

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE FLEBITE E FLEBITE PÓS-INFUSIONAL

A. A. M. PINTO; I. S. ESCARAMBONI

driavanzi1981@gmail.com; isabela445@gmail.com

RESUMO

Introdução: o cateter venoso periférico é a terapia mais utilizada em ambiente hospitalar, porém existe o risco de algumas complicações, como a flebite, que é um processo inflamatório na túnica íntima das veias, ocorrendo no local da punção, após o término da infusão e retirada do cateter, identificada dentro de 48 a 96 horas após a retirada, sendo eficaz o uso de uma escala para o acompanhamento e classificação das flebites para definir o momento da troca do cateter e para o auxílio dos profissionais de saúde. Quando é identificado precocemente as alterações do local da punção de um cateter, através de um instrumento validado, é eficiente para redução dos casos de flebite e flebite pós-infusional e suas complicações. **Objetivo:** validar um instrumento de avaliação das flebites, para o cuidado desse agravo. **Método:** foi realizada a elaboração de um roteiro para validação de um instrumento para avaliação de flebite e flebite pós-infusional e avaliação do mesmo por enfermeiras para validação. **Resultados:** participaram desse estudo enfermeiras, que avaliaram o instrumento proposto a ser validado através de um roteiro de avaliação, onde verificaram se o instrumento contempla o tema proposto e realizando os ajustes necessários. **Discussão:** foram encontrados estudos que abordam sobre o tema, mostrando ser importante a compreensão das flebites para saber quais ações devem ser tomadas para a prevenção e redução de riscos. **Conclusão:** concluir-se que é efetivo um instrumento validado para o auxílio do profissional na prevenção de flebite e para práticas mais seguras de terapia infusional.

Descritores: flebite; inflamação.

ABSTRACT

Introduction: the peripheral venous catheter is the most used therapy in a hospital environment, but there is a risk of some complications, such as phlebitis, which is an inflammatory process in the vein intima, occurring at the puncture site, after the end of the infusion and catheter withdrawal, identified within 48 to 96 hours after withdrawal. The use of a scale to monitor and classify phlebitis is effective to define the time for changing the catheter and for the assistance of health professionals. When changes in the location of a catheter puncture are identified early, using a validated instrument, it is effective in reducing cases of post-infusional phlebitis and phlebitis and its complications. **Objective:** to validate an instrument to assess phlebitis for the care of this condition. **Method:** a script was developed to validate an instrument for the assessment of phlebitis and post-infusional phlebitis and its evaluation by nurses for validation. **Results:** nurses participated in this study, who evaluated the proposed instrument to be validated through an assessment script, where they verified whether the instrument contemplates the proposed theme and made the necessary adjustments. **Discussion:** studies were found that address the topic, showing that it is important to understand phlebitis to know what actions should be taken to prevent and reduce risks. **Conclusion:** conclude that a validated instrument is effective to assist the professional in the prevention of phlebitis and for safer infusion therapy practices.

Descriptors: phlebitis; inflammation.

1. Introdução

Uma das principais terapias realizadas em ambiente hospitalar é a infusão de drogas, por meio do uso de algum cateter venoso periférico (CVP) instalado pela equipe de enfermagem. Por se tratar de um procedimento invasivo, existe o risco de complicações como a flebite. Por se tratar de um procedimento tão comum, mas ao mesmo tempo que traz risco ao paciente, se torna importante o acompanhamento e avaliação do paciente após essa terapêutica.

A flebite é um processo inflamatório que acontece na túnica íntima das veias superficiais, podendo ter como causas fatores químicos, mecânicos ou bacterianos. Os sinais que caracterizam essa complicação é o edema, dor, hiperemia e endurecimento local (URBANETTO et al., 2017; HIGGINSON; PARRY, 2011).

Nos quadros mais graves identifica-se no local da punção a presença de um cordão fibroso palpável, por vezes com secreção purulenta, que pode resultar em infecção de corrente sanguínea e formação de trombos. Um outro agravo, que também pode ocorrer é a flebite pós-infusional. Está relacionada há uma alteração no local da punção após a finalização da infusão e retirada do cateter, identificada dentro de um período de 48 a 96h após a retirada do mesmo (URBANETTO et al., 2017; HIGGINSON; PARRY, 2011).

