



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ROSANA CASTELO BRANCO DE SANTANA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA
COM NECESSIDADE DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO**

**SALVADOR
2014**

ROSANA CASTELO BRANCO DE SANTANA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA
COM NECESSIDADE DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientadora: Prof^a Dr^a Larissa Chaves Pedreira

**SALVADOR
2014**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

S231 Santana, Rosana Castelo Branco de
Cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com
necessidade de acesso venoso periférico / Rosana Castelo Branco
de Santana. – Salvador, 2014.
119 f.
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Larissa Chaves Pedreira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Enfermagem. 2. Idoso. 3. Cateterismo Periférico. 4.
Paciente. I. Pedreira, Larissa Chaves. II. Universidade Federal da
Bahia. III. Título.

CDU616-083

ROSANA CASTELO BRANCO DE SANTANA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM
NECESSIDADE DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, Linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovado em 27/06/2014.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Larissa Chaves Pedreira

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Evanilda Souza de Santana Carvalho

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Profª Drª Tania Maria de Oliva Menezes

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Rose Ana Rios David

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu pai Rosalvo Rodrigues (*in memoriam*), que durante o diagnóstico e tratamento de um câncer, necessitou de tantos cuidados de enfermagem para alívio da dor física e psicológica.

AGRADECIMENTOS

Ao agradecer, lembramos que não estivemos sozinhos, mas acompanhados de pessoas que deram apoio, força e acolhimento no decorrer de uma caminhada.

A conclusão do mestrado e elaboração da dissertação foram parte desse caminho singular, o qual me levou a inegável crescimento pessoal e profissional, mas que também foi árduo, exigindo esforços e dedicação. Entretanto, sempre estive certa de que ao final, tudo daria certo, pois Deus foi minha força maior! Por isso, obrigada Senhor por abrir as portas para caminhos que eu nem imaginava trilhar, por me amar abundantemente e por prover tudo o que precisei!

Agradeço também: a meus pais Rosalvo Rodrigues (*in memoriam*) e Margarida Maria, pelo legado da educação e pela linda família que vocês formaram.

A minha irmã Cecília, você é um dos meus maiores exemplos de amor ao próximo. Obrigada pelas ajudas dispensadas, nunca negadas e por me abrigar com Fernanda no primeiro ano do mestrado. João Marcelo tem ao seu lado uma grande mãe!

A minha irmã Fabiana e cunhado Evandro, pela companhia agradável de sempre, conselhos sensatos e pelos meus dois presentinhos: Mateus e Gabriel. Meninos, o nascimento de vocês se confunde com o início dessa história toda, quando eu me dividia entre as aulas no Canela e os andares do Hospital Português, acompanhando Fabi e ansiosa pela alta hospitalar da UTI Neonatal dos primeiros sobrinhos.

À Fernanda, você é sempre companheira e motivadora! Sou grata pelos sorrisos que me arrancou, mesmo em momentos de tensão. Sou sua fã!

A minha avó Francisca, pelos ensinamentos e exemplo de fé!

Luciano, companheiro de todas as horas e meu maior incentivador. Você é um dos mais lindos seres humanos que já conheci; sua competência como enfermeiro, professor e pesquisador me inspira!

A todos os familiares que me apoiaram e oraram por mim, em especial, a “segunda casa” de Tia Aglair, Zé, Tai e João, sempre de portas abertas para me acolher com alegria.

Agradeço ainda a minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Larissa Chaves. Sou muito grata pela compreensão, tranquilidade e sensatez com que conduziu a orientação, além da confiança em mim depositada desde o nosso primeiro encontro!

A Prof. Dr^a. Evanilda Carvalho e Prof^a. Dr^a. Tânia Menezes pelas inegáveis contribuições ao desenvolvimento deste estudo! Obrigada ainda a todos os mestres do

Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da UFBA, por todos os ensinamentos compartilhados nas aulas, encontros da disciplina Pesquisa Orientada e eventos científicos.

Agradeço aos integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa do Idoso– NESPI/UFBA pelas proveitosas discussões e desenvolvimento de atividades voltadas à saúde da pessoa idosa.

Obrigada às colegas de mestrado em especial, Fernanda Oliveira e Daniela de Medeiros, com as quais embarquei em idas e vindas entre Feira de Santana e Salvador, dividindo expectativas, tensões e alegrias.

Agradeço ainda, às colegas de trabalho e coordenadoras, como Emanuely Bastos e Thaiane Lima, que foram compreensivas comigo quando necessitava das trocas de plantão para conseguir cumprir prazos e compromissos do Mestrado.

Às participantes deste estudo, que se dispuseram a responder as entrevistas e serem observadas na sua prática diária, no intuito de colaborar com o mesmo! Obrigada ao Hospital, campo de estudo, principalmente à equipe do NUPED em nome da Prof^ª. Dr^ª. Silvone Santa Bárbara e Enf^ª Lígia pela seriedade e disponibilidade com que conduziram o processo de autorização para desenvolvimento do estudo.

Sou muito grata ainda aos pacientes e familiares que me ensinam a cada dia, o quanto é necessário o cuidado de enfermagem, principalmente em situações como o adoecimento, e a importância de exercê-lo com seriedade, cientificidade e amor.

A todos que contribuíram, acreditaram e me ajudaram a vivenciar cada etapa da melhor maneira, muito obrigada!

RESUMO

SANTANA, R. C. B. **Cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de acesso venoso periférico.** 2014. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Este estudo objetivou analisar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de acesso venoso periférico, e especificamente: Identificar os aspectos considerados pela equipe de enfermagem para a obtenção, manutenção e retirada do acesso periférico na pessoa idosa hospitalizada; Conhecer como a equipe de enfermagem previne e trata eventos adversos relacionados ao acesso venoso periférico na pessoa idosa. Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com sete técnicas de enfermagem e duas enfermeiras das Clínicas Médica e Cirúrgica de em hospital geral público do interior da Bahia, através de observação sistemática com roteiro estruturado e de entrevistas semiestruturadas. Através da Análise de Conteúdo identificaram-se as categorias analíticas: Cuidados de enfermagem para a obtenção do acesso venoso periférico; Cuidados de enfermagem para a prevenção de eventos adversos relacionados ao acesso venoso periférico; Condutas frente à ocorrência de eventos adversos relacionados ao acesso venoso periférico. Assim, os resultados mostraram a consideração pelas características peculiares da pessoa idosa, sua condição clínica e preparo anterior para obter o AVP, além da atenção à escolha do cateter e do local para instalar o dispositivo. Ademais, a equipe implementa cuidados para prevenir e tratar os eventos adversos relacionados, porém de maneira não sistematizada e por vezes, baseando-se no conhecimento empírico, expondo a pessoa idosa a um cuidado inseguro e focado na realização de procedimentos. Por isso, é necessário o envolvimento de profissionais e gestores para desenvolver uma cultura de segurança, diminuir a sobrecarga de trabalho e priorizar o cuidado integral e seguro à pessoa idosa hospitalizada em uso de acesso venoso periférico. Sugere-se o uso de protocolos assistenciais na prática, a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, o uso de indicadores de qualidade na prática e a educação permanente dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Pessoa idosa; Cateterismo Periférico; Segurança do Paciente.

ABSTRACT

SANTANA, R.C.B. **Nursing care to elderly hospitalized with Peripheral Venous need to access.** 2014. 119f. Dissertation (Master's in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Bahia, Salvador.

This study aimed to analyze the nursing care of the hospitalized elderly in need of Peripheral Venous Catheter (PVC), and specifically: Identify the aspects considered by the nursing staff for insertion, maintenance and removal of PVC in hospitalized elderly; Knowing how the nursing staff prevents and treats PVC related adverse events in the elderly. It is a qualitative, descriptive study, conducted with seven nursing techniques and two nurses of the Medical and Surgical Clinic at a public hospital in the interior of Bahia, through systematic observation with structures script and semi-structured interview. Through content analysis were identified the analytical categories: Nursing care for obtaining peripheral venous access; Nursing care for the prevention of adverse events related to peripheral venous access; Conduct towards the occurrence of adverse events related to peripheral venous access. Thus, the results showed the nursing staff consider the peculiar characteristics of the elderly and their clinical condition for the PVC insertion, in addition to attention to the choice of the catheter and the site to install the device. Moreover, the team have implemented some care to prevent and treat adverse events but not systematic way and sometimes, based on empirical knowledge, exposing the elderly to an insecure care and a care focused in procedures. Therefore, the involvement of professionals and managers to develop a safety culture, reduce the workload and prioritize the full and safe care to the elderly is required. We suggest the use of protocols assists in practice, the implementation of the Systematization of Nursing Care, the use of quality indicators in practice and continuing education of health professionals.

Key words: Nursing Care; Aged; Catheterization, Peripheral; Patient Safety.

RESUMEN

SANTANA, RCB **Cuidados de enfermería al anciano hospitalizado con periférica venosa necesitan acceder**. 2014. 119f. Dissertation (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la atención de enfermería de los ancianos hospitalizados con necesidad de acceso venoso periférico (AVP), y: Identificar los aspectos considerados por el personal de enfermería para la adquisición, el mantenimiento y la eliminación de la AVP en ancianos hospitalizados; Saber cómo el personal de enfermería previene y trata los eventos adversos relacionados con el AVP en los ancianos. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, realizado con siete técnicas de enfermería y dos enfermeras de la Clínica Médica y Quirúrgica en el hospital público del interior de Bahía, a través de la observación sistemática con guión estructurado y entrevista semi-estructurada. A través de análisis de contenido identificado las categorías de análisis: Cuidados de enfermería para la obtención de un AVP; Los cuidados de enfermería para la prevención de eventos adversos relacionados con el AVP; Conducta hacia la ocurrencia de eventos adversos relacionados con el AVP. Por lo tanto, los resultados mostraron la consideración de las características peculiares de los ancianos y su condición clínica anteriormente para la preparación de AVP, además de atención a la elección del catéter y la ubicación para instalar el dispositivo. Por otra parte, el equipo implementa algún tipo de atención para prevenir y tratar los efectos adversos relacionados pero no forma sistemática y, a veces, con base en el conocimiento empírico, exponiendo a las personas mayores a una insegura y se centró en los procedimientos que ten cuidado. Por lo tanto, se requiere la participación de profesionales y directivos para desarrollar una cultura de la seguridad y reducir la carga de trabajo y dar prioridad a la atención integral y seguro para los ancianos. Sugerimos el uso de protocolos de ayuda en la práctica, la aplicación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, el uso de indicadores de calidad en la práctica y formación continuada de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Anciano; Cateterismo Periférico; Seguridad del Paciente.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS PECULIARIDADES DA PESSOA IDOSA PARA O USO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	17
2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM NECESSIDADE DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	21
2.3 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	28
3 METOLOGIA	40
3.1 TIPO DE ESTUDO	40
3.2 LOCAL DO ESTUDO	40
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	41
3.4 COLETA DE DADOS	42
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	43
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	44
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	46
4.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A OBTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	46
4.1.1 Consideração das características do envelhecimento, condição clínica e o preparo da pessoa idosa	47
4.1.2 Seleção do local do acesso venoso periférico	57
4.1.3 Escolha do dispositivo intravascular	61
4.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	66
4.2.1 Avaliação periódica ao acesso venoso periférico	67
4.2.2 Prevenção de hematomas durante a punção intravenosa periférica	72
4.2.3 Prevenção de obstrução	74
4.2.4 Prevenção da retirada acidental do acesso venoso periférico	76
4.2.5 Retirada do acesso venoso periférico: prevenção de flebite, infecção e lesões de pele	82

4.3 CONDU TAS FRENTE À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	88
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICES	109
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA	110
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	111
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	112
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESSOA IDOSA	114
ANEXO	116
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	117

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional tem sido observado em todos os continentes. A Organização das Nações Unidas (ONU) prevê para 2025 um aumento de mais de 60% do contingente de pessoa idosas no mundo, com diminuição do número de jovens e crescimento moderado de adultos (MICOZZI; FULVIO; ROSSI, 2012).

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010).

Para 2025, a estimativa é de que o país terá a sexta população idosa do mundo, com uma proporção de aproximadamente 14%, o que significa, em números absolutos, cerca de 32 milhões de pessoa idosas (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2006).

Neste contexto, chama-se atenção para as consequências da rápida mudança na estrutura etária do país, pois surgem novos problemas e oportunidades que desafiam o envelhecer com segurança, saúde, dignidade e cidadania, como por exemplo, maiores demandas de saúde.

Ao se tratar de envelhecimento, vale destacar ainda que este representa um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos (LOPES, 2000; ELIOPOULOS, 2011).

Por isso, ressalta-se o fenômeno da transição epidemiológica no Brasil, caracterizado pela mudança do perfil de morbidade e mortalidade da população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas.

O envelhecimento da população tem como consequência o aumento da morbidade com altas taxas de internação hospitalar de pessoas idosas, seja para procedimentos diagnósticos ou terapêuticos. Nesse sentido, torna-se importante para a equipe de enfermagem, conhecer as peculiaridades da população idosa, a fim de prestar um cuidado seguro, principalmente no que se refere ao Acesso Venoso Periférico (AVP), o qual tem sido responsável, de acordo com a literatura, por altas taxas de eventos adversos dentre esses pacientes (CARVALHO FILHO et al., 1998; SZLEJF et al., 2008).

