração o risco relativo ao procedimento que se vai realizar. As luvas são dos EPI mais utilizados durante a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde.

As luvas devem ser utilizadas sempre que haja risco associado ao procedimento que irá ser realizado. Estas devem ser “adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam; usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluídos orgânicos; removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento (o seu uso não substitui em nenhuma circunstância, a higiene das mãos); substituídas, se há perfuração ou rotura” (DGS, 2013, p. 5).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) o uso de luvas é recomendado, uma vez que são parte integrante das precauções básicas. Se durante a inserção e manutenção do CVP se cumprir rigorosamente a técnica asséptica não é necessária a utilização de luvas esterilizadas, sendo suficiente as luvas de uso único não estéreis.

No que diz respeito à **seleção do cateter**, este deve ter por base o propósito e a duração da sua utilização, assim como experiência do profissional que executa o procedimento. As agulhas de metal devem ser evitadas na administração de fluídos e de medicação, uma vez que podem provocar necrose dos tecidos se ocorrer extravasamento (O'Grady *et al.*, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006) na seleção do cateter deve ser tida em conta o objetivo da sua inserção, o tempo de utilização que se prevê, assim como o surgimento de possíveis complicações. Apontam ainda para o uso de cateteres longos ou de cateteres centrais com inserção periférica, quando se estima que a duração da terapêutica endovenosa seja por um período superior a 6 dias.

Quanto ao **local de punção**, em doentes adultos deve-se optar por veias proximais e substituindo sempre que possível os cateteres inseridos em veias distais (O'Grady *et al.*, 2011).

O Ministério da Saúde (2006) acrescenta que em doente adultos, deve-se preferir as veias dos membros superiores aos inferiores para a inserção do CVP. Na necessidade de se inserir o CVP a nível dos membros inferiores, este deve ser removido tão breve quanto for possível.

Para proceder à **desinfecção da pele** antes da punção venosa devem ser utilizados antissépticos como o álcool a 70%, tintura de iodo ou clorhexidina de base alcoólica. Não existem comparações que evidenciem qual das preparações é a mais eficaz, se clorhexidina, preparações com álcool ou iodopovidona/tintura de iodo. Os antissépticos utilizados devem secar de acordo com as recomendações do fabricante antes da inserção do cateter (O'Grady *et al.*, 2011).

Já o Ministério da Saúde (2006) refere que as soluções antissépticas de base alcoólica são as mais recomendadas, uma vez que apresentam maior benefício quanto à rapidez de ação, atividade residual e espectro bacteriano.

A palpação do local de inserção não deve ser realizada após a aplicação do antisséptico, a não ser que a técnica asséptica seja mantida. Esta deve ser mantida durante a inserção e em todos os cuidados inerentes ao cateter venoso (O'Grady *et al.*, 2011).

Relativamente ao **material de fixação** dos cateteres e com base nas recomendações de O'Grady *et al.* (2011) e o Ministério da Saúde (2006) é aconselhado a utilização tanto de pensos com compressa estéril como pensos com revestimento transparente semipermeável para a fixação do cateter. Deve ser avaliado o local de inserção do cateter, procedendo à palpação do prolongamento da veia, quando utilizado penso opaco ou pela inspeção através do penso de fixação transparente. Os pensos com compressa e pensos opacos não devem ser removidos, se o doente não apresentar sinais clínicos de infeção. Se o doente apresentar sinais inflamatórios no local ou outras complicações, o penso opaco ou com compressa deve ser removido e o local inspecionado visualmente. Se o penso de fixação se encontrar solto, danificado, húmido ou visivelmente sujo deve ser substituído. Caso o doente esteja hipersudorético ou o local de punção apresentar perda hemática é aconselhável a utilização de um penso com gaze até resolver. É igualmente importante encorajar os doentes a reportar qualquer alteração no local do cateter ou qualquer novo desconforto.

No que concerne à **substituição do cateter** e de acordo com O'Grady *et al.* (2011) não há necessidade de o substituir mais frequentemente do que 72 a 96 horas, com o objetivo

de reduzir o risco de infecção ou flebite. A substituição do cateter apenas quando existem critérios clínicos para tal, ainda é uma questão não resolvida e sem evidência. No entanto, sempre que o local de punção apresente sinais de infecção, inflamação ou o cateter se encontrar não funcionando, este deve ser removido.

As indicações anteriores são partilhadas pelo Ministério da Saúde (2006) acrescentando que em doentes com acessos venosos difíceis e escassos e quando não existe evidência de sinais inflamatórios ou flebite, o cateter pode permanecer por mais tempo, tendo a vigilância do local de inserção ser realizada de forma mais frequente e criteriosa.

Quanto aos CVP inseridos em situações de emergência ou serviços de urgência, onde poderá ocorrer maior falha na técnica asséptica devem ser trocados no prazo de 48h (Ministério da Saúde, 2006).

Institucionalmente encontra-se padronizado que a substituição dos CVP deve ser realizada a cada 72h.

Estudos revelam que a **administração de antibióticos** sistémicos está contraindicada na profilaxia de infecção ou contaminação associada a dispositivos intravasculares. A utilização de cremes tópicos com antibiótico no local de inserção do cateter venoso não são recomendados (O'Grady *et al.*, 2011).

A recomendação supracitada é partilhada pelo Ministério da Saúde (2006, p. 21) ao aludir que não devem ser aplicados “por rotina pomadas ou cremes antimicrobianos no local de inserção dos cateteres venosos periféricos”.

É essencial avaliar diariamente a necessidade de determinado doente ter CVP, vigiar de forma criteriosa sempre que se manipula o CVP e se administra terapêutica e remover precocemente, desde que haja suspeita de desenvolvimento de flebite, infecção ou mau funcionamento. Deve ser enfatizada a importância da realização de registos de enfermagem adequados, onde conste a data da inserção, o local da inserção, o motivo da sua colocação e da sua remoção, assim como o registo da vigilância diária do CVP (Capdevila, 2013).

Após a inserção do CVP, a sua **manutenção** é o outro momento em que os enfermeiros devem ter particular atenção e serem rigorosos na conservação da técnica asséptica, assim como na manipulação cuidadosa de todo o material que irá ser utilizado e conectado ao CVP.

O'Grady *et al.* (2011) referem que os sistemas de perfusão de soroterapia simples, assim como todas as suas conexões podem ser substituídas a cada 96h, podendo ir até um limite máximo de 7 dias. Os sistemas de administração de fármacos de forma intermitente

é uma questão ainda não resolvida, pelo que não está definida a periodicidade da sua substituição. Relativamente aos sistemas de administração de sangue e derivados ou soluções com gordura, os sistemas devem ser substituídos no prazo de 24h após o início da perfusão. Quanto aos sistemas de perfusão de propofol devem ser trocados a cada 6 a 12h ou sempre que o frasco for substituído.

Já o Ministério da Saúde (2006) recomenda a substituição dos sistemas de perfusão, assim com torneiras e prolongadores com uma periodicidade não superior às 72 horas e sempre que o cateter seja renovado. Quanto aos restantes sistemas de administração partilham as mesmas recomendações anteriormente referidas.

É recomendada a limpeza com álcool a 70% das torneiras e conexões antes da sua manipulação, assim como devem ser mantidas as tampas e torneiras fechadas quando o acesso ou os sistemas não estão a ser utilizados (Ministério da Saúde, 2006).

Todas estas recomendações para a prevenção ou minimização da infeção associada ao CVP devem englobar a segurança do doente e o custo-benefício. Esta preocupação é verificada pela existência de vários estudos que evidenciam que o risco de infeção diminui quando há uma uniformização de práticas na assépsia e que a punção e manutenção de acessos venosos por profissionais com pouca prática pode levar a um aumento do risco de infeção e colonização (Ministério da Saúde, 2006).

Assim, cada vez mais se pressupõe a realização de formação a profissionais de saúde, com o intuito de apresentar as indicações de uso, procedimentos de inserção, manutenção e otimização, assim como medidas de controlo de infeção associadas a dispositivos intravasculares. É igualmente importante a avaliação periódica dos conhecimentos e adesão a estas recomendações por parte dos profissionais (Ministério da Saúde, 2006).

Concluído o enquadramento teórico que nos permitiu ter um olhar sobre o estado da arte acerca desta temática, no capítulo seguinte vamos debruçar-nos sobre o percurso metodológico.

Capítulo 2
PERCURSO METODOLÓGICO

De acordo com Fortin (1999) de todos os processos de obtenção de conhecimentos a investigação científica é o método mais rigoroso e plausível, pois assenta num processo racional que contém um poder descritivo e explicativo dos factos, acontecimentos ou fenómenos em estudo.

O método científico, de acordo com autores estudados por Ribeiro (2010), compreende um conjunto de regras e processos, na qual a investigação se baseia, em que o seu objetivo é fazer afirmações sem erro.

A investigação científica “é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real (...). É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação” (Fortin, 1999, p. 15).

A investigação só é considerada investigação se “o relatório final for tão detalhado que permita a outro investigador, ou outra equipa de investigação, seguir, exatamente, os mesmos passos e chegar, ou não, aos mesmos resultados”. É por isso, um processo delicado e complexo, detalhado e com regras precisas (Ribeiro, 2010, p. 16).

Fortin (2009) apresenta como etapas do processo de investigação a escolha de um desenho de investigação, a definição da população, da amostra e das variáveis e a escolha de métodos de colheita e análise dos dados.

É com base nestes pressupostos que neste capítulo apresentamos o percurso metodológico que conduziu este trabalho desde a questão e os objetivos de investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes, os procedimentos de recolha de dados e as considerações éticas subjacentes.

1. A PROBLEMÁTICA E OS OBJETIVOS DO ESTUDO

Como foi exposto anteriormente, a flebite associada a CVP é uma complicação comum na prática diária dos cuidados de enfermagem e como o acesso venoso periférico é inúmeras vezes manipulado ao longo das 24 horas de trabalho acrescenta-se a necessidade de perceber quais os conhecimentos que os enfermeiros detêm sobre a presente temática e quais as práticas diárias na prevenção desta complicação.

A prevenção e controlo de infeção sempre se evidenciaram como áreas de interesse, tendo vindo a ganhar importância ao longo dos tempos, tendo em conta as competências definidas e que vão sendo implementadas, nomeadamente no que se refere à

maximização da “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 124/2011, p. 8657).

Esta preocupação ganha amplitude dada a consciência de que os cuidados de enfermagem face ao CVP são por vezes desvalorizados, talvez pela inserção e manutenção do CVP serem procedimentos tão “banais” e frequentes na prática diária de cuidados, sendo-lhe atribuída, talvez por isso, uma importância menor face a outros cuidados.

Foi nesse sentido que surgiu o interesse e a pertinência deste estudo, para o qual foram traçados objetivos que apresentamos mais abaixo.

Fortin (1999, p. 100) refere que “o objetivo de um estudo indica o porquê da investigação”. Apresenta-se como um enunciado declarativo que delinea o rumo da investigação de acordo com o nível de conhecimentos existentes no domínio em questão.

De acordo com Ribeiro (2010) os objetivos do estudo exibem o que o investigador tem em mente realizar para poder dar uma resposta à questão de investigação.

Assim foram delineados os seguintes objetivos que pretendemos serem norteadores deste trabalho, os quais tiveram como ponto de partida as questões de investigação formuladas e a finalidade do estudo.

OBJETIVO GERAL:

Compreender os saberes e as práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Identificar os saberes dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos.
- b) Descrever as práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos.

Após a exposição da problemática do estudo e a apresentação dos objetivos (geral e específicos), segue-se a definição do tipo de estudo e toda a metodologia envolvente.

2. TIPO DE ESTUDO

Tendo em consideração a problemática em estudo, as questões e os objetivos da investigação apresentados anteriormente, consideramos que o método qualitativo é o que melhor se enquadra para o desenvolvimento deste estudo.

O método de investigação qualitativa tem como finalidade a análise de sujeitos nos seus contextos de trabalho, por forma a serem recolhidos dados que vão surgindo de forma natural. Revela-se como um trabalho de proximidade e de interação, uma vez que obriga o contacto face a face com o sujeito ou grupo, ou a observação de comportamentos em contexto real, possibilitando o desenvolvimento de uma perspetiva aprofundada dos sentimentos, pensamentos, interpretações e experiências dos sujeitos em estudo (Ribeiro, 2010).

De acordo com Fortin (1999, p. 22) “o investigador que utiliza o método de investigação qualitativa está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo”. Assim o investigador apoia-se em métodos de observação, descrição, interpretação e apreciação do meio e do fenómeno em estudo, tal e qual como estes se apresentam, sem ter como pretensão o seu controlo.

Denzin e Licoln (1994) citados por Ribeiro (2010) creem que a investigação qualitativa pode conseguir uma grande proximidade da perspetiva do sujeito do estudo com recurso à observação ou à entrevista estruturada. Para estes autores, os investigadores que optam por esta metodologia devem valorizar as descrições pormenorizadas acerca da temática e do contexto em que se insere, é assumido previamente que a realidade não pode ser entendida na sua totalidade e que a investigação apenas permite uma aproximação a essa mesma realidade, utilizando para isso diferentes métodos para compreender o máximo possível; defendem que há diversas perspetivas da realidade, adotando uma atitude crítica perante aquelas que se mostram fechadas a visões alternativas.

Direcionado o estudo para a investigação qualitativa e mais uma vez indo de encontro aos objetivos estabelecidos, consideramos que o estudo será encaminhado para a pesquisa de natureza descritiva e exploratória.

Os estudos descritivos “podem variar em complexidade, indo do estudo de um conceito ao estudo de vários conceitos. O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo.” (Fortin, 1999, p. 162).

A pesquisa descritiva, de acordo com Fortin (1999) realiza-se em contexto exploratório, uma vez que a conduta das variáveis em estudo e relações que se possam estabelecer entre elas são, à partida, desconhecidas do investigador.

Sampieri, Collado e Lucio (2006) referem que o objetivo dos investigadores dos estudos descritivos é a descrição de situações, acontecimentos e feitos, ou seja, explicar como se mostra o fenómeno em estudo.

O objetivo final deste tipo de investigação para Fortin (1999, p. 276) é “oferecer um retrato global da amostra. (...) A interpretação destes testes deve unicamente ser feita sobre a amostra, quer dizer que não deve ser generalizada a uma população”.

Por fim Ribeiro (2010) aborda a importância da preparação do investigador face à investigação qualitativa, referindo que o investigador necessita de um bom treino nos métodos usados, para que assim se possa obter uma descrição e entendimento robustos dos fenómenos em estudo. “Só um treino aprofundado no uso destas técnicas permitirá retirar do método a riqueza que ele tem e minimizar o viés que é suscetível de ser introduzido pelo investigador.” (Ribeiro, 2010, p. 73).

3. CONTEXTO E PARTICIPANTES

Neste ponto serão expostos o contexto onde o estudo se insere, assim como os participantes que serão incluídos no mesmo.

3.1 CONTEXTO

O estudo será desenvolvido num serviço médico-cirúrgico de um hospital privado da zona norte do país. A opção por este contexto deve-se ao facto de ser o hospital onde exercemos a nossa atividade profissional e também por ser o serviço onde nos deparamos constantemente com situações de flebite associadas a CVP.

O serviço em questão recebe doentes de duas especialidades médicas (medicina interna e gastroenterologia) e quatro especialidades cirúrgicas (urologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica e oftalmologia). Os doentes das especialidades médicas são tratados pela especialidade de medicina interna, que é composta por 10 médicos. Quanto às especialidades cirúrgicas cada uma delas é composta por 7, 9, 4 e 5 médicos respetivamente.

No âmbito da enfermagem, o serviço é constituído por 31 enfermeiros. O método de trabalho assenta na metodologia individual, em que um dado enfermeiro é responsável por todos os cuidados prestados ao grupo de doentes que lhe é atribuído no início do turno.

O serviço tem capacidade para receber 35 doentes das especialidades médicas e cirúrgicas, havendo sempre o cuidado de não associar na mesma enfermaria doentes do foro médico e do foro cirúrgico, assim como, sempre que possível manter doentes com focos infecciosos isolados.

3.2 PARTICIPANTES

Uma vez que o objetivo do estudo se centra no conhecimento dos cuidados de enfermagem na prevenção de flebitis associadas ao CVP, os participantes do estudo são enfermeiros que integram a equipa de enfermagem do serviço selecionado, tendo sido englobados no estudo de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- a) Exercer funções de prestação de cuidados direta;
- b) Não se encontrar em processo de integração na equipa;

Assim os participantes que integram a amostra foram selecionados de forma aleatória e intencional, o que segundo Fortin (1999, p. 204) é a “técnica segundo a qual cada um dos elementos (sujeitos) que compõe a população alvo tem uma chance igual de ser escolhido para fazer parte da amostra”.

Na investigação qualitativa é atribuída uma elevada importância ao conhecimento e às experiências dos participantes no estudo, sendo desta forma essencial o investigador interrogar-se em que medida estes elementos são capazes de fornecer informações válidas e pertinentes. De igual forma é crucial que os elementos escolhidos sejam capazes de expor a sua experiência face ao que o investigador o questiona, o que pressupõe motivação para participar e capacidade para exprimir as suas ideias.

Face ao exposto participaram no estudo 24 enfermeiros que constituem a equipa do serviço médico-cirúrgico, tendo sido excluídas duas enfermeiras que se encontram em fase de integração, três que se encontram ausentes do serviço por baixa médica e licença de maternidade, a enfermeira-chefe e a investigadora.

Todos os elementos (vinte e quatro) foram alvo de observação e destes oito foram entrevistados. O número de enfermeiros entrevistados não foi estipulado previamente, mas sim definido ao longo do processo de colheita de dados, tendo em consideração a informação recolhida, tal como nos relata Fortin (1999) que considera que devem ser incluídos tantos sujeitos quanto os que forem necessários para haver a saturação dos dados.

3.2.1 Caracterização dos Participantes

Os participantes no estudo foram caracterizados quanto à idade, ao género, à formação académica, ao tempo de atividade profissional e ao tempo de atividade profissional no serviço selecionado, conforme se pode ver no quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

| Variáveis | Intervalos | Número de Participantes |
|-----------|------------------|-------------------------|
| Idade | ≤ 30 anos | 8 |
| | ≥ 31 e ≤ 35 anos | 10 |
| | ≥ 36 e ≤ 40 anos | 6 |
| Género | Feminino | 20 |
| | Masculino | 4 |

| | | |
|-----------------------------|----------------------------|----|
| Formação Académica | Licenciatura em Enfermagem | 24 |
| | Pós-Graduação | 7 |
| | Especialidade | 6 |
| | Mestrado | 2 |
| Tempo de Serviço | ≤ 5 anos | 4 |
| | ≥ 6 e ≤ 10 anos | 6 |
| | ≥ 11 e ≤ 15 anos | 12 |
| | ≥ 16 e ≤ 20 anos | 2 |
| Tempo de Serviço na Unidade | < 1 anos | 5 |
| | ≥ 1 e ≤ 5 anos | 6 |
| | ≥ 6 e ≤ 10 anos | 3 |
| | ≥ 11 e ≤ 15 anos | 9 |
| | ≥ 16 anos | 1 |

A grande maioria dos enfermeiros constituintes da equipa são do género feminino e a faixa etária mais significativa é a dos 31 aos 35 anos, com dez enfermeiros compreendidos nestas idades, oito têm idade inferior a 30 anos e 6 têm idade compreendida entre os 36 e os 40 anos, o que se pode considerar uma equipa jovem.