O uso de uma escala para acompanhamento e classificação das flebites se mostra uma ferramenta efetiva para determinar o momento de troca do CVP e, com isso, evitar complicações e infecções. De acordo com a recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a troca do mesmo não deve ocorrer em um intervalo inferior à 96h (Brasil, 2017).

Conforme avaliação é possível prorrogar a troca do CVP para um período maior, sendo importante seguir as orientações de avaliação rotineira das condições clínicas do paciente; do sítio de inserção; da integridade da pele e do vaso; da duração e do tipo de terapia prescrita; do local de atendimento; da integridade e permeabilidade do dispositivo; das condições da cobertura estéril e estabilização estéril, pois estes são sinais que norteiam a avaliação e identificação de alterações relacionadas ao cateter (BRASIL, 2017).

Os fatores que podem contribuir para o surgimento de flebite apresentam relação direta com a técnica de inserção; local da punção; tamanho e tipo de dispositivo utilizado; número de tentativas de punção; tempo de permanência do cateter; uso de drogas irritantes e vesicantes e a concentração da infusão. No âmbito hospitalar esse tipo de agravo implica em interrupção do tratamento do paciente, comprometimento do prognóstico e até o aumento do tempo de internação (URBANETTO et al., 2017).

Desta forma, buscando a implementação de práticas seguras da terapia infusional, os órgãos nacionais e internacionais, recomendam a utilização de ferramentas que possam auxiliar os profissionais de saúde no controle de agravos relacionados à assistência a saúde, como também na segurança e satisfação do cliente. Conforme destaca a Infusion Nurses Society (INS) (2011), Infusion Nurses Society Brasil (2013) e Royal College of Nursing (2010), recomenda-se o uso das escalas “Visual Infusion Phebitis (VIP)” e a “Phebitis Scale” (OLIVEIRA; AZEVEDO; GAIVA, 2014).

Essas escalas se baseiam em sinais e sintomas, que classificam as flebites em quatro graus: Grau 1 - presença de eritema com ou sem dor local; Grau 2 - presença de

dor, com eritema e/ou edema; Grau 3 - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável; Grau 4 - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável maior que 2,5 cm, com drenagem purulenta (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2010; INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013).

Recomenda-se que a taxa aceitável de incidência de flebite na população mantenha-se menor que 5%. No Brasil, estudos mostram que essa taxa pode chegar a 55,6%, não sendo encontrados relatos na literatura, nacional e internacional, de avaliação de flebite pós-infusional (INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013, URBANETTO et al, 2017).

Diante dessa problemática, torna-se importante a validação de um instrumento que possa auxiliar o enfermeiro a identificar e planejar o cuidado de pacientes que apresentem esse agravo decorrente do cuidado prestado.

A identificação precoce de alterações no local da punção de um CVP, por meio de um instrumento validado, se mostra como algo eficaz para a redução do número de casos de flebite e flebite pós-infusional e suas complicações. Isso garante um cuidado seguro, de qualidade, com redução de custos e tempo de internação.

Acredita-se o enfermeiro diante de tantas funções que fazem parte da sistematização da assistência e do cuidado, acabe não identificando alterações simples que podem prejudicar o prognóstico de um paciente com acesso venoso periférico. Existindo um instrumento que possa auxiliar nessa identificação precoce, de alterações no local de punção, é possível que esse agravo não ocorra, ou seja identificado o mais precocemente, e assim contribuir para redução do número de casos de flebite e flebite pós-infusional.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo a validação de um instrumento de avaliação de flebite e flebite pós-infusional para auxiliar o enfermeiro na avaliação e cuidado desse agravo.

2. Método

2.1 Tipo de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa de desenvolvimento que tem por objetivo elaborar ou melhorar um instrumento. É composto por duas etapas: elaboração de um instrumento de avaliação de flebite e flebite pós-infusional e a avaliação desse

instrumento por enfermeiros da área de controle de infecções, para sua validação (HERMIDA; ARAÚJO, 2006).

