



ARTIGO ORIGINAL

INCIDÊNCIA DE FLEBITES EM PACIENTES ADULTOS
INCIDENCE OF PHLEBITIS IN ADULT PATIENTS
INCIDENCIA DE FLEBITIS EN PACIENTES ADULTOS

*Lucia Marinilza Beccaria¹, Ligia Marcia Contrin², Alexandre Lins Werneck³, Bruna Domingues Machado⁴,
 Eduarda Bertolli Sanches⁵*

RESUMO

Objetivo: verificar a incidência de flebites em pacientes adultos associando com característica sociodemográfica, internação hospitalar e punção venosa. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, realizado em um hospital da rede sentinela, por meio da notificação de eventos adversos no prontuário eletrônico, totalizando 176. Foram calculados a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas. A incidência de flebites foi calculada usando-se números absolutos e porcentagem. Parecer 1.050.829. **Resultados:** a incidência média de flebite foi 14,66 em 12 meses. A maioria dos pacientes era de homens, entre 61 e 80 anos, branca, casada, com ensino fundamental incompleto, aposentada, católica, do Sistema Único de Saúde, com internação <15 dias e punção venosa periférica com tempo <72h de inserção. A maioria dos enfermeiros não especificou a droga prescrita. **Conclusão:** a flebite ocorreu em pacientes com tempo de internação <15 dias e punção venosa <72h. A maioria das drogas não foi especificada, mas, quando descrita, era irritante. A conduta foi a retirada e a troca da punção e os pacientes receberam alta hospitalar. Este estudo demonstrou a necessidade da notificação correta de flebite pelos enfermeiros a fim de avaliar os riscos para melhorar a segurança do paciente. **Descritores:** Notificação; Flebite; Paciente; Enfermagem; Hospital de Ensino; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to verify the incidence of phlebitis in adult patients associated with sociodemographic characteristics, hospitalization and venous puncture. **Method:** quantitative, descriptive, retrospective study performed at a sentinel hospital, reporting adverse events in the electronic medical record, totaling 176. The mean and standard deviation for the quantitative variables were calculated. The incidence of phlebitis was calculated using absolute numbers and percentage. Opinion 1,050,829. **Results:** the mean incidence of phlebitis was 14.66 at 12 months. The majority of the patients were men aged between 61 and 80 years, white, married, with incomplete elementary school, retired, Catholic, of the Unified Health System, with hospitalization <15 days and peripheral venous puncture with time <72h of insertion. Most nurses did not specify the prescribed drug. **Conclusion:** phlebitis occurred in patients with time of hospitalization <15 days and venous puncture <72h. Most of the drugs were not specified but, when described, it was irritating. The procedure was to remove and replace the puncture and the patients were discharged. This study demonstrated the need for correct notification of phlebitis by nurses in order to assess risks to improve patient safety. **Descritores:** Notification; Phlebitis; Patient; Nursing; Hospitals, Teaching; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: verificar la incidencia de flebitis en pacientes adultos asociando con característica sociodemográfica, internación hospitalaria y punción venosa. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital de la red centinela, por medio de la notificación de eventos adversos en el prontuario electrónico, totalizando 176. Se calcularon la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas. La incidencia de flebitis fue calculada, usando números absolutos y porcentaje. Dictamen 1.050.829. **Resultados:** la incidencia media de flebitis fue 14,66 en 12 meses. La mayoría de los pacientes eran hombres, entre 61 y 80 años, blancas, casadas, con enseñanza fundamental incompleta, jubilada, católica, del Sistema Único de Salud, con internación <15 días y punción venosa periférica con tiempo <72h de inserción. La mayoría de las enfermeras no especificó la droga prescrita. **Conclusión:** la flebitis ocurrió en pacientes con tiempo de internación <15 días y punción venosa <72h. La mayoría de las drogas no fueron especificadas, pero cuando se describían eran irritantes. La conducta fue retirada y el intercambio de la punción y los pacientes recibieron alta hospitalaria. Este estudio demostró la necesidad de la notificación correcta de flebitis por los enfermeros, a fin de evaluar los riesgos para mejorar la seguridad del paciente. **Descritores:** Notificación; Flebitis; Paciente; Enfermería; Hospitales de Enseñanza; Atención de Enfermería.