No que diz respeito à formação académica, todos os participantes têm o grau de Licenciatura em Enfermagem, sendo que sete possuem pós-graduação em diversas áreas (um respetivamente em enfermagem de cuidados intensivos, em enfermagem geriátrica e gerontológica, em anestesiologia, em urgência e emergência, educação social e intervenção comunitária e avaliação e intervenção psicoeducacional de crianças e jovens em risco e por fim dois em emergência e catástrofe), seis são detentores do título de especialista (um em enfermagem de saúde materna e obstétrica, dois em enfermagem médico-cirúrgica e três em enfermagem de reabilitação) e dois têm o grau de mestre (um em enfermagem geriátrica e gerontológica e um enfermagem médico-cirúrgica).

Relativamente ao tempo de experiência profissional, dois têm entre 16 a 20 anos de experiência, quatro menos que cinco anos, seis entre 6 a 10 anos, situando-se o grupo mais representativo entre 11 a 15 anos de experiência profissional.

Quanto ao tempo de exercício profissional no serviço onde o estudo se desenvolveu a maioria situa-se entre 11 a 15 anos, seis entre 1 a 5 anos, três entre 6 a 10 anos, um há mais de 16 anos, sendo que cinco trabalham neste serviço há menos de 5 anos.

4. PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Polit, Beck e Hungler (2004), citados por Augusto (2013), referem que o objeto de estudo do investigador deve ser transposto em dados para que possam ser posteriormente analisados, assim como os conceitos devem poder ser traduzidos em fenómenos passíveis de observação e registo. Por este motivo a escolha do(s) instrumento(s) de colheita de dados é uma das tarefas mais complexas e cruciais no processo de pesquisa, isto porque se os métodos escolhidos não forem fiáveis e de elevada qualidade, surgirão dúvidas quanto à precisão e exatidão dos resultados e conclusões obtidos.

Portanto, “cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p. 240).

Os métodos de recolha de dados mais frequentes são as medidas objetivas, como as medidas anatómicas, fisiológicas e mecânicas, sendo estas exatas, não permitindo interpretações. Em oposição temos a observação, a entrevista, os questionários ou escalas de medida, que correspondem às medidas subjetivas (Fortin, 1999).

O tipo de observação a ser utilizado é, de acordo com Laperrière (1992), citado por Fortin (1999) observação direta, uma vez que objetivo é apresentar os componentes de determinada situação, neste caso os cuidados efetuados aquando da cateterização venosa e manutenção do acesso venoso periférico.

A observação direta “inclui a anotação e registo sistemático de acontecimentos, comportamentos, assim como do meio social, cultural, e físico onde eles ocorrem.” (Ribeiro, 2010, p. 71).

Para o efeito foi utilizada uma grelha de observação (Anexo 5), cuja construção teve por base uma outra já utilizada noutro estudo no âmbito da mesma temática e as diretrizes nacionais e internacionais de prevenção de infeção associada a dispositivos intravasculares. A autora da grelha, Enfermeira Carla Maria Braz Pereira, foi contactada no sentido de dar conhecimento do estudo e solicitar a autorização para a utilização da mesma (Anexo 6).

O segundo método de recolha de dados pelo qual optamos foi a entrevista. Neste sentido foi construído um guião de entrevista (Anexo 5) assente nos objetivos e indo de encontro à grelha de observação, com a finalidade de perceber quais os conhecimentos que os enfermeiros detêm quanto à prevenção de flebites associadas a acessos venosos periféricos.

A entrevista mostra-se como método particular de comunicação que se interpõe entre o investigador e os participantes do estudo por forma a ser possível a recolha de dados pertinentes às questões de investigação previamente formuladas (Fortin, 1999).

Segundo Ribeiro (2010) a entrevista estruturada ou semi-estruturada origina uma grande quantidade de dados obtidos de pequenas amostras ou de apenas um caso, dados esses que posteriormente serão analisados, decodificados e organizados por forma a dar sentido à investigação e à apresentação dos resultados.

De acordo com Fortin (1999, p. 245) a entrevista “trata-se de um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina. Este método é frequentemente utilizado nos estudos exploratórios-descritivos”.

O tipo de entrevista utilizada foi a entrevista semi-estruturada, e que a autora supracitada define, como sendo aquela em que o investigador tem o maior domínio sobre o seu teor, a exposição das questões, a sua análise e interpretação.

Tanto a grelha de observação, como o guião de entrevista foram submetidos a um pré-teste, para avaliar a sua adequabilidade e compreensão de modo a obter resposta aos objetivos formulados, a partir do qual apenas se fez um pequeno acrescento na grelha destinada ao estudo observacional, tendo-se mantido o guião de entrevista original.

O início da recolha de dados foi planeado com a enfermeira-chefe do serviço, a qual concedeu autorização e autonomia completa para a realização da mesma. Os elementos da equipa foram informados do início do processo de colheita de dados via eletrónica, no qual foram expostos a temática em estudo e os respetivos objetivos e solicitando a disponibilidade para a participação no mesmo.

A colheita de dados decorreu nos meses de Junho a Outubro de 2016. Aos primeiros oito participantes observados foram realizadas as entrevistas, as quais decorreram numa sala do serviço e conforme a disponibilidade dos participantes.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Após a realização das entrevistas procedeu-se à transcrição integral, honrando na totalidade o que foi dito, assim como o sentido que lhe foi imposto.

Posto isto, procedeu-se à análise de conteúdo que Bardin (2004, p.31) define como “uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”.

Para Ribeiro (2010, p. 67) a “codificação dos dados como uma fase decisiva da investigação qualitativa: recomenda que a codificação vá sendo feita ao longo da recolha anotando nas margens ao lado dos registos as prováveis categorias em que tal parte poderá caber”.

A análise de conteúdo deve obedecer a determinados princípios, entre os quais se destacam a homogeneidade, a qual defende que a organização dos dados deve ser sustentada num único princípio ou critério de análise; a exaustividade que se caracteriza por esgotar a totalidade da informação do texto; a exclusividade que afirma que um mesmo elemento do conteúdo não poderá ser classificado em duas categorias distintas; objetividade na qual codificadores distintos deverão chegar aos mesmos resultados; adequação e pertinência que defendem que as codificações deverão ser adequadas ao conteúdo e aos objetivos (Bardin, 2004).

A análise de conteúdo é, portanto, a codificação dos dados por temas e categorias, que segundo Bardin (2004) engloba quatro fases, a organização da análise, a codificação, a categorização e por fim a inferência.

A organização da análise está dividida em três fases a pré-análise, que é uma organização inicial, a exploração do material, que consiste em operações de codificação e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação na qual os resultados ainda em bruto serão tratados, por forma a dar-lhes significado e validade (Bardin, 2004).

A codificação, segundo esta autora (p. 97) “corresponde a uma transformação (...) dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (...)”.

A codificação é definida como a apresentação de categorias concebidas previamente ou durante o registo dos dados. Assim, o investigador ao expor os dados de forma categorizada está a realizar análise de conteúdo (Ribeiro, 2010).

Tendo como base a definição de Bardin (2004) a categorização é a etapa onde são classificados os constituintes de um conjunto, numa primeira fase por diferenciação e em seguida reagrupando-os de acordo com o mesmo género, tendo por base critérios previamente definidos.

Por último apresenta-se a inferência que é a tradução da informação produzida em significados válidos e citando Bardin (2004, p. 130) “a inferência não passa de um termo elegante, efeito de moda, para designar a indução, a partir dos factos.”

Da análise das entrevistas foi obtido um conjunto de dados representados no quadro síntese, onde constam as categorias e subcategorias e respetivas unidades de registo (Anexo 1).

Uma vez concluída a análise de conteúdo iremos trabalhar nos dados obtidos através da observação direta.

No que se refere à grelha de observação foi realizada uma análise estatística descritiva com a incidência das práticas realizadas e não realizadas em contexto real de trabalho.

Assim será utilizada o tratamento estatístico do tipo descritivo, dado o investigador não saber de antemão o comportamento das variáveis estudadas ou das relações que possam existir entre elas (Fortin, 1999).

“Em teoria, a apresentação dos resultados estatísticos deveriam restringir-se às estatísticas descritivas. Com efeito, o objetivo final deste género de investigação é de oferecer um retrato global da amostra. (...) A interpretação destes testes deve unicamente ser feita sobre a amostra, quer dizer que não deve ser generalizada a uma população.” (Fortin, 1999, p. 276).

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As considerações éticas são fundamentais no processo de investigação. A ausência de um código de ética que norteie e delimite os passos da investigação pode pôr em causa a própria investigação (Ribeiro, 2010).

Qualquer investigação realizada junto de seres humanos suscita questões morais e éticas, isto porque, “os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, bem entendido, contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas” (Fortin, 1999, p. 113).

Segundo Ribeiro (2010, p. 156) “os investigadores deverão obter a devida aprovação para realizar a investigação por parte da instituição ou da organização de acolhimento, ou seja aquela onde se vai realizar a investigação.”

Assim, no sentido de darmos cumprimento a este princípio ético procedeu-se à elaboração e a entrega de um pedido de autorização ao conselho de administração da instituição selecionada, onde consta o tema do trabalho, os objetivos do estudo e a população alvo, do qual se obteve um parecer favorável para a realização do mesmo (Anexo 2).

Fortin (1999) refere ainda que é de extrema importância todo o cuidado para que os direitos e liberdade das pessoas alvo do estudo estejam precavidos. Os princípios fundamentais determinados pelos códigos de ética são cinco, sendo eles o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo.

Partindo desta definição e considerando que o estudo foi realizado com enfermeiros, através da observação da prática de cuidados e a realização de uma entrevista acerca dos conhecimentos dos quais são detentores, foram respeitados o direito à intimidade e à confidencialidade. Neste sentido, os enfermeiros foram informados do tema e dos objetivos do estudo, à possibilidade de se recusarem à participação no mesmo, assim como à sua interrupção em qualquer fase do estudo e foi solicitado o consentimento informado para a autorização da participação no mesmo (Anexo 3).

A realização das entrevistas foi conseguida através da gravação de som, com o objetivo único de posteriormente serem transcritas. No final do estudo é nosso compromisso eliminá-las de forma definitiva. Também aqui os participantes deram o seu consentimento para que a gravação pudesse ser obtida, de acordo como nos refere Ribeiro (2010, p.

157) “os investigadores obterão consentimento informado prévio dos participantes para fazer registos de imagem ou de som de qualquer modo (...)”.

Posto isto, consideramos que os princípios éticos fundamentais para a concretização deste estudo foram salvaguardados.

Terminado este capítulo referente ao percurso metodológico, no capítulo que se segue vamos proceder à apresentação e análise dos resultados.

Capítulo 3

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar e analisar os dados obtidos através dos instrumentos de colheita de dados (entrevista e observação).

No sentido de uma melhor estruturação deste capítulo e permitir uma melhor visibilidade dos dados obtidos, este será organizado em duas partes. A primeira incide sobre os resultados obtidos através da entrevista e a segunda aos dados adquiridos pela observação. Para o efeito vamos recorrer também a figuras, que se espera serem expressivas destes mesmos resultados.

1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS NA ENTREVISTA

Para apresentação dos resultados obtidos através da realização da entrevista vamos recorrer a quadros e figuras onde estão descritas as categorias e subcategorias, sendo feita segundo as áreas temáticas que imergiram como a caracterização da flebite, os conhecimentos dos enfermeiros sobre as recomendações na prevenção de flebites, as intervenções de enfermagem na prevenção de flebites e por últimos as sugestões de melhoria para a prevenção de flebites.

Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias por número de unidades de registo

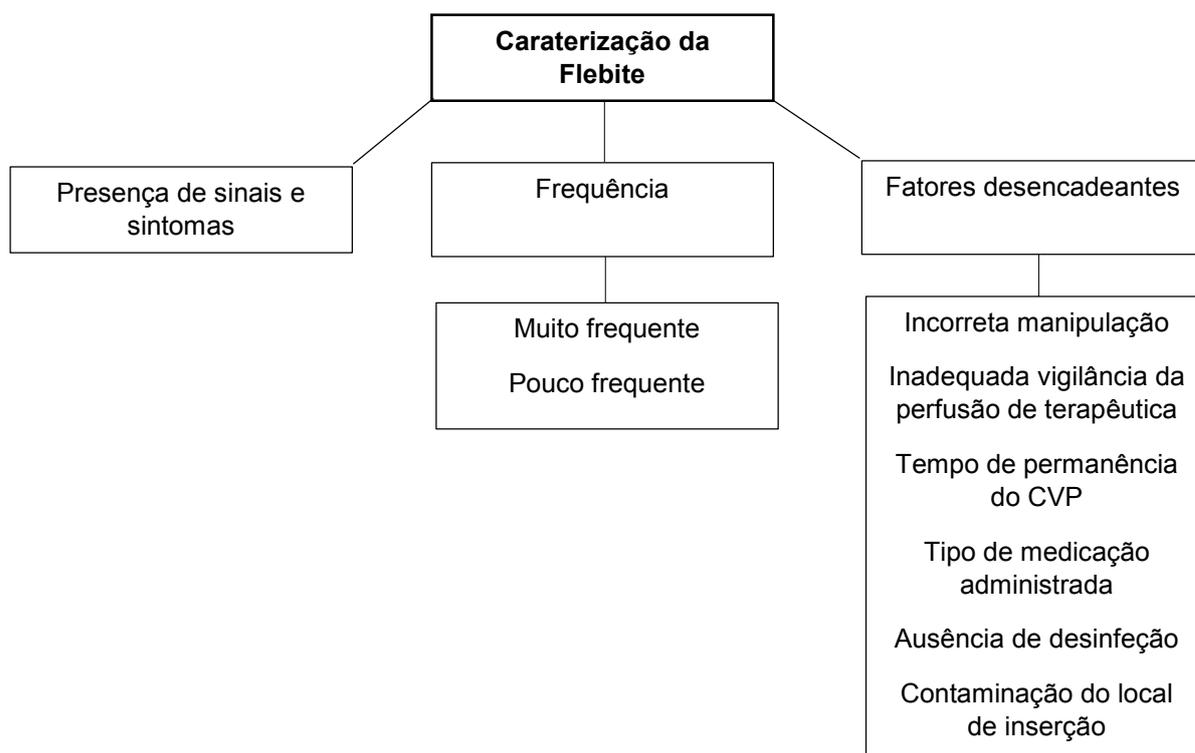
| Área Temática | Categoria | Subcategoria | Número de Unidades de Registo |
|--------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| Caraterização da Flebite | Presença de sinais e sintomas | | 8 |
| | Frequência | Muito Frequente | 6 |
| | | Pouco Frequente | 2 |
| | Fatores Desencadeantes | Incorreta Manipulação | 2 |
| | | Inadequada vigilância da perfusão de terapêutica | 3 |
| | | Tempo de permanência do CVP | 4 |
| | | Tipo de medicação administrada | 5 |
| | | Ausência de desinfeção | 1 |
| | | Contaminação do local de inserção | 1 |
| | | Higienização das mãos | 2 |

| | | | |
|---|--|---|----|
| Conhecimentos dos Enfermeiros sobre as recomendações na prevenção de flebites | Procedimentos antes da inserção do CVP | Cumprimento da técnica asséptica | 6 |
| | | Desinfecção do local de punção | 5 |
| | Procedimentos após a inserção do CVP | | 2 |
| | Procedimentos na manutenção do CVP | Substituição dos sistemas de perfusão | 2 |
| | | Substituição do penso de fixação | 3 |
| | | Administração de "flush" de SF | 2 |
| | | Tempo de permanência do CVP | 6 |
| Intervenções de enfermagem na prevenção de flebites | No momento da inserção do CVP | Higienização das mãos | 2 |
| | | Usar luvas não estéreis de proteção | 2 |
| | | Desinfetar local a punccionar | 6 |
| | | Cumprir técnica "no touch" | 1 |
| | Após a inserção do CVP | Fixar o CVP | 3 |
| | | Datar a inserção do CVP | 5 |
| | Na manutenção do CVP | Vigiar o local de inserção | 14 |
| | | Otimizar o CVP | 4 |
| | | Administrar "flush" de SF após a administração de terapêutica | 9 |
| | | Proteger o CVP da contaminação | 1 |
| | | Substituir o penso de fixação | 5 |
| | | Desinfetar as conexões | 2 |
| | | Remover o CVP | 1 |
| | | Substituir o CVP na data prevista | 6 |
| | | Substituir os sistemas de perfusão | 1 |
| | | Valorizar as queixas do doente | 1 |
| Sugestões de Melhoria para a prevenção de flebites | Implementação de protocolos | 1 | |
| | Consciencialização da equipa de enfermagem | 2 | |

1.1 CARATERIZAÇÃO DA FLEBITE

Quando questionados acerca da opinião sobre a flebite como uma complicação comum associada ao CVP, os enfermeiros entrevistados situaram-se na caracterização da flebite, focando a presença de sinais e sintomas, a frequência desta complicação e os fatores desencadeantes, conforme se pode ver na figura 3.

Figura 3 – Caracterização da flebite: categorias e subcategorias



No que diz respeito à **presença de sinais e sintomas**, os enfermeiros expressaram os *sinais* a que devem estar atentos e os *sintomas* referidos pelos doentes como se pode ver nos seguintes excertos:

“(...) local de inserção do cateter se está vermelho (...) sinais de infeção, o rubor, o calor (...)” E1;

“(...) se existe dor também (...)” E7;

“(...) processo inflamatório, neste caso do acesso, o rubor, o calor, o edema, a dor (...) se está com dor, se não está, se sente calor (...)” E8.

Relativamente à **frequência da flebite**, há participantes que a consideram uma complicação *muito frequente* e outros *pouco frequente* na prática diária de cuidados.

Quatro dos participantes consideram que a flebite é uma complicação *muito frequente*, evidenciando da seguinte forma:

“É muito frequente (...)” E2;

“(...) sim, que acontece com alguma frequência.” E6;

“(...) a flebite é muito recorrente (...)” E8.

Um dos participantes considera que a flebite é *pouco frequente*, no seu contexto de trabalho diário, como assim revela na seguinte transcrição:

“(...) não é uma complicação que veja, com muita frequência (...)” E7.