2.2 Procedimentos

Foi elaborado um instrumento (**Apêndice 1**) pelos pesquisadores, não validado, para avaliação e classificação da flebite e flebite pós-infusional. Seu conteúdo foi baseado nas escalas “Visual Infusion Phebitis (VIP)” e a “Phebitis Scale” (ROYAL COLLEGE OF NURSING, 2010; INFUSION NURSES SOCIETY, 2011; INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL, 2013).

Em sequência, esse instrumento foi submetido a apreciação de enfermeiros que atuam na área de controle de infecções para validação, por se tratar de uma área de atuação do enfermeiro que busca a prevenção de agravos relacionados a infecção e contaminação (HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LEITE et al., 2018; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

A validação de um instrumento permite ver sua qualidade em medir ao que se propõe e se isso ocorrerá com precisão. Em relação as maneiras de validação, estas podem ser de conteúdo, de constructo ou relacionada a um critério. Por se tratar de um estudo que busca uma análise criteriosa de conteúdo, optou-se pela validade de conteúdo. Nessa avaliação, os especialistas da área, por meio da técnica Delphi, que consiste na análise e discussão dos peritos sobre o tema, poderão sugerir a inclusão ou exclusão de qualquer item, como também a adequação do que for necessário. O instrumento será avaliado quanto a sua organização, objetivo, aplicabilidade, clareza e compreensão do seu conteúdo (HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LEITE et al., 2018; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

2.3 Coleta de dados

A coleta de dados teve duração de dois meses. Foi realizado o convite para os especialistas participarem da validação do instrumento. Após esse convite e o aceite em participar do estudo foi enviado o instrumento e o roteiro para avaliação, sendo que cada um dos avaliadores, teve o prazo de uma semana para responder a primeira e a segunda rodada de avaliação.

Recebendo o *feedback* dos avaliadores, os pesquisadores construíram um painel de avaliação, com as sugestões o que possibilitou realizar as modificações necessárias. Foram realizadas duas rodadas de avaliação e feedback com cada avaliador para a validação final do instrumento. Para avaliação do instrumento proposto para avaliação da flebite e flebite pós-infusional foi construído pelas pesquisadoras um roteiro. O mesmo é composto por afirmativas que permitiram avaliar 13 assertivas por meio das

respostas – concordo, concordo parcialmente e discordo, no que se refere aos quesitos – organização, objetivo, aplicabilidade, clareza e compreensão do seu conteúdo, além do espaço para inclusão dos itens que necessitavam alteração, exclusão ou inclusão.(HERMIDA; ARAÚJO, 2006; LEITE et al., 2018; JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

O convite para participação da pesquisa foi realizado para enfermeiros com especialidade em infectologia ou, no mínimo, um ano de atuação em serviço de infecção relacionada a assistência à saúde. A escolha dos avaliadores foi aleatória, desde que atendessem os critérios de inclusão solicitados para serem avaliadores. O convite para avaliação do instrumento foi realizado pessoalmente, por e-mail, via whatsapp ou por telefonema.

2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de frequência descritiva simples, o que possibilitou avaliar os itens no que se refere a inclusão de novos itens ou exclusão.

2.5 Aspectos éticos

A coleta de dados teve início após aprovação do comitê de ética em pesquisa e aceite dos participantes, respeitando a resolução 466 de 2012.

3. Resultados

Participaram do estudo três enfermeiras do sexo feminino, que apresentam idade entre 39 anos e 48 anos, com tempo de atuação no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar entre 1 e 10 anos. Em relação a pós-graduação, uma possui mestrado na área de educação em saúde e as demais especialização na área de MBA, gestão em saúde, controle de infecção, UTI neonatal e pediátrica.

Foi utilizado um roteiro de avaliação que auxiliou na avaliação do instrumento proposto a ser validado (**Apêndice 1**). Essa avaliação pontuou, por uma das avaliadoras, que o mesmo permite a avaliação e a classificação da flebite e da flebite pós-infusional de forma parcial, as demais acreditam que o instrumento contempla os itens propostos para o que se destina.

Foram solicitadas a inclusão de quatro novas perguntas ao roteiro, sendo que uma mesma sugestão foi proposta por duas avaliadoras. Foi solicitada a exclusão de uma questão e de um item dentro de uma das questões. Dentre as demais questões, as sugestões foram de acrescentar mais algum item e unificar algumas das questões. As alterações foram realizadas de acordo com o que foi proposto.