No cenário atual, encontra-se uma significativa parcela de população idosa, a maioria acometida por doenças crônico-degenerativas, de longa permanência, maior ônus e que requerem cuidados permanentes, além de maior procura por serviços de saúde e internação hospitalar. Por conseguinte, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito maior nos idosos quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009).

Assim, ao assistir a pessoa idosa, deve-se estabelecer como prioridade a minimização da incapacidade funcional e do impacto das doenças crônicas, a redução da vulnerabilidade aos agentes estressores e do grau de dependência e a preservação da qualidade de vida e do envelhecimento ativo. Metas essas que impactam direta ou indiretamente não só a vida da pessoa idosa, mas as famílias e sociedade, o sistema de saúde e a economia.

Cabe destacar que a pessoa idosa hospitalizada é considerada um paciente mais frágil e vulnerável (BERGER, 1995a). Por isso, apresenta demandas diferenciadas em relação aos demais. Faz-se necessária a compreensão das alterações decorrentes do processo de senescência (envelhecimento fisiológico) e de senilidade (alterações no envelhecimento relacionadas a condições patológicas) durante a assistência hospitalar a esse grupo.

Através de uma abordagem ampla, contribui-se para o diagnóstico preciso, planejamento e implementação dos cuidados adequados às necessidades corretamente identificadas e, finalmente, a avaliação da efetividade do cuidado prestado. Neste processo, Berger (1995b) identifica a importância da ajuda profissional para manter a autonomia do idoso, o empenhamento social, a auto-estima, a individualidade, a valorização e a sua integridade.

Neste contexto, durante a hospitalização, os idosos fazem uso de uma grande e variada gama de medicamentos, inclusive, aqueles administrados por via endovenosa. Destarte, dentre os cuidados prestados a esses indivíduos, destaca-se a prática da Terapia Intravenosa (TIV) e, mais especificamente, o cuidado à pessoa idosa hospitalizada que necessita de AVP.

Assim, após a determinação da necessidade da realização da TIV, atividade legalmente atribuída à equipe médica no Brasil, grande parte das ações para a execução e acompanhamento dessa terapia é realizada por profissionais de enfermagem (PEDREIRA, 2011a), inclusive os cuidados referentes ao uso do AVP, consistindo em saber específico desta profissão.

Por isso, a equipe de enfermagem necessita desenvolver os conhecimentos e habilidades necessárias para cuidar da pessoa idosa que necessita do AVP de forma segura e

correta. Pedreira (2011a) discute que para a enfermeira implementar boas práticas clínicas relativas à TIV, o que inclui também o AVP, é necessário a ampliação e o desenvolvimento contínuos de competências de enfermagem para a execução da prática, o aprimoramento do ensino e o desenvolvimento de pesquisas que resultem em inovação e evolução da área, através da criação de tecnologias e disseminação de conhecimentos específicos.

Em se tratando da pessoa idosa, ao considerar as múltiplas modificações estruturais e fisiológicas ocorridas com o envelhecimento, em especial na pele, tecido subcutâneo e muscular, na estrutura dos vasos sanguíneos, no sistema renal e cardíaco, ressaltam-se as peculiaridades do cuidado para a inserção e obtenção do AVP nesse tipo de paciente.

Além disso, com o declínio de suas capacidades funcionais, a pessoa idosa torna-se vulnerável, que necessita de atenção diferenciada e olhar voltado para as particularidades do envelhecimento.

Destarte, para uma prática clínica de excelência, e a tomada de decisão coerente com a demanda da pessoa idosa, é importante a ampliação do cuidado para além das questões técnicas relativas à inserção e manutenção do cateter periférico. É preciso considerar e incluir os aspectos relacionados ao processo de envelhecimento, a fim de melhor assistir as necessidades deste durante a internação hospitalar.

Dessa forma, os profissionais precisam planejar todo o processo de obtenção e manutenção do AVP para promover um cuidado seguro, livre de injúrias e minimizar as complicações que os pacientes possam apresentar durante a inserção e utilização do cateter venoso como hematomas, obstrução do cateter, infiltração e extravasamento e flebites. Sobre isso, estudos apontam estas como um dos principais eventos adversos nessa população hospitalizada (CARVALHO-FILHO et al., 1998; ROTHSCHILD; BATES; LEAPE, 2000; SZLEJF et al., 2008; SZLEJF et al, 2012).

No contexto dessas discussões, este estudo tem como objeto o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de acesso venoso periférico.

O interesse pelo objeto surgiu através das discussões sobre a pessoa idosa nos diferentes âmbitos do sistema de saúde, a partir da participação como membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a pessoa idosa – NESPI/UFBA e ainda, a partir da vivência acadêmica no cuidado a idosos hospitalizados nas práticas em campo durante a Graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana-BA.

Durante as atividades práticas em diferentes unidades hospitalares, principalmente na Clínica Médica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por vezes era observado que a equipe de enfermagem desconsiderava as necessidades e peculiaridades dos idosos com necessidade

de AVP. Muitas vezes, não se prestava os cuidados necessários para manter o cateter venoso com segurança, resultando na ocorrência de complicações como a obstrução e o hematoma, as quais eram consideradas como normais durante a utilização do AVP.

Além disso, percebia-se que as punções eram realizadas sem comunicar a pessoa idosa, sem avaliar as condições da rede venosa ou mesmo considerar as características do medicamento a ser infundido através do acesso. Observavam-se também, punções realizadas no membro dominante, com estabilização não adequada ou com o equipo e frasco de solução mantidos em posições que limitavam a mobilidade da pessoa idosa, inclusive as expondo a quedas.

E ainda, algumas vezes não era dada a devida importância para manter maior vigilância sobre esses idosos ou orientá-los e a família, quanto ao risco de quedas.

A partir daí, ao aprofundar os estudos e as buscas na literatura nacional e internacional sobre os eventos adversos em pessoas idosas hospitalizadas e inserção e manutenção do AVP, identificou-se uma escassez de produções acerca destas temáticas, com lacunas no conhecimento sobre o cuidado de enfermagem à pessoa idosa com necessidade de AVP durante a hospitalização e uma quantidade significativa de eventos adversos relacionados a essa prática.

Ao buscar nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) através do método integrado com os descritores “Cateterismo periférico” e “Idoso”; “Infusões intravenosas” e “Idoso”, encontram-se produções sobre o AVP, complicações da terapia intravenosa, porém foi encontrado apenas um artigo de pesquisa bibliográfica baseada nas recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Infusion Nursing Society (INS) e INS Brasil, que aborda e reforça as particularidades desta prática na pessoa idosa.

Outrossim, um trabalho de iniciação científica, intitulado Eventos Adversos em Pessoa idosas Hospitalizados: Revisão Integrativa da Literatura, analisou a produção do conhecimento relacionada aos eventos adversos em pessoa idosas hospitalizados no período entre 2000 e 2012, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): gerenciamento de risco, doença iatrogênica, negligência e hospitalização, cruzados com o descritor pessoa idosa (NEVES, 2013).

Através da investigação citada acima (NEVES, 2013), notou-se que os eventos adversos são mais comuns em pessoa idosas e apesar de serem muitas vezes evitáveis, podem gerar graves consequências. As injúrias mais prevalentes se relacionam à administração de medicamentos, quedas e complicações de procedimentos cirúrgicos (CARVALHO-FILHO et al., 1998; ROTHSCHILD; BATES; LEAPE, 2000; SZLEJF et al., 2008; SZLEJF et al, 2012).

Ademais, a ocorrência desses eventos possui impacto considerável sobre a saúde da população idosa, submetendo-os a um maior número de procedimentos e drogas e aumento no tempo de internação, o que pode provocar declínio funcional e dependência da pessoa idosa, além de elevar os custos da assistência (CARVALHO-FILHO et al., 1998; ROTHSCILD; BATES; LEAPE, 2000; SZLEJF et al., 2008; SZLEJF et al, 2012).

Considera-se neste estudo como pessoa idosa hospitalizada com necessidade de AVP, a pessoa com idade igual ao superior a 60 anos, internada em unidade hospitalar e que necessita de, ou já está em uso de um AVP para a administração de fármacos/soluções no sistema circulatório, demandando planejamento e cuidados para sua escolha, obtenção e/ou manutenção (PETERLINI; CHAUD; PEDREIRA, 2003).

Além disso, entende-se que o cuidado prestado à pessoa idosa com necessidade de AVP não se limita à execução de procedimentos técnicos, mas antes considera a pessoa idosa em sua totalidade e multidimensionalidade e ainda, suas peculiaridades para o uso do AVP.

Isto posto, questionou-se: Como ocorre o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de acesso venoso periférico? Nesse contexto, este estudo teve como objetivo geral analisar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de AVP, e como objetivos específicos:

- Identificar os aspectos considerados pela equipe de enfermagem para a obtenção, manutenção e retirada do AVP na pessoa idosa hospitalizada;
- Conhecer como a equipe de enfermagem previne e trata eventos adversos relacionados ao AVP na pessoa idosa;

Os resultados deste estudo podem reforçar a necessidade da reflexão dos trabalhadores da saúde, principalmente a equipe de enfermagem, quanto aos cuidados com a pessoa idosa em uso de AVP.

Por isso, destacam-se as contribuições para o corpo de conhecimentos da enfermagem geronto-geriátrica, pois os resultados poderão estimular mudanças a longo prazo como exemplo a realização e divulgação de investigações científicas acerca do uso seguro do AVP no idoso, visando a garantia da segurança destes pacientes durante a hospitalização.

Além disso, podem fomentar mais investigações sobre o objeto de estudo e representar um estímulo para a implementação da prática baseada em evidências, potencializando a qualidade e excelência do cuidado à pessoa idosa com necessidade de AVP.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS PECULIARIDADES DA PESSOA IDOSA PARA O USO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

A transição demográfica tem ocorrido contínua e mundialmente como resultado do maior desenvolvimento econômico, industrialização, urbanização e das melhores condições educacionais, ambientais, alimentares, de moradia e saúde. Avanços que podem ser comprovados no Relatório de Desenvolvimento Humano de 2010, o qual demonstrou que a média mundial do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aumentou 18% em relação a 1980 e 41% desde 1970 (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2010).

De maneira geral, no decorrer da evolução histórica populacional, observa-se a redução das taxas de mortalidade e de fecundidade, o que tem gerado aumento da esperança de vida, da proporção de pessoas idosas e diminuição relativa dos mais jovens (PEREIRA, 2008).

A transição demográfica teve início nos países desenvolvidos como Inglaterra, aproximadamente na metade do século XVII. Os países de Terceiro Mundo vivenciaram o mesmo processo posteriormente, mas com variações devido às particularidades de cada nação.

Particularmente no Brasil, somente entre as décadas de 1930 e 1960, houve uma sensível queda da mortalidade e da fecundidade, o que gerou a explosão demográfica, porém sem alterar a estrutura etária proporcional até então. Ao final da década de 1960, ocorreu o declínio sustentado e acelerado da fecundidade, iniciando assim, um processo contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária com o conseqüente envelhecimento da população (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Atualmente, a população com 60 anos ou mais é a que mais cresce no Brasil. Outro dado numérico importante é que em 2000, 30% dos brasileiros tinham de zero a 14 anos, e os maiores de 65 representavam apenas 5% da população. Em 2050, esses dois grupos etários se igualarão: cada um deles representará 18% da população brasileira. Além disso, se em 2000 o Brasil tinha 1,8 milhão de pessoas com 80 anos ou mais, em 2050 esse contingente poderá ser de 13,7 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2004).

O chamado envelhecimento demográfico pode ser compreendido como o acúmulo progressivo de maiores contingentes populacionais nas faixas etárias mais avançadas. Assim, caracteriza-se pela redução da participação relativa de crianças e jovens, acompanhada do

aumento proporcional dos adultos e, particularmente, dos idosos na população (PONTES et al, 2009).

Como consequência do envelhecimento, volta-se a atenção em diferentes áreas para a população idosa, por representar um grupo diferenciado entre si e em relação aos demais grupos etários, com necessidades interligadas e complexas. Assim, há a implicância de investimentos na infraestrutura de serviços e na adequação às necessidades das pessoas idosas, na capacitação de profissionais de diversas áreas para atendê-los nas suas especificidades, além da implementação de políticas públicas.

Como iniciativas políticas, enfatiza-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PSNI) (BRASIL, 2006), que tem por objetivo permitir um envelhecimento saudável, através da preservação da sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida; a Política Nacional do Idoso (PNI), aprovada em 1994 (BRASIL, 1994), e o Estatuto do Idoso, aprovado através da lei 10.741 de outubro de 2003 (BRASIL, 2003) que estabelecem um conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais da pessoa idosa como saúde, educação, trabalho, justiça; políticas de proteção à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, embora ainda haja uma lacuna entre estas políticas e a realidade.

Outro aspecto que preocupa em relação ao acelerado processo de envelhecimento são as repercussões nos serviços de saúde, sobretudo pelo impacto sobre as despesas com tratamentos médico e hospitalar.