¹Doutora, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: lucia@famerp.br ORCID iD: <http://lattes.cnpq.br/9454722257798034>; ²Doutora, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: ligiacontrin@famerp.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-1897-2097>; ³Doutor, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: alexandre.werneck@famerp.br ORCID iD: <http://lattes.cnpq.br/7677409796920076>; ⁴Aluna, Curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: bru_dm@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-4854-4969>; ⁵Aprimorada de Enfermagem em UTI, Hospital de Base/Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: dudatnb@hotmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-6083-2453>

INTRODUÇÃO

A terapia intravenosa (TIV) é uma das condutas comuns em pacientes internados em unidades hospitalares tanto para aliviar e eliminar os sintomas, quanto para a investigação ou o tratamento da doença. Consiste na introdução de um objeto pontegulha no interior de uma veia e esse procedimento requer cuidados e atenção da Enfermagem, desde a manutenção até o seu descarte, pois está relacionado a eventos como hematoma, edema, hiperemia, dor no local e flebite.¹ As complicações de TIV incluem oclusões do cateter, remoções acidentais, medo do paciente de cateteres afiados (fobia da agulha) e dor. Os problemas mais graves são infecção, extravasamento, lesões na pele e flebite.²

No hospital, a flebite é avaliada como um dos principais eventos adversos da TIV.³ Sua origem pode ser mecânica, química ou bacteriana.⁴ De acordo com a *Infusion Nurses Society* (INS)⁵, o índice de flebites aceitável em instituições hospitalares é 5% ou menos. Entretanto, pesquisadores identificaram diferenças na taxa de incidência oscilando de 2,3% a 6,7%.⁶ A origem mecânica é a mais observada, a partir de 48 a 72 horas após a inserção, e ocorre quando o movimento da cânula no interior da veia provoca fricção levando à subsequente inflamação.⁷

No que se refere ao período de tempo com o cateter venoso inserido, foi identificada, em estudo, uma Razão de Probabilidade (OR) de 1,010 por períodos superiores a 72 horas ($p < 0,001$).⁸ Um cateter inserido por menos de 48 horas e de 49 a 96 horas tem risco positivo de flebite de 5,8 ($p = 0,000$) e 2,8 ($p = 0,002$), respectivamente, quando comparado ao período 97-120 horas.⁹

Uma assistência isenta de falhas ao paciente é um objetivo a ser atingido por todos os profissionais da saúde e compromisso da própria formação profissional. Como a equipe de Enfermagem está na linha de frente do cuidado, está mais susceptível a erros, exigindo do enfermeiro a adoção de condutas preventivas e boas práticas assistenciais, assim como a tomada de decisão imediata quando ocorrer algum evento visando à correção do problema.⁶

A segurança do paciente implica a assistência à pessoa, de forma individual ou coletiva, dentro de um sistema que lhe proporcione proteção contra o evento adverso.¹⁰ Ele ocorre de forma não intencional e resulta em incapacidade temporária ou permanente e/ou aumento do tempo de permanência ou morte do indivíduo como

consequência do cuidado.¹¹ As falhas ocasionadas pela assistência geram impacto negativo para o estado de saúde, em virtude do fato de prolongar o período de internação e, conseqüentemente, aumentam os gastos hospitalares.¹² Embora seja ruim para a instituição, o prejuízo maior é para o paciente e a família.¹³

O evento adverso não é causado somente pelo fator humano, mas por questões relacionadas ao uso inadequado de equipamentos, à sobrecarga de trabalho do profissional ou à própria condição clínica do paciente.¹¹ A equipe de Enfermagem está cada vez mais envolvida com essa problemática desenvolvendo ações para promover maior segurança.¹⁴ A utilização de instrumentos de notificação de eventos adversos pelas instituições contribui para a melhoria da assistência auxiliando na elaboração de medidas preventivas realmente eficazes.¹⁵

Os pacientes de alta complexidade exigem, dos profissionais envolvidos, pensamento lógico do estado clínico e tomada de decisão rápida e eficaz.¹⁶ O enfermeiro deve diagnosticar e planejar a assistência contribuindo para que a equipe esteja comprometida com os protocolos assistenciais que interfiram diretamente na diminuição de casos de eventos adversos.¹⁷ Para minimizar os eventos adversos com a TIV periférica, é necessário que a equipe de Enfermagem compreenda os fatores de risco e realize os cuidados de acordo com as evidências científicas e protocolos gerenciados.¹⁰