Ainda na caracterização da flebite, os participantes apontaram os seus **fatores desencadeantes**, que agrupamos nas seguintes subcategorias, a *incorreta manipulação do CVP*, a *inadequada vigilância da perfusão de terapêutica*, o *tempo de permanência do CVP*, o *tipo de medicação administrada*, a *ausência de desinfecção* e a *contaminação do local de inserção*.

A *incorreta manipulação* do CVP é apontado por dois enfermeiros:

“(...) quando há má manipulação ou falta de cuidados com os cateteres (...)” E1;

“(...) vai muito da maneira como nós manuseamos (...) o cateter (...)” E2.

Quanto à *inadequada vigilância da perfusão de terapêutica* administrada, foi considerada por dois dos informantes como fator desencadeante:

“(...) soro constantemente em perfusão (...) o cateter deixa de funcionar o soro está a entrar provoca uma flebite (...)” E1;

“(...) um pouco de descuido de todos os profissionais por não fazerem uma avaliação correta do cateter (...)” E8.

Já o *tempo de permanência do CVP* foi referido por quatro dos enfermeiros participantes como precipitante da referida complicação, como se pode ver nos seguintes excertos:

“(...) os cateteres se habitualmente forem trocados de três em três dias (...) raramente ou nunca ocorrem as flebites (...)” E1;

“(...) o tempo do cateter (...)” E2;

“(...) quando não temos o cuidado de fazer a substituição dos cateteres e deixá-los (...) prolongarmos o tempo de um cateter (...)” E3;

“(...) tempo que o cateter fique no doente, às vezes passa muitos dias e poderá estar relacionado com isso (...)” E5.

O *tipo de medicação administrada* é apontada por quatro dos participantes como potencial desencadeante da flebite:

“(...) o tipo de medicação (...)” E2;

“(...) ter em atenção as dosagens em que devemos diluir, fazer as diluições, pois isso também pode levar a infeções (...)” E4;

“(...) há uns medicamentos mais agressivos do que outros e que há flebites associadas a determinados medicamentos (...)” E5;

“(...) ter em atenção aos antibióticos (...)” E1.

Ainda como fator desencadeante a *ausência de desinfecção* é descrita por apenas um participante, da seguinte forma:

“(...) a não desinfecção associada às flebites, nomeadamente na altura em que colocamos o cateter e depois durante a sua manutenção (...)” E5.

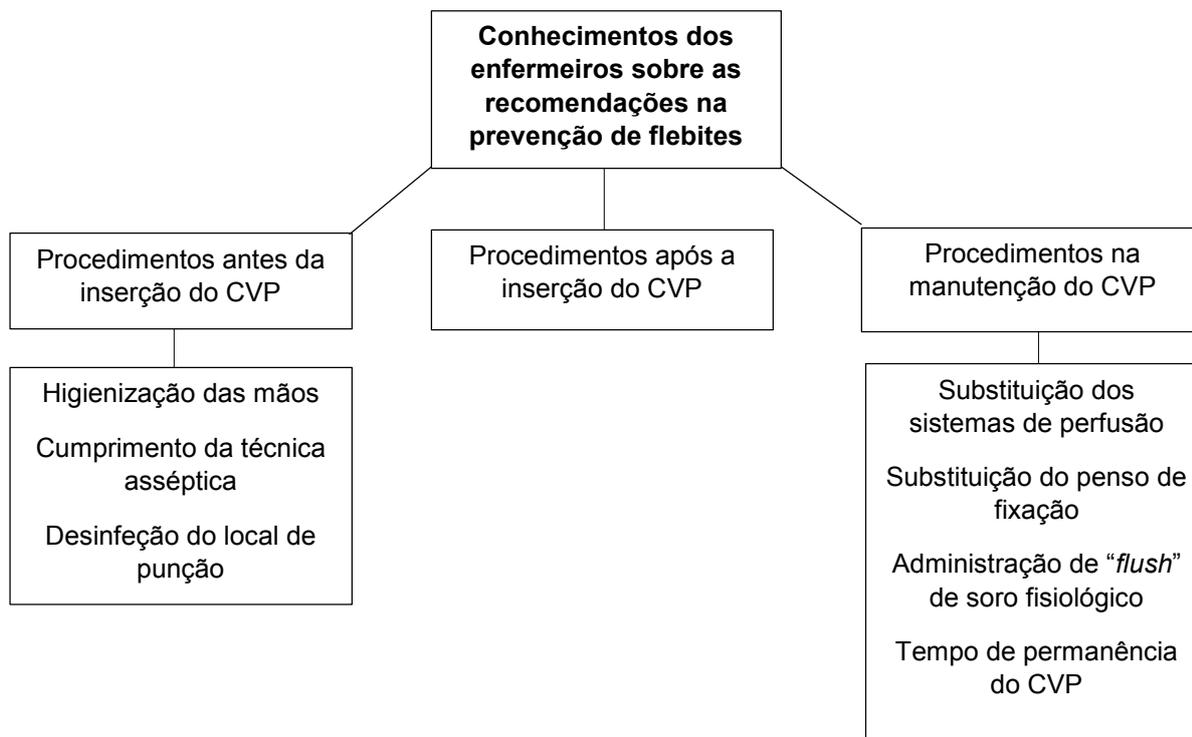
Por último, e também referido por apenas um enfermeiro participante surge a *contaminação do local de inserção*:

“(...) acesso de água ou outro fluído na zona do acesso e que promova o desenvolvimento de microrganismos (...)” E8.

1.2 CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS RECOMENDAÇÕES NA PREVENÇÃO DE FLEBITES

Relativamente aos conhecimentos dos enfermeiros sobre as recomendações na prevenção de flebites associadas ao CVP e pela análise dos discursos identificamos três categorias inerentes às fases do procedimento: antes da inserção do CVP, após a inserção do CVP e na manutenção do CVP, conforme expresso na figura 4.

Figura 4 – Conhecimentos dos enfermeiros sobre as recomendações na prevenção de flebites: categorias e subcategorias.



No que concerne aos conhecimentos sobre os **procedimentos antes da inserção do CVP**, os participantes enfatizaram a *higienização das mãos*, a *manutenção da técnica asséptica* e a *desinfecção do local de punção*.

A *higienização das mãos* é apontada apenas por dois dos participantes, como as seguintes transcrições revelam:

"(...) a nossa desinfecção (...) previamente das mãos" E2;

"(...) desinfecção das mãos, logo para começar (...)" E7.

Reportaram-se ao *cumprimento da técnica asséptica*, cinco enfermeiros:

"(...) técnica asséptica, sempre na punção (...)" E4;

"(...) a assepsia também na técnica (...)" E6;

"(...) manter a assepsia do material esterilizado" E7;

"(...) esterilidade do material também deve ser mantida o máximo possível" E8.

Por último, surge a *desinfecção do local de punção* referida por cinco dos participantes, expressando-o da seguinte forma:

“Uma desinfecção adequada da pele (...)” E2;

“(...) desinfecção do local, aquando da colocação do cateter e (...) aquando a troca do penso (...)” E5;

“(...) desinfecção do local (...)” E7;

“(...) a desinfecção correta do local, porque acho que muitas das vezes a desinfecção é de forma incorreta, há pessoas que desvalorizam a desinfecção e fazem de qualquer maneira (...)” E8.

Dois enfermeiros reportaram-se também aos **procedimentos após a inserção do CVP**, nomeadamente no que se refere à *fixação* do mesmo:

Assim, a *fixação do CVP* é referida por dois dos enfermeiros participantes:

“(...) adequado penso de proteção (...)” E2;

“(...) usamos pensos (...) que são transparentes” E6.

Os participantes do estudo referiram-se ainda aos conhecimentos inerentes aos **procedimentos na manutenção do CVP**, que organizamos em quatro subcategorias: a *substituição dos sistemas de perfusão*, a *substituição do penso de fixação*, a *administração de “flush” de soro fisiológico* e o *tempo de permanência do CVP*.

A *substituição dos sistemas de perfusão* é apontada por dois dos participantes:

“(...) troca das perfusões de x em x tempo (...) dos sistemas de perfusão” E5;

“(...) troca dos sistemas de perfusão também é muito importante (...)” E8.

A *substituição do penso de fixação* foi referida por três participantes, como confirmam os seguintes excertos:

“(...) retirar o penso que está a proteger o cateter (...)” E1;

“(...) troca do penso regular (...)” E2;

“(...) devemos fazer a troca do penso e a desinfecção do local do acesso venoso, a meu ver diário (...) conforme o estado do penso e do cateter (...)” E8.

A *administração de “flush” de soro fisiológico* foi descrito por um elemento da seguinte forma:

“(...) lavagem do cateter acho que é muito importante antes e depois da realização da medicação endovenosa (...) antes porque permite-nos ver se está ou não no local do acesso venoso (...) e depois para que não fique restos de medicação (...) entre medicações também devemos realizar um “flush” (...) para impedir certos contactos entre as medicações” E8.

Por último, mas não menos importante aparece descrito por cinco enfermeiros o *tempo de permanência do CVP*:

“(...) ter cuidado com o tempo que os cateteres estão colocados (...) três, quatro dias (...)” E2;

“(...) troca de cateter, pelo menos de três em três dias (...)” E3;

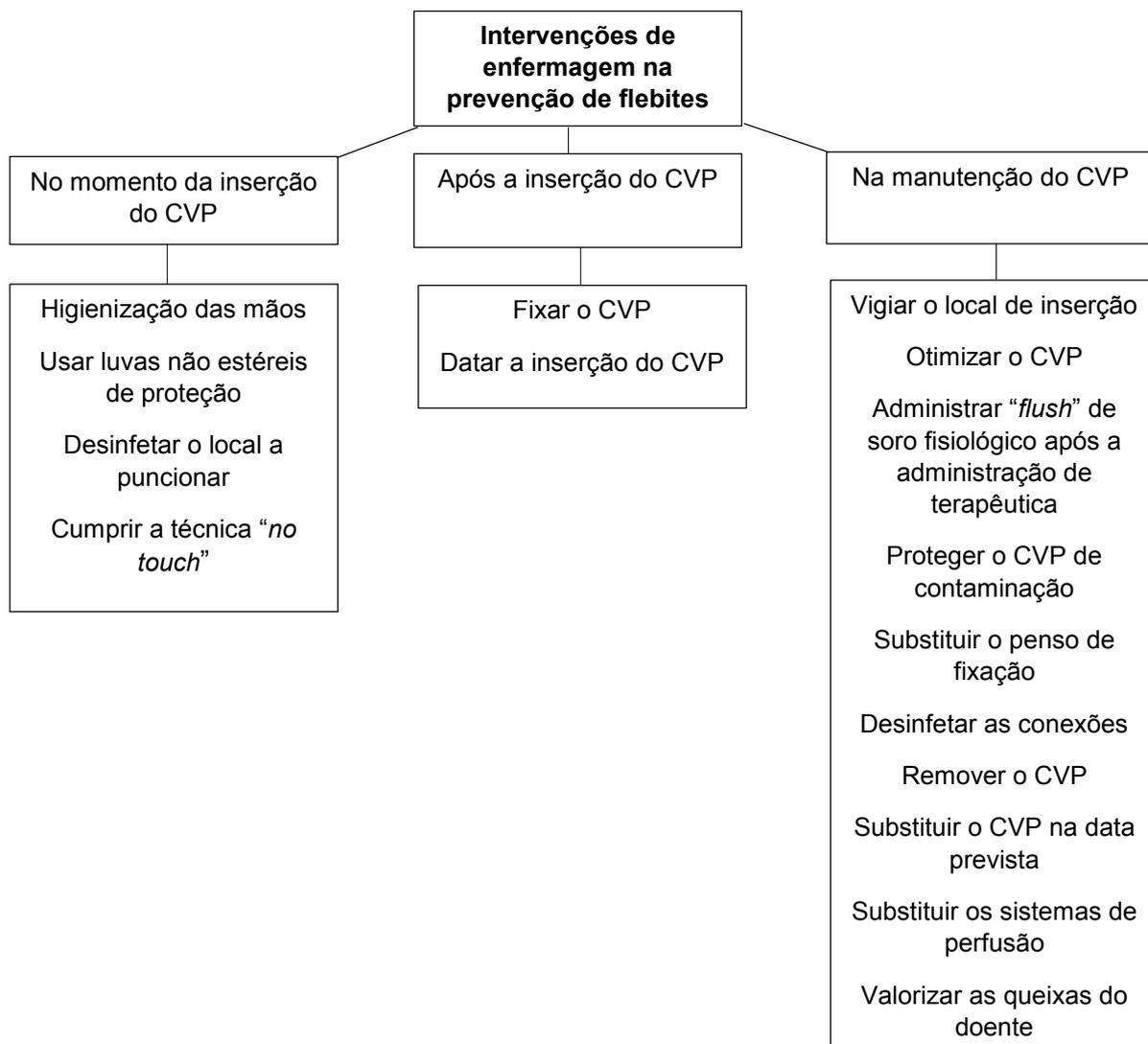
“(...) nunca manter mais que três dias o mesmo cateter no mesmo local (...) doentes difíceis de puncionar, então aí temos que ponderar o risco benefício.” E4;

“(...) não deixar mais do que três a quatro dias no máximo” E6.

1.3 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE FLEBITES

Quando questionados sobre os cuidados que realizam no dia-a-dia para a prevenção de flebitis, os enfermeiros rementem-nos de igual forma para três momentos de atuação, nomeadamente no momento da inserção do CVP, após a inserção do CVP e na manutenção do CVP, como mostra a figura 5.

Figura 5 – Intervenções de enfermagem na prevenção de flebitis: categorias e subcategorias



No momento da inserção do CVP os participantes mencionaram que realizam as seguintes intervenções: a *higienização das mãos*, *usar luvas não estéreis de proteção*, *desinfetar o local de punção* e *cumprir a técnica "no touch"*.

A *higienização das mãos* é evidenciada por dois elementos:

"(...) fazer desinfecção das mãos antes de qualquer utilização (...)" E7;

"(...) a desinfecção das nossas mãos também é muito importante (...)" E8.

Usar luvas não estéreis de proteção foi referida por dois dos enfermeiros participantes:

“(...) com uso de luvas (...)” E3;

“(...) há quem seja apologista do uso de luvas, há quem não seja (...)” E8.

A intervenção *desinfetar o local de punção* surge no discurso de cinco enfermeiros, dos quais se destacam:

“Na inserção, desinfetar o local (...)” E2;

“(...) desinfecção do local que vai ser colocado o cateter (...)” E3;

“A desinfecção do local de inserção (...)” E5;

“(...) desinfecção do local a puncionar é muito importante, com álcool a 70°, preferencialmente (...)” E8.

No que toca a *cumprir da técnica “no touch”*, esta foi mencionada por um entrevistado:

“(...) fazer a palpação conveniente antes da desinfecção do local a puncionar (...)” E8.

Após a inserção do CVP destacou-se: *fixar o CVP e datar a inserção do CVP*.

Quanto ao *fixar o CVP* são três os enfermeiros que o referem como podemos ler nas transcrições abaixo:

“(...) a colocação (...) dos pensos transparentes (...)” E1;

“(...) usarmos os pensos adequados (...) usar sempre as películas, os tegadermes® para assim conseguir vigiar muito mais facilmente o local de inserção (...)” E4;

“Penso esterilizado (...) transparente, para que consigamos ver as características dos locais de acesso (...)” E8.

No que diz respeito ao *datar a inserção do CVP* esta prática é referida por cinco dos enfermeiros, da seguinte forma:

“(...) ter atenção à data em que foi colocado, colocar (...) de alguma forma (...) a data (...) que aquele cateter foi colocado (...)” E2;

“(...) pôr a data [de inserção] no cateter é uma boa prática (...)” E3;

“(...) pôr sempre a data de inserção para (...) sabermos quando é que foi colocado (...)” E4;

“(...) colocar a data de inserção do cateter, para que haja uma (...) continuidade de cuidados, porque é muito importante verificar o tempo de permanência do cateter no local de inserção (...)” E8.

Ainda sobre as intervenções de enfermagem na prevenção de flebites são expressos os cuidados **na manutenção do CVP**: *vigiar o local de inserção, otimizar o CVP, administrar “flush” de soro fisiológico após a administração de terapêutica, proteger o CVP de contaminação, substituir o penso de fixação, desinfetar as conexões, remover o CVP, substituir o CVP na data prevista, substituir os sistemas de perfusão e valorizar as queixas do doente.*

Vigiar o local de inserção é referido pela grande maioria dos participantes como uma das intervenções de enfermagem na prevenção de flebites:

“(...) temos sempre atenção ao local de inserção (...) se tem sinais de infeção” E1;

“(...) vigiar bem o local de inserção se não tem rubor, se não tem calor, se não tem sinais inflamatórios (...)” E2;

“(...) vigiar o local do cateter, quanto aos sinais inflamatórios (...)” E3;

“(...) vigilância dos tegumentos periféricos e a palpação do próprio local de inserção do cateter e da parte circundante ao cateter (...)” E8.

De acordo com três enfermeiros *otimizar o CVP* é um dos cuidados realizados na prática diária:

“(...) permeabilização do cateter (...)” E2;

“(...) verificar se o cateter está bem colocado antes de darmos a medicação (...)” E6;

“(...) em qualquer turno, fazer sempre a otimização do cateter (...) ; (...) fazer sempre uma otimização com soro para ver se o cateter se mantém permeável (...)” E7.

Cinco dos elementos mencionam *administrar “flush” de soro fisiológico após administração de terapêutica* e alguns justificam a sua importância/objetivo:

“(...) fazer sempre uma lavagem pós antibiótico ou (...) no meio de cada antibiótico fazemos sempre uma lavagem com soro (...)” E1;

“(...) posteriormente de alguma administração de medicação tentar fazer sempre a lavagem da veia.” E2;

“(...) lavar [o acesso venoso] após a administração de medicação.” E5;

“(...) o “flush” é uma das coisas mais importantes que deve ser realizado e é uma das mais desvalorizadas, quer na introdução do cateter, (...) antes da medicação, quer à posteriori da medicação, quer entre medicamentos (...)” E8.

A intervenção evitar a contaminação do CVP é referida por um elemento:

“(...) tentar proteger o cateter quando o doente, por exemplo, vai ao banho (...)” E5.

No que toca a substituir o penso de fixação três dos participantes mencionaram este cuidado e alguns evidenciam mesmo a sua importância:

“Troco sempre o penso do cateter após os cuidados de higiene fica sempre húmido e é sempre um risco (...)” E2;

“(...) substituição de adesivos quando é necessário (...)” E7;

“(...) num cateter que esteja com perdas extra cateter, com presença de fluídos circundantes, acho que é importante diariamente e se calhar até mais vezes ao dia trocar o penso do cateter, porque (...) pode desenvolver microrganismos na zona circundante e facilmente acedem ao acesso venoso e (...) corrente sanguínea (...)” E8.

Relativamente a desinfetar as conexões antes da manipulação das mesmas, surge na voz de um elemento:

“(...) tentar desinfetar a via de acesso quando dá medicação pelo cateter (...)” E5.