Desta maneira, tem-se observado que a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias caiu de 46% (em 1930) para 5,3% (em 2005), enquanto as mortes por doenças e agravos não transmissíveis chegaram, em 2005, a representar dois terços da totalidade das causas conhecidas (BRASIL, 2010a).

Estes números traduzem-se em termos de saúde pública, em maior número de problemas médicos crônicos e degenerativos devido às alterações físico-cognitivas, relacionados particularmente aos sistemas cardiocirculatório, neuropsiquiátrico, digestivo e osteoarticular, os quais dependem, em geral, de métodos diagnósticos sofisticados e de tratamento prolongado.

Outrossim, dados do Ministério da Saúde sobre Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram as diferenças nas proporções de óbitos hospitalares de pessoas idosas em relação às demais faixas etárias entre os meses de janeiro e junho de 2012. Em todo o Brasil neste período, houve 38.055 óbitos hospitalares entre idosos com 60-69 anos de idade, 44.064 idosos com 70-79 anos e 45.664 entre idosos de 80 anos ou mais. Números

bastante diferentes, por exemplo, do total de óbitos entre adultos de 50-59 anos (29.365), de 20-29 anos (6.549) e entre crianças de 1-9 anos (1.990) e menores de um ano (9.406) (BRASIL, 2012a).

Além disso, o valor por serviços hospitalares de janeiro a junho de 2012 também foi elevado entre os idosos, sendo o maior valor de R\$ 641.162.469,48 para pessoas idosas entre 60-69 anos, seguidos do gasto por serviços hospitalares para adultos de 50-59 anos, R\$ 629.666.160,94 (BRASIL, 2012b).

Um estudo realizado em Recife (PE) demonstrou um aumento gradual da razão internações/população com o avanço da idade. Essa proporção foi duas vezes maior para os idosos em relação ao grupo dos 20 aos 59 anos, apresentando-se mais de duas vezes superior entre os idosos com 80 anos e mais, comparativamente à daqueles entre 60 e 69 anos (SANTOS; BARROS, 2008).

Dessa maneira, cabe discutir sobre as modificações próprias do envelhecimento. Lembrando que assim como todos os processos vitais experimentados desde o nascimento, a infância, adolescência até a idade adulta, o envelhecimento também é complexo (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002), dinâmico e pluridimensional, pois envolve determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

O envelhecimento representa o conjunto de consequências ou os efeitos da passagem do tempo. Pode ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável. Porém, Moraes, Moraes e Lima (2010) lembram que essa involução não impede que a pessoa se mantenha ativa, independente e feliz.

Essa etapa do ciclo vital ocorre em todos os órgãos ou sistemas e é irreversível, multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular-molecular, causando mais vulnerabilidade do organismo às agressões externas e internas (MORAES, 2009).

Assim, ao assistir a pessoa idosa, é necessário conhecer suas características específicas decorrentes do envelhecimento para cuidar individual e integralmente. Neste sentido, Pedreira (2011b) reforça que no caso da TIV, os idosos e crianças são populações com necessidades específicas e mais vulneráveis à ocorrência de eventos adversos.

Acerca das peculiaridades da pessoa idosa para o uso do AVP, Duarte (2011) identifica a dificuldade para a punção venosa, seja pela fragilidade capilar, pela perda de água na composição corporal ou pela presença de quadros confusionais. Além disso, existem as

alterações da pele e diminuição da gordura e massa muscular, aumentando a exposição desse grupo às lesões no sítio de inserção do AVP.

A pele, maior órgão do corpo e indispensável à vida, tem suas características normais modificadas de acordo com fatores como a idade, exposição a raios solares, hidratação, tensoativos, nutrição, tabagismo e medicamentos. As mudanças relacionadas ao envelhecimento podem ser retardadas, mas não extintas (OLIVEIRA, R.A., 2012).

Com o passar do tempo, a estrutura morfológica e as funções da pele se modificam, sendo necessário conhecer estas mudanças para melhor cuidar, no sentido de preservar a integridade da pele da pessoa idosa.

Desse modo, sabe-se que nestes indivíduos, a espessura da pele representa 65% a 70% da pele do adulto. Na epiderme, ocorre um aumento da superfície que contém os corneócitos; a cada década de vida, há diminuição entre 10% e 20% do número ativo de melanócitos e ainda, há um aumento do tempo para troca epidermal. A junção entre a derme e epiderme diminui, pois há perda da derme papilar (primeira camada da derme), além de haver diminuição de fibroblastos e da síntese de colágeno na derme (OLIVEIRA, R.A., 2012).

Outrossim, Sousa (2005) refere que as fibras elásticas da derme se alteram, a elastina fica porosa e elas perdem a elasticidade. Além disso, a pele fica mais seca e áspera, pois as glândulas sebáceas e sudoríparas (apócrinas e écrinas) diminuem suas atividades, assim como há redução nas células de Langerhans, contribuindo para ocorrência de infecções com diminuição da resposta inflamatória.

Ademais, destaca-se que há perda da gordura subcutânea, diminuição da circulação sanguínea cutânea em 60%, aumento em 20% do limiar de dor com redução em 1/3 do número de corpúsculos de Meissner e Vater-Pacini, gerando atraso na percepção sensorial, podendo levar a lesões mecânicas e químicas (OLIVEIRA, R.A., 2012).

Ocorre assim, diminuição da função de barreira, atraso na reparação tecidual, aumento do risco de traumatismos mecânicos e diminuição do turgor da pele (OLIVEIRA, R.A., 2012), sendo preciso atenção especial a este tecido durante a hospitalização da pessoa idosa, principalmente quando em uso do AVP.

Em relação ao sistema muscular, sabe-se que o peso do músculo diminui devido à perda de células musculares e o aumento de fibras musculares em degeneração (SOUSA, 2005). As fibras que se perdem são substituídas por fibras colágenas; tanto as fibras de contração rápida (brancas), quanto às de contração lenta (vermelhas) podem apresentar-se degeneradas ao lado de outras atrofiadas. Por isso, observa-se em geral, diminuição da força, resistência e coordenação do indivíduo com o progredir da idade (DI DIO, 1999).

Duarte (2011) identifica ainda as mudanças ocorridas nos vasos sanguíneos, as quais influenciam diretamente os cuidados à pessoa idosa para a inserção e manutenção do cateter venoso. Desta maneira, há um aumento da fibrose, do acúmulo de cálcio e lipídios e da proliferação celular na túnica íntima dos vasos, contribuindo para o desenvolvimento da aterosclerose.

Também há uma calcificação das fibras de elastina e do colágeno na túnica média (camada intermediária), ocasionando o enrijecimento dos vasos, da resistência periférica e da pressão arterial sistólica. Já a túnica adventícia é pouco ou nada afetada pelo processo de envelhecimento.

Outras mudanças são a diminuição no fator de crescimento endotelial, na resposta de permeabilidade da célula endotelial e a redução de até 50% na espessura da parede vascular aos 80 anos (OLIVEIRA, R.A., 2012).

Aliado a isso, alterações sistêmicas como as cardiovasculares e renais, podem comprometer a segurança do paciente com necessidade de AVP durante o uso da TIV (DUARTE, 2011). Assim, em condições de sobrecarga como na administração aguda de fluidos, a reduzida capacidade de reserva cardíaca e a menor eficácia e maior lentidão dos mecanismos compensadores renais, podem gerar hipervolemia e descompensação cardíaca (SOUSA, 2005).

Assim, para cuidar da pessoa idosa hospitalizada com necessidade de AVP, é fundamental que a equipe de enfermagem conheça suas peculiaridades anátomofisiológicas. A enfermeira precisa então, saber diferenciar os efeitos naturais deste processo e as alterações produzidas pelas afecções que podem acometer a pessoa idosa, atentando a outras necessidades para além dos aspectos físicos.

É importante uma atenção abrangente de saúde às pessoas idosas hospitalizadas que necessitam do AVP, considerando as múltiplas facetas do processo de envelhecimento para proporcionar não somente a administração de medicamento intravenoso, mas, principalmente, o bem-estar físico, psíquico e social, a autonomia, independência e, em última análise, a melhora da qualidade de vida, evitando danos.

2.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM NECESSIDADE DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

O cuidado sempre esteve presente nos processos de vida humana, seja no nascimento, adoecimento ou mesmo no advir da morte. Segundo Capra (1996), o cuidar é uma propriedade dos seres vivos, uma ação ligada ao instinto de sobrevivência e de preservação da espécie. Por isso, toda a vida animal precisa de cuidados para continuar existindo e nasce com o potencial de cuidado.

Dantas (2005) acrescenta que o cuidado humano, para além do instinto de preservação e sobrevivência, relaciona-se com a razão, pois os seres humanos pensam e constroem o seu modo de viver pelo uso da racionalidade. O cuidado surge então, juntamente com a própria vida, a fim de preservá-la e aperfeiçoá-la.

Por conseguinte, para Boff (1999) o cuidado humano é mais do que um ato, é uma atitude; mais do que um momento de zelo e desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado.

Sendo assim, o cuidado é relacional e interativo, ocorrendo através do encontro, referido por Waldow e Borges (2008), como o momento de cuidado entre o ser cuidado e o ser que cuida. Neste processo de cuidar, são realizadas ações e comportamentos que privilegiam não somente o 'estar com', mas o 'ser com'.

Por isso, cuidar representa mais do que a execução de técnicas e procedimentos. Para Waldow (2004), essas intervenções só se caracterizam como cuidado quando há comportamentos de cuidar como: respeito, consideração, gentileza, atenção, carinho, solidariedade, interesse, compaixão.

A partir da década de 1950, quando Madeleine Leininger iniciou a discussão sobre o cuidar, outros teóricos como Watson, Waldow, Boff, Horta e Collière tem contribuído para o arcabouço teórico sobre esta temática. O cuidar tem sido abordado em algumas áreas de atuação, e em especial, na enfermagem, onde o cuidar se apresenta com o sentido específico de cuidar, e não de curar.

Neste sentido, o cuidado se profissionaliza na enfermagem, a qual tem sido reconhecida essencialmente pelo ato de cuidar, cujo centro da sua prática é justamente o ser cuidado (WALDOW, 2007; FERREIRA, 2007). Destarte, as enfermeiras têm buscado o aprimoramento do conhecimento, o embasamento científico dessa prática e a melhor delimitação e reconhecimento do seu campo de atuação.

Por conseguinte, dentro dos cenários de atuação da enfermeira, destaca-se o cuidado à pessoa idosa, a qual representa um paciente diferenciado, sendo necessária de acordo com Ciosak et al (2011), uma atenção específica e com sensibilidade para compreendê-lo em seu contexto sociocultural, para fortalecer a responsabilização e o entendimento de sua condição

limitante e de suas potencialidades e para contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, ele venha a redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível.

Neste contexto, a enfermeira que cuida de pessoas idosas precisa desenvolver algumas atitudes: atitude espontânea ou induzida pelo profissional para proporcionar uma informação clara, que permita uma boa comunicação; atitude multidisciplinar para tornar o cuidado mais integral; atitude de respeito considerando a pessoa idosa, acima de tudo, como um ser humano, descobrindo suas capacidades e crendo na sua boa vontade, evitando julgamentos, sendo entusiasta e respeitando sua autonomia e intimidade; atitude sensível, o que não impede de ser enérgico quando necessário; atitude de cuidar da imagem, do tom de voz e ter habilidade na escuta (LÁZARO, 1994 apud SILVA, 2011).

Dentre os cuidados prestados à pessoa idosa durante a internação hospitalar, destaca-se a prática da TIV. Esta pode ser definida como um conjunto de conhecimentos e técnicas que visam à administração de soluções ou fármacos no sistema circulatório, abrangendo o preparo do paciente para a terapia, a escolha, a obtenção e a manutenção do AVP, os diferentes métodos de preparo e de administração de drogas e soluções, bem como os cuidados referentes à frequência de troca do cateter, curativos, dispositivos de infusão e soluções (PETERLINI; CHAUD; PEDREIRA, 2003).

Durante o tratamento de doenças, a TIV é uma prática muito utilizada na assistência de enfermagem, sendo verificado que 81% das enfermeiras realizam atividades de terapia intravenosa em mais de 75% do seu tempo, uma vez que 90% dos pacientes internados em unidades hospitalares recebem esse tipo de terapia (PHILLIPS, 2001).

Assim, o AVP é utilizado pela maioria dos pacientes hospitalizados, inclusive os idosos. Para sua obtenção, insere-se um cateter intravenoso no interior de uma veia periférica permitindo o acesso à corrente sanguínea (TANAKA; SHIMODA, 1999; AVELAR, 2011a).

A obtenção de acesso intravenoso periférico é o procedimento invasivo mais realizado em instituições de saúde. Estima-se que mais de 70% dos pacientes internados em hospitais sejam submetidos à punção intravenosa periférica (PIP), podendo permanecer com cateteres instalados durante parte considerável do tempo em que se encontram internados (NEGRI et al., 2012).