OBJETIVO

- Verificar a incidência de flebites em pacientes adultos associando com característica sociodemográfica, internação hospitalar e punção venosa.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, retrospectivo, realizado em um hospital do noroeste paulista com 700 leitos. É uma instituição de nível terciário, credenciada para atendimento de pacientes de alta complexidade, que atende 85% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), presta serviços de saúde suplementar e particular e destaca-se pelas atividades de ensino e pesquisa. Pertence à Rede de Hospitais Sentinela da ANVISA cuja finalidade é gerenciar eventos adversos e queixas técnicas relacionadas a produtos de saúde por meio do gerenciamento de riscos.

Os critérios de inclusão foram todos os pacientes adultos que tiveram ocorrência de flebite durante o período de internação, em todas as unidades do hospital, notificada pelos enfermeiros por meio de protocolos assistenciais, gerenciados no sistema informatizado específico da Enfermagem, no período de setembro de 2014 a agosto de 2015.

Os critérios de exclusão foram notificações provenientes de outras instituições ligadas ao hospital do estudo, como o Hospital da Criança e Maternidade, e pacientes do setor de quimioterapia cujo monitoramento é realizado separadamente pelas suas características, presença de dados incompletos no sistema informatizado e notificações duplicadas, sendo excluídas 55.

A coleta de dados foi feita por meio de uma ficha de notificação de eventos adversos preenchida por enfermeiros, por meio do sistema informatizado, no período de 12 meses. As fichas continham a identificação do notificador (nome, profissão, unidade de trabalho e data do cadastro da notificação), data de ocorrência do evento, identificação do paciente (quarto, leito, unidade de internação, nome e prontuário), tipo de evento, descrição da lesão e conduta de Enfermagem. É importante destacar que, em alguns casos, ocorreu mais de um incidente com o mesmo paciente em períodos diferentes.

No prontuário eletrônico do paciente, foram pesquisadas, também, informações complementares como, idade, raça, escolaridade, estado civil, procedência, profissão, religião, convênio, número de dias de internação, diagnóstico médico segundo a classificação internacional de doenças (CID-10). Grupo 1: Doenças dos sistemas Circulatório, Respiratório, Digestivo e Geniturinário. Grupo 2: Doenças Infecciosas e Parasitárias e Neoplasias. Grupo 3: Achados anormais de exames laboratoriais, causas externas ou consequência destas e fatores que influenciam o estado de saúde. Grupo 4: Outros (doenças do sistema nervoso; doenças

do sangue; doenças do sistema endócrino; transtornos mentais; doenças do olho e anexos; doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo; gestação, parto e puerpério); número de dias de permanência na instituição hospitalar de ensino; número de dias da punção; uso de medicação irritante e tipo de medicação utilizada.

A incidência de flebites foi calculada usando-se números absolutos e porcentagem. Dados sociodemográficos, como sexo, faixa etária, raça, estado civil, escolaridade, profissão, religião e procedência, foram expressos como números absolutos, porcentagem, média e desvio padrão. O tipo de internação, diagnóstico médico, tempo e desfecho da internação também foram computados. Os números de dias de punção, administração de medicação irritante, tipos de medicação e conduta de Enfermagem foram expressos em números absolutos e porcentagem.

Os dados foram armazenados em banco de dados no *Microsoft Office Excel*® 2013, analisados descritivamente em frequências absolutas e relativas e apresentados em tabelas. Considerou-se flebite a presença de um processo inflamatório na parede da veia, em geral, associado à dor, eritema, endurecimento do vaso ou presença de cordão fibroso. A incidência foi calculada pela relação entre o número de casos de flebite, no período de um ano, dividido pelo número de casos de cada mês. Foram calculados a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas (idade, tempo de internação e número de dias da punção). O estudo seguiu as normas do Conselho Nacional de Saúde - Resolução 466/12. Parecer n.º 1.050.829. CAAAE 43267015.7.0000.5415.