Um participante faz menção a remover o CVP logo que não haja necessidade da sua presença:

“(...) não tendo medicação [endovenosa] prescrita (...) não tem necessidade de ter acesso (...)” E4.

Relativamente a substituir o CVP na data prevista cinco elementos apontam esta prática da seguinte forma:

“(...) deveria haver a necessidade de três em três dias troca cateter troca penso (...)” E1;

“(...) fazer a troca do cateter de três em três dias ou se acharmos que deve ser feita antes, porque há algum sinal de que possa vir a fazer alguma flebite.” E3;

“(...) nunca manter mais que três dias o mesmo cateter (...)” E4;

(...) devem ficar cerca de (...) não devem exceder as 72 horas (...)” E7.

Um dos enfermeiros participantes alude que *substituir os sistemas de perfusão* deve ser feito com a periodicidade recomendada:

“ 24 horas no mínimo, na mesma medicação, ou seja, nunca uso o mesmo sistema para diferentes medicações (...)” E8.

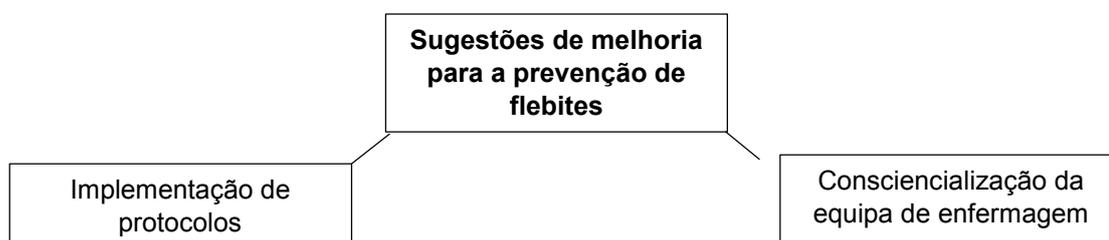
Por último, é indicada por um elemento a importância de *valorizar as queixas do doente*:

“(...) tento valorizar sempre a descrição que o doente me dá sobre o acesso (...)” E8.

1.4 SUGESTÕES DE MELHORIA PARA A PREVENÇÃO DE FLEBITES

Nesta área temática foram integradas propostas de melhoria na prevenção de flebitis associadas ao CVP que assentam na implementação de protocolos e na consciencialização da equipa de enfermagem, como está expresso na figura 6.

Figura 6 – Sugestões de melhoria para a prevenção de flebitis: Categorias



A **implementação de protocolos** é apontada por um dos enfermeiros:

“(...) instituição de protocolos (...) de prevenção, quer na desinfeção (...) na troca de sistemas de soros (...) e na manutenção (...)” E5.

No que concerne à **consciencialização da equipa de enfermagem**, são dois os enfermeiros que a referem:

“(...) motivar a equipa de enfermagem para isso [cumprimento de normas e protocolos] (...)” E5;

“(...) vai um bocadinho da nossa prática, temos de ser nós a mudar (...)” E7.

Os dados obtidos das entrevistas permitiram identificar quatro áreas temáticas e que expressam tanto os conhecimentos que os enfermeiros têm acerca da flebite como uma complicação comum e das recomendações existentes e que é visível também nas intervenções que mencionaram realizar com o objetivo de prevenir as flebites associadas ao CVP.

Conforme referido no início deste capítulo, de seguida apresentamos os dados obtidos através da observação com recurso a um quadro construído para o efeito.

2. DADOS OBTIDOS NA OBSERVAÇÃO

A observação incidiu sobre os procedimentos quer na inserção quer na manutenção do CVP. Os dados são apresentados em quatro figuras distintas, representando os resultados obtidos no momento da inserção (antes, durante e após) e na manutenção do CVP, como forma de síntese.

2.1 ANTES DA INSERÇÃO DO CVP

Os cuidados observados antes da inserção do CVP centraram-se na preparação correta do material, na informação prestada à pessoa, na higienização das mãos, a correta seleção do CVP, na seleção adequada do local de punção e na desinfeção da pele, estando expressos os resultados na figura 7.

Assim, constatou-se que 18 elementos (75%) prepararam corretamente o material necessário para o procedimento, face a 6 (25%) que não o fizeram ou o fizeram de forma incorreta. Foi considerado o procedimento incompleto ou incorreto a ausência de preparação prévia de material, a utilização de compressas não esterilizadas, o transporte do material na mão e a não preparação completa do material necessário ao mesmo.

No que diz respeito à informação fornecida à pessoa que irá ser submetida a este procedimento verificou-se que 22 profissionais (91,7%) prestaram a informação pertinente, contrariamente a 2 (8,3%) que não o fizeram. É de ressaltar que esta situação observou-se perante dois doentes que apresentavam alteração do estado de consciência, em que num dos casos o enfermeiro teve o cuidado de informar o familiar que estava presente.

Quanto à técnica da higienização das mãos apurou-se que apenas 9 elementos (37,5%) o fizeram, não se tendo observado este cuidado em 15 (62,5%). Dos nove elementos que realizaram este cuidado, todos eles (100%) o fizeram com solução antisséptica de base alcoólica.

No que se refere à seleção do local de inserção, observou-se que a totalidade (100%) dos elementos tiveram essa preocupação.

Ainda nesse contexto, auscultaram a vontade da pessoa, quanto ao local de cateterização, que dentro do possível foi respeitada por 20 (83,3%) dos profissionais, apenas 4 (16,7%) não o fizeram. Destes quatro que não o fizeram, observou-se em dois doentes que apresentavam alteração do estado de consciência e os outros dois

2.2 DURANTE A INSERÇÃO DO CVP

Durante a inserção do CVP foram tidos em consideração os seguintes procedimentos: utilização de luvas de uso único não estéreis, a correta manipulação do cateter, o cumprimento da técnica “*no touch*” e a inutilização do cateter após uma tentativa de cateterização falhada, conforme se pode observar na figura 8.

Assim sendo, relativamente à utilização de luvas de uso único não estéreis verificou-se que metade dos profissionais (50%) utilizou e a outra metade (50%) não utilizou luvas de proteção durante a cateterização venosa.

Quanto à correta manipulação do cateter, apurou-se que a totalidade (100%) dos elementos observados manipularam de forma correta o cateter, mantendo a sua esterilidade.

Já no cumprimento da técnica “*no touch*” constatou-se que 16 profissionais (66,7%) obedeceu a esta técnica, não quebrando a desinfeção do local a puncionar, enquanto 8 (33,3%) não o fizeram.

Dos elementos que não cateterizaram a pessoa na primeira tentativa, que foram 6 (25%), 5 (20,8%) inutilizaram o cateter, enquanto 1 elemento (4,2%) utilizou o mesmo cateter para a cateterização seguinte.

Figura 8 – Distribuição percentual dos procedimentos realizados durante a inserção do cateter venoso periférico

TÉCNICAS: Na Inserção do Cateter Venoso Periférico

| SIM | SIM |
|-----|-----|
| N | % |

| NÃO | NÃO |
|-----|-----|
| N | % |

Durante a inserção do CVP

Utilizou luvas de uso único não estéreis
Manipulou de forma correta o cateter
Cumpriu a técnica “*no touch*”
Inutilizou o cateter após tentativa falhada

| | |
|----|--------|
| 12 | 50,0% |
| 24 | 100,0% |
| 16 | 66,7% |
| 5 | 20,8% |

| | |
|----|-------|
| 12 | 50,0% |
| 0 | 0,0% |
| 8 | 33,3% |
| 1 | 4,2% |

2.3 APÓS A INSERÇÃO DO CVP

Após a inserção do CVP os procedimentos tidos em conta foram a fixação do cateter, a remoção das luvas, a higienização das mãos, a informação prestada à pessoa relativamente aos cuidados inerentes ao CVP e a realização de registos adequados, como mostra a figura 9.

No que se refere à fixação do cateter, constatou-se que a totalidade dos enfermeiros observados (100%) fixaram o CVP após a sua inserção. Quanto ao tipo de penso de fixação verificou-se que 23 elementos (95,8%) recorreram para o efeito a penso transparente estéril, enquanto que um (4,2%) recorreu ao adesivo não estéril. Dos vinte e três elementos que fixaram com penso transparente estéril, dois reforçaram a fixação com adesivo não estéril e um com ligadura. Esta última situação observou-se num doente com períodos de agitação e que frequentemente exteriorizava os CVP.

Foi de igual forma observada a colocação da data de inserção do CVP no penso de fixação e apurou-se que 10 profissionais (41,7%) o realizaram e os outros 14 (58,3%) não colocaram a respetiva data.

A remoção das luvas de uso único não estéreis dos 12 participantes que as utilizaram, 11 (91,7%) retiraram-nas após realizar o procedimento e apenas 1 participante (8,3%) manteve as mesmas luvas para realizar outros procedimentos após a inserção do CVP.

No que concerne à higienização das mãos após verificou-se que 15 (62,5%) dos enfermeiros a realizaram, sendo que 9 (37,5%) não higienizaram as mãos. Dos 62,5% que higienizaram as mãos, 2 (13,3%) fizeram-no com água e sabão e os restantes 13 (86,7%) usaram a solução antisséptica de base alcoólica.

A informação prestada à pessoa, no que engloba os cuidados inerentes ao CVP foi proporcionada por 12 elementos (50%) face aos outros 12 (50%), que não forneceram qualquer tipo informação ou explicaram sinais de alerta.

Relativamente aos registos efetuados após a realização do cateterismo venoso periférico constatou-se que a grande maioria dos participantes, 18 (75%) não realizam registos que traduzissem o procedimento, no entanto 3 elementos (12,5%) fizeram-no de forma pertinente (registaram três dos quatro itens observados, data, local e motivo de inserção ou calibre do cateter), contrastando com os restantes 3 (12,5%) que não fizeram qualquer tipo de registo alusivo ao procedimento.

Da informação que deve constar nos registos após o procedimento de cateterização venosa destaca-se a data e o local de inserção, o calibre do cateter e o motivo da sua inserção. Assim apurou-se que 21 (87,5%) dos participantes registaram a data de inserção do CVP, face aos restantes 3 (12,5%), 6 (25%) elementos registaram o local de inserção do CVP, ao passo que 18 (75%) não o fizeram, 4 dos elementos (16,7%) fizeram referência ao calibre do cateter inserido, contrariamente aos restantes 20 (83,3%) e por último, apenas 6 (25%) justificaram o motivo da inserção do CVP, face aos restantes 18 (75%) que não o fizeram.

Figura 9 – Distribuição percentual dos procedimentos realizados após a inserção do cateter venoso periférico

| TÉCNICAS: Na Inserção do Cateter Venoso Periférico | | SIM | | NÃO | |
|--|--|-----|--------|-----|-------|
| | | N | % | N | % |
| Após a inserção do CVP | | | | | |
| Fixou o cateter | | 24 | 100,0% | 0 | 0,0% |
| | Penso estéril transparente | 23 | 95,8% | 1 | 4,2% |
| | Penso estéril opaco | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| | Adesivo não estéril | 1 | 4,2% | 0 | 0,0% |
| Ligadura | | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| Outros: | | | | | |
| | Colocou data de inserção no penso de fixação | 10 | 41,7% | 14 | 58,3% |
| | Colocou ligadura, por cima do penso estéril, para promover uma melhor fixação | 1 | 4,2% | | |
| | Colocou adesivo não estéril, por cima do estéril, para promover uma melhor fixação | 2 | 8,3% | | 0,0% |
| Retirou luvas | | 11 | 91,7% | 1 | 8,3% |
| Realizou higienização das mãos: | | 15 | 62,5% | 9 | 37,5% |
| | Água e sabão | 2 | 13,3% | | 0,0% |
| | Solução Antisséptica de Base Alcoólica | 13 | 86,7% | | 0,0% |
| | Outros | 0 | 0,0% | | 0,0% |
| Instruiu as pessoas dos cuidados inerentes | | 12 | 50,0% | 12 | 50,0% |
| Realizou registos adequados: | | 3 | 12,5% | 18 | 75,0% |
| | Data de inserção | 21 | 87,5% | 3 | 12,5% |
| | Local de inserção | 6 | 25,0% | 18 | 75,0% |
| | Calibre do cateter | 4 | 16,7% | 20 | 83,3% |
| | Motivo de inserção | 6 | 25,0% | 18 | 75,0% |
| Qual: | | | 0,0% | | 0,0% |
| Outros: Não fizeram qualquer registo do procedimento | | 3 | 12,5% | | 0,0% |

2.4 NA MANUTENÇÃO DO CVP

Os cuidados observados na manutenção do CVP foram a otimização diária do CVP, o motivo da substituição do penso de fixação, a substituição dos sistemas de perfusão de fármacos de 24/24h, a substituição dos sistemas de perfusão de soros de 72/72h, a substituição do CVP até às 72h, a manipulação dos sistemas e torneiras com técnica limpa, a administração de “flush” de soro fisiológico após administração de bólus de fármacos, a lavagem do sistema após administração de fármacos em perfusão e por fim a substituição dos sistemas aquando da inserção de um novo CVP. Os resultados deste item constam na figura que se segue (figura 10).

No que diz respeito à otimização diária do CVP a totalidade dos participantes (100%) fizeram-no corretamente, efetuando os respetivos registos de possíveis alterações.

Quanto à substituição do penso de fixação observou-se de igual forma que a totalidade dos elementos (100%) a realizaram, sempre que necessário, ou seja, a substituição diária do penso de fixação não é feita por nenhum dos elementos. No entanto nas situações em que o penso de fixação se encontra molhado ou sujo com sangue, 15 elementos (62,5%) respetivamente realizaram a sua substituição, contrariamente aos restantes 9 elementos

(37,5%) que não o fizeram. Por sua vez, sempre que o penso de fixação se encontra descolado, este foi substituído pela totalidade (100%) dos elementos.

Relativamente à substituição do sistema de perfusão de fármacos de 24/24h, constatou-se que 16 participantes (66,7%) procederam em conformidade com as recomendações existentes, contrariamente aos restantes 8 (33,3%) que não o substituíram.

Da mesma forma, quando se observou se os sistemas de perfusão de soros eram substituídos após as 72h, verificou-se que apenas 1 (4,2%) dos participantes teve o cuidado de colocar a data no sistema de soro, por forma a ser possível monitorizar o tempo de permanência, face à grande maioria dos 23 (95,8%) que não tiveram nenhum cuidado nesse sentido.

A substituição do CVP até às 72h foi realizada por 11 elementos (45,8%), o que contrasta com os restantes 13 (54,2%) que não obedeceram a este cuidado.

No que diz respeito à manipulação dos sistemas e torneiras com técnica limpa, apurou-se que a grande maioria 21 (87,5%) dos enfermeiros o fez corretamente, face aos 3 (12,5%) que não, deixando, nomeadamente sistemas de perfusão de fármacos desprotegidos e expostos ao ar.

A administração de “flush” de soro fisiológico após a administração de um fármaco em bólus foi realizada por apenas 8 (33,3%) dos elementos, contrastando com os outros 16 (66,7%) que realizaram este procedimento.

No que concerne à lavagem do sistema após a administração de fármacos em perfusão observamos que apenas 2 (8,3%) o fizeram, sendo que 22 elementos (91,7%) que não a realizaram.

Por último, em doentes que mantinham soroterapia contínua, houve necessidade de se inserir um novo cateter em 5 doentes (20,8%). A substituição dos sistemas de perfusão após a inserção de um novo CVP foi realizado apenas por 2 (8,3%) enfermeiros, que substituíram todos os sistemas de perfusão e prolongadores, face aos outros 3 (12,5%) que mantiveram o mesmo sistema de perfusão.

Figura 10 – Distribuição percentual dos procedimentos realizados na manutenção do cateter venoso periférico

| TÉCNICAS: Na Manutenção do Cateter Venoso Periférico | SIM | | NÃO | |
|---|-----|--------|-----|--------|
| | N | % | N | % |
| Otimiza diariamente o CVP: | 24 | 100,0% | 0 | 0,0% |
| Substitui material de fixação: | 24 | 100,0% | 0 | 0,0% |
| Diariamente | 0 | 0,0% | 24 | 100,0% |
| Por se encontrar molhado | 15 | 62,5% | 9 | 37,5% |
| Por se encontrar sujo com sangue | 15 | 62,5% | 9 | 37,5% |
| Por se encontrar descolado | 24 | 100,0% | 0 | 0,0% |
| Substitui os sistemas de perfusão de fármacos de 24/24h | 16 | 66,7% | 8 | 33,3% |
| Substitui os sistemas de perfusão de soros de 72/72h | 1 | 4,2% | 23 | 95,8% |
| Substitui o CVP entre as 72h | 11 | 45,8% | 13 | 54,2% |
| Manipulou os sistemas e torneiras com técnica limpa | 21 | 87,5% | 3 | 12,5% |
| Administrou "flush" de soro após a administração de bólus de fármacos | 8 | 33,3% | 16 | 66,7% |
| Lavou o sistema após administração de fármacos em perfusão | 2 | 8,3% | 22 | 91,7% |
| Substitui sistemas aquando da inserção de novo CVP | 2 | 8,3% | 3 | 12,5% |

Dada por terminada a apresentação e análise dos resultados, que nos dão uma visão dos conhecimentos, saberes e práticas dos enfermeiros face à prevenção de flebites associadas ao CVP, no capítulo seguinte vamos passar à discussão dos resultados.

Capítulo 4

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo tem como finalidade a discussão integrada dos resultados alcançados através dos dois instrumentos de recolha de dados, tendo como base estudos e reflexões de autores que se debruçaram sobre esta temática e também a nossa própria reflexão. A discussão está organizada de forma a serem expostos os dados obtidos através da entrevista e posteriormente é feita uma comparação entre o que foi dito pelos enfermeiros e o que de facto foi observado através da observação participante.

Os participantes fizeram uma **caraterização da flebite** como uma complicação associada ao CVP, onde foram evidenciados três aspetos, nomeadamente a presença de sinais e sintomas, a frequência e os fatores desencadeantes.

Assim, a flebite é caraterizada pela presença de sinais inflamatórios, nomeadamente rubor, calor, dor e tumefação no local de inserção e/ou no trajeto do acesso venoso, para os quais estão despertos na vigilância diária, assim como os sintomas referidos pelo doente, como a dor e o calor.

A caraterização da flebite quanto aos sinais e sintomas descrita pelos enfermeiros está de acordo com a bibliografia estudada, que é definida como “uma inflamação aguda de uma veia devido a alteração da parede endotelial, manifestado por sinais inflamatórios como dor, rubor, calor, edema e tumefação” (Augusto, 2013, p. 39).

Este cuidado remete-nos para Souza *et al.* (2015), quando referem que o reconhecimento atempado de sinais inflamatórios e/ou o desenvolvimento de flebites, assim como a prevenção de infeção associada ao CVP deve constituir a base de todos os cuidados de enfermagem prestados, tendo como objetivo final a qualidade dos mesmos e a segurança do doente.