Por conseguinte, a INS (INS, 2011) aponta critérios para a TIV em pessoas idosas, indicando as competências e habilidades que a enfermeira deve ter para implementar tal prática, a saber o conhecimento e consideração dos seguintes fatores:

- Das alterações anatômicas relacionadas à pessoa idosa e seus efeitos sobre a avaliação física, a escolha do local do acesso vascular ou não vascular, os procedimentos de inserção e uso de equipamentos para infusão adequados ao paciente pessoa idosa, incluindo cuidados e práticas de manutenção durante a terapia de infusão;
- Das mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento e seu efeito sobre a dosagem dos fármacos e as limitações de volume, ações farmacológicas, interações, efeitos colaterais, monitorização de parâmetros relevantes e das alterações sistêmicas que afetam a resposta da pessoa idosa à terapia de infusão;
- Das mudanças cognitivas (audição, verbalização e visão) e da necessidade de garantir bons métodos de comunicação e ainda, considerar necessidades psicossociais e socioeconômicas;
- Da necessidade da interação, como membro da equipe de saúde, com familiares, pessoas significantes ou legalmente responsáveis pela pessoa idosa;
- Do potencial para eventos adversos e interações medicamentosas, principalmente nas pessoas idosas em uso de múltiplos medicamentos.
- Das considerações éticas, de ambiente e segurança relacionadas aos pacientes idosos que recebem terapia de infusão, para realizar a gestão da assistência de acordo com estas considerações.

Dessa maneira, durante a prática da TIV é necessário que a equipe de saúde pautue suas ações na segurança do paciente, dada a complexidade e frequência de realização dessa terapia, no intuito de evitar eventos adversos a ela associados, discutidos no capítulo posterior desta dissertação.

Uma vez que a pessoa idosa hospitalizada apresenta maior exposição à ocorrência de eventos adversos (THOMAS; BRENAN, 2000; BRENAN et al., 2004), enfatiza-se a importância da promoção de uma assistência livre de danos, que promova a segurança do paciente e evite o prolongamento da sua internação, com breve retorno as suas atividades.

Segundo Vincent (2009), a segurança do paciente reside nos sistemas e também nas pessoas e requer não só a tentativa de evitar danos, mas também a redução dos erros de todos os tipos e a procura pela alta confiabilidade como componente essencial do atendimento de alta qualidade.

A fim de prevenir os eventos adversos e contribuir com o clima de segurança nas instituições, o *International Council of Nurses* acredita que enfermeiros e associações nacionais de enfermagem precisam ter a responsabilidade de (VAN DE CASTLE, 2004): Informar os doentes e as famílias de potenciais riscos; Notificar os eventos adversos às autoridades apropriadas prontamente; Desempenhar um papel ativo na avaliação da segurança e qualidade do atendimento; Melhorar a comunicação com os pacientes e outros profissionais de saúde; Apoiar medidas que melhorem a segurança do paciente; Promover programas rigorosos de controle de infecção; Contribuir para políticas de tratamento padronizado e protocolos que minimizem os erros.

Além disso, é necessário: Estabelecer contatos com as entidades que representam profissionais farmacêuticos, médicos e outros para melhorar a embalagem e rotulagem de medicamentos; Colaborar com sistemas nacionais de notificação para registrar, analisar e aprender com os eventos adversos; Desenvolver mecanismos, por exemplo, por meio de acreditação, para reconhecer as características dos profissionais de saúde que oferecem uma referência de excelência em segurança do paciente (VAN DE CASTLE, 2004).

Em 2000, houve a divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) *To Err is human*, o qual mostrou que 100 mil pessoas morriam nos hospitais dos Estados Unidos (EUA) por eventos adversos e que os custos com o prolongamento da hospitalização foram estimados entre 17 e 29 bilhões de libras anualmente (KOHN et al, 2000). Após essas informações, em 2004 foi lançada a *World Alliance for Patient Safety* da OMS tendo como foco o Desafio Global para a Segurança do Paciente.

No Brasil, foi lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNPS), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à Segurança do Paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados membros da OMS (BRASIL, 2013a).

Neste sentido, a partir das recomendações da OMS através da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, são destacados alguns aspectos relevantes para a segurança do paciente durante o uso do AVP, a saber: prevenção de infecções através da higienização das mãos antes e após a punção e ao manipular os dispositivos de infusão; a correta identificação do paciente para designar assertivamente o cuidado, por exemplo, de uma punção venosa; prevenção de erros de conexão de cateteres, sondas e drenos, podendo-se utilizar sistemas de conexão diferentes em diâmetro e cor para evitar conectar dispositivos em vias erradas, como

a enteral e a intravenosa. É importante também, identificar as bombas de infusão usadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; PEDREIRA, 2011b).

Pedreira (2011b) ressalta que para o alcance de bons resultados, as instituições de saúde devem proporcionar ao profissional de saúde, a oportunidade de trabalhar em ambientes com cultura organizacional centrada nas necessidades do paciente e família, possibilitando a realização de cuidados baseados na melhor informação científica e que promovam a segurança do paciente.

Ademais, os cuidados referentes ao AVP envolvem intervenções relacionadas ao planejamento da TIV, à inserção, manutenção e retirada do cateter intravenoso periférico. Assim, podem-se ressaltar pontos importantes a serem considerados na pessoa idosa, os quais são abordados a seguir.

É fundamental a prescrição de enfermagem para a administração da medicação intravenosa contendo o correto apazamento, reconstituição e diluição dos medicamentos/soluções, forma de administração (volume, tempo da infusão, uso de bombas de infusão/buretas), trocas de fixação e sítio, lavagem dos dispositivos com solução fisiológica para prevenir incompatibilidade entre fármacos (HARADA, 2011).

Além disso, faz-se necessário conhecer a terapia quanto à velocidade de infusão, natureza da solução (pH, osmolaridade, viscosidade, a qual influencia o calibre do vaso sanguíneo a ser utilizado), duração e propósito para direcionar melhor o planejamento, principalmente o calibre e o tipo de dispositivo (PHILLIPS, 2001; HARADA, 2011).

Deve-se ainda considerar as características da pessoa idosa quanto por exemplo, à pele e à fragilidade venosa que possibilitam maior ocorrência de complicações locais da TIV; quanto à mobilidade e orientação, pois idosos agitados dificultam a punção e fixação do dispositivo, além disso, a ocorrência de confusão mental o expõe a maior risco para flebite e extravasamento por não verbalizarem a dor; e quanto à escolaridade, para adequar a linguagem no momento de orientá-lo quanto os dispositivos, alarmes e identificação de sinais e sintomas dos eventos adversos relacionados ao AVP (HARADA, 2011).

Com relação à rede venosa, é preciso considerar seu tamanho, calibre, trajeto, local anatômico, condições do local, além da visualização da rede venosa, a qual pode ser facilitada por métodos como transiluminação e ultrassonografia (AVELAR, 2009).

Ao planejar a inserção do cateter intravenoso, considera-se também o tipo de dispositivo utilizado quanto ao seu calibre e comprimento, custo, característica de segurança e treinamento para correto manuseio do mesmo. Além de ser importante avaliar a preferência e

atividades do paciente (HARADA, 2011); evitando o membro dominante da pessoa idosa, para não limitar seus movimentos e atividades e realizando rodízio dos sítios de inserção.

Outrossim, durante a inserção do cateter periférico, é importante estar atento à utilização de técnica asséptica e segura com o uso de luvas de procedimento, assepsia com álcool a 70% por 30 segundos e com movimentos circulares no sentido do centro para fora (SCALES, 2008; HARADA, 2011; INS, 2011; O'GRADY et al., 2011).

Vale ressaltar ainda a minimização da dor da pessoa idosa durante este procedimento, podendo-se tracionar a pele e considerar o uso de anestésicos locais ou utilizar algum método não farmacológico como a musicoterapia (VIANA, 2011).

Para manter o AVP, a lavagem do acesso entre as medicações e a estabilização adequada é imprescindível, a qual deve ser feita de forma a proteger contra contaminação microbiana, manter seco o sítio de inserção, prevenir traumas no local, permitir a contínua observação do sítio para detecção precoce de complicações locais da TIV, ser confortável e não irritante ao paciente (PHILLIPS, 2001; LAVERY; SMITH, 2007; AVELAR, 2011a).

Percebe-se que os cuidados adequados com o paciente com AVP são complexos e exigem da equipe de enfermagem conhecimento teórico para fundamentar a prática, habilidades técnicas e pensamento crítico. Avelar (2009) reforça sobre a necessidade de adequada organização e divisão do trabalho dentro da equipe de enfermagem, com atuação da enfermeira junto ao paciente.

A autora refere que devido à deficiência numérica de enfermeiros e as políticas de saúde para seu aproveitamento, têm-se observado no Brasil, que os cuidados diretos ao paciente submetidos à TIV infelizmente constituem atribuição predominante do profissional de nível médio, que possui habilidade técnica, porém não tem a responsabilidade de desenvolver competência clínica e raciocínio crítico que promovam o aprimoramento da terapia (AVELAR, 2009).

Isto posto, ressalta-se ainda que a enfermeira ao lidar com a pessoa idosa com necessidade de AVP, mais do que realizar os procedimentos técnicos de inserção e manutenção desse dispositivo, precisa oferecer cuidado a esses pacientes, ou seja, manter, promover e desenvolver tudo o que existe ou todo potencial de vida que eles conservam.

Além disso, segundo Berger (1995a), nos idosos qualquer agressão, ainda que mínima, à sua integridade, é capaz de causar um desequilíbrio global e irreparável. Por isso, esta autora chama atenção para a necessidade de o profissional que cuida de pessoas idosas estar atento para avaliar convenientemente o equilíbrio biopsicossocial do cliente, em todas as dimensões afetadas.

Desta maneira, a avaliação da enfermeira à pessoa idosa que necessita de cuidados referentes ao AVP deve ser ampla e abranger esta multidimensionalidade, analisando o nível de autonomia, independência relativa às suas necessidades fundamentais. A coleta de informações deve se basear numa anamnese e exame físico apurados.

Por conseguinte, de acordo com Collière (1986 apud WALDOW, 2007), a enfermeira precisa ouvir os pacientes, ter tempo para unir reflexão e ação, expressar sentimentos, construir e avaliar junto com pacientes e famílias projetos de cuidado e cura de acordo com seus hábitos e crenças.

A equipe de enfermagem, a qual permanece grande parte do tempo junto à pessoa idosa hospitalizada, necessita visualizá-la e tratá-la como um ser único, multidimensional, com diferentes necessidades, com opiniões próprias, com uma história de vida, a qual precisa ter sua autonomia preservada, sua identidade, suas vontades, crenças e costumes respeitados e que pode participar ativamente do cuidado, juntamente com sua família.

Neste processo, ao cuidar da pessoa idosa, deve-se considerar o contexto de cada ação realizada, respeitar as peculiaridades próprias do envelhecimento e de cada indivíduo, sua fragilidade e limitações, contribuindo para que a hospitalização não seja um evento negativo, que diminua a autoconfiança e dependência dos pacientes, tornando-os mais frágeis e/ou vulneráveis e para que o uso do AVP traga bons resultados para o paciente com o alcance do sucesso esperado com a TIV.

2.3 EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

A assistência à saúde é desenvolvida em um sistema complexo, onde predomina a realização de procedimentos e intervenções que podem predispor ao erro e agravar suas consequências, em grau raramente identificado em outras atividades humanas (PEDREIRA, 2006).

Em alguns estabelecimentos de saúde, os trabalhadores de enfermagem ainda reproduzem um modelo de cuidado fragmentado e pautado em práticas sem fundamentação em evidências científicas, expondo a pessoa idosa hospitalizada à ocorrência de erros e eventos adversos relacionados à TIV, em especial ao AVP e ao processo de preparo e administração de medicamentos.

Por isso, nas últimas décadas vem sendo discutido nos cenários acadêmicos e nas grandes organizações reguladoras e promotoras da saúde, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), as implicações da prestação de um cuidado inseguro para a saúde do

paciente hospitalizado, trabalhadores de saúde e para o serviço de atenção hospitalar (QUES; MONTORO; GONZÁLES, 2010).

A discussão sobre os eventos adversos tem crescido, principalmente diante das evidências a nível internacional e nacional acerca da necessidade de sua prevenção e do movimento em prol da segurança do paciente. Além disso, partindo da premissa de que muitos estabelecimentos de saúde não têm proporcionado aos seus trabalhadores condições mínimas para o bom exercício profissional, o que oferece espaço para a ocorrência de erros e eventos adversos (SANTANA et al., 2012).

O erro é uma ação ou plano que se utiliza para obter uma determinada meta, mas que é feita de forma incorreta, porém sem intenção de realizá-la. Há também o erro de planejamento, quando se planeja determinada ação, mas esta não é executada satisfatoriamente. Quando esses erros ocasionam déficits e/ou prejuízos, eles passam a ser chamados de eventos adversos, sendo também titulados como agravo, que não estão relacionados às condições inerentes do paciente, e sim às práticas da equipe de saúde (COLI; ANJO; PEREIRA, 2010).

Por isso, nos últimos anos, o cotidiano clínico da enfermagem nas unidades hospitalares vem passando por profundas transformações no que se refere à difusão da cultura da segurança do paciente, tendo em vista às discussões internacionais e as evidências relativas à ocorrência do erro humano diante da prática da terapia intravenosa.