Na análise da primeira rodada foram realizadas alterações na questão quatro que aborda sobre “drogas em uso EV e diluição” sendo acrescentado um novo item sobre Nutrição Parenteral Periférica (NPP). Outro item incluído foi relacionado ao acesso venoso periférico ser exclusivo para drogas vasoativas (DVA) e qual a associação medicamentosa poderia ocorrer no mesmo.

Na questão cinco, que avalia sobre quais são as alterações presentes no local da punção, houve alterações no enunciado da questão, foi acrescentado sobre as alterações no local da punção com flebite ou após perda ou a retirada do dispositivo, também foram acrescentados novos itens sobre a manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), a retirada do PICC, perda do cateter e perda do PICC.

Na questão seis, que aborda sobre o local da punção, foram acrescentados novos itens sobre data da punção ou falta de identificação da data no PICC. Na questão oito, que aborda sobre o dispositivo utilizado, foi acrescentado um novo item relacionado ao diâmetro do PICC; na questão nove que avalia o número de tentativas de punção e dez que avalia se houve tentativa de punção por mais de um profissional, foram acrescentados um novo item sobre não ter informações a respeito do número de tentativas da punção;

A questão 12 é uma questão nova, que aborda sobre a fixação e condições de cobertura do dispositivo; a questão 13 é uma questão nova que avalia se foi realizado antissepsia e qual foi o produto utilizado; na questão 14, que avalia sobre as alterações apresentadas no local da punção após a retirada ou perda do dispositivo, foram acrescentados alguns itens sobre se houve perda do cateter, se o dado foi coletado do prontuário do paciente ou se foi um dado referido pelo mesmo, houve a exclusão de uma questão que abordava sobre a perda do cateter, a mesma foi incluída na questão 14 e, por último, na questão 15 que aborda sobre a classificação e o acompanhamento da flebite e flebite pós-infusional foi retirado o grau 0.

Após as alterações realizadas foi enviado novamente o instrumento com as correções para as enfermeiras para uma segunda rodada de análise. Nessa nova rodada, uma avaliadora relatou que todos os itens contemplam um instrumento de avaliação de flebite e flebite pós-infusional e duas avaliadoras realizaram novas sugestões de alteração.

Na segunda rodada, as questões que obtiveram alterações foram a seis, em que foram retirados alguns itens sobre o local da punção e realizada modificação no enunciado da questão que aborda sobre facilidades e dificuldades na punção e foi incluído uma nova questão, numerada como sete, que aborda sobre as características do

local da punção. Na questão 13 foi acrescentado o item outros para a realização de antissepsia, na questão 14 foi acrescentado o item sem informação para as alterações no local da punção; na questão 16 foi acrescentado outros, para as notificações realizadas.

Através da análise das duas rodadas o instrumento foi reformulado e encontra-se disponível como Apêndice 1 desse documento.

4. Discussão

Como resultado desta pesquisa foi validado um instrumento desenvolvido para avaliação de flebite e flebite pós-infusional, com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde na identificação e realização da assistência necessária aos pacientes, para que os mesmos não desenvolvam qualquer tipo de flebite. O instrumento foi analisado por três enfermeiras com experiência na área de infecção relacionada à assistência a saúde o que possibilitou a realização de algumas mudanças pertinentes que colaborou para a sua melhoria.

O roteiro de avaliação está direcionado para avaliação do paciente hospitalizado e contempla os seguintes itens: data, hora, dia da internação, setor, iniciais do paciente, diagnóstico médico, drogas em uso EV e diluição, alterações no local da punção com flebite ou após a perda ou retirada do dispositivo, local da punção, dispositivo utilizado, número de tentativas da punção, se houve punção por mais de um profissional, tempo de permanência do dispositivo, fixação e a condição de cobertura, se foi realizado antissepsia e qual produto foi utilizado, alterações apresentadas no local da punção após a perda ou retirada do dispositivo, classificação e acompanhamento da flebite e flebite pós-infusional e a notificação da CCIH.