RESULTADOS

De um total de 176 notificações de flebites, são apresentados, na tabela 1, os índices notificados de acordo com o mês. Nota-se um maior índice nos meses de maio, junho e julho.

Tabela 1. Incidência de flebites. São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

| Mês/Ano | n | % |
|----------------|------------|------------|
| Setembro/2014 | 11 | 6,25 |
| Outubro/2014 | 02 | 1,13 |
| Novembro/2014 | 12 | 6,81 |
| Dezembro/2014 | 17 | 9,66 |
| Janeiro/2015 | 13 | 7,39 |
| Fevereiro/2015 | 05 | 2,84 |
| Março/2015 | 16 | 9,09 |
| Abril/2015 | 09 | 5,11 |
| Maió/2015 | 24 | 13,63 |
| Junho/2015 | 25 | 14,20 |
| Julho/2015 | 26 | 14,80 |
| Agosto/2015 | 16 | 9,09 |
| TOTAL | 176 | 100 |

A caracterização sociodemográfica e os dados relacionados ao período da internação

dos pacientes estão apresentados nas tabelas 2 e 3, respectivamente.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica. São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

| Dados Sociodemográficos | N | % |
|-----------------------------------|------------------------|------------|
| SEXO | | |
| Masculino | 124 | 70,45 |
| Feminino | 52 | 29,55 |
| FAIXA ETÁRIA | | |
| | Média: 54,19/DP: 19,47 | |
| 18 a 40 anos | 41 | 23,29 |
| 41 a 60 anos | 58 | 32,95 |
| 61 a 80 anos | 63 | 35,79 |
| > 80 anos | 14 | 7,97 |
| RAÇA | | |
| Branca | 149 | 84,65 |
| Negra | 11 | 6,25 |
| Parda | 09 | 5,11 |
| Sem informação | 07 | 3,99 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Casado/União estável | 99 | 56,25 |
| Solteiro | 45 | 25,56 |
| Separado/Desquitado | 17 | 9,65 |
| Viúvo | 15 | 8,54 |
| ESCOLARIDADE | | |
| Até Ensino Fundamental Incompleto | 99 | 56,25 |
| Até Ensino Fundamental Completo | 11 | 6,25 |
| Até Ensino Médio Incompleto | 06 | 3,40 |
| Até Ensino Médio Incompleto | 23 | 13,06 |
| Até Ensino Superior Incompleto | 06 | 3,40 |
| Até Ensino Superior Completo | 07 | 4,00 |
| Até Especialização | - | - |
| Não Alfabetizado | 15 | 8,52 |
| Não Informado | 09 | 5,12 |
| PROFISSÃO | | |
| Aposentados/Pensionistas | 41 | 23,29 |
| Autônomo | 04 | 2,23 |
| Do Lar | 24 | 13,70 |
| Estudante | 13 | 7,38 |
| Sem Informação | 19 | 10,79 |
| Outros | 75 | 42,61 |
| RELIGIÃO | | |
| Católica | 120 | 68,18 |
| Evangélica/Pentecostal | 36 | 20,45 |
| Outras | 07 | 3,97 |
| Nenhuma/Não Informado | 13 | 7,40 |
| PROCEDÊNCIA | | |
| São José do Rio Preto | 67 | 38,10 |
| Região de São José do Rio Preto | 105 | 59,66 |
| São Paulo - Capital | 01 | 0,57 |
| Outro Estado | 02 | 1,10 |
| Outro País | 01 | 0,57 |
| TOTAL | 176 | 100 |

Tabela 3. Caracterização da internação. São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

| Internação | N | % |
|------------------------|--------------------|------------|
| SUS | 160 | 90,90 |
| Saúde | 16 | 9,10 |
| Complementar | | |
| Diagnóstico Médico | | |
| Grupo 1* | 58 | 32,90 |
| Grupo 2 ** | 21 | 11,90 |
| Grupo 3 *** | 06 | 3,40 |
| Grupo 4 **** | 91 | 51,80 |
| Tempo de Internação | Média: 22,30±19,95 | |
| Até 07 dias | | |
| Até 07 dias | 42 | 23,86 |
| De 08 a 15 dias | 52 | 29,54 |
| De 16 a 30 dias | 50 | 28,40 |
| >30 dias | 32 | 18,80 |
| Desfecho da Internação | | |
| Alta | 159 | 90,35 |
| Óbito | 17 | 9,65 |
| TOTAL | 176 | 100 |