Assim, alguns serviços de saúde e, em particular, os serviços de enfermagem vêm buscando atingir a excelência no atendimento, visando proporcionar assistência livre de riscos e danos ao paciente. Os eventos adversos têm sido considerados importantes indicadores de qualidade para os serviços de saúde e a assistência prestada. Embora sejam indesejáveis, esses eventos são constantemente observados na prática assistencial, sendo frequentes aqueles relacionados aos erros de medicação (PELLICIOTTI; KIMURA, 2010).

Consideram-se como eventos adversos as injúrias não intencionais decorrentes da atenção à saúde, não relacionadas à evolução natural da doença de base, que ocasionam lesões mensuráveis nos pacientes acometidos, prolongamento do tempo de internação e/ou morte (CHANG et al, 2005).

Vale ressaltar que as iatrogenias adquirem maior importância na pessoa idosa, na qual tanto sua incidência, quanto a intensidade de suas manifestações costumam ser mais acentuadas. O *Harvard Medical Practice Study* mostrou que pacientes com 65 anos de idade ou mais apresentaram um risco duas vezes maior de sofrer iatrogenia durante a internação, do que pacientes entre 16 e 44 anos de idade (BRENAN et al., 2004).

Na investigação de Szlejf et al. (2012), 187 eventos adversos ocorreram em 94 admissões em uma ala geriátrica (55%), dentre eles a flebite no AVP. Porém, apesar de os eventos aparecerem como preditores da morte intra-hospitalar da pessoa idosa, não foram encontrados fatores de risco associados com a ocorrência desses eventos. Por isso, é necessário monitorar a pessoa idosa durante a hospitalização, pois não foi encontrado um perfil de risco característico para os pacientes suscetíveis aos eventos adversos.

Outros autores (LEFEVRE et al., 1992; MEURER et al., 2006; MADEIRA et al., 2007) destacam como fatores de risco para essas injúrias, o maior tempo de hospitalização, uso de vários medicamentos diariamente, a gravidade da doença, comorbidades associadas.

Além disso, Thomas e Brenan (2000) mostraram que mais da metade dos eventos iatrogênicos ocorridos em pessoas idosas hospitalizadas podem ser prevenidos, o que reforça a necessidade do planejamento e implementação de uma assistência à saúde segura para evitar injúrias durante a hospitalização.

Considerando que os cateteres de inserção periférica fazem parte da assistência de aproximadamente metade dos pacientes que necessitam de terapia intravenosa (AHLQVIST et al., 2009), na pessoa idosa hospitalizada destacam-se como principais eventos adversos as complicações relacionadas ao AVP tais como a flebite, a infiltração e a obstrução. Estes eventos tem recebido destaque, aparecendo em alguns estudos como os eventos adversos que mais lhes acometeram (CARVALHO-FILHO et al., 1998; SZLEJF et al., 2008).

Isso porque a prática da TIV não está isenta de complicações para o paciente, podendo resultar em morbidade e mortalidade, aumento do tempo de hospitalização, e custos significativos, mesmo quando embasadas em conhecimentos científicos e desenvolvidas com habilidade técnica, pois a utilização diária e a inserção de dispositivos intravasculares estão associadas ao risco de complicações que podem ter impacto no estado clínico e na evolução do paciente (WAITT; WAITT; PIRMOHAMED, 2004; SAINI et al., 2011).

Compreendem-se complicações locais da TIV como um resultado não esperado ou não desejado associado à terapia proposta, caracterizadas por lesões ao redor do sítio da inserção do cateter intravenoso, ou ao longo do trajeto venoso, as quais decorrem em geral, dos traumatismos na túnica íntima do vaso sanguíneo periférico e da translocação de microorganismos para a região próxima à inserção do cateter ou interior do acesso vascular (LEITE et al, 2004; JOHANN, 2011; MODES et al, 2011).

Devido às implicações clínicas relacionadas às complicações associadas à terapia intravenosa, ressalta-se que a equipe interdisciplinar, ao planejar a terapia infusional, deve

seguir critérios rígidos para a eleição do tipo de acesso venoso e o monitoramento dos possíveis eventos adversos (RODRIGUES, 2008).

Cerca de 25 milhões de pessoas em todo o mundo recebem algum tipo de TIV por meio de um AVP e destes, um percentual de 25 a 80% desenvolvem complicações a ele relacionadas (CDC, 2002).

Ademais, identificam-se como fatores de risco para o surgimento desses eventos adversos a natureza dos fármacos, a duração da terapia, as características individuais do paciente, as características do dispositivo intravenoso, a sua localização na área corpórea do indivíduo, o preparo do local de inserção, o tipo de infusão, a técnica de inserção, o tempo de permanência do cateter, o tipo de curativo e estabilização utilizados e a forma de manutenção do cateter (AVELAR, 2009; HARADA; RÊGO, 2011).

As complicações podem ocorrer devido a fatores físicos e químicos. Os fatores físicos são desencadeados pela técnica realizada no procedimento de punção venosa, as características anatômicas e fisiológicas do indivíduo, gravidade da doença de base, características do dispositivo intravenoso, bem como o seu calibre e tipo de material utilizado na fabricação. Considera-se, também, a quantidade de tentativas punções venosas periféricas, a permanência do acesso venoso por mais de 72 horas e a presença de alguma infecção (BRANNEN; SURETTE, 1997).

Os fatores químicos incluem a administração de drogas e soluções irritantes ou vesicantes em vasos periféricos, a concentração da diluição do medicamento, a sua taxa de infusão, o potencial hidrogeniônico (pH) e a osmolaridade do medicamento (BRANNEN; SURETTE, 1997; HARADA; RÊGO, 2005; INS, 2006; HARADA; RÊGO, 2011).

Por conseguinte, durante o planejamento da TIV, a enfermeira deve conhecer a característica dos medicamentos e soluções. As soluções de acordo com sua osmolaridade podem ser divididas em isotônicas, hipotônicas e hipertônicas (ROEHRS et al., 2012).

A osmolaridade representa a concentração de um soluto dissolvido em um litro de solução. No plasma sanguíneo humano esta concentração varia de 280 a 295 mOsm/L. Substâncias com osmolaridade muito diferenciada desses valores podem ocasionar dor e flebite no local puncionado (HARADA; RÊGO, 2005; HARADA; RÊGO, 2011; SECOLI, 2011; ROEHRS et al., 2012).

A osmolaridade da droga a ser infundida pode afetar o ambiente celular levando a danos celulares. Substâncias hiperosmolares como soluções de glicose a 10%, glicose a 25% e a 50% ou contrastes possuem osmolaridade superior a 375 mOsm/L e promovem a saída de água do espaço intracelular para o extracelular, principalmente do endotélio, provocando a

morte celular (HARADA; RÊGO, 2005; HARADA; RÊGO, 2011; SECOLI, 2011; WASHINGTON; BARRET, 2012; ROEHRS et al., 2012).

As soluções hipotônicas tais como solução fisiológica a 0,45%, potencializam a entrada de água no sistema intracelular, acarretando a sua ruptura, tornando o vaso mais vulnerável à ocorrência de infiltração e de flebites, por possuírem osmolaridade inferior a 250 mOsm/L (HARADA; RÊGO, 2005; HARADA; RÊGO, 2011; SECOLI, 2011; WASHINGTON; BARRET, 2012; ROEHRS et al., 2012).

Entretanto, as soluções isotônicas, como a solução fisiológica a 0,9%, a glicose a 5% e a solução de ringer lactato, por possuírem osmolaridade semelhante ao do plasma sanguíneo (250 a 375 mOsm/L), permanecem no espaço intravascular, não afetando o líquido intracelular (HARADA; RÊGO, 2005; HARADA; RÊGO, 2011; SECOLI, 2011; WASHINGTON; BARRET, 2012; ROEHRS et al., 2012).

As soluções isotônicas são utilizadas na expansão dos fluidos extracelulares, devendo-se ficar atento à sobrecarga circulatória. As soluções hipertônicas estão indicadas na reposição de eletrólitos, são consideradas soluções irritantes, podendo também causar sobrecarga circulatória (PHILLIPS, 2001; ROEHRS et al., 2012).

Por outro lado, o pH diz respeito à concentração de íons hidrogênio nas várias substâncias terapêuticas ou líquidos orgânicos, indicando se uma determinada solução é ácida, neutra ou alcalina (PHILLIPS, 2001; SECOLLI, 2011).

Com relação à osmolaridade e ao pH, a *Infusion Nurses Society* (INS) (INS, 2011; INS BRASIL, 2013) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2010b) preconizam que soluções com osmolaridade superiores a 600 mOsm/L e pH menor do que 5 ou maior do que 9, sejam infundidas em acessos venosos centrais devido ao risco de desenvolvimento de complicações.

Existem várias complicações locais da TIV, mas essas raramente são graves. As mesmas podem ser identificadas através de uma avaliação objetiva e monitorização dos componentes chaves, assim como a intervenção precoce, em que uma técnica adequada de punção é o principal fator de prevenção dessas complicações (PHILLIPS, 2001).

Neste capítulo, abordam-se os eventos adversos relacionados ao AVP. Assim, são discutidas as principais complicações locais da TIV, dentre elas a infiltração, extravasamento, flebite, trombose, tromboflebite e hematoma, à luz de estudos nacionais e internacionais realizados nos diversos contextos da prática de enfermagem hospitalar, tanto na área neonatal e pediátrica, quanto na população adulta, tendo em vista a escassez de estudos envolvendo somente a população idosa hospitalizada (PEREIRA; ZANETTI, 2000; PHILLIPS, 2001;

SILVA, 2004; HARADA; RÊGO, 2005; EVANS; DIXON, 2006; NETTO; SECOLI, 2005; AVELAR, 2009; HARADA; RÊGO, 2011; INS, 2011; JOHANN, 2011; SAINI et al., 2011).

A flebite é uma das complicações mais frequentes da TIV e caracteriza-se pela inflamação da veia. Na presença desta complicação, as plaquetas ficam aderidas nas paredes dos vasos, devido ao processo inflamatório celular, tornando-as ásperas (MARTINHO; RODRIGUES, 2008). A flebite pode ainda desenvolver-se como um cordão fibroso e manifesta-se geralmente, com hiperemia local, edema, dor e calor (MARTINHO; RODRIGUES, 2008).

Estudos apontam que a incidência de flebite em unidades hospitalares varia de 3% a 64,9% (MACHADO; PEDREIRA; CHAUD, 2008; SINGH; BHANDARY.; PUN, 2008; MARTINEZ et al., 2009; GOMES et al., 2011; MAGEROTE et al., 2011; SAINI et al., 2011; XAVIER; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2011; ROCA et al., 2012; WASHINGTON; BARRET, 2012).

Alguns fatores aumentam o risco do paciente a desenvolver a flebite, tais como o aumento da idade, o sexo feminino, condições tais como neutropenia, desnutrição, imunossupressão, condições que prejudicam a função circulatória e periférica (NASSAJI-ZAVAREH; GHORBANI, 2007; SAINI et al., 2011).

A flebite é uma das complicações mais frequentes no espaço hospitalar, sendo considerada uma falha infusional importante, que implica na interrupção da TIV, sendo uma das causas preveníveis de morbimortalidade de pacientes (GABRIEL, 2008). Ela pode ser ocasionada por fatores mecânicos, químicos ou infecciosos (HARADA; RÊGO, 2005; ATHAYDE; OLIVEIRA, 2006; INS, 2006; HARADA; RÊGO, 2011; INS BRASIL, 2013; INS, 2011; REIS; CARVALHO, 2011).

Ademais, pode ainda ocorrer associada à formação de trombo, sendo neste caso denominada de tromboflebite (ZINGG; PITTET, 2009).

A flebite mecânica é ocasionada pela inflamação da camada íntima da veia em ocasionada por uma resposta do próprio organismo pela presença do dispositivo intravenoso, decorrente da irritação provocada por um trauma durante a realização da punção venosa, do calibre do cateter periférico, da fixação ou estabilização inadequada, o que potencializa o movimento de vai e vem da cânula intravenosa e remoção do dispositivo intravascular (HARADA; RÊGO, 2005; ATHAYDE; OLIVEIRA, 2006; INS, 2006; JESUS; SECOLI, 2007; HARADA; RÊGO, 2011; INS BRASIL, 2013; INS, 2011; JOHANN, 2011; REIS; CARVALHO, 2011).

A flebite química é provocada pela infusão de drogas ou soluções de natureza irritante ou vesicante, que possuem pH extremos (menor do que 5 ou maior do que 9), hiperosmolares, presença de precipitados no interior de frascos-ampolas ou seringas, diluições inadequadas de medicamentos ou taxa de infusão acima do preconizado para cada agente medicamentoso, promovendo a irritação e posterior inflamação venosa (HARADA; RÊGO, 2005; ATHAYDE; OLIVEIRA, 2006; INS, 2006; INS BRASIL, 2013; HARADA; RÊGO, 2011; INS, 2011; REIS; CARVALHO, 2011; WASHINGTON; BARRET, 2012).