Foi realizado um estudo em três unidades de internação para adultos, com pacientes com uma ou mais inserções venosas periféricas, os pacientes precisavam atender os critérios de ter idade de 16 anos ou mais, nível de orientação preservado e com cateter colocado na unidade de internação. Em determinada etapa da pesquisa, foi criado um formulário composto por dados de identificação do paciente, unidade de internação, diagnóstico médico, leito, sexo, idade, qual a data e a hora da inserção do acesso venoso, local da inserção e calibre do cateter, e se existe sinais de flebite e quais são eles (SOUZA et al., 2015).

Nesse estudo, a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, que foi até a unidade verificando quais eram os pacientes puncionados perifericamente, e preenchiam os requisitos. Após essa etapa, era aplicado o instrumento para cada um dos pacientes, observando o local da inserção do acesso venoso. A pesquisadora acompanhava os

acessos venosos periféricos por até 96 horas após a sua retirada, para identificar se existia a flebite pós-infusional. Alguns acessos, por terem sido retirados no momento da alta, não foi possível realizar sua observação após a retirada (SOUZA et al., 2015).

Foram avaliados 174 pacientes, 42,53% eram do sexo feminino e 57,47% do sexo masculino, sendo possível avaliar 221 acessos venosos no total. Dentre os 221 acessos, 42 tinham critérios clínicos para a definição de flebite, sendo uma incidência de 19%. É possível verificar que a flebite atingiu predominantemente o sexo masculino (12,66%) comparado ao sexo feminino (6,33%). Verificou-se uma maior incidência do grau II de flebite, o predomínio nos cateteres de calibre 22G e em punções realizadas no dorso da mão. Os cateteres que se encontravam no terceiro dia de punção, apresentaram maior incidência de flebite (SOUZA et al., 2015).

Em outro estudo que tinha como finalidade avaliar a ocorrência de flebite no decorrer do uso de cateter intravenoso periférico (CIP) e pós-infusional e de verificar a associação em pacientes hospitalizados com os fatores de risco, foi investigada a relação dos fatores de risco com a flebite durante o uso de CIP (URBANETTO et al., 2017). O estudo foi realizado em uma unidade de clínica e cirúrgica em um hospital universitário, com 381 pacientes, porém alguns foram excluídos por critérios, como: idade menor que 18 anos, não utilizavam CIP, alteração no nível de consciência, medidas de bloqueio epidemiológico e se recusaram a participar do estudo, sendo assim o estudo foi composto por 165 pacientes, que atenderam os critérios de uso de CIP nas primeiras 24 horas após a internação. Foram consideradas todas as punções realizadas nos pacientes da pesquisa, o que totalizou 447 punções (URBANETTO et al., 2017).

A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento contento idade, sexo, cor da pele, localização do CIP, tempo que permaneceu, número de CIP, fixação, manutenção, visualização do local da inserção, data da inserção e fármacos administrados. Ocorreu a coleta de dados no primeiro dia da inserção do CIP e todos os dias até o CIP ser retirado. Após a sua retirada foi verificado novamente todos os dias por até 96 horas (URBANETTO et al., 2017).

Houve a incidência de flebite em 7,2% das punções, com predomínio do grau I em 81,2% dos casos. A flebite pós-infusional ocorreu em 23% dos casos, com predomínio do grau I em 47,% dos casos. Quanto a cor da pele, a cor branca e parda está relacionada a flebite grau I, e a pele preta, com flebite grau II. Nenhum medicamento apresentou relação com grau de flebite durante o uso de CIP (URBANETTO et al., 2017).

Após a retirada do CIP mostrou que, em pacientes com idade entre 19 a 48 anos e 71 a 95 anos, está relacionados com flebite grau I e, de 49 a 70 anos relacionados, a flebite grau III. Na flebite pós-infusional nenhum medicamento mostrou relação significativa (URBANETTO et al., 2017).