*Doenças dos sistemas Circulatório, Respiratório, Digestivo e Geniturinário/ **Doenças Infecciosas e Parasitárias e Neoplasias/ ***Achados anormais de exames laboratoriais, causas externas ou consequência destas e fatores que influenciam o estado de saúde/ ****Outros (doenças do sistema nervoso; doenças do sangue; doenças do sistema endócrino; transtornos mentais; doenças do olho e anexos; doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo; gestação, parto e puerpério).

Os dados referentes à caracterização do incidente notificado, à causa da flebite e à

conduta de Enfermagem encontram-se na tabela 4.

Tabela 4. Dados relacionados à caracterização do incidente. São José do Rio Preto. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

| Incidente | n | % |
|--|------------|------------|
| Nº de Dias de Punção | | |
| Média: 5,34±7,23 | | |
| Não Informado | - | - |
| < 72 horas | 172 | 97,72 |
| >72 horas | 04 | 2,28 |
| Uso de Medicação | | |
| Irritante | | |
| Sim | | |
| Não Informado | 78 | 44,32 |
| Tipo de Medicação | | |
| Antibiótico | 08 | 4,55 |
| Vasoativas | 09 | 5,11 |
| Sedação | 03 | 1,70 |
| Não Especificadas/Relatadas | 144 | 81,82 |
| Outras | 12 | 6,82 |
| Conduta de Enfermagem | | |
| Retirada/Troca da punção e cuidados no local | 86 | 48,86 |
| Cuidados no local | 30 | 17,04 |
| Retirada/Troca da punção | 24 | 13,65 |
| Não Informado | 36 | 20,45 |
| Total | 176 | 100 |

DISCUSSÃO

O número de flebitis apresentou média de 14,66 casos no período de um ano, com notificações em todos os meses. O maior número foi 26 eventos (14,8%), em julho de 2015, seguido de junho, com 25 (14,2%), e

maio daquele mesmo ano, com 24 (13,63%) ocorrências. A incidência de flebitis aceita pelo Manual de Indicadores de Enfermagem (NAGEH), da Comissão de Qualidade Hospitalar (CQH), é de 22 eventos/mês.¹⁸ Uma possível justificativa para esse aumento envolveu a unidade coronariana, especialmente em

decorrência de medicação vesicante prescrita e administrada em acesso venoso periférico.

No período de um ano, o índice de flebite, em nove meses, estava dentro do preconizado e, em três, não estava em conformidade com o CQH. Pesquisa que avaliou 361 acessos venosos periféricos, em pacientes que recebiam medicações endovenosas irritantes, relatou um índice de flebite de 2,63%, mais baixo do que o encontrado neste estudo.⁶ Os riscos e as consequências que o evento adverso pode gerar, além dos sinais clínicos, são o uso de antibióticos, a abordagem cirúrgica, o aumento do período de internação, maior gasto no tratamento, maior tempo de trabalho dos profissionais, frustração e sofrimento aos familiares e ao paciente.¹⁹⁻²²

Quanto à caracterização dos pacientes, a maioria era de cor branca (149 - 84,65%), casada (99 - 56,25%), com ensino fundamental incompleto (99 - 56,25%), aposentada (41 - 23,29%), de religião católica (120 - 68,18%) e de cidades que abrangem a região de São José do Rio Preto (105-59,66%). Em relação ao tempo de internação nas unidades, até 15 dias (94 - 53,4%), de 16 a 30 (50 - 28,4%) e acima de 30 dias (32 -18,8%). A maioria permaneceu por período prolongado: acima de 72 horas. Entretanto, 159 (90,35%) receberam alta do hospital e 17 (9,65%) tiveram, como desfecho clínico, o óbito.