Já a flebite infecciosa é causada através da translocação bacteriana do sítio de inserção do cateter venoso até a camada interna da veia. Os fatores que contribuem para sua ocorrência são: a utilização de coberturas não estéril no sítio de inserção do cateter, ausência de lavagem das mãos, falhas na técnica asséptica durante o preparo e administração do medicamento, contaminação de soluções ou falta da assepsia nas conexões do sistema de infusão intravenoso durante a administração de medicamentos (HARADA; RÊGO, 2005; ATHAYDE; OLIVEIRA, 2006; INS, 2006; NASSAJI- ZAVAREH; GHORBANI, 2007; HARADA; RÊGO, 2011; INS, 2011; REIS; CARVALHO, 2011).

É discutido ainda sobre um quarto tipo de flebite denominada de pós infusional ou retirada do cateter, a qual pode surgir 48 a 72 horas após a remoção do dispositivo intravascular (INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Maiores custos para o serviço de saúde, desconforto para o paciente e uma internação hospitalar que se prolonga, são algumas das consequências que fazem desta complicação um problema relevante da prática clínica (MAGEROTE et al., 2011).

Dessa forma, a prevenção da flebite, o controle de sua evolução após a sua ocorrência e a reversão dos sinais inflamatórios que a caracterizam se fazem necessários, principalmente em pacientes que possuem a rede venosa já muito sensibilizada (REIS et al., 2011).

Nesse contexto, para a avaliação da flebite, a enfermeira tem como instrumento a escala de determinação do grau da flebite proposta pela INS que classifica a lesão de acordo com a gravidade de seus sinais e sintomas em: Grau 0: ausência de sintomas; Grau 1: um eritema no local do acesso com ou sem dor; Grau 2: dor no local do acesso com eritema e/ou edema; Grau 3: dor no local do acesso com eritema, endurecimento e cordão venoso palpável; Grau 4: dor no local do acesso com eritema, endurecimento, cordão venoso palpável com mais de 1 cm de comprimento e drenagem purulenta (INS, 2006; INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Outro evento adverso relacionado ao AVP é a trombose, que pode ser entendida como a formação de coágulos na veia puncionada ou no interior do dispositivo intravenoso,

decorrente da aderência de plaquetas, bloqueando a circulação sanguínea (PHILLIPS, 2001; JESUS; SECOLI, 2007; JOHANN, 2011; SOARES; ALMEIDA; GOZZO, 2012).

A incidência da trombose varia em torno de 2,1 a 38%. Os sinais e sintomas caracterizam-se por velocidade de infusão lenta, permeabilidade insatisfatória e resistência no interior na veia (NASCIMENTO et al., 2000; PEREIRA; ZANETTI, 2000; PHILLIPS, 2001; PEREIRA; ZANETTI; RIBEIRO, 2002; KAGEL; RAYAN, 2004; MACHADO; PEDREIRA; CHAUD, 2008; MARTINEZ et al., 2009; BATALHA et al., 2010; GOMES et al., 2011).

As causas decorrem do refluxo de sangue pelo cateter em pacientes hipertensos (comum em pessoas idosas), velocidade de fluxo reduzida, interferindo na permeabilidade da veia, traumas nas células do endotélio pelo dispositivo intravenoso, interrupção do fluxo de infusão das soluções, na presença de coagulopatias e ausência de realização de *flushing* e *locking* antes e após a administração medicamentosa, respectivamente (PHILLIPS, 2001; JESUS; SECOLI, 2007; JOHANN, 2011).

O *flushing* é uma técnica que se caracteriza pela lavagem do cateter, antes e depois de cada infusão, como parte das etapas para avaliar a função deste cateter. O objetivo deste cuidado é a prevenção de incompatibilidade entre medicamentos que são administrados no mesmo horário e a prevenção da obstrução do AVP (INS, 2011).

O *locking* corresponde ao bloqueio realizado após a conclusão da solução intravenosa, a fim diminuir o risco de oclusão. A realização do *flushing* e do *locking* deve ser estabelecida nos estabelecimentos de saúde, através de políticas organizacionais, procedimentos e/ou diretrizes de prática e de acordo com os fabricantes instruções de uso, para assim promover um cuidado seguro à pessoa hospitalizada com necessidade de AVP (INS, 2011).

Quando a medicação for incompatível com o sódio, a lavagem do cateter deverá ser feita com solução Glicosada a 5%, seguida por uma lavagem com Cloreto de sódio 0,9% e/ou heparina, para bloquear solução. A solução de glicose a 5% deverá ser liberada do lúmen do cateter para evitar o fornecimento de nutrientes para biofilme em crescimento (PERUCCA, 2010).

Entretanto, observa-se na prática clínica que os trabalhadores de enfermagem ao assistirem à pessoa hospitalizada, inclusive à pessoa idosa com necessidade de terapias infusionais, não fazem a avaliação prévia da permeabilidade do dispositivo intravascular e em geral, não realizam o *flushing* ou *locking* como medidas preventivas dos eventos adversos associados ao AVP.

Por conseguinte, expõe-se a pessoa idosa com AVP à obstrução total ou parcial do cateter e ao realizar a administração do fármaco intravenoso de forma rápida, poderá ocasionar a infiltração medicamentosa e/ou extravasamento do fármaco infundido, dependendo de suas características.

Ainda em relação à trombose, vale destacar que se deve evitar a irrigação do cateter obstruído e consequente introdução do trombo na corrente sanguínea, prevenindo a embolia sistêmica ou mesmo, uma possível disseminação de infecção (INS BRASIL, 2013; PHILLIPS, 2001).

Desta forma, na presença desta complicação local, o dispositivo intravascular deverá ser removido e providenciado outro AVP na pessoa idosa. Porém, muitas vezes nota-se a utilização de seringas menores do que a de 10 ml com solução de água destilada ou Vitamina C para a lavagem dos AVP, pelos trabalhadores da saúde, em especial os de enfermagem o que se configura numa prática realizada de forma empírica, sem fundamentação científica.

Retomando-se à tromboflebite, esta é definida como um processo inflamatório na veia periférica que está associado à trombose local (PHILLIPS, 2001; SILVA, 2004). A sua ocorrência está em torno de 3% a 64,5% nos indivíduos que fazem uso da TIV (KAGEL; RAYAN, 2004; SILVA, 2004; CICOLINI et al., 2009; MAGEROTE et al., 2011). Esta complicação local da TIV pode gerar elevação dos custos do tratamento e maior tempo de internação da pessoa idosa (CICOLINI et al., 2009).

Num estudo realizado com 427 pacientes em um hospital italiano, a frequência de tromboflebite em cânulas periférica intravenosa foi maior no sexo feminino e nos pacientes com cânulas inseridas nas veias do dorso da mão, quando comparados com os que utilizaram cânulas inseridas nas veias da fossa cubital. Por isso, os autores consideram que o uso de veias da fossa cubital ao invés de veias do antebraço e das mãos deve ser encorajado a fim de reduzir o risco de tromboflebite em pacientes com cânulas venosa periférica (CICOLINI et al., 2009).

Os sinais e sintomas da tromboflebite caracterizam-se por velocidade de infusão lenta, assim como na trombose, além de sensibilidade na veia, calor, edema no local de inserção do cateter e no trajeto da veia puncionada e presença de cordão fibroso (PHILLIPS, 2001; JOHANN, 2011).

Outro evento adverso muito frequente é a infiltração, a qual pode ser definida como o deslocamento da ponta do cateter da veia, provocando a saída de medicamento ou solução não vesicante ao redor do tecido (espaço extravascular). Solução ou medicamento não vesicante

pode ser entendido como substâncias que não geram graves lesões ao tecido vascular (HARADA; RÊGO, 2005; HARADA; RÊGO, 2011).

A ocorrência de infiltração varia em torno de 2,1% a 78,0% na população em geral e em torno de 58% nas crianças e 79,2% na população neonatal (NASCIMENTO; SOUZA, 1996; NASCIMENTO et al., 2000; PEREIRA; ZANETTI; RIBEIRO, 2002; KAGEL; RAYAN, 2004; GALLANT; SCHULTZ, 2006; BATALHA et al., 2010; GOMES et al., 2011; SAINI et al., 2011; SOARES; ALMEIDA; GOZZO, 2012).

Por outro lado, o extravasamento é definido como a infiltração de fármacos vesicantes, com características semelhantes à infiltração, pois o mecanismo de ação é similar. Entretanto, no caso do extravasamento, o fármaco pode provocar graves lesões teciduais, com a formação de bolhas e necrose (PHILLIPS, 2001).

A ocorrência do extravasamento varia de 0,7% a 19% (WANG et al., 2007; MARTINEZ et al., 2009; GOMES et al., 2011).

A infiltração apresenta sinais e sintomas de pele fria na área circunvizinha ao cateter, edema, dor, diminuição ou interrupção da velocidade do fluxo de infusão, vazamento de solução do local de inserção do cateter e retorno sanguíneo ausente ou de coloração rosa pálido (JOHANN, 2011; MODES et al., 2011).

Além disso, sua ocorrência associa-se ainda a fatores como a estabilização do dispositivo de forma incorreta, má perfusão tecidual, não avaliação frequente do local de inserção do cateter, demora na interrupção da infusão na presença dos primeiros sinais de infiltração, infusão de grandes volumes e pressão aumentada na infusão (AVELAR, 2009; MODES et al, 2011).

Vale destacar que já existe uma escala proposta pela INS para a avaliação e determinação do grau da infiltração e do extravasamento, de acordo com a gravidade de seus sinais e sintomas em: Grau 0: não apresenta os sinais de infiltração; Grau 1: pele fria e pálida, edema inferior a 2,5 cm com pouca ou sem dor local; Grau 2: pele fria e pálida, edema em torno de 2,5 cm, com pouca ou sem dor local; Grau 3: pele fria, pálida e translúcida, edema superior a 15 cm, dor local de média a moderada intensidade, podendo ocorrer diminuição da sensibilidade; Grau 4: pele fria, pálida e translúcida, edema superior a 15 cm, dor local de moderada a severa intensidade, diminuída perda de sensibilidade e comprometimento circulatório, ocorrendo na presença de substâncias irritantes ou vesicantes (HARADA; RÊGO, 2011; INS, 2011).

De acordo com Avelar (2009) a infiltração ocorre em maior frequência na população idosa, neonatal, pediátrica, em pacientes inconscientes, portadores de doenças vasculares periféricas, diabetes com neuropatia periférica e obstrução da veia cava superior.

Diante da ocorrência da infiltração, a enfermeira deve estimar o volume de fluido que tenha escapado para dentro do tecido com base na taxa de infusão e a duração do tempo desde a última avaliação. Grandes volumes tais como maiores do que 25 a 50 ml de fluido escapado, podem aumentar o risco de dano tecidual, havendo a necessidade de avaliação de um cirurgião plástico (WANG et al., 2007).

Por fim, discute-se o hematoma, o qual apresenta frequência de 19% a 60% (KAGEL; RAYAN, 2004; SOARES; ALMEIDA; GOZZO, 2012). Esta lesão consiste numa massa de sangue localizada ao lado de fora do vaso, usualmente encontrado no estado parcialmente coagulado (HARADA; RÊGO, 2011).

O hematoma por si só não causa danos. Contudo, pode representar o ponto inicial para outras complicações como a tromboflebite e infecção local. Além disso, de acordo com a gravidade, Soifer et al. (1998) classificam-no como leve, moderado e grave, quanto atinge aproximadamente três centímetros.

Diante disso, apesar dos avanços tecnológicos relacionados à TIV, é urgente que se atente para os eventos adversos associados ao AVP na pessoa idosa, pois pouco se observa na prática clínica a implementação de protocolos para sua prevenção ou mesmo a inclusão das taxas de complicações como indicadores de qualidade (HARADA; RÊGO, 2005).

Ao planejar a instalação de um cateter periférico na pessoa idosa, a equipe de enfermagem necessita conhecer os fatores de risco anteriormente mencionados para cada complicação abordada, considerando as peculiaridades do processo de envelhecimento, a fim de prevenir o surgimento de eventos adversos relacionados ao AVP.

Assim, é necessário conhecimento, senso crítico e sensibilidade da equipe de enfermagem quando diante de uma pessoa idosa que necessitará de um AVP para a TIV. Pois este cliente apresenta riscos maiores às suas complicações, necessita de cuidados especiais como uma avaliação precisa e escolha adequada de cateteres menores possíveis, pois possui vasos sanguíneos mais frágeis e tortuosos, sendo também necessária uma estabilização segura e que não lesione sua pele sensível.

Para que práticas de segurança sejam discutidas e implementadas é necessário que os dirigentes das organizações desenvolvam uma cultura e segurança voltada para o paciente e organizem uma equipe multidisciplinar que lidere essas discussões, buscando analisar e avaliar cada processo existente, em busca de melhorias (MIASSO et al., 2006). No entanto, o

gerenciamento clínico e a assistência à saúde devem ser estabelecidos por políticas e processos organizacionais e orientações práticas (INS, 2006).

A fim de reduzir a incidência das complicações destacados nesta secção, as enfermeiras devem combinar evidências disponíveis com os cuidados de enfermagem para ter um impacto positivo na vigilância de um maior tempo de patência do AVP e da veia. Uma estratégia que facilitaria esta articulação seria a utilização de ferramentas para a avaliação do sítio de inserção do cateter regularmente permitindo a detecção precoce de eventos adversos relacionados à TIV (EVANS; DIXON, 2006).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista o objeto de investigação, cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de AVP, o estudo desenvolvido foi do tipo qualitativo, descritivo e exploratório.