Em um outro estudo, que tem como objeto definir as flebites que são notificadas em um hospital de Rede Sentinela, por meio da investigação sobre como são caracterizadas as notificações para essa rede, foi possível observar que é de extrema importância a elaboração de protocolos que destaquem a monitorização diária de CIP, quando se está localizada em antebraço e dorso da mão, pois são locais com incidências de flebite grau I. É importante realizar capacitações sobre a prevenção de flebites e segurança do paciente. (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Os dados do estudo foram retirados da ficha de notificação de flebite do serviço da Gerência de Risco, com pacientes que apresentaram flebite no período de internação, sendo um total de 285 notificações. Os dados da ficha eram sobre: o setor hospitalar que foi realizado a notificação, local da punção, a causa e grau da flebite (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Através dos 285 casos de flebite observados foi possível verificar que os locais que mais tinham incidência eram o dorso da mão (36,5%), antebraço (34,4%) e braço (21,4%). Em relação a classificação da flebite 63,2% obteve classificação de grau I, 27% de grau II e 5,3% de grau III. Em relação as causas: causas químicas 72,6%, causas mecânicas 12,6%, causas bacterianas 2,5% e as causas pós-infusão 3,2%. A maior incidência de notificações foi da emergência com 35,8% e enfermarias clínicas 29,5% (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Em relação ao local do AVP, observou-se um percentual no grau I de flebite que foi de 74,% no dorso da mão, e de 60,8% no antebraço O percentual de flebite no grau II foi de 33,% no antebraço e de 21,% no dorso da mão, foram localizados 11 casos na fossa cubital, 54,5% classificados como grau II (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Em relação a causa verificou-se que o grau I de flebite apresentou causa mecânica em 80,6% e a química em 66,3%, entretanto. no grau II a causa química foi de 27,8% e a causa mecânica em 19,4%. As causas bacterianas e pós-infusão mostram 50% e 57,1%, respectivamente para grau II os valores são de 25% e 28,6% (OLIVEIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2016).

Em um outro estudo realizado com o objetivo de descrever as flebites que são notificadas em um hospital universitário, colaborando com algumas intervenções para

uma melhor qualidade da segurança e do cuidado ao paciente, foi realizada a observação em três unidades de internação de um hospital universitário, com pacientes adultos, de alta complexidade (PEREIRA et al., 2019).

O hospital tem um setor de gestão de riscos, que utiliza protocolos de segurança do paciente, com ações referentes aos cuidados com acesso venoso periférico (AVP) e monitorização da ocorrência de flebite. A pesquisa ocorreu com 76 pacientes, e para que não ocorra notificações repetidas, foi considerada somente a primeira flebite notificada. Os dados coletados foram sobre sexo, idade, qual o tempo de internação, setor, diagnóstico inicial, se existiam comorbidades e as medicações em uso. Foram coletados os dados dos registros de enfermagem, como o registro de conduta, a conduta adotada e o registro da flebite em instrumento de avaliação diária de enfermagem e as medicações foram divididas em classes de medicamentos (PEREIRA et al., 2019).

Dentre as notificações de flebite verificou-se que grande parte ocorreu em homens (56,4%). Em relação a internação, grande parte dos pacientes que foram notificados, estiveram internados por mais de 21 dias (47,4%) e entre oito e 20 dias (42,3%), com tempo de internação médio de 25,6 dias. Em relação aos setores, as clínicas médicas do 2º andar apresentaram 34,6% e 4º do andar 43,6% de casos notificados. Sobre o diagnóstico inicial prevalece pacientes com doença cardiovascular (24,4%) e doenças infecciosas (20,5%). Grande parte dos pacientes que apresentaram flebite não tinham nenhuma comorbidade (47,4%). Os que possuíam comorbidades mostrou uma (20,5%) ou duas (19,2%), porém alguns pacientes tinham três (10,3%), quatro ou mais (2,6%). A grande maioria era dislipidemia (7,7%), Diabetes Mellitus (14,1%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (35,9%). Em relação as medicações administradas, por meio de terapia intravenosa no período que houve a flebite, destaca-se os antibióticos (46,1%), antieméticos (25%), analgésicos não opióides (20%), opióides (19,7%), eletrólitos (17,1%) entre outros (14,5%) (PEREIRA et al., 2019).