Relativamente à frequência da flebite como uma complicação associada ao CVP a maioria considera que a flebite é uma complicação comum na prestação de cuidados diários.

Oliveira e Parreira (2010) constataram que em todos os estudos analisados a percentagem de flebites variou entre 3,7% e 64,6%. Da mesma forma, no estudo levado a cabo por Augusto (2013) foi evidenciada uma percentagem de flebite de 37,4% na população estudada. Magerote *et al.* (2011) e Urbanetto *et al.* (2011) apontam respetivamente percentagens de 25,8% e 24,7% nos estudos por eles desenvolvidos. Por sua vez Souza *et al.* (2015) apresentam uma percentagem de flebites de 19%.

Tendo em consideração a *Infusion Nurses Society*, citada por estes autores, a percentagem aceitável de flebite associada ao CVP deverá ser inferior ou igual a 5%, facto que não é observado nos estudos encontrados, os quais representam percentagens de flebite muito superior às desejáveis.

Quanto aos fatores desencadeantes para o desenvolvimento de flebites foram apontados a incorreta manipulação, a inadequada vigilância da perfusão de terapêutica, o tempo de permanência do CVP, o tipo de medicação administrada, a ausência de desinfecção e a contaminação do local de inserção.

Analogamente, Urbanetto *et al.* (2011) fazem referência a fatores extrínsecos que podem influenciar o desenvolvimento de flebites, sendo eles o pH e a osmolaridade de alguns fármacos e/ou fluidos e o tempo de permanência do CVP, o que está em consonância com o que foi referido pelos enfermeiros, acrescentando o tipo de cateter, o local anatómico selecionado e a experiência do profissional que realiza o cateterismo.

A incorreta manipulação do material aquando da inserção do CVP é referida pelos participantes como um dos fatores desencadeantes de flebites. Este cuidado está também patente na observação, onde se notou que a totalidade da equipa manipula corretamente o material durante a inserção do CVP, na qual é mantida a esterilidade do material.

Consultando a bibliografia utilizada e as diretrizes nacionais, nomeadamente do Ministério da Saúde (2006), lê-se que a correta manipulação do cateter, com todos os cuidados de assépsia inerentes, é um dos cuidados que fornece proteção contra a infeção associada a dispositivos vasculares.

De seguida, foram referidos a inadequada vigilância da perfusão de terapêutica e o tipo de medicação administrada como desencadeantes de complicações. Na observação apuramos que a vigilância da perfusão de terapêutica não é realizada de forma tão efetiva quanto a necessidade inerente, isto porque na grande maioria dos casos, a medicação é colocada em perfusão e só se volta ao doente quando a medicação termina, ou quando o próprio doente chama para dizer que a perfusão da medicação terminou ou para relatar alguma intercorrência ou algum desconforto. Quanto ao tipo de medicação administrada verificou-se que na totalidade dos casos esta foi diluída de forma correta, sempre que há essa indicação.

Nos estudos realizados por Oliveira e Parreira (2010); Urbanetto *et al.* (2011); Magerote *et al.* (2011) é visível que existe relação significativa entre o desenvolvimento de flebites e o tipo de perfusão (intermitente e contínua), sendo que há maior risco de desenvolvimento de flebite nos doentes com perfusões intermitentes. Expõem ainda, que não há relação de causa-efeito entre o aparecimento de flebites e o tipo de medicação administrada, no entanto, ressalvam que alguns tipos de antibióticos e de fluidos, nomeadamente os hipertónicos, aumentam consideravelmente o risco de flebite, comparativamente com outro tipo de medicação e fluidos.

Contrariamente a estes estudos, surge um estudo realizado por Ferreira, Pedreira e Diccini (2007) onde se concluiu existir relação causa-efeito entre a administração de terapêutica intermitente, quando comparada com a perfusão contínua e a ocorrência de flebite, ou seja, inferem que a administração de terapêutica de forma intermitente, tem maior probabilidade de conduzir ao desenvolvimento de flebites, eventualmente pela maior manipulação do cateter.

Portanto, tendo como contexto um serviço médico-cirúrgico, onde diariamente e várias vezes ao dia é administrada medicação endovenosa, incluindo antibióticos, quer seja para tratamento de infeções, nos doentes do foro médico, quer seja para profilaxia no caso dos doentes cirúrgicos, considera-se que estes cuidados não devem ser descurados.

O tempo de permanência do CVP é outro dos fatores desencadeantes apontado pelos enfermeiros entrevistados e de acordo com o estudo de Ferreira, Pedreira e Diccini (2007) este está associado a um aumento do risco de desenvolvimento de flebite, sendo que os autores apresentam que 37,5% das flebites surgiram durante os primeiros três dias após a inserção do CVP, aumentando substancialmente para 62,5% após o quarto dia de permanência.

Da mesma opinião são Urbanetto *et al.* (2011) que consideram que há um agravamento da flebite há medida que o tempo de permanência aumenta. Assim como Oliveira e Parreira (2010) referem que há relação causa-efeito significativa entre o aparecimento de flebite e o tempo de permanência do CVP.

No entanto, existem estudos que referem que o desenvolvimento da flebite, não está relacionado com o tempo de permanência do CVP e que esta complicação acontece entre as 48 e as 72h de permanência (Souza *et al.*, 2015). À mesma conclusão chegou Augusto (2013) ao analisar que 53,3% dos CVP permaneceram inseridos menos do que 72h e que 19% mais do que 96h, considerando não haver relação significativa entre o tempo de permanência e a ocorrência de flebites.

Podemos desta forma apurar, que apesar de haver opiniões díspares, o tempo de permanência do CVP, é um fator ao qual se deve dar especial importância, uma vez que dos estudos analisados se pode perceber, que os três primeiros dias após a inserção do CVP são fundamentais no que se refere ao desenvolvimento de complicações, nomeadamente a flebite e que as 72h, a vigilância do local de inserção do CVP deve ser mais cuidada e rigorosa.

A ausência de desinfeção e a contaminação do local de punção foram os últimos dos fatores desencadeantes mencionados nas entrevistas. Sendo a pele a principal fonte de contaminação torna-se crucial o cumprimento de medidas preventivas e cuidados de

assépsia, como a adequada desinfecção da pele e a não violação dessa mesma desinfecção, de modo a minimizar a colonização e a disseminação de microrganismos no local de inserção do CVP (Couto *et al.*, 2009 citados por Pereira, 2014).

De uma maneira geral, consideramos, que os enfermeiros entrevistados revelaram conhecer os principais fatores de risco para o desenvolvimento de flebites, no entanto há autores que afirmam que estes, são algumas vezes escassos ou nem sempre interligados com a prática (Oliveira e Parreira, 2010).

Após a caracterização da flebite foi pedido aos enfermeiros para descreverem os seus **conhecimentos sobre as recomendações na prevenção de flebites**, tendo-nos remetido para as diferentes fases do procedimento, ou seja, antes da inserção, após a inserção e na manutenção do CVP.

Assim, os procedimentos descritos pelos entrevistados antes da inserção do CVP foram a higienização das mãos, o cumprimento da técnica asséptica e a desinfecção do local de punção.

De acordo com as recomendações emanadas pelo Ministério da Saúde (2006) a higienização das mãos deve ser realizada com recurso à água e sabão ou através da desinfecção com SABA, antes da inserção do CVP. O'Grady *et al.* (2011) acrescentam que a higienização das mãos com lavagem convencional ou desinfetantes de base alcoólica deve ser realizada antes e após a palpação do local de inserção do CVP e na sua manipulação.

Também a DGS (2013) ressalva a importância da higienização das mãos ao referir que este cuidado é uma das medidas mais cruciais na redução da transmissão de microrganismos potencialmente patogénicos aos doentes durante a prestação de cuidados de saúde.

No que refere à desinfecção do local de punção, é de facto uma medida de extrema importância, pois como refere o Ministério da Saúde (2006) a via de infeção mais comum associada a dispositivos intravasculares é a pele, pela migração de microrganismos do local de inserção através de um trajeto subcutâneo e posterior colonização do cateter.

As soluções utilizadas para a preparação da pele estão contempladas nas *guidelines* internacionais elaboradas por O'Grady *et al.* (2011), onde é referido que os antissépticos podem ser clorhexidina, álcool ou iodopovidona, apesar de não haver comparação relativamente ao que será mais eficaz na prevenção de complicações associadas ao CVP. No entanto, frisam que deve ser permitido a secagem adequada de cada antisséptico, mediante as recomendações do fabricante.

O Ministério da Saúde (2006) adita que a diferença existente entre todos os antissépticos disponíveis no mercado está na rapidez de ação e na sua ação residual, vincando que as soluções antissépticas de base alcoólica são as mais recomendadas para a preparação cutânea, uma vez que associam a rápida ação com a atividade residual mais elevada e o espectro bacteriano.

Quanto aos procedimentos após a inserção do CVP, os enfermeiros fizeram menção à fixação do CVP, como principal cuidado.

O'Grady *et al.* (2011) recomendam que todo o acesso vascular deve ser devidamente fixo, podendo ser utilizada tanto gaze estéril, como penso transparente semipermeável. O penso de fixação transparente semipermeável deverá ser o preferido, porque permite a observação direta do local de inserção, deixando os pensos com gaze estéril para os casos em que o doente se apresenta sudorético ou com alguma perda hemática no local de inserção do cateter e até que esta esteja resolvida. Já o Ministério da Saúde (2006) recomenda a utilização de pensos estéreis, sejam eles com gaze, transparentes ou semipermeáveis.

Relativamente aos conhecimentos inerentes aos procedimentos na manutenção do CVP, os enfermeiros aludiram a substituição dos sistemas de perfusão, a substituição do penso de fixação, a administração de “*flush*” de soro fisiológico e o tempo de permanência do CVP.

A substituição dos sistemas de perfusão está contemplada nas recomendações nacionais (Ministério da Saúde, 2006) e internacionais (O'Grady *et al.*, 2011), explanando que os sistemas de administração de soros, torneiras e prolongadores, devem ser substituídos a cada 72h e sempre que o cateter seja substituído, sendo que as *guidelines* internacionais são mais permissivas aumentando o período para 96h, ou no mínimo uma vez por semana.

No que se refere à substituição do penso de fixação as mesmas entidades referem que este deve ser removido e substituído se se encontrar solto, danificado, húmido ou visivelmente sujo. Excluídos estes motivos a substituição do penso de fixação deverá ser realizada quando o cateter é removido ou substituído, ou ainda se, no caso de estar fixo com penso opaco com compressa, haja a necessidade de visualizar o local de inserção.

A administração de “*flush*” de soro fisiológico tem como objetivo a lavagem do acesso venoso após a administração de fármacos em bólus, ou de perfusões intermitentes de fármacos, com a finalidade de remover vestígios de fármacos que possam depositar-se nas paredes do cateter e formar cristais, que podem causar a obstrução do CVP ou provocar alguma reação adversa entre medicações não compatíveis.

No entanto esta técnica não é aconselhada de forma consistente por toda a bibliografia, como demonstram Oliveira e Parreira (2010) ao apresentarem dados controversos quanto à eficácia desta técnica, considerando-se portanto que não há evidência devidamente fundamentada, que possa inferir o benefício da administração de “flush” de soro fisiológico como medida preventiva no desenvolvimento de flebites associadas ao CVP.

Por último, é mencionado o tempo de permanência do CVP, que segundo os entrevistados não deve ultrapassar 72 a 96h, tendo particular atenção a doentes com acessos venosos escassos, em que se deve ponderar a sua substituição caso o cateter inserido se apresente bem funcionante e sem sinais inflamatórios, encontrando-se em consonância com as recomendações publicadas pelo Ministério da Saúde (2006) e O’Grady *et al.* (2011) que aconselham a substituição do CVP a cada 72-96h, com o objetivo de reduzir o risco de infeções associadas a estes dispositivos. A entidade nacional ressalva que em doentes com acessos venosos limitados e sem sinais inflamatórios, o CVP pode permanecer por mais tempo, desde que reforçada a vigilância do local de inserção.

Após a exposição dos conhecimentos dos enfermeiros sobre as recomendações na prevenção de flebites, os enfermeiros foram convidados a mencionarem quais os cuidados que realizam no dia-a-dia na prestação de cuidados como forma de prevenir as flebites associadas ao CVP.

Assim, as suas respostas reportaram-nos para as **intervenções de enfermagem na prevenção de flebites**, nomeadamente no momento da inserção, após a inserção e na manutenção do CVP.

Assim as intervenções de enfermagem na prevenção de flebites no momento da inserção do CVP citadas foram a higienização das mãos, o uso de luvas não estéreis de proteção, desinfetar o local a puncionar e cumprir a técnica “no touch”.

Já foram referidas anteriormente as recomendações nacionais e internacionais, face à higienização das mãos como medida preventiva contra infeções associadas a cuidados de saúde e apesar dos enfermeiros o terem referido como intervenção realizada, a observação não demonstra essa aplicabilidade de forma efetiva.

Comparando estes dados com a observação constatamos que uma elevada percentagem de enfermeiros (62,5%) não fez a higienização das mãos antes da inserção do CVP, contrastando com os restantes (37,5%) que a realizaram. De todos os que realizaram a higienização das mãos, observou-se que a totalidade o fez com SABA.

Oliveira e Parreira (2010, p. 146) referem que “algumas práticas dos enfermeiros (higienização das mãos...) diferem do estabelecido nas *guidelines* nacionais e

internacionais”. Acrescenta ainda que a higienização das mãos é um dos cuidados cruciais na prevenção de complicações, no entanto, existe um desempenho inadequado entre os profissionais de enfermagem.

De igual forma, Pereira (2014) conclui no seu estudo que apesar de a grande maioria (83,40%) dos enfermeiros terem a noção que realizam a higienização das mãos antes do cateterismo venoso sempre ou com elevada frequência, a observação das práticas mostrou-nos que apenas 29,17% dos enfermeiros realizou a higienização das mãos antes do procedimento.

Já Augusto (2013) descreve no seu estudo que todos os enfermeiros realizaram a higienização das mãos antes a inserção do CVP, utilizando como soluções de lavagem quer a água e sabão, quer a SABA, sendo que a mais utilizada foi a lavagem com água e sabão, contrariamente ao nosso estudo, onde a totalidade dos enfermeiros o fez com SABA.

Tendo em atenção a bibliografia consultada, a SABA, é considerada o antisséptico mais efetivo, tal como nos refere Dias (2010, p. 48) “o uso de solução alcoólica de fricção para higienização das mãos é superior à lavagem das mãos na redução de contagem de colónias bacterianas das mãos dos profissionais”.

O uso de luvas não estéreis de proteção foi outra das intervenções referidas pelos enfermeiros no momento da inserção do CVP.

Consultando as recomendações, podemos ler que “a utilização de luvas é recomendada, já que fazem parte integrante das Precauções Básicas, com o objetivo de diminuir o risco de exposição a agentes patogénicos da via sanguínea” (Ministério da Saúde, 2006, p. 20).

Examinando os dados obtidos na observação constatamos que 50% dos enfermeiros usaram luvas não estéreis no momento da inserção, ao passo que outros 50% não o fez. Este facto não se observa no estudo de Pereira (2014) em que a grande maioria dos enfermeiros (95,83%) usou luvas durante a inserção do CVP, no entanto uma grande percentagem (47,83%) fê-lo com luvas já utilizadas para realizar outros procedimentos. Apesar de quando questionados sobre a importância da utilização de luvas limpas a maioria ter considerado um cuidado de grande importância e afirmando que o fazem sempre ou frequentemente, sendo que uma percentagem significativa de enfermeiros (30,50%) assume que não o faz.

A desinfeção do local de punção é referida pela grande maioria dos enfermeiros entrevistados, como uma das intervenções realizadas na prevenção de flebites.

Anteriormente já foram explanadas as recomendações quanto aos antissépticos mais efetivos na preparação da pele antes da inserção do CVP. Assim, na observação, certificou-se que a totalidade dos enfermeiros a realizaram, diferindo apenas no tipo de desinfetante utilizado. Os antissépticos utilizados foram álcool a 70% (54,2%), clorhexidina em solução aquosa (41,7%) e SABA (4,2%). O antisséptico mais utilizado foi o álcool a 70%, seguindo com uma percentagem também elevada a clorhexidina em solução aquosa.

Com resultados idênticos surge Pereira (2014) que constatou que todos os enfermeiros realizaram a desinfecção cutânea antes da inserção do CVP, utilizando a clorhexidina a 2% em solução alcoólica e o álcool a 70%.

Augusto (2013) concluiu que a flebite associada a CVP é influenciada pelo tipo de antisséptico utilizado, sendo que o seu desenvolvimento foi menos frequente quando utilizado o álcool a 70% em detrimento da clorhexidina a 2%. A autora justifica estes resultados com o incumprimento do tempo de contacto com a pele e/ou o tempo de secagem, quando utilizada a clorhexidina a 2%.

Assim, podemos perceber que a solução aquosa de clorhexidina poderá não ser a mais eficaz na desinfecção cutânea, pela sua composição aquosa, estando esta indicada para situações de hipersensibilidade ao álcool, requerendo também um tempo de atuação mais prolongado para que o efeito seja o mais adequado possível.

Apesar das soluções antissépticas serem as contempladas nas recomendações nacionais e internacionais, verificou-se que quase a totalidade dos enfermeiros observados (95,8%) não permitiram que o antisséptico secasse, tendo sido utilizadas compressas esterilizadas para remover o excesso de desinfetante e ajudar na sua secagem.

Da mesma forma, Pereira (2014) verificou que (83,33%) da sua amostra não permitiu que o antisséptico secasse, sendo realizada de imediato a inserção do CVP, apesar de a grande maioria, quando questionados terem a percepção que o fazem frequentemente ou sempre.

Por último, os enfermeiros na entrevista mencionaram a técnica “*no touch*” como intervenção realizada no momento da inserção do CVP.

O Ministério da Saúde (2006) refere que a técnica asséptica correta não requer forçosamente a utilização de luvas esterilizadas, sendo que a utilização de luvas de uso único não estéreis de proteção combinado com a técnica “*no touch*” deve ser utilizada na inserção do CVP. Da mesma forma que O’Grady *et al.* (2011) afirmam que é permitido o

uso de luvas não esterilizadas na inserção do CVP, desde que o local de punção não seja tocado após a aplicação da solução antisséptica.

Na observação, evidenciou-se que a maioria dos enfermeiros (66,7%) não tocou o local de inserção após a desinfecção da pele, ao passo que (33,3%) dos enfermeiros não cumpriram esta técnica, voltando a palpar o local a puncionar depois de ter sido aplicado o antisséptico.

Resultados menos satisfatórios obteve Pereira (2014) ao observar que apenas 41,67% dos enfermeiros cumpriram a técnica “*no touch*”, apesar de considerarem esta técnica de grande ou muita importância, mas terem consciência de não a respeitarem na prestação de cuidados.