Dos 176 pacientes acometidos por flebite, 124 (70,45%) eram do sexo masculino, o que corrobora outros estudos.^{21,23-4} A média de idade foi de 54,19 anos, com desvio padrão 19,47. Em relação à faixa etária, 63 (35,79%) encontravam-se entre 61 a 80 anos e 32,85%, entre 41 a 60 anos, resultados congruentes com estudo realizado em instituição de clínica médica, com 100 notificações, em que a maioria dos pacientes tinha idade superior a 60 anos.²³

Em relação às características da internação, 160 (90,9%) eram do Sistema SUS pelo fato de o hospital ser referência para tratamento médico abrangendo 102 municípios da Diretoria Regional de Saúde de São José do Rio Preto e de outros Estados. A flebite ocorreu em pacientes internados em diversas unidades da instituição desde o pronto atendimento, enfermarias clínicas e cirúrgicas, até as unidades de terapia intensiva.

O diagnóstico médico dos pacientes foi dividido em quatro grupos - Grupo 1, Grupo 2, Grupo 3 e Grupo 4 - relacionados a Doenças Cardiovasculares, Traumatismos, Septicemias e diversas, respectivamente; 58 (32,9%) estavam relacionados a Doenças

Cardiovasculares; 21 (11,9%), aos Traumatismos; seis (3,4%), às Septicemias e 91 (51,8%), a diversas outras doenças (neoplasias, cirroses, vírus da imunodeficiência humana, entre outras), o que corrobora um estudo de 2017 que relatou diagnóstico de doença cardiológica como o mais prevalente (43,8%).²⁵

A média de permanência dos pacientes internados foi 22,30 dias. O tempo de punção, de até 72 horas, ocorreu em 172 casos (97,72%). Estudo sobre flebite demonstrou taxa de incidência de 31,4%, com tempo de permanência do dispositivo maior que 72 horas (55,9%), local de punção na região do antebraço (50,0%), uso de antibiótico (54,4%) e grau do cuidado de Enfermagem considerado insatisfatório (72,7%).²⁵ A taxa encontrada neste estudo corroborou achados de pesquisa realizada em um hospital do Estado de São Paulo.²¹ Entretanto, divergiu de estudo realizado em Brasília que constatou 63,8% de flebitis com tempo de inserção do cateter venoso acima de 72 horas.¹²

Em relação ao uso de medicações irritantes, que aumentam o risco para a flebite, houve um índice de 98 (55,68%) casos de pacientes que estavam em uso deste tipo de medicação, porém, em 78 (44,32%) situações não foram relatados os tipos de drogas. Dos medicamentos descritos, oito (4,55%) eram antibióticos; nove (5,11%), drogas vasoativas; três (1,7%), sedativos; 12 (6,82%), outras (anticonvulsivantes, antieméticos, anti-inflamatórios) e 144 notificações (81,82%) sem relato e/ou especificidades.

Os dados deste estudo divergiram de achados em pesquisa realizada no Estado da Paraíba na qual não foi avaliado o uso de medicações vasoativas e sedativas. Porém, antibióticos equivaleram a 25%, antieméticos e anticonvulsivantes, a 16,7%, sendo que não houve notificações de flebite sem que os medicamentos estivessem descritos e especificados.²⁴

Quanto à conduta de Enfermagem descrita na notificação de flebite, 86 (48,86%) relataram que os pacientes tiveram as punções retiradas, trocadas e receberam cuidados no local da inflamação; 30 (17,04%) receberam cuidados no local; 24 (13,65%) tiveram a punção retirada, com nova punção em outro acesso venoso, e em 36 (20,45%) casos não foram informadas as condutas adotadas pelo enfermeiro e a equipe de Enfermagem.

A prevenção de flebite está relacionada às técnicas corretas realizadas pelos profissionais durante os procedimentos endovenosos: a

permanência de um mesmo cateter, observando-se necessidade de troca a cada 72 horas; o número de punções, que interfere negativamente; a assepsia correta da pele com álcool diminui o risco e a manutenção é tão importante quanto à inserção em si. Portanto, manter o curativo limpo e identificado, usar micropore, observar a fluidez e a integridade e evitar acesso venoso com pouca mobilidade são práticas seguras que devem ser seguidas pela equipe de Enfermagem.^{12,21,26}

Um estudo constatou que a maior frequência de eventos adversos ocorreu em unidade de terapia intensiva e 85% estavam relacionados aos próprios pacientes.²⁶ Pesquisa que avaliou 221 acessos venosos periféricos identificou 42 flebites, relacionando esse evento com a estrutura anatômica, sendo que, nas veias do dorso da mão, houve maior incidência, com 52,5%, e na região cubital mediana, a menor, com 4,9%. O calibre da agulha utilizada no procedimento teve relação com a flebite, pois houve maior incidência com cateteres de maior lúmen.²¹

A notificação de flebite é necessária para quantificar as ocorrências e realizar posterior análise do problema pelos enfermeiros das unidades e equipe da gerência de risco do hospital.