Foi verificado os registros de anotação de enfermagem para identificar as ações que foram aplicadas, a maior parte em que houve o registro (59,2%), observou-se que as medidas tomadas foram a realização de compressas de gelo (44,7%), troca do acesso (34,2%) e a elevação dos membros (2,6%). Também foi verificado a existência de registro no instrumento de avaliação diário de enfermagem (PEREIRA et al., 2019).

Sendo assim é possível observar que é importante a compreensão das características das flebitas para determinar quais são as ações de prevenção e para redução dos riscos e da ocorrência (PEREIRA et al., 2019).

5. Conclusão

Através da realização deste estudo foi possível concluir que é de extrema importância que exista um instrumento de avaliação para as flebites e flebite pós-infusional, em ambiente hospitalar, para que ocorra práticas mais seguras de terapia infusional.

Sendo assim, um instrumento validado auxilia o profissional de saúde na prevenção de flebite. É preciso que o profissional tenha atenção e cuidado com seus pacientes e aplique o instrumento para auxiliá-lo na segurança do paciente, no controle e no agravamento das flebites.

Quando é identificado com antecedência a existência de alterações no local da punção isso se torna uma ferramenta efetiva para a prevenção de flebite e flebite pós-infusional, consequentemente diminuindo suas complicações e tempo de internação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4++Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%A2ncia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>. Acesso em: 18 jul. 2017.
- BRASIL. Infusion Nurses Society Brasil. **Diretrizes práticas para terapia infusional**. São Paulo, 2013. p. 94.
- HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Elaboração e validação do instrumento de entrevista de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. v. 59, n. 3, 2006, p. 314-320. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300012. Acesso em: 15 de janeiro de 2020
- HIGGINSON, R.; PARRY, A. Phlebitis: treatment, care and prevention. *Nursing times*, v. 107, n. 36, 2011. Early online publication.
- JÚNIOR, J. A. B.; MATSUDA, I. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm*. v. 65, n. 5, 2012, p. 751-757 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000500006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 de janeiro de 2020
- LEITE, S. S. et al. Construção e validação de Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde. *Rev Bras Enferm*. v. 71, supl 4, 2018; p.1732-1738. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001635&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 15 de janeiro de 2020
- OLIVEIRA, C. S. O.; OLIVEIRA, A. P. B.; OLIVEIRA, R.C. Caracterização das flebites notificadas a gerência de risco em hospital da rede sentinela *Revista Baiana de Enfermagem*, v.30, n.2, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15361/pdf_42. Acesso em: 21 de julho de 2020.
- OLIVEIRA, D. F. L.; AZEVEDO, R. C. S.; GAIVA, M. A. M. Diretrizes para terapia intravenosa no idoso: pesquisa bibliográfica. *Rev. Pesq. Fudam. Care. Online*, v. 6, n. 1, p. 86-100, 2014. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750621032.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2020

PEREIRA, M. S. R., et al A segurança do paciente no contexto das flebites notificadas em um hospital universitário *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, v.9, n.2, p.109-115, 2019. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-10214>. Acesso em: 21 de julho de 2020.

SOUZA, A. E. B. R., et al Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 16, n.1, p. 114-122, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324036185014.pdf>.

Acesso em: 30 de junho de 2020.

UK. ROYAL COLLEGE OF NURSING. *Standards for infusion therapy*, 3 rd London,2010. Available from: <http://www.bb Braun.it/documents/RCN-Guidlines-for-IV-therapy.pdf> . Cited in 18 jul. 2018.

URBANETTO, J. S., et al Incidência de flebite e flebite pós-infusional em adultos hospitalizados *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.38, n.2, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rge/v38n2/0102-6933-rge-1983-144720170258793.pdf>. Acesso em: 30 de junho de 2020.

US. INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs.* v. 34, n. 1, p. 1-100, 2011.