Na observação, antes da inserção do CVP foram ainda tidos em conta as seguintes intervenções: a preparação correta do material necessário para o procedimento, a informação prestada à pessoa sobre o procedimento a ser realizado, a seleção do local de inserção, a seleção do cateter a ser utilizado e o respeito pela vontade da pessoa, face ao local a puncionar.

Assim, verificamos que a maioria dos enfermeiros (75%) prepararam corretamente o material necessário para realizar a cateterização venosa, ao passo que os restantes 25% não o fizeram, não tendo organizado a totalidade do material necessário.

A não preparação do material e a necessidade de interromper a técnica, pela falta de algum utensílio, faz com que haja uma quebra no procedimento, que pode resultar na perda da assépsia, na contaminação do material ou do local de punção e até mesmo a insegurança que possa ser transmitida ao doente. Por estes motivos a preparação metódica de todo o material constitui uma intervenção considerada de extrema importância.

A seleção adequada do local de punção foi realizada pela totalidade dos enfermeiros, conforme a finalidade do acesso venoso (soroterapia, terapêutica endovenosa, administração de sangue). Os locais mais selecionados foram as veias do dorso da mão ou as do antebraço e só em última instância, quando a rede venosa distal era má, com tentativas anteriores sem sucesso, é que foi selecionada a fossa antecubital para a inserção do CVP.

De acordo com Ferreira, Pedreira e Diccini (2007), Magerote *et al.* (2011) e Augusto (2013) não há relação significativa entre as veias selecionadas e o desenvolvimento de flebites. Magerote *et al.* (2011) acrescentam que as veias mais utilizadas são as veias do antebraço, por serem acessos venosos de maior calibre e mais longas.

Oliveira e Parreira (2010) referem que as zonas de flexão ou com grande mobilidade, como é o caso das veias do dorso da mão, são mais propensas ao desenvolvimento de flebites, nomeadamente as traumáticas.

Augusto (2013) acrescenta que a seleção das veias do dorso da mão e do antebraço é discutível, uma vez que são zonas de grande mobilidade, de difícil estabilidade e fixação do CVP, podendo aumentar o risco de infiltração, exteriorização acidental ou mesmo o desenvolvimento de flebites.

Quanto à seleção do cateter, concluiu-se que apenas um enfermeiro (4,2%) não o fez de forma correta, uma vez que foi escolhido um calibre de cateter pequeno face ao calibre da veia, ao passo que a grande maioria (95,8%) realizaram a seleção adequada do cateter.

O Ministério da Saúde (2006) recomenda que a seleção do cateter deve estar de acordo com a sua finalidade, ou seja, em algumas circunstâncias um cateter de menor calibre não é adequado para a administração ou a perfusão da terapêutica prescrita. Faz também referência que a decisão do enfermeiro na seleção do calibre do cateter é influenciada pela experiência profissional, condições da rede venosa e características da medicação a ser administrada.

Após a inserção do CVP os enfermeiros citaram como cuidados realizados no dia-a-dia a fixação e o datar a inserção do CVP.

Quanto à fixação do cateter na entrevista os enfermeiros afirmaram que este cuidado e recomendação é concretizado, facto que também foi possível observar na totalidade dos enfermeiros aquando da observação participante.

Já Pereira (2014) no seu estudo observou que a totalidade dos enfermeiros (100%) fixou o cateter com adesivo não estéril, estando estes dados em consonância com o que é referido pelos enfermeiros que consideram que não aplicam o penso de fixação estéril como está preconizado e um número significativo de enfermeiros (22,20%) não valoriza este cuidado. No entanto, quando questionados relativamente à importância que atribuem à fixação do CVP, consideram este cuidado de elevada importância.

Os tipos de penso de fixação utilizados foram os pensos estéreis transparentes pela grande maioria dos enfermeiros (95,8%) e por apenas um enfermeiro (4,2%) foi utilizado adesivo não estéril para fixar o CVP. Foi utilizado por um enfermeiro (4,2%) ligadura e por outros dois (8,4%) adesivo não estéril, para melhorar a fixação do cateter.

Augusto (2013, p. 117) verificou que “não há consenso na decisão dos enfermeiros quanto ao tipo de penso de fixação do CVP e que nem sempre se cumprem as recomendações

para a prevenção de infecção associada aos cateteres vasculares periféricos”. Desta forma, observou que em 54,4% dos casos o CVP foi fixo com adesivo não estéril, 40,5% com penso semipermeável estéril e 5,1% utilizaram penso transparente semipermeável e adesivo não estéril.

De acordo com O’Grady *et al.* (2011) é recomendado a utilização tanto de pensos com compressa estéril como de pensos com revestimento transparente semipermeável para a fixação do cateter, dando preferência aos pensos transparentes, pois possibilitam a inspeção do local de inserção. Em nenhum momento se fala da utilização de adesivo não estéril para a fixação do CVP.

Quanto ao datar a inserção do CVP e comparando com a observação, verificou-se que grande parte dos enfermeiros (58,4%) não colocaram a data da inserção do cateter, no penso de fixação, face aos restantes (41,7%) que o fizeram.

A colocação da data de inserção do CVP não é uma recomendação esclarecida nas *guidelines* nacionais e internacionais, no entanto o tempo de permanência do CVP é uma medida muito valorizada e com horas bem patenteadas, por isso o datar a inserção do CVP mostra-se como uma medida de apoio para o cumprimento do tempo de permanência.

Oliveira e Parreira (2010) concluem que a documentação da data de inserção do CVP no penso de fixação nem sempre é realizada, apesar de a maioria dos enfermeiros terem demonstrado conhecimentos relativamente à importância da colocação da data no penso de fixação.

Na observação, para além destes cuidados referidos pelos enfermeiros, foram também observados outros cuidados/princípios como a remoção das luvas, a higienização das mãos e a realização de registos adequados após a inserção do CVP.

Relativamente à remoção das luvas após a inserção do CVP, dos 50% de enfermeiros que calçaram luvas para o inserir, constatou-se que 91,7% dos enfermeiros removeram as luvas após o procedimento, ao passo que os restantes 8,3% mantiveram o mesmo par de luvas na continuação da prestação de cuidados e para a realização de outros procedimentos.

Apesar da grande maioria ter removido as luvas após a inserção do CVP, houve quem o não fizesse e isso vai contra as recomendações (DGS, 2013) que referem que as luvas devem ser usadas quando se prevê a exposição a sangue ou outros fluídos corporais e removidas logo após o uso em cada doente ou após cada procedimento.

A higienização das mãos após a inserção do CVP foi realizada de forma mais efetiva do que a realizada antes da sua inserção, uma vez que a maioria (62,5%) o fez. No entanto uma percentagem considerável de enfermeiros (37,5%) não realizou a higienização das mãos após a inserção do CVP. Dos enfermeiros que a realizaram, observou-se que 13,3% recorreu à lavagem convencional com água e sabão, ao passo que a maioria (86,7%) o fez com SABA.

A maior adesão da higienização das mãos após o procedimento e o contacto com o doente leva-nos a pensar que a higienização das mãos neste momento é feita para proteção própria.

Também aqui, podemos verificar que este cuidado não se encontra em consonância com o estabelecido pela DGS (2013) que aponta os cinco momentos da higienização das mãos no contexto da prestação de cuidados e que são antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após o risco de exposição a fluídos orgânicos, após contactar com o doente ou com a sua unidade e após a remoção de EPI.

A realização de registos adequados foi outra das intervenções tidas em conta após a inserção do CVP, uma vez que as diferentes entidades responsáveis, nomeadamente o Ministério da Saúde (2006) faz menção à importância dos registos, nos quais deve constar a data e hora da inserção, o nome do profissional, o tamanho do cateter e o motivo da sua colocação. Devem ainda ser referidas as mudanças do penso de fixação e o motivo da remoção do CVP.

Assim, observou-se que apenas 12,5% dos enfermeiros realizaram registos adequados, tendo registado três dos quatro itens observados (data, local, motivo de inserção e calibre do cateter). A grande maioria (75%) não o fez, registando apenas um ou dois dos itens tidos em conta, sem deixar de referir que 12,5% dos enfermeiros não fez qualquer menção à inserção do CVP.

De acordo com Capdevila (2013) o registo das intervenções de enfermagem, nomeadamente na inserção do CVP deve ser encorajada, devendo ser consideradas as seguintes variáveis: data e local de inserção, vigilância diária, motivo da inserção e data e motivo da remoção.

Oliveira e Parreira (2010) concluíram que os registos nem sempre são realizados pelos enfermeiros, tendo sido evidenciada que os registos após a inserção do CVP são em grande parte das vezes incompletos e insuficientes.

A informação que foi tida em conta na análise dos registos foram a data, local e motivo de inserção e o calibre do cateter. Assim, verificamos que 87,5% dos enfermeiros registaram a data da inserção do CVP; fizeram referência ao local de punção 25% dos

enfermeiros; relativamente ao calibre do cateter apenas 16,7% mencionaram esta informação; quanto ao motivo de inserção apenas 25% o justificou. Ressalve-se que nos casos em que foi considerado o motivo de inserção, foi descrito o motivo da remoção e da necessidade de inserção de um novo CVP.

Pereira (2014) concluiu que todos os enfermeiros observados procederam à realização de registos após a inserção do CVP, no entanto considera que estes foram incompletos por não ser descrito o motivo da inserção, bem como a identificação do enfermeiro que o realizou.

Já nos cuidados na manutenção do CVP são mencionadas várias intervenções, que os enfermeiros consideram realizar na prestação de cuidados diariamente, sendo elas vigiar o local de inserção, otimizar o CVP, administrar “*flush*” de soro fisiológico após a administração de terapêutica, proteger o CVP da contaminação, substituir o penso de fixação, desinfetar as conexões, remover o CVP, substituir o CVP na data prevista, substituir os sistemas de perfusão e valorizar as queixas do doente.

A vigilância do local de inserção do CVP e a sua otimização são dois cuidados que estão interligados e que são mencionados por grande parte dos enfermeiros entrevistados.

Esta sensibilização da equipa de enfermagem também está patente na observação, na qual se constatou que a totalidade dos elementos otimizam e vigiam diariamente o local de inserção do CVP, sendo registado, em processo clínico, sempre que haja alguma alteração ou necessidade de remoção do mesmo devido à presença de sinais inflamatórios.

Capdevila (2013) expõe que a vigilância do local de inserção do CVP e a otimização do mesmo deve ser realizada diariamente, levantando apenas o penso de fixação se houver suspeita de alguma inflamação ou sinais de infeção.

Da mesma forma, Oliveira e Parreira (2010, p. 146) concluem que “a vigilância efetuada (...) ao local de inserção do cateter venoso periférico e as intervenções de manutenção dos dispositivos demonstram ter um impacto na prevenção de flebites”.

A administração de “*flush*” de soro fisiológico depois de ter sido administrada medicação é outra das intervenções realizadas na manutenção do CVP, segundo os enfermeiros entrevistados. Em comparação com a observação concluímos que esta prática não tem grande adesão na prestação de cuidados, uma vez que apenas 33,3% dos enfermeiros administraram “*flush*” de soro fisiológico, da mesma forma a lavagem dos sistemas de perfusão de fármacos verificou-se em apenas 8,3%. Esta situação pode ser explicada, pelo facto de grande percentagem dos doentes apresentar soroterapia em perfusão e o

mesmo ser atendido como uma lavagem contínua do acesso venoso. No entanto, este cuidado não está totalmente recomendado, segundo a bibliografia estudada.

A proteção do CVP da contaminação foi mencionado como cuidado preventivo no desenvolvimento de flebites e é recomendado pelas *guidelines* internacionais, quando referem que o cateter não deve ser mergulhado em água, pelo risco de proliferação de microrganismos e que estes devem ser protegidos com algum material impermeável durante os cuidados de higiene (O'Grady *et al.*, 2011).

A substituição do penso de fixação foi-nos citada pelos enfermeiros como intervenção na manutenção do CVP, mas as recomendações nacionais e internacionais referem que o penso de fixação do CVP só dever ser removido se o mesmo se encontrar solto, húmido ou visivelmente sujo e sempre que haja necessidade de inspecionar o local de inserção do CVP, de outra forma apenas substituir aquando da troca do CVP (Ministério da Saúde, 2006; O'Grady *et al.*, 2011).

Na observação constatou-se que nenhum dos enfermeiros faz a substituição do penso de fixação do CVP diariamente, 62,5% dos enfermeiros fazem a substituição do penso de fixação por este se encontrar molhado ou sujo com sangue, ao passo que os restantes 37,5% deixa que o penso de fixação seque e não valorizam a humidade e a perda hemática, sem proceder à sua substituição. Quando o penso de fixação se encontra descolado, verificou-se que a totalidade dos enfermeiros efetuou a sua substituição.

Há quem faça referência à desinfeção das conexões como intervenção na prestação de cuidados na manutenção do CVP. Este cuidado não foi considerado na observação, mas foi tida em conta a manipulação dos sistemas e torneiras com técnica limpa. Daqui observou-se que 87,5% dos enfermeiros manipulam os sistemas e conexões com técnica limpa, em comparação com os restantes 12,5% que não tiveram este cuidado, tendo-se observado que deixam sistemas de soros desprotegidos (sem tampas) e que posteriormente foram utilizados em administrações de fármacos.

No entanto há bibliografia que o justifica, ao exporem que para minimizar o risco de contaminação deve-se limpar as conexões com um antisséptico adequado e aceder ao sistema apenas com material estéril. As torneiras de 3 vias devem ser desinfetadas com álcool a 70° antes de abrir o sistema e as tampas das torneiras devem ser mantidas, quando não estiverem a ser utilizadas (Ministério da Saúde, 2006).

Relativamente à remoção do CVP quando já não justifica o seu uso foi mencionado por um enfermeiro.

De facto, o CVP ou qualquer outro dispositivo intravascular deve ser removido, logo que não haja a sua necessidade. Um das medidas de prevenção de infeção associada a

dispositivos invasivos requer a “necessidade de questionarmos diariamente a sua indicação, procurando alternativas e minimizando o seu uso desnecessário” (Dias, 2010, p. 50).

A substituição do CVP na data prevista é uma das intervenções de prevenção de flebites tida em conta pelos enfermeiros entrevistados, no entanto quando observados concluiu-se 45,8% o fizeram efetivamente nas 72h, visto que a norma da instituição recomenda a sua substituição com este tempo de permanência, ao passo que a maioria 54,2% dos enfermeiros não cumpriram a data de substituição do CVP, prolongando a sua permanência.

Augusto (2013, p. 119) no seu estudo analisou que a maior percentagem de cateteres inseridos (53,3%) permaneceu por um período menor que 72h e que um número ainda considerável de cateteres (19,0%) permaneceu por um período superior a 96h. Este autor concluiu “que o tempo de permanência do CVP não teve influência no desenvolvimento de flebite (...)”.

O prolongamento da data de substituição do CVP é justificado por Souza *et al.* (2015) como sendo uma das variáveis que depende, na grande maioria dos casos da tomada de decisão dos enfermeiros.

Quanto à substituição dos sistemas de perfusão como intervenção realizada na prestação de cuidados diários, apesar de ter sido referida pelos enfermeiros entrevistados, a observação mostrou-nos que 66,7% dos enfermeiros trocam os sistemas de perfusão de fármacos no final de 24 horas, que corresponderá a todos os sistemas serem substituídos no turno da manhã. Relativamente aos sistemas de perfusão de soros, verificou-se que apenas 4,2% dos enfermeiros mostrou essa preocupação ao registar a data do início da perfusão de soro, no próprio sistema de soro, sendo que a maioria (95,8%) não registaram a data de início, nem procederam à sua substituição. Quanto à substituição dos sistemas de soros após a inserção de um novo CVP, observou-se em 5 cateteres inseridos, dos quais 2 (8,3%) dos enfermeiros substituiu os sistemas de soros após a inserção de um novo CVP, ao passo que os restantes 3 (12,5%) mantiveram os sistemas de soros utilizados no CVP anterior.

Apesar de observado em apenas 5 dos cateteres inseridos, pode-se concluir que a maioria dos enfermeiros não seguiu as recomendações nacionais, uma vez que as mesmas aconselham a substituição dos sistemas de perfusão sempre que o cateter seja substituído (Ministério da Saúde, 2006).

Por último, os enfermeiros referiram a valorização das queixas do doente como cuidado a ter em conta na prevenção de complicações associadas ao CVP. De acordo com a

observação constatamos que 50% dos enfermeiros instruíram os doentes dos cuidados inerentes ao CVP, face aos restantes 50% que não prestaram qualquer tipo informação.

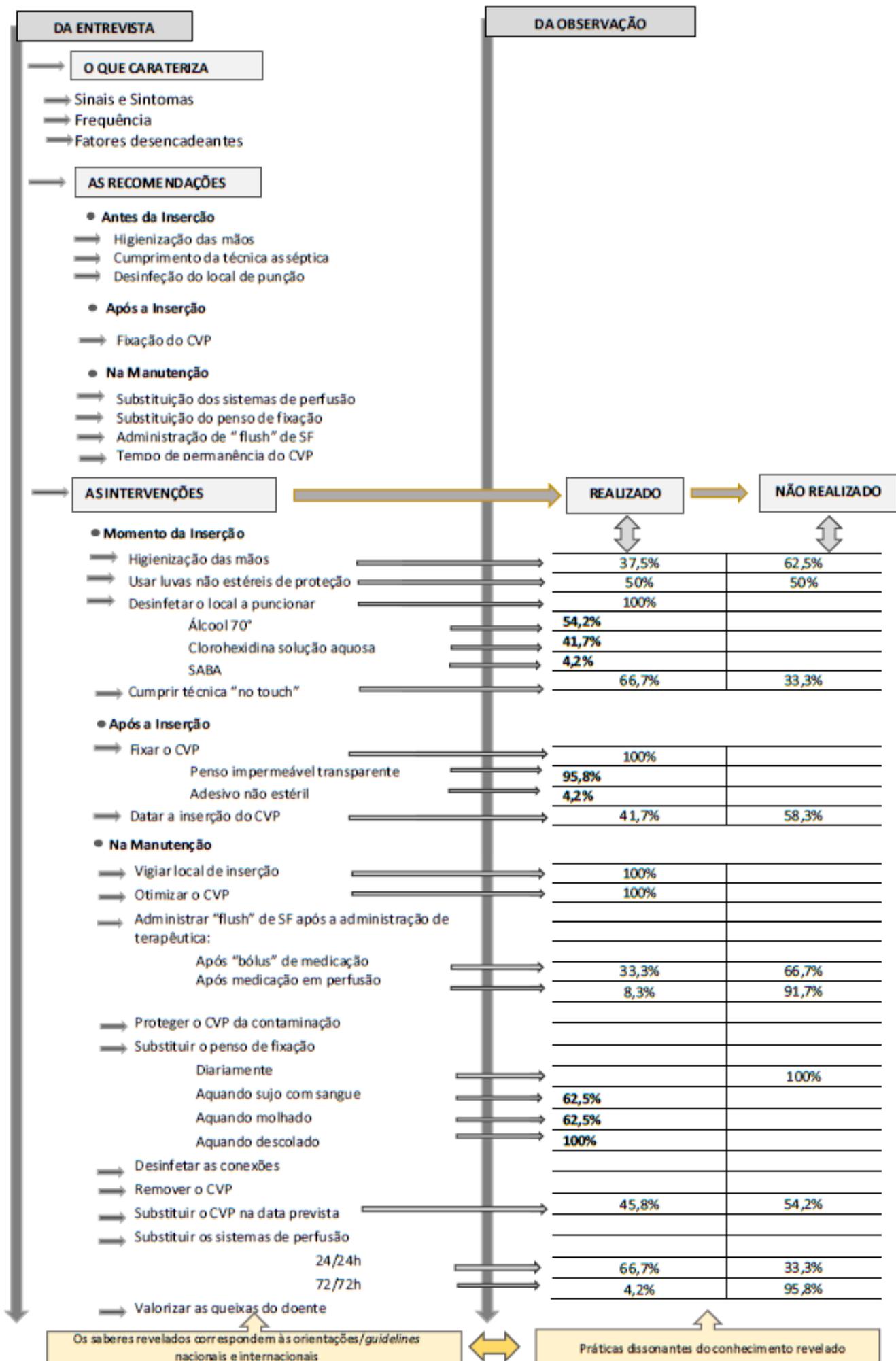
Daqui se reconhece a pouca adesão dos enfermeiros para prestar informação aos doentes com a finalidade de os alertar para sinais e alterações que devem ser verbalizadas pelos próprios doentes, não estando em consonância com as normas estabelecidas pelos Ministério da Saúde (2006) e O'Grady *et al.* (2011) que recomendam que os doentes devem ser encorajados a reportar qualquer alteração ou desconforto no local de inserção do CVP.