A abordagem qualitativa permite ao investigador analisar o participante do estudo como um ser único, que se encontra em determinada condição social, pertence a determinado grupo ou classe social com crenças, valores e significados próprios, os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

Além disso, neste tipo de pesquisa, o objetivo é sempre compreender os fenômenos humanos e sociais no seu ambiente natural, conhecer os sentidos e significações nele envolvidos e interpretá-los com recurso a uma abordagem indutiva, através da própria perspectiva do investigador (TURATO, 2003).

A pesquisa exploratória, segundo Piovesan e Temporini (1995), objetiva conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere, sendo importante para conhecer a realidade de forma verdadeira. Assim, este tipo de pesquisa tem a finalidade de proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2008).

Ademais, a pesquisa descritiva busca descrever ou detalhar e ampliar o conhecimento sobre determinados objetos que eram parcialmente conhecidos. O objetivo da pesquisa descritiva é apresentar com determinada precisão as características de determinada situação, envolvendo técnicas padronizadas de levantamentos de dados (GIL, 2008).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica de um hospital geral público do interior da Bahia.

O referido hospital é de grande porte, representa uma referência regional com importância para o município de Feira de Santana e região circunvizinha, ficando sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).

Além disso, está conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo de atividades de ensino e especialização nos campos de Medicina (Residência Médica),

Odontologia (Cirurgia Bucomaxilofacial), Enfermagem (Graduação e nível médio), Serviço Social, Nutrição e Fisioterapia, fazendo parte da Gestão Plena de Saúde do Município desde 2003.

Os campos empíricos propriamente ditos foram a Clínica Médica e a Clínica Cirúrgica do hospital, devido à proporção de idosos internados e utilizando AVP. A Clínica Médica possui 40 leitos e é composta por 14 enfermarias, sendo que destas, duas são destinadas a pacientes neurológicos (uma com seis leitos e outra com dois leitos de isolamento); quatro enfermarias de isolamento (cada uma com um leito); quatro enfermarias para sexo feminino (três com quatro leitos e uma com dois) e quatro para o sexo masculino com a mesma quantidade de leitos.

Já a Clínica Cirúrgica possui 13 enfermarias e capacidade para 57 leitos, sendo que desses, seis são específicos de ortopedia que ficam em uma enfermaria única.

Desse modo, somam-se leitos para a admissão de pacientes, dos quais muitos são idosos com doenças crônico-degenerativas como diabetes, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, cardiopatias e afecções digestivas, renais, respiratórias, hematológicas, hepatopatias ou ainda, afecções cirúrgicas como amputação e cirurgia ortopédica, nos casos de queda.

Durante o período de observação, o número de idosos por dia internados na Clínica Médica era em torno de treze (aproximadamente, 35% dos pacientes) e na Clínica Cirúrgica, em média oito (aproximadamente, 15% dos pacientes).

A equipe de enfermagem da Clínica Médica é composta por 07 enfermeiras e 29 técnicas de enfermagem e a da Clínica Cirúrgica por 07 enfermeiras e 26 técnicas de enfermagem. Durante o período da manhã, ficam escaladas duas enfermeiras em cada unidade de internamento e em média, três técnicas de enfermagem. No turno vespertino, há uma enfermeira e o mesmo número de técnicas/auxiliares e no turno noturno atuam nas unidades uma enfermeira de rodízio que fica responsável pela Clínica Médica e outras unidades de internamento do hospital e ficam entre duas e três técnicas de enfermagem escaladas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram deste estudo 09 membros da equipe de enfermagem que prestavam cuidados a pessoas idosas hospitalizadas nas unidades de Clínica Médica e Cirúrgica em estudo.

Para a seleção destes participantes, foram utilizados os seguintes critérios: trabalhar há pelo menos seis meses nos referidos setores; prestar cuidados diretamente a pessoas idosas hospitalizadas nessa unidade e estar escalado no período da coleta de dados.

Cabe destacar que na pesquisa qualitativa, uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Desse modo, o critério de representatividade da amostragem não é numérico, ou seja, a quantidade de indivíduos, entrevistas, grupos focais e outras técnicas deve permitir a reincidência de informação ou saturação de dados (MINAYO, 2007).

Utilizou-se como critério para a finalização da coleta de dados a saturação teórica dos dados, entendida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando não é mais relevante persistir na coleta de dados, já que o pesquisador observa certa redundância ou repetição dos dados. As informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Assim, a saturação teórica dos dados foi identificada durante a realização da nona entrevista.

3.4 COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos da pesquisa, a coleta de dados foi conduzida no período entre outubro de 2013 e janeiro de 2014, através de observação sistemática e de entrevistas semiestruturadas, a partir de roteiros previamente elaborados (APÊNDICES A e B), os quais foram pré-testados, a fim de determinar sua imparcialidade, clareza e adequação aos objetivos do estudo.

Conforme Santana (2010), a observação é uma técnica por meio da qual se utiliza os órgãos dos sentidos para conhecer a realidade e através da observação do fenômeno que o pesquisador buscará as respostas para seus objetivos.

O método observacional estruturado exige a formação de um sistema de categorização, registro e codificação precisa das observações e amostragens dos fenômenos que interessaram (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Uma das modalidades observacionais utilizadas na coleta de informações científicas é a observação sistemática, também chamada, conforme mencionam Marconi e Lakatos (2005), de observação estruturada, planejada ou controlada, devido ao fato de vislumbrar a resposta a propósitos pré-estabelecidos. Para tal, as autoras citadas afirmam que várias são as

possibilidades de instrumentos para coletar informações por esse método, a se destacarem os quadros, anotações, escalas, dispositivos mecânicos entre outros.

Portanto, através da observação, foi possível adentrar no contexto estudado e apreender sobre a verdadeira realidade das experiências e comportamentos do grupo. Neste estudo, foram observados os cuidados que a equipe de enfermagem prestava à pessoa idosa hospitalizada desde o momento em que percebia a necessidade do AVP até a sua retirada, atentando para os cuidados com a pessoa idosa para a obtenção do AVP, para a sua manutenção e retirada.

Sobre a entrevista semiestruturada, Triviños (2006) assinala que esta é constituída de questionamentos básicos que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo interrogativo, fruto de novas hipóteses que surgem à medida que se recebem as respostas do informante.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada, localizada no próprio hospital e foram conduzidas a partir do roteiro que continha, na primeira parte, os dados de identificação e a experiência profissional, e na segunda, as seguintes questões norteadoras: Fale para mim o que você considera para o planejamento e inserção de um cateter venoso periférico na pessoa idosa hospitalizada; Fale o que você considera para a manutenção do AVP na pessoa idosa hospitalizada; Fale o que você considera para a retirada do AVP na pessoa idosa hospitalizada; Como você previne e trata eventos adversos referentes ao AVP na pessoa idosa hospitalizada?

As observações foram registradas por escrito e as entrevistas foram realizadas com auxílio de um aparelho gravador de áudio e posteriormente, transcritas na íntegra. Estas tiveram duração variável entre sete e vinte e um minutos.

Foi importante ainda o estabelecimento de empatia e desenvolvimento de confiança pelo grupo. Por isso, antes de iniciar a coleta, foi reservado um período de cinco dias para aproximação com o campo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para o processo de análise dos dados, foi utilizado o método de Análise de Conteúdo de Bardin, mediante os três pólos preconizados: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados; inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Conforme Bardin (2009), a análise de conteúdo corresponde a um grupo de técnicas de análise das comunicações, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição

dos conteúdos das mensagens, com a finalidade de se obter indicadores que favoreçam a inferência de conhecimentos, a partir do conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo comporta, segundo Minayo (2007), a descoberta dos núcleos de sentido, que, a partir da presença ou da repetição, expressem algo para o conteúdo analítico.

Dessa maneira, este método consiste na aplicação de um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relacionados à produção/recepção das mensagens manifestas pelos participantes do estudo e foi sistematizado em três etapas:

1ª etapa: Pré-análise – Consistiu na organização dos dados, reformulando-se as hipóteses e os objetivos da pesquisa frente ao material coletado. Neste momento, o material empírico foi organizado com a transcrição na íntegra das entrevistas gravadas, sendo feita uma leitura superficial das mesmas para conhecer o conteúdo latente de cada uma delas. Ao realizar a primeira etapa, consideraram-se algumas normas de validade, dentre elas a exaustividade, representatividade e pertinência.

2ª etapa: Exploração do material - A fim de se alcançar a compreensão do texto, foram realizadas leituras exaustivas e aprofundadas do material obtido, transformando-se os dados em unidades de registro.

Por fim, a 3ª etapa: Tratamento dos resultados obtidos e interpretação - Quando os resultados brutos foram interpretados, fazendo-se inferências adequadas em torno das dimensões teóricas sugeridas pela leitura dos dados coletados.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A garantia de que os direitos e o bem estar dos participantes da pesquisa sejam respeitados durante a coleta dos dados é uma exigência da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que revoga a 196/96 (BRASIL, 2013b). Essa resolução recomenda a observação dos princípios éticos na pesquisa, o que envolve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C/ APÊNDICE D), a ponderação entre os riscos e benefícios, a garantia de que danos previsíveis serão evitados e a relevância social da pesquisa.

Por isso, a coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, através de parecer de número 417.266 (ANEXO 1) e posteriormente à anuência da coordenação do Serviço de Ensino e Pesquisa do hospital em estudo.

Os princípios éticos foram contemplados no desenvolvimento deste estudo para proteger os direitos dos participantes. Foi realizado o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, com esclarecimento ao convidado a participar da pesquisa no momento, condição e local mais adequados e utilizando linguagem clara e acessível.

Para tanto, após receberem informações sobre os objetivos da pesquisa, metodologia, riscos e benefícios, as pessoas que aceitarem participar do estudo assinaram o TCLE, sendo garantidos o respeito, o anonimato e sigilo das informações.

Cada entrevistada teve sua identidade preservada, sendo identificada através de um código numérico, na ordem crescente de realização das entrevistas. Ademais, todas as informações que surgirem nas entrevistas foram utilizadas apenas para fins da pesquisa, sendo que os documentos digitais com as gravações serão armazenadas na Escola de Enfermagem, na sala da professora orientadora, ficando sob sua responsabilidade por cinco anos, quando então, serão queimadas.

Em relação aos benefícios deste estudo, se referem à contribuição para a reflexão dos profissionais de saúde e para as evidências no que tange ao cuidado à pessoa idosa em uso do AVP, cuidado este que seja de qualidade e que não ofereça riscos ao pessoa idosa.

Os riscos para os participantes do estudo relacionaram-se ao mínimo desgaste físico para responder as perguntas durante a entrevista e ao possível constrangimento, uma vez que as questões tratam da prática profissional dos membros da equipe de enfermagem. Na ocorrência de algum desgaste ou constrangimento, a entrevista e observação eram interrompidas ou mesmo canceladas, de acordo com a vontade do participante.

Ademais, os resultados serão divulgados em eventos científicos através da apresentação do estudo e em revistas científicas sob a forma de artigos, mantendo o anonimato aos participantes do estudo, através dos códigos numéricos.

Além disso, vale destacar que os participantes deste estudo não foram remunerados de forma alguma e nem tiveram gastos em dinheiro para participarem da pesquisa. Foi garantido também o direito de desistir de participar do estudo em qualquer momento, podendo entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone identificado no TCLE.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com nove participantes, sendo duas enfermeiras e sete técnicas de enfermagem, todas do sexo feminino, das quais três atuavam na Clínica Médica. As idades variaram entre 25 e 49 anos.

Todas tinham cursado disciplina sobre cuidado à pessoa idosa e excetuando-se três, as demais já possuíam experiências profissionais anteriores de assistência direta a pessoas idosas hospitalizadas. Com relação ao tempo de atuação na unidade, este variou entre 6 meses e 16 anos.

Assim, a análise e interpretação dos resultados permitiu o delineamento de quatro categorias, conforme discutidas a seguir.

A primeira é **Cuidados de enfermagem para a obtenção do Acesso Venoso Periférico**, a qual se subdivide em Consideração das características do envelhecimento, condição clínica e o preparo da pessoa idosa; Seleção do local do acesso venoso periférico e Escolha do dispositivo intravascular.

A segunda trata sobre os **Cuidados de enfermagem para a prevenção de Eventos Adversos relacionados ao Acesso Venoso Periférico** e se divide em cinco subcategorias: Atenção periódica ao acesso venoso periférico; Prevenção de hematomas durante a Punção Intravenosa Periférica; Prevenção de obstrução; Prevenção da retirada acidental do Acesso Venoso Periférico; A retirada do Acesso Venoso Periférico: Prevenção de flebite, infecção e lesões de pele.

Por fim, na terceira categoria são discutidos aspectos referentes às **Condutas frente à ocorrência de Eventos Adversos relacionados ao Acesso Venoso Periférico**.

4.1 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A OBTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

A obtenção do AVP na pessoa idosa é um procedimento que envolve a necessidade de tomada de decisão a partir dos conhecimentos científicos, experiência prática e habilidade técnica, a fim de que seja prestado um cuidado que não ofereça riscos ao paciente e que seja integral, ao considerar aspectos importantes que se relacionam às peculiaridades da faixa etária e de cada pessoa idosa individualmente.