Apêndice1

Roteiro de Coleta - classificação da Flebite e Flebite pós-infusional

1. a) **Data:** ____ b) **Hora:** _____ c) **Dia de internação:** _____ d) **Setor:** ____

2. a) **Iniciais do paciente:** _____ b) **DN:** _____ c) **Prontuário:** _____

3. **DX médico:** _____

4. Drogas em uso EV e diluição:

a) **Droga 1:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m

b) **Droga 2:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m

c) **Droga 3:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m

d) **Droga 4:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m

e) **Droga 5:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m

f) **Droga 6:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m

g) **Droga 7:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m

- h) **Droga 8:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m
- i) **Droga 9:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m
- j) **Droga 10:** _____ () contínua () intermitente () *in bolus* () tempo de infusão até 30m () tempo de infusão maior que 30 m
- k) NPP e volume de infusão _____
- l) Acesso é exclusivo para drogas vasoativas (DVA)? () sim () não Qual a associação medicamentosa? _____

5. Alterações presentes no local da punção com flebite ou após a perda ou retirada do dispositivo:

- a) () hiperemia b) () dor c) () edema d) () endurecimento e) () cordão fibroso palpável
- f) () cordão fibroso palpável maior que 2,5cm g) () sem alteração
- h) () outros _____
- i) () manutenção do CVP j) () retirada o CVP
- k) () manutenção do PICC l) () retirada do PICC m) () perda do cateter
- n) () perda do PICC

6. Facilidades e dificuldades da punção

- a) () veia visível b) () veia tortuosa c) () veia palpável d) () veia não palpável
- e) () veia móvel f) () veia fixa g) () utilização de venoscópio
- h) () outros _____
- i) () Identificação da data da punção no CVP. Data: _____
- j) () CVP sem data
- k) () data da punção do PICC _____
- l) () PICC sem data _____

7. Características do local da punção

- a) () dorso da mão b) () antebraço face anterior c) () antebraço face posterior
- d) () fossa cubital e) () punho f) () braço

8. Dispositivo utilizado:

- a) () Abocath nº _____ b) () Íntima _____
- c) () Scalp nº _____ d) () PICC nº 2FR, 3FR, 4FR, 5 FR OU 1,9FR
- _____

9. Número de tentativas de punção:

- a) () 1 b) () 2 c) () 3 d) () 4 e) () mais do que cinco f) () dado referido pelo paciente g) () dado observado nos registros de enfermagem h) () sem informação

10. Houve tentativa de punção por mais de um profissional?

- a) () sim b) () não c) () dado referido pelo paciente d) () dado observado nos registros de enfermagem e) () sem informação

11. Tempo de permanência do dispositivo (identificação presente na punção):

- a) () 24h b) () 36h c) () 48h d) () 60h e) () 72h f) () 84h g) () 96h h) () 4,5d
- i) () 5d j) () 5,5d k) () 6d l) () 6,5d m) () 7d n) () outros _____

12. Fixação do dispositivo e condições da cobertura:

- a) cobertura transparente e esteril b) com fita microporosa c) com esparadrapo
d) outros _____
e) bem fixado f) solta g) molhada h) sujo
-

13. Foi realizado antissepsia? Qual produto foi utilizado?

- a) não
b) sim c) álcool 70% d) clorexedina alcoólica e) outros
-

14. Alterações apresentadas no local da punção após a perda ou retirada do dispositivo:

- a) hiperemia b) dor c) edema d) endurecimento e) cordão fibroso palpável
f) cordão fibroso palpável maior que 2,5cm g) sem alteração
h) perda do cateter i) retirado cateter por obstrução j) retirado cateter devido vencimento do prazo de validade estabelecido pela instituição
k)
outros: _____
l) Houve perda do cateter? Sim Não Dado coletado do prontuário do paciente dado referido pelo paciente sem informação
-

15. Classificação e acompanhamento da flebite e flebite pós-infusional

- a) **Grau 1** - presença de eritema com ou sem dor local
Ação: Observe o CVP
b) **Grau 2** - presença de dor, com eritema e/ou edema
Ação: Remover o CVP
c) **Grau 3** - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável
Ação: Remover o CVP e considerar tratamento
d) **Grau 4** - presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de cordão fibroso palpável maior que 2,5 cm, com drenagem de secreção purulenta
Ação: iniciar tratamento/retirar o CVP
Escala adaptada do “Visual Infusion Phebitis (VIP)” e da “Phebitis Scale” (OLIVEIRA; AZEVEDO; GAIVA, 2014)
-

16. Foi notificado o agravo para a SCIH?

- a) sim
b) não
c) outros _____
-

17. Assinatura e carimbo do profissional _____