A orientação dos doentes face a “possíveis sinais e sintomas, principalmente os mais fáceis de identificar como a dor e o eritema, de forma a que esta sinalização possa repercutir em uma ação rápida, impedindo a evolução dos graus da flebite.” E esta estratégia não deve ser considerada como isenção de responsabilidade por parte do enfermeiro, mas antes, fazer do doente um parceiro dos cuidados que lhe são prestados (Urbanetto *et al.*, 2011, p. 447).

Oliveira e Parreira (2010) concluíram que os enfermeiros não possuem conhecimentos suficientes no que diz respeito aos fatores de risco que podem influenciar o desenvolvimento de flebites e que quando os enfermeiros possuem conhecimentos relativamente à prevenção de flebites associadas ao CVP, os mesmos não estão em consonância com a prática clínica, ou que os enfermeiros apresentam intervenções que não são adequadas na realização da cateterização venosa periférica.

Após a análise dos dados obtidos tanto pela observação, como pela realização da entrevista destaca-se que os enfermeiros são detentores dos conhecimentos sobre as recomendações nacionais e internacionais relativamente à prevenção de flebites associadas ao CVP, no entanto estes conhecimentos são por vezes incompletos e em grande parte das situações não transpostos para a prática.

Figura 11 – Prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos: dos saberes à prática



Dado por terminada a discussão dos resultados, segue-se o capítulo das conclusões, onde são expostos os resultados que mais se evidenciaram e onde são apresentadas também perspectivas futuras.

Capítulo 5

CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Como vimos ao longo do trabalho, existe atualmente uma crescente preocupação, quer em termos institucionais, quer ao nível nacional e internacional, no que se refere ao impacto das infeções associadas aos cuidados de saúde na morbi e mortalidade dos doentes, assim como o impacto económico nas instituições de saúde, nomeadamente em instituições privadas, em que os custos associados ao prolongamento dos internamentos são diretamente assumidos pelos próprios doentes ou pelas suas famílias, condicionando diretamente a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A equipa de enfermagem assume um papel primordial na prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde, uma vez que é a categoria profissional que acompanha o doente todos os dias de forma contínua ao longo do seu período de internamento, nomeadamente no que diz respeito às complicações associadas ao cateter venoso periférico, sendo este cuidado competência exclusiva dos profissionais de enfermagem. Assim, os cuidados de enfermagem devem ter por base o conhecimento e evidência científica atualizada, por forma a que a qualidade dos mesmos e a segurança do doente sejam mantidas.

Tendo em consideração a problemática em estudo e os objetivos definidos no início do trabalho, optamos por um estudo que se centra no paradigma qualitativo, de natureza descritiva e exploratória. Para melhor compreender a problemática e tendo por base as questões de investigação decidimos utilizar duas estratégias de recolha de dados – a observação e a entrevista – pelo que desenvolvemos dois instrumentos, uma grelha de observação e um guião de entrevista. Com o recurso a estas duas estratégias pretendíamos uma complementaridade dos dados a obter e desta forma adquirir maior conhecimento dos saberes e práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas ao CVP.

Assim, através da entrevista e da observação participante que incidiu em duas etapas cruciais relacionadas com o CVP, a inserção (que incluiu três momentos, antes, durante e após) e a etapa da manutenção, foi possível chegar às seguintes conclusões:

- Pela análise das recomendações nacionais e internacionais relativas à prevenção de infeção associada a cateteres venosos periféricos, podemos concluir que os enfermeiros expuseram as recomendações mais importantes produzidas por estas entidades, considerando-se, portanto, que estes possuem conhecimentos atualizados acerca da problemática em estudo o que é também sustentado na caracterização que estes fazem da flebite ao mencionarem a presença dos respetivos sinais e sintomas, a sua frequência e os seus fatores desencadeantes.

- Quando questionados acerca dos conhecimentos sobre as recomendações na prevenção de flebites, os enfermeiros remeterem-nos para as fases do procedimento,

antes, após e na manutenção do CVP. Antes da inserção do CVP fizeram referência à higienização das mãos, ao cumprimento da técnica asséptica e à desinfecção do local de punção. Após a inserção do CVP, foi mencionada a fixação do cateter e na manutenção do CVP foram referidos a substituição dos sistemas de perfusão, a substituição do penso de fixação e a administração de “*flush*” de soro fisiológico.

- Ao serem questionados face aos cuidados que realizam no dia-a-dia de trabalho na prevenção de flebites, os enfermeiros participantes explanaram as intervenções de enfermagem na prevenção destas complicações, mais uma vez as três fases do procedimento, ou seja, no momento da inserção do CVP, após a sua inserção e na manutenção do mesmo. No entanto, pela observação evidenciou-se uma discrepância entre o que foi dito e valorizado e o que de facto foi realizado, nomeadamente em práticas consideradas fulcrais no que se refere à prevenção da infeção.

- As intervenções no momento da inserção do cateter referidas foram a higienização das mãos, o uso de luvas não estéreis de proteção, a desinfecção do local a puncionar e o cumprimento da técnica “*no touch*”. Após a inserção do cateter foram mencionadas o fixar o cateter e o datar a inserção do mesmo. As intervenções citadas na manutenção do CVP foram vigiar o local de inserção, otimizar o CVP, administrar “*flush*” de soro fisiológico após a administração de terapêutica, proteger o CVP da contaminação, substituir o penso de fixação, desinfetar as conexões, remover o CVP, substituir o CVP na data prevista, substituir os sistemas de perfusão e valorizar as queixas do doente.

Das intervenções referidas e valorizadas pelos enfermeiros destacam-se algumas consideradas fundamentais na prevenção da infeção e que quando comparadas com a prática houve grande dissonância. Destas, evidenciamos as que mais se destacaram.

A higienização das mãos foi referida como uma das recomendações e como uma das intervenções realizadas, no entanto, quando comparada esta informação com a observação verificamos que a sua realização não foi tão efetiva quanto a desejável, uma vez que a grande maioria da amostra (cerca de 63%) não realizou a higienização das mãos antes da inserção do CVP. De todos os que a realizaram, fizeram-no com SABA. Já a higienização das mãos após a cateterização venosa teve maior adesão, a qual foi realizada por cerca de 63% da amostra, tanto com lavagem convencional, como com fricção com SABA.

O uso de luvas não estéreis de proteção é preconizado pelas *guidelines* nacionais e internacionais e foi referida como intervenção realizada pelos enfermeiros entrevistados, no entanto na prática os enfermeiros não cumprem esta recomendação e o seu uso é controverso, considerando que metade da amostra utilizou, face à outra metade que não utilizou luvas para realizar a cateterização venosa.

Já no que se refere à desinfecção da pele antes da punção esta intervenção foi realizada pela totalidade da equipa e foram utilizados os antissépticos recomendados, diferindo apenas a clorhexidina em solução aquosa, uma vez que devem ser preferidas as soluções alcoólicas, devido à maior rapidez de atuação e ao espectro bacteriano residual.

Quanto à técnica “*no touch*”, medida defendida pelas entidades estudadas, o seu cumprimento foi realizado de forma efetiva por cerca de 67% da amostra, não deixando de evidenciar que apesar da maioria a ter cumprido, cerca de 33% não respeitou a assépsia do local de punção.

Relativamente à fixação do cateter, a totalidade da amostra o fez e cerca de 96% utilizou penso estéril transparente, no entanto temos que referir os restantes 4% que fixaram o cateter com adesivo não estéril, indo esta prática totalmente contra ao que está exposto nas normas nacionais e internacionais.

Outro dos aspetos observados foi a realização de registos após a realização do procedimento onde constatamos que apenas 12% da amostra o fez de forma satisfatória, face à grande maioria (75%) que não o fez de forma pertinente e uma percentagem significativa, cerca de 13% não fez qualquer referência ao procedimento efetuado.

Abordando agora os procedimentos observados na manutenção do CVP, consideramos que também aqui houve discordância entre o que foi mencionado nas entrevistas e o que foi realizado na prática clínica. No que se refere à substituição do penso de fixação do cateter, intervenção que foi considerada nas entrevistas, observamos que a sua substituição não foi efetuada conforme as recomendações aconselham, ou seja, quando estão repassados com sangue ou molhados, cerca de 37% da amostra não os substituiu, não valorizando as complicações que daqui possam advir.

No que se refere à substituição do cateter de 72/72h, como preconizado na instituição, também se constatou que esta recomendação não é cumprida de forma conveniente, uma vez que cerca de 54% da amostra não substituiu o CVP na data prevista.

No que concerne à substituição dos sistemas de perfusão, observamos que não há a preocupação em identificar a data da colocação dos sistemas de perfusão de soros, para que possam ser cumpridas as 72h para a sua substituição, ao passo que nos sistemas de perfusão de fármacos a sua substituição é mais correta, uma vez que há a rotina de todos estes sistemas serem substituídos no turno da manhã, no entanto cerca de 33% da amostra não teve esse cuidado.

Quanto à administração de “*flush*” e soro fisiológico após administração de terapêutica, não sendo uma medida efetiva e que seja fortemente sustentada pela evidência, foi realizada de forma pouco consistente, uma vez que a sua realização foi mais efetiva após

a administração de fármacos em bólus do que na administração de fármacos em perfusão.

Daqui pudemos concluir que apesar dos enfermeiros serem detentores de conhecimentos relativos às recomendações sobre a prevenção de flebites, estes muitas das vezes não são transpostos para a prática, colocando desta forma em risco a prevenção da infeção e a segurança do doente, assim como referem alguns autores os conhecimentos científicos dos enfermeiros dos fatores de risco para o desenvolvimento de flebites, são algumas vezes escassos ou nem sempre interligados com a prática (Oliveira e Parreira, 2010).

O não cumprimento das recomendações nacionais e internacionais relativas à prevenção de infeção associada ao CVP leva-nos a questionar acerca de quais os motivos, se devido a fatores desmotivacionais, por falta de tempo associado ao aumento da carga horária de trabalho e ao aumento do número de doentes, no entanto consideramos que estes fatores justificariam por si só a realização de outros estudos de investigação.

Como sugestões de melhoria na prevenção de flebites, ressaltou a implementação de protocolos e a consciencialização da equipa de enfermagem.

Posto isto, consideramos que os objetivos delineados no início do trabalho foram cumpridos e que foram encontradas respostas às questões de investigação delineadas. A elaboração deste trabalho teve como maior dificuldade a inexperiência no campo da investigação, nomeadamente na aplicação dos instrumentos de colheita de dados, no entanto essa dificuldade foi colmatada pela disponibilidade e apoio das orientadoras e disponibilidade, colaboração e compreensão da equipa de enfermagem na participação do estudo.

É nosso compromisso partilhar a informação dos resultados obtidos aos participantes do estudo e ao grupo responsável pela prevenção e controlo de infeção da instituição, para que desta forma se possa dar respostas às sugestões apresentadas pelos participantes, na atualização das normas e protocolos, assim como assumir a responsabilidade da divulgação e na formação em serviço de normas e *guidelines* de prevenção de infeção atualizadas, na observação do seu cumprimento, tendo como o objetivo final a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, Isabel Cristina Costa Martins Ferreira Rolo – **O Cuidado de Enfermagem na Prevenção de Flebites**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Tese de Mestrado.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. ISBN: 972-44-1214-8

CAPDEVILA, Josep A. – **El Catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial**. *Ver Esp Quimioter*. [Em Linha]. 2013; 26 (1), pp. 13-17. [Consultado a 14 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://seq.es/seq/0214-3429/26/1/capdevila.pdf>

DIAS, Conceição Sousa – **Prevenção da Infecção Nosocomial – ponto de vista do especialista**. *Revista Portuguesa de Medicina Intensiva*. [Em Linha]. Vol. 17, n.º1. 2010. pp. 47-53. [Consultado a 30 de Maio de 2016]. Disponível na WWW:URL http://www.spci.pt/revista/vol_17/2010331_rev_mar10_volume17n1_47a53.pdf

FERREIRA, Lucilene Reno; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; DICCINI, Solange – **Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos**. *Revista ACTA*. [Em Linha]. Vol. 20, n.º1. 2007. pp. 30-36. [Consultado a 3 de Julho de 2016]. Disponível na WWW:URL <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a06v20n1.pdf>

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999 ISBN 972-8383-10X

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5

MAGEROTE, Nelissa de Paula [et al] – **Associação entre Flebite e Retirada de Cateteres Intravenosos Periféricos**. *Texto e Contexto – Enfermagem*. [Em Linha]. Jul-Set 2011; 20 (3). pp. 486-492. Florianópolis. [Consultado a 11 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/09.pdf>

O'GRADY, Naomi P. [et al] – **Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter – Related Infections**, 2011. [Em Linha]. Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta. [Consultado a 26 de Abril de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>

OLIVEIRA, Anabela S. S.; PARREIRA, P. M. S. D. – **Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos**. Revisão sistemática da literatura. *Revista Referência* [Em Linha]. Vol. III, n.º 2. Dezembro de 2010, pp. 137-147.

Coimbra. [Consultado a 11 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a15.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. [Em linha]. Outubro de 2011. [Consultado a 11 de Março de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituacaoCritica.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos**. [Em Linha]. Dezembro de 2001. [Consultado em 11 de Março de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

PEREIRA, Carla Maria Dias Braz – **Práticas dos enfermeiros no cateterismo venoso periférico**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. Tese de Mestrado

PINA, Elaine [et al] – **Infeção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infeções da corrente sanguínea (septicemia)**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em Linha]. Jan-Jun 2010; 28 (1). pp. 19-30. Lisboa. [Consultado a 7 de Julho de 2016]. Disponível na WWW:URL <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a03.pdf>

PINA, Elaine [et al] – **Infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. [Em Linha]. 2010; 10. pp. 27-39. Lisboa. [Consultado a 20 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infeccoes%20associadas%20aos%20cuidados%20de%20saude%20e%20seguranca%20do%20doente.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2006) – **Programa Nacional de Controlo de Infeção – Recomendações para a Prevenção da Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares**. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. [Em linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. [Consultado a 17 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008552.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2007) - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**. [Em linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. [Consultado a 18 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008902.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2008) – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização**. [Em linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. [Consultado a 17 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL http://www1.arslvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_ManualdeOperacionalizacao.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2009) – **Vigilância Epidemiológica das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: Critérios para a definição de infeções nos cuidados de saúde de agudos**. [Em Linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. [Consultado a 17 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lowe4Pun4hgJ:https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/inquerito-de-prevalencia-de-infeccao-2009/definicoes-de-infeccao/definicoes-de-infeccao-dos-cdc-2008-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2010) - DGS – **Orientação de Boa Prática para a Higiene das mãos nas Unidades de Saúde**. Circular Normativa N.º: 13/DQS/DSD. [Em Linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. [Consultado a 10 de Junho de 2016]. Disponível na WWW:URL <http://www.anci.pt/sites/default/files/i013077.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2013) – **Prevalência de Infeção Adquirida no hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses. Departamento da Qualidade em Saúde. Inquérito de 2012**. [Em linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. [Consultado a 18 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2013) – **Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)**. [Em Linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. Norma n.º 029/2012. pp. 1-26. [Consultado a 14 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde (2014) – **Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências a Antimicrobianos em números**. [Em Linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa. [Consultado a 4 de Julho de 2016]. Disponível na WWW:URL <http://www.dgs.pt/?cr=26580>

REGULAMENTO n.º 124/2011. D.R. 2.ª Série. 35 (18-02-2011) 8656-8657

REGULAMENTO n.º 190/2015. D.R. 2.ª Série. 79 (23-04-2015) 10087-10090

RIBEIRO, José Luís Pais (2010) – **Metodologia de investigação em psicologia da saúde**. 3.^a Edição. Porto: Legis Editora. ISBN: 978-989-8148-46-9

RIBEIRO, Olivério [et al] – **Qualidade dos Cuidados de Saúde**. [Em Linha]. 2008. *Revista Millenium*. pp 1-21. Viseu [Consultado a 5 de Junho de 2016]. Disponível na WWW:URL <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>

RIBEIRO, Palmira – **Formação Contínua em Enfermagem – Quais as motivações?** *Nursing* [Em Linha]. 2013. pp. 1-3. [Consultado a 3 de Julho de 2016]. Disponível na WWW:URL <http://www.sep.org.pt/~seporg/images/stories/sep/DOSSIER/2013/11/251113news8.pdf>

SAMPIERI, R.; COLLADO, C.; LUCIO, P. (2006) **Metodologia de Pesquisa**. São Paulo: Mc Graw Hill.