CONCLUSÃO

No período de um ano, a ocorrência de flebite estava abaixo do preconizado em nove meses e, em três, estava acima do valor preconizado pelo CQH, com incidência média de 14,66. Quanto à caracterização dos pacientes, a maioria era do sexo masculino, com idades entre 61 e 80 anos, branca, casada, com ensino fundamental incompleto, aposentada, católica, da região de São José do Rio Preto, com convênio pelo Sistema Único de Saúde, com período de internação menor que 15 dias e punção venosa com tempo inferior a 72 horas de inserção.

Quanto à droga infundida, as anotações não foram totalmente especificadas por parte dos enfermeiros. Quando descrita, a maioria dos pacientes estava recebendo medicações irritantes. A conduta de Enfermagem foi a retirada, houve a troca da punção venosa e o desfecho foi a alta hospitalar. Este estudo demonstrou a necessidade da notificação correta de flebite pelos enfermeiros a fim de avaliar os riscos para melhorar a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Rosa BTC, Pettenon MK. Incidência de eventos adversos em punção venosa

periférica. In: XXIII Seminário de Iniciação Científica; XX Jornada de Pesquisa; XVI Jornada de Extensão; V Mostra de Iniciação Científica Júnior; V Seminário de Inovação e Tecnologia. Anais do XXIII Seminário de Iniciação Científica; XX Jornada de Pesquisa; XVI Jornada de Extensão; V Mostra de Iniciação Científica Júnior; V Seminário de Inovação e Tecnologia; 2015 [Internet]. Unijuí. Ijuí: Unijuí; 2015 [cited 2017 Aug 15]. Available from: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/5073/4254>.

2. Abolfotouh MA, Salam M, Bani-Mustafa A, White D, Balkhy HH. Prospective study of incidence and predictors of peripheral intravenous catheter-induced complications. *Ther Clin Risk Manag*. 2014 Dec;10:993-1001. Doi: [10.2147/TCRM.S74685](https://doi.org/10.2147/TCRM.S74685)

3. Murassaki ACY, Versa GLGS, Beluci Júnior JA, Meireles VC, Vituri DW, Matsuda LM. Evaluation of care in intravenous therapy: a challenge for quality in nursing. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013 Jan/Mar; 17(1):11-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100002>

4. Ray-Barruel G, Polit DF, Murfield JE, Rickard CM. Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2014 Apr 20(2):191-202. Doi: [10.1111/jep.12107](https://doi.org/10.1111/jep.12107)

5. Infusion Nurses Society. Infusion Nursing Standards of Practice. *J Infusion Nurs*. 2011 Jan/Feb; 29 (1 Suppl):S1-92. PMID: 16429002

6. Milutinovic D, Simin D, Zec D. Risk factor for phlebitis: a questionnaire study of nurses' perception. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015 July/Ago;23(4):677-84. Doi: [10.1590/0104-1169.0192.2603](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0192.2603).

7. Urbanetto JS, Peixoto CG, May TA. Incidence of phlebitis associated with the use of peripheral IV catheter and following catheter removal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016 Aug;24:e2746. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0604.2746>

8. Abdul-Hak CK, Barros AF. The incidence of phlebitis in a Medical Clinical Unit. *Texto contexto- enferm*. 2014 July/Sept; 23(3):633-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000900013>.

9. Pasalioglu KB, Kaya H. Catheter indwell time and phlebitis development during peripheral intravenous catheter administration. *Pak J Med Sci*. 2014 July;30(4):725-30. PMID: 25097505

10. Johann DA, Danski MTR, Vayego SA, Barbosa DA, Lind J. Risk factors for

Beccaria LM, Contrin LM, Werneck AL et al.

Incidência de flebitis em pacientes adultos...

complications in peripheral intravenous catheters in adults: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2833. Doi: 10.1590/1518-8345.1457.2833.

11. Duarte SCM, Stipp MAC, Silva MM, Oliveira FT. Adverse events and safety in nursing care. *Rev Bras Enferm*. 2015 Jan/Feb;68(1):144-54. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>

12. Pedreira LC, Brandão AS, Reis AM. Adverse event in elderly patients in Intensive Care Unit. *Rev Bras Enferm*. 2013 May/June;66(3):429-36. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300019>.

13. Priori ARAF. Plano de Intervenção para implantação do Gerenciamento de risco direcionada a assistência de enfermagem aos pacientes em uma unidade de terapia intensiva [Internet] [monography]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2012 [cited 2016 Oct 25]. Available from: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012priori-araf.pdf>

14. Wu Y, Fujita S, Seto K, Ito S, Matsumoto K, Huang CC, et al. The impact of nurse working hours on patient safety culture: a cross-national survey including Japan, the United States and Chinese Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct;13:394. Doi: [10.1186/1472-6963-13-394](https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-394)

15. Andrade PP, Amaral TS, Omizzolo JAE. Patient safety: drug administration safe. *Rev Inova Saúde*. 2015 Nov;4(2):45-60. Doi: <http://dx.doi.org/10.18616/is.v4i2.1948>.

16. Mello JF, Barbosa SFF. Patient safety culture in intensive care: nursing contributions. *Texto contexto-enferm*. 2013 Oct/Dec;22(4):1124-33. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400031>

17. Sanches VF, Christovam BP, Silvino ZR. Working process of nursing management at a hospital unit - the nurses' approach. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2006 Aug;10(2):214-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000200007>

18. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2nd ed. São Paulo: APM/CREMESP; 2012.

19. Oliveira ASS, Parreira PMSD. Intervenções de enfermagem e flebitis decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm Ref [Internet]*. 2010 Dec [cited 2017 Oct 12];3(2):137-47. Available from:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn2/serlIn2a15.pdf>

20. Rojas-Sánchez LZ, Parra DI, Camargo-Figuera FA. Incidence and factors associated with the development of phlebitis: results of a pilot cohort study. *Rev Enferm Ref*. 2015 Jan/Mar;4(4):61-7.

<http://dx.doi.org/10.12707/RIII13141>

21. Souza AEER, Oliveira JLC, Dias DC, Nicola AL. Prevalence of phlebitis in adult patients admitted to a university hospital. *Rev Rene*. 2015 Jan/Feb;16(1):114-22. Doi: 10.15253/2175-6783.2015000100015.

22. Magerote NP, Lima MHM, Silva JB, Correia MDL, Secoli SR. Relation between phlebitis and peripheral intravenous catheter removal. *Texto contexto-enferm*. 2011 July/Sept;20(3):486-92. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300009>

23. Abdul-Hak CK, Barros AF. The incidence of phlebitis in a Medical Clinical Unit. *Texto contexto-enferm*. 2014 July/Sept;23(3):633-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000900013>

24. Tertuliano AC, Borges JLS, Fortunato RAS, Oliveira AL, Poveda VB. Phlebitis associated with peripheral intravenous catheter among in-patients of a Hospital in Vale do Paraíba. *REME rev min enferm*. 2014;18(2):340-5. Doi: 10.5935/1415-2762.20140026

25. Inocêncio JS, Ferreira RAS, Araújo DC, Pinheiro FGMS, Vaez AC. Phlebitis in peripheral intravenous access. *Arq Ciênc Saúde*. 2017 Mar;24(1):105-9. Doi: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.403>

26. Santos TBS, Vieira SL, Silva RM, Nunes GFO, Lima IMA. Risk for phlebitis in the inpatient unit of hospital emergency and trauma. *J Nurs UFPE on line*. 2011 Nov;5(9):2214-9. Doi: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0509201119.

Submissão: 19/11/2017

Aceito: 13/01/2018

Publicado: 01/03/2018

Correspondência

Lucia Marinilza Beccaria
Av. Francisco Chagas de Oliveira, 2550, Casa 41
Bairro Higienópolis
15085-485 – São José do Rio Preto (SP), Brasil