SOUZA, Angela Elisa Breda Rodrigues de [et al] – **Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário**. *Rev Rene*. [Em linha]. Jan-Fev; 16 (1). pp. 114-122. [Consultado a 14 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1918/pdf>

URBANETTO, Janete de Souza [et al] – **Prevalência de Flebites em Pacientes Adultos com Cateter Venoso Periférico**. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria* [Em Linha]. Set/Dez 2011; 1 (3), pp. 440-448. [Consultado a 14 de Maio de 2015]. Disponível na WWW:URL <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3283/2409>

ANEXOS

ANEXO 1 – Quadro síntese da análise de conteúdo – Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo

| Área Temática | Categoria | Subcategoria | Unidades de Registo |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------|---|
| Caraterização da Flebite | Presença de sinais e sintomas | | <p>“(…) local de inserção do cateter se está vermelho (….) sinais de infeção, o rubor, o calor (….) se lhe dói (….)” E1; P2; L8</p> <p>“(…) porque o importante (….) é o local de inserção... se tem sinais inflamatórios ou não.” E1; P2; L27</p> <p>“(…) estarmos atentos ao que nos dizem (….) os doentes (….) se nos dizem que tem dor ao dar medicação (….)” E6; P1; L12</p> <p>“(…) estar atento aos que nos dizem os doentes, se dói (….)” E6; P2; L9</p> <p>“(…) se existe dor também (….)” E7; P2; L6</p> <p>“(…) processo inflamatório, neste caso do acesso, o rubor, o calor, o edema, a dor (….)” E8; P1; L15</p> <p>“(…) se tem dor, se sente calor (….)” E8; P2; L3</p> <p>“(…) se está com dor, se não está, se sente calor (….)” E8, P3, L22</p> |
| | Frequência | Muito frequente | <p>“É muito frequente (….)” E2; P1; L7</p> <p>“(…) aparece frequentemente (….)” E2; P1; L10</p> <p>“Que surge com frequência? Sim. (….)” E3; P1; L13</p> <p>“É comum, sim (….)” E6; P1; L7</p> <p>“(…) sim, que acontece com alguma frequência.” E6; P1; L14</p> <p>“(…) a flebite é muito recorrente (….)” E8; P1; L7</p> |

| | | | |
|--|------------------------|---|---|
| | | Pouco frequente | <p>“(…) não é uma complicação que eu veja muito frequentemente.” E7; P1; L16</p> <p>“(…) não é uma complicação que veja, com muita frequência (…)” E7; P3; L5</p> |
| | Fatores desencadeantes | <p>Incorreta manipulação</p> <p>Inadequada vigilância da perfusão de terapêutica</p> <p>Tempo de Permanência do CVP</p> <p>Tipo de medicação administrada</p> | <p>“(…) quando há má manipulação ou falta de cuidados com os cateteres (…)” E1;P1;L7</p> <p>“(…) vai muito da maneira como nós manuseamos (…)”E2; P1; L7</p> <p>“(…) se o antibiótico está a correr e não está a provocar nenhuma flebite.” E1; P2; L1</p> <p>“(…) soro constantemente em perfusão (…) o cateter deixa de funcionar o soro está a entrar provoca uma flebite (…)” E1; P3; L16</p> <p>“(…) um pouco de descuido de todos os profissionais por não fazerem uma avaliação correta do acesso (…)” E8; P1; L8</p> <p>“(…) os cateteres se habitualmente forem trocados de três em três dias (…) raramente ou nunca ocorrem as flebites (…)” E1; P1; L8</p> <p>“(…) o tempo do cateter (…)” E2; P1; L7</p> <p>“(…) quando não temos o cuidado de fazer a substituição dos cateteres e deixá-los (…)</p> <p>prolongarmos o tempo de um cateter (…)” E3; P1; L9</p> <p>“(…) tempo que o cateter fique no doente, às vezes passa muitos dias e poderá estar relacionado com isso (…)” E5; P1; L9</p> <p>“(…) ter em atenção aos antibióticos (…)” E1; P3; L4</p> <p>“(…) o tipo de medicação (…)” E2; P1; L8</p> |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | | <p>Ausência de desinfecção</p> <p>Contaminação do local de inserção</p> | <p>“(…) ter em atenção as dosagens em que devemos diluir, fazer as diluições, pois isso também pode levar a infeções (…)” E4; P2; L7</p> <p>“(…) muito a ver com a medicação, o tipo de medicação (…)” E5; P1; L10</p> <p>“(…) há uns medicamentos mais agressivos do que outros e que há flebites associadas a determinados medicamentos (…)” E5; P1; L11</p> <p>“(…) a não desinfecção associada às flebites, nomeadamente na altura em que colocamos o cateter e depois durante a sua manutenção (…)” E5; P1; L7</p> <p>“(…) acesso de água ou outro fluido na zona do acesso e que promova o desenvolvimento de microrganismos (…)” E8; P4; L15</p> |
| <p>Conhecimento dos Enfermeiros na Prevenção de Flebites</p> | <p>Procedimentos antes da Inserção do CVP</p> | <p>Higienização das mãos</p> <p>Cumprimento da técnica asséptica</p> | <p>“(…) a nossa desinfecção (….) previamente das mãos” E2; P1; L13</p> <p>“(…) desinfecção das mãos, logo para começar (….)” E7; P1; L19</p> <p>“(…) ter em atenção aos antibióticos (….)” E1; P3; L4</p> <p>“(…) manuseamento do cateter antes de realizar a punção (….)” E2; P1; L15</p> <p>“(…) a assepsia também na técnica (….)” E6; P1; L17</p> <p>“(…) manter a assepsia (….)” E7; P1; L19</p> <p>“(…) manter a assepsia do material esterilizado” E7; P1; L20</p> <p>“(…) esterilidade do material também deve ser mantida o máximo possível” E8; P2; L9</p> <p>“(…) diariamente fazer uma boa higiene (….) com desinfecção com álcool (….)” E1; P1; L20</p> <p>“(…) Uma desinfecção adequada da pele (….)” E2; P1; L13“(…) desinfecção do local, aquando da colocação do cateter e (….) aquando a troca do penso (….)” E5; P1; L15</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>Procedimentos na Manutenção do CVP</p> | <p>Administração de “flush” de Soro Fisiológico</p> <p>Tempo de Permanência do CVP</p> | <p>“(…) lavagem do cateter acho que é muito importante antes e depois da realização da medicação endovenosa (…) antes porque permite-nos ver se está ou não no local do acesso venoso (…) e depois para que não fique restos de medicação (…)” E8; P1; L22</p> <p>“(…) entre medicações também devemos realizar um “flush” (…) para impedir certos contactos entre as medicações” E8; P2; L7</p> <p>“(…) ter cuidado com o tempo que os cateteres estão colocados (...); (...) três, quatro dias (...)” E2; P1; L14, 19</p> <p>“(…) troca de cateter, pelo menos de três em três dias (...)” E3; P1; L17</p> <p>“(…) nunca manter mais que três dias o mesmo cateter no mesmo local.” E4; P1; L19</p> <p>“(…) doentes difíceis de puncionar, então aí temos que ponderar o risco benefício.” E4; P2; L2</p> <p>“(…) não deixar mais do que três a quatro dias no máximo” E6; P1; L10</p> <p>“(…) se eu não estou em erro, é três a quatro dias (...)” E8; P4; L21</p> |
|--|---|--|---|

| | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|--|
| Intervenções de Enfermagem na Prevenção de Flebites | No momento da Inserção do CVP | Higienização das Mãos | <p>“(…) fazer desinfecção das mãos antes de qualquer utilização (…)” E7; P2; L</p> <p>“(…) a desinfecção das nossas mãos também é muito importante (…)” E8; P4; L1</p> |
| | | Usar luvas não estéreis de proteção | <p>“(…) com uso de luvas (…)” E3; P2; L2</p> <p>“(…) há quem seja apologista do uso de luvas, há quem não seja (…)” E8; P4; L2</p> |
| | | Desinfetar o local a puncionar | <p>“(…) a desinfecção (…)” E1; P2; L5</p> <p>“ Na inserção, desinfetar o local (…)” E2; P2; L7</p> <p>“(…) desinfecção do local que vai ser colocado o cateter (…)” E3; P2; L2</p> <p>“A desinfecção do local de inserção (…)” E5; P1; L22</p> <p>“(…) desinfecção do próprio local [a puncionar] (…)” E8; P2; L23</p> <p>“(…) desinfecção do local a puncionar é muito importante, com álcool a 70º, preferencialmente (…)” E8; P3; L25</p> |
| | | Cumprir a técnica “no touch” | <p>“(…) fazer a palpação conveniente antes da desinfecção do local a puncionar (…)” E8; P4; L3</p> |
| | | Fixar o CVP | <p>“(…) a colocação (…) dos pensos transparentes (…)” E1; P2; L5</p> <p>“(…) usarmos os pensos adequados (…) usar sempre as películas, os tegadermes® para assim conseguir vigiar muito mais facilmente o local de inserção (…)” E4; P2; L12</p> <p>“Penso esterilizado (…) transparente, para que consigamos ver as características dos locais de acesso (…)” E8; P4; L10</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | |
| Sugestões de Melhoria para a Prevenção de Flebites | Implementação de Protocolos Conscientização da Equipa de Enfermagem | | <p>“(…) instituição de protocolos (…) de prevenção, quer na desinfeção (…) na troca de sistemas de soros (…) e na manutenção (…)” E5; P2; L4</p> <p>“(…) motivar a equipa de enfermagem para isso [cumprimento de normas e protocolos] (…)” E5; P2; L11</p> <p>“(…) vai um bocadinho da nossa prática, temos de ser nós a mudar (…)” E7; P3; L3</p> |

ANEXO 2 – Pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do Hospital da Luz – Póvoa de Varzim

Exmo Sr Presidente Conselho Administração
Hospital da Luz Póvoa

Grupo Luz Saúde

Póvoa de Varzim

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

A estudante Maria Sofia Torres de Abreu Macedo Reis, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, pretende realizar um estudo investigação subordinado ao tema “Saberes e Práticas dos Enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos” sob a orientação da Professora Aurora Pereira e co-orientação da Professora Arminda Vieira. Este estudo tem como objetivo compreender os saberes e práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos e a colheita de dados será efetuada através de observação (anexo I) e de entrevista (anexo II), no período de 1 a 30 de Junho, junto de enfermeiros.

Assegura-se que só serão incluídos os intervenientes que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supra-citado.

Atenciosamente

Maria Sofia Torres de Abreu Macedo

Viana do Castelo, 23 de Maio, de 2016

Autiz
LZ Apoio Clínico
Serviço de Medicina Interna
Cov 29105
Hospitais Portugueses S.A.

Maria Sofia Reis
da Abreu
SViz

Autiz

CLIPÓVOA
Multiplicando Saberes
Hospital da Luz Póvoa de Varzim, S.A.
Direção Clínica

ANEXO 3 – Consentimento informado para a participação no estudo

Declaração de Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada por aceitar e dar a sua imprescindível contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito “Saberes e Práticas dos Enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos”, realizado por Marta Macedo, a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, e da forma como vou participar no referido estudo. Fui esclarecido (a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado (a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim. Por concordar com as condições desta participação assino o presente consentimento informado conjuntamente com o investigador.

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do investigador: _____

(Marta Sofia Torres de Abreu Macedo Reis)

Data __/__/__

ANEXO 4 – Identificação dos participantes

Caraterização do Participante

Idade

≤ 30 anos _____

≥ 31 e ≤ 35 anos _____

≥ 36 e ≤ 40 anos _____

≥ 41 e ≤ 50 anos _____

≥ 51 anos _____

Género

Feminino _____

Masculino _____

Formação Académica

Licenciatura em Enfermagem

Pós-Graduação _____ Qual (ais): _____

Especialidade _____ Qual: _____

Mestrado _____ Qual: _____

Doutoramento _____ Qual: _____

Tempo de serviço

≤ 5 anos _____

≥ 6 e ≤ 10 anos _____

≥ 11 e ≤ 15 anos _____

≥ 16 e ≤ 20 anos _____

Tempo de serviço na Unidade

< 1 ano _____

≥ 1 e ≤ 5 anos _____

≥ 6 e ≤ 10 anos _____

≥ 11 e ≤ 15 anos _____

≥ 16 anos _____

ANEXO 5 – Instrumentos de Colheita de Dados (Grelha de Observação e Guião de Entrevista)

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Observação de Procedimento efetuado pelos Enfermeiros na Inserção e Manutenção de Cateteres Venosos Periféricos

| | Procedimento Seguro | Sim | Não | Não se aplica |
|---|---|--|-----|---------------|
| | Na inserção do cateter venoso periférico | 1) Antes da inserção do cateter venoso periférico | | |
| Preparou corretamente o material necessário para o procedimento | | | | |
| Informou a pessoa sobre a atitude terapêutica que vai ser realizada | | | | |
| Procedeu à higienização das mãos: | | | | |
| Água e sabão | | | | |
| Solução Antissética de Base Alcoólica | | | | |
| Outros: | | | | |
| Permitiu a secagem adequada das mãos | | | | |
| Procedeu à seleção do local de inserção | | | | |
| Respeitou, dentro do possível, a vontade da pessoa | | | | |
| Procedeu à seleção adequada do cateter | | | | |
| Procedeu à desinfecção do local de cateterização: | | | | |
| Álcool Etilíco a 70° | | | | |
| Outros: | | | | |
| Usou de compressas esterilizadas | | | | |
| Permitiu que o antissético seque | | | | |
| 2) Durante a inserção do cateter venoso periférico | | | | |
| Utilizou luvas de uso único não estéreis | | | | |
| Manipulou de forma correta o cateter | | | | |
| Cumpriu a técnica "no touch" | | | | |
| Inutilizou o cateter após tentativa falhada | | | | |
| 3) Após a inserção do cateter venoso periférico | | | | |
| Fixou o cateter: | | | | |
| Penso estéril transparente | | | | |
| Penso estéril opaco | | | | |
| Adesivo não estéril | | | | |
| Ligadura | | | | |
| Outros: | | | | |
| Retirou as luvas | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | Realizou a higienização das mãos | | | |
| | Água e sabão | | | |
| | Solução Antisséptica de Base Alcoólica | | | |
| | Outros: | | | |
| | Instruiu a pessoa sobre os cuidados inerentes ao cateter venoso periférico | | | |
| | Realizou registos adequados: | | | |
| | Data da inserção | | | |
| | Local da inserção | | | |
| | Calibre do cateter | | | |
| | Motivo da inserção | | | |
| | Qual: | | | |
| | Outros: | | | |
| | | | | |
| Na manutenção do cateter venoso periférico | Otimiza diariamente o cateter venoso periférico* | | | |
| | Substituiu material de fixação: | | | |
| | Diariamente | | | |
| | Por se encontrar molhado | | | |
| | Por se encontrar sujo com sangue | | | |
| | Por se encontrar descolado | | | |
| | Substitui os sistemas de perfusão de fármacos de 24/24h | | | |
| | Substitui os sistemas de perfusão de soros de 72/72h | | | |
| | Substitui o cateter venoso periférico entre as 72h | | | |
| | Manipulou os sistemas e torneiras com técnica limpa | | | |
| | Administrou "flush" de soro após a administração de bólus de fármacos | | | |
| | Lavou o sistema após administração de fármacos em perfusão | | | |
| | Substitui sistemas aquando da inserção de novo cateter venoso periférico | | | |

*Vigia diariamente sinais e sintomas de flebite; Vigia diariamente sinais de mau funcionamento; Substitui material de fixação, sempre que necessário; Desinfeta o local de inserção com álcool etílico a 70° antes da colocação do novo material de fixação; Efetua registos relativos a alguma alteração.

GUIÃO DE ENTREVISTA

“Saberes e Práticas dos Enfermeiros na Prevenção de Flebites Associadas a Cateteres Venosos Periféricos”

Parte 1 - Acolhimento

O presente estudo é realizado por Marta Macedo, enfermeira no serviço de internamento médico-cirúrgico (Piso 5) da Clipóvoa – Hospital Privado, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica – Pessoa em Situação Crítica, a ser realizado na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo.

O estudo tem como principal objetivo “Compreender os saberes e práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos”. Esta preocupação surge da importância da infeção associada aos cuidados de saúde, que é adquirida pelos doentes no decorrer dos cuidados e procedimentos realizados, em maior número do que o desejável. Assim cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros prestarem cuidados rigorosos e de excelência, com a finalidade da prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde. Torna-se, por isso importante perceber quais os conhecimentos dos enfermeiros possuem quanto aos cuidados inerentes à inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos.

O método de colheita de dados utilizado será a entrevista, a qual será gravada, com consentimento prévio, para que não haja perda de informação.

A participação neste estudo é voluntária, anónima e confidencial.

A participação no estudo inicia-se com a apresentação do consentimento informado.

Parte 2 – Objetivos de investigação / Questões orientadoras

| OJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO | QUESTÕES ORIENTADORAS |
|--|--|
| <p>1) Identificar os saberes dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos.</p> <p>2) Descrever as práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos.</p> | <p>A) Qual a sua opinião sobre a flebite como uma complicação comum associada a cateteres venosos periféricos?</p> <p>B) Quais os principais procedimentos na prevenção de flebites associadas a cateteres venosos periféricos?</p> <p>C) Que cuidados de enfermagem realiza no seu dia-a-dia para a prevenção na inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos?</p> <p>D) Na sua perspetiva, quais os cuidados para a prevenção de flebites na inserção e manutenção de cateteres venosos periféricos?</p> <p>E) Quais as suas sugestões para evitar o desenvolvimento de flebites associadas a cateteres venosos periféricos?</p> |

Parte 3 – Fecho da entrevista

Termino esta entrevista agradecendo a sua participação no presente estudo, sendo a mesma de extrema importância, para perceber quais os reais conhecimentos dos enfermeiros relativamente à problemática em estudo e analisar a necessidade de formação para atualização de conhecimentos, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

ANEXO 6 – Pedido de autorização para adaptação de instrumento de colheita de dados



Pedido de Autorização de adaptação de instrumento de colheita de dados



Marta Sofia Torres de Abreu Macedo Macedo

qui 13/10, 09:41

carlabrazpereira@gmail.com



Responder

Bom dia

Senhora Enfermeira Carla Pereira

Sou estudante de Mestrado em Enfermagem Medico-cirurgica - Pessoa em situação crítica da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo e encontro-me a desenvolver a minha dissertação de mestrado com o tema "Saberes e práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites associadas à cateteres venosos periféricos" e na minha pesquisa encontrei o seu trabalho de investigação. Venho por este meio pedir a sua autorização para adaptar a sua grelha de observação ao meu estudo. Grata pela atenção disponibilizada.

Atenciosamente

Marta Macedo Reis



RE: Pedido de Autorização de adaptação de instrumento de colheita de dados



carlabrazpereira

dom 16/10, 00:11

Você



Responder

Colega

Concedo autorização para o que me solicita.

Desejo lhe as maiores felicidades.

Bom trabalho.

Enviado a partir do meu smartphone Samsung Galaxy.

----- Mensagem original -----

De : Marta Sofia Torres de Abreu Macedo Macedo <marta_s_macedo@hotmail.com>

Data:13/10/2016 09:41 (GMT+00:00)

Para: carlabrazpereira@gmail.com

Cc:

Assunto: Pedido de Autorização de adaptação de instrumento de colheita de dados