A análise dos registros feitos a partir da observação sistemática e das falas das participantes do estudo conduziu ao entendimento sobre quais são os Cuidados de

Enfermagem para a Obtenção do Acesso Venoso Periférico, pela equipe de enfermagem participante.

Desse modo, foi possível analisar como a equipe de enfermagem atuante no campo de estudo presta os cuidados durante a obtenção do AVP, a partir da discussão das seguintes subcategorias: **Consideração das características do envelhecimento, condição clínica e o preparo da pessoa idosa; Seleção do local do acesso venoso periférico e Escolha do dispositivo intravascular.**

4.1.1 Consideração das características do envelhecimento, condição clínica e o preparo da pessoa idosa

A pessoa idosa apresenta características diferenciadas e que precisam ser consideradas pelos profissionais da saúde durante sua hospitalização, para atender ao objetivo terapêutico através de uma assistência de qualidade, segura e livre de eventos adversos.

Durante o período de coleta de dados, as participantes destacaram alguns aspectos importantes para a obtenção do AVP em relação ao processo de envelhecimento e as condições clínicas da pessoa idosa.

Com relação às alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento, foram citadas as mudanças do sistema tegumentar, sendo a pele da pessoa idosa reconhecida como mais sensível, frágil, mais enrugada e com diminuição do turgor e elasticidade.

A gente tem que ter cuidado com a pele que é mais sensível. (E. 1)

Quando eu vou (realizar a punção venosa periférica), eu penso que tem que ir com bastante cuidado, porque a pele dele, do idoso, é uma pele sensível. (T.E. 1)

Porque tem idoso que a pele dele é muito sensível. Até no tocar, no apertar o garrote, faz aquele hematoma, não é?! (T.E. 2)

[...] o idoso tem a pele mais frágil do que uma pessoa de meia idade [...] O idoso é mais difícil de puncionar, entendeu? Por causa da fragilidade que ele tem. Aí eu acho mais difícil. (T.E. 3)

É mais difícil como eu te falei, por causa da pele. O turgor dele já está diminuído, a elasticidade também diminuída. (T.E. 4)

As falas acima traduzem a preocupação dos profissionais entrevistados com as características da pessoa idosa que podem dificultar a progressão do dispositivo intravascular durante a realização da Punção Intravenosa Periférica (PIP). Desta maneira, reconhecem as

alterações decorrentes do processo de envelhecimento e assim as consideram como indicador que demanda um cuidado maior para evitar problemas durante a realização da PIP.

A pele é um dos primeiros sistemas a mostrar sinais do processo de envelhecimento. Torna-se mais fina devido à perda do tecido subcutâneo de suporte e podem aparecer rugas, pregas e linhas em consequência do seu afrouxamento. Por isso, epiderme e derme são marcadores visíveis do envelhecimento e influenciam grandemente na colocação de cateteres periféricos (PHILIPS, 2001).

Phillips (2001) ainda refere que a derme perde força e elasticidade e se torna mais desidratada. Esta camada possui papilas que mantêm juntas a epiderme e derme. Logo, com a idade, a pele apresenta frouxidão. Ademais, ocorre também menor flexibilidade das fibras colágenas, aumento da fragilidade capilar, diminuição de capilares e ressecamento devido a diminuição da produção das glândulas sebáceas e sudoríparas.

Por isso, vale ressaltar que a integridade da pele da pessoa idosa pode ser comprometida, uma vez que está mais suscetível a injúrias causadas mesmo por forças mecânicas leves, tais como fricção e traumas (WOUNDS UK, 2012; INS BRASIL, 2013). Em adição, o sistema imune hiporresponsivo e a diminuída capacidade de regeneração da pele, também expõem esse tecido a rupturas diante do trauma mais simples (VOEGELI, 2007).

Devido às alterações discutidas acima, a pele sensível da pessoa idosa está mais sujeita a danos, e o procedimento da punção venosa periférica, se não for realizada com cuidado adequado, pode gerar eventos adversos no tegumento. Desta maneira, o cuidado com a pele durante a obtenção do AVP deve ser prioridade.

Outro aspecto referido pelas participantes no tocante à inserção do dispositivo intravascular foi a peculiaridade da rede venosa do paciente pessoa idosa. As participantes caracterizaram as veias da pessoa idosa como frágeis, delicadas, maleáveis e mais difíceis de serem puncionadas. Segundo elas, estes fatores aliados ao menor retorno venoso e à pele mais enrugada e endurecida tornam o procedimento mais difícil de ser realizado quando comparado à execução no paciente mais jovem, o que exige mais cautela.

[...] o procedimento é o mesmo. Só cuidado que a gente tem que levar em consideração que tem mais dificuldade porque não flui tanto como o paciente mais jovem. Ele não tem aquele retorno venoso quanto aquele outro, por que a pele é mais endurecida, aquela veia mais resistente. Aquela pele mais enrugada [...] tem que ter mais cautela na punção. (T.E. 1)

[...] É como se as veias desaparecessem, elas ficam assim desidratadas. Então, às vezes a gente punciona num lugar, mas não encontra sangue, punciona em outro,

não encontra [...] Porque as veias do idoso fogem muito [...] São muito maleáveis. Então, a gente tem que ter muito cuidado, porque pode transfixar. (T.E. 4)

O material é a mesma coisa. Só que a diferença é que às vezes a veia do idoso é mais frágil... a técnica tem que ser com mais cuidado para não transfixar as veias, que são mais delicadas as veias deles. (T.E. 5)

A diminuição no tecido subcutâneo faz com que as veias da pessoa idosa fiquem menos estáveis, pois tendem a deslizar embaixo da pele quando na inserção de um dispositivo intravenoso (INS BRASIL, 2013). Popularmente, os profissionais costumam denominá-las de “veias bailarinas”. Além disso, o espessamento e endurecimento que ocorre nas estruturas vasculares (DUARTE, 2011; INS BRASIL, 2013) podem contribuir para tornar a venopunção periférica mais complicada no paciente pessoa idosa.

Phillips (2001) sugere que devem ser consideradas as mudanças na pele e nas veias de uma pessoa idosa antes de iniciar a TIV, uma vez que ele necessita de técnicas de venopunção especiais para o sucesso da punção e a manutenção da terapia. Dessa maneira, as diretrizes da INS Brasil (2013) ressaltam que pode haver dificuldade para introdução do cateter na veia, devido ao espessamento da parede venosa ou ainda, ao depósito de cálcio ou placa. Destacam também que a circulação venosa pode estar estagnada, o que resulta em lentidão para distensão venosa e o retorno de sangue no momento da punção (*flashback*) diminuído, por isso deve-se ter cuidado para avançar o cateter sem transfixar o vaso, ou gerar lesões, hematomas, infiltrações ou extravasamentos.

Ademais, ao considerar as mudanças fisiológicas na pele e na veia do idoso, reforça-se que um cuidado importante é estabilizar a pele e a veia a fim de facilitar o procedimento da PIP e reduzir a dor da pessoa idosa (AVELAR, 2011a; OLIVEIRA; AZEVEDO; GAÍVA, 2014).

Por isso, Phillips (2001) ao descrever detalhadamente como fazer a técnica de cateterização venosa na pessoa idosa, sugere que enquanto se insere o cateter com a mão dominante, com o polegar da mão não dominante, deve-se fazer pressão diretamente ao longo do eixo da veia, aproximadamente 5 a 7 cm abaixo do local selecionado para venopunção. Ao mesmo tempo, com o dedo indicador dessa mesma mão, deve-se pressionar a pele para que ela fique estirada sobre o local escolhido. Para o autor, essa técnica possibilita a diminuição da mobilidade da veia que será puncionada e a rugosidade da pele, facilitando a inserção e a progressão do dispositivo intravascular periférico. Além disso, é importante que a equipe tenha paciência e cautela na escolha do local a ser puncionado, a fim de evitar várias punções.

Em um dos momentos que foi observada a realização da PIP, a técnica de enfermagem, após selecionar uma veia e realizar antisepsia local, realizou pressão sobre a pele e veia e iniciou a inserção do cateter, porém como o mesmo não prosseguiu dentro do vaso, ela verbalizou que “a veia é dura”. Então, retirou o dispositivo e o colocou sobre a bandeja, selecionou outro vaso e, nesta segunda tentativa, conseguiu punccionar a veia.

Assim, durante a coleta dos dados, percebeu-se que a equipe de enfermagem, algumas vezes, encontrou dificuldades para obter o AVP na pessoa idosa, devido também às características peculiares advindas do envelhecimento como o endurecimento e rugosidade da pele e a mobilidade e endurecimento do vaso sanguíneo. Muitos idosos apresentavam hematomas e endurecimento local em seus membros, secundários às tentativas de punção venosa sem êxito. Essas peculiaridades, em alguns momentos, eram consideradas no planejamento da técnica ao utilizar estratégias como a pressão e estiramento da pele durante a punção, e uma maior atenção na escolha do cateter e da veia.

Em outra situação observada, um idoso que necessitou da administração de glicose venosa devido episódio de hipoglicemia, estava com AVP localizado em veia cefálica de membro direito infiltrado. Então, a técnica de enfermagem prontamente preparou-se para realizar nova PIP e, enfim, administrar o medicamento. Neste dia, esta profissional estava escalada para cuidado com 11 pacientes.

Na tentativa da nova punção, às 17 h, dada a situação de hipoglicemia do paciente, e a ansiedade da profissional em terminar todos os seus afazeres e não deixar pendências para o próximo plantão, o acesso foi conseguido na terceira tentativa. Como um ato mecânico, agilmente ela procedeu aos passos para fazer a punção, mas na primeira tentativa, após inserir o cateter e testar fluxo, houve surgimento de edema, pois o dispositivo havia transfixado a veia, gerando infiltração. Da segunda vez, a profissional, após visualizar local e garrotear o membro, insere o cateter, mas não consegue chegar até o vaso e não obtém retorno de sangue.

Além de atentar para características do envelhecimento, principalmente relativas ao tegumento e rede venosa, as participantes consideraram a condição clínica do paciente antes de obter o AVP. Dessa maneira, realizavam avaliação do estado geral de cada paciente, observando estado de hidratação, estado nutricional, presença de lesões na pele, edema e sinais de punções anteriores.

Eu acho importante fazer uma avaliação do quadro do idoso [...] qual o estado de hidratação, de nutrição [...]. Então, eu acho que primeiro a gente tem que estudar o paciente, ver o que ele tem para nos oferecer. Qual é a rede, o estado dele para receber aquela punção. (E. 2)

Observar a condição do idoso, ver se realmente ele tem condição de acesso. (T.E. 2)

[...] eu observo muito se o idoso está hidratado, se a pele dele está íntegra [...] Então, a gente faz a assepsia do local e tenta observar muito essa veia. Porque ele realmente chega muito debilitado, desidratado, um ou outro que chega aqui com a “veinha” melhorzinha. Mas a maioria deles já chega bem debilitada. Então, a gente procura assim o máximo de cuidado, com o jelco®. (T.E. 4)

Assim, a avaliação prévia da pessoa idosa foi citada como fator importante no sentido de analisar clinicamente o seu estado de saúde e sua condição para receber a punção venosa e até a terapia infusional. A observação da hidratação e nutrição era realizada pelos profissionais no sentido de identificar possíveis dificultadores para a PIP, pois a veia e a pele poderiam estar ainda mais alteradas nestas situações, principalmente devido à hipovolemia, o que poderia tornar a técnica mais traumática à pessoa idosa, aumentando as chances de insucesso, sendo necessário repetir o procedimento até seu êxito.

Com relação aos fatores que contribuem para diminuir a assertividade da PIP na pessoa idosa, não foram encontrados dados de pesquisas sobre a temática, sendo destacado o estudo de Avelar (2009), na população pediátrica, que destaca as características intrínsecas dessa faixa etária e condição clínica da criança como obesidade, desnutrição, desidratação, edema, presença de doenças crônicas e ou vasculares, degradação da rede venosa periférica devido ao uso prévio de medicamentos vesicantes e TIV prolongada.

Vale ressaltar que as pessoas idosas estão mais sujeitas a desvios nutricionais e de hidratação pelas próprias mudanças fisiológicas associadas ao avançar da idade, o aparecimento de doenças agudas e crônicas e, inclusive, a hospitalização. Além disso, muitos já são admitidos em uma condição de fragilidade o que dificulta mais ainda seu acesso venoso.

Sobre a avaliação nutricional da pessoa idosa hospitalizada, Azevedo et al (2007) destacam a importância de realizá-la, uma vez que existem implicações nutricionais que variam desde desnutrição proteico calórica, alterações metabólicas e interações medicamentosas, até deficiências de micronutrientes. Além disso, fatores sociais, econômicos e psicológicos e ainda a hospitalização podem contribuir para o declínio de funções orgânicas vitais e favorecer o surgimento de complicações associadas.

Já em relação ao maior risco para a desidratação que o indivíduo mais velho apresenta, dentre os fatores contribuintes estão as alterações na resposta fisiológica com diminuição do controle homeostático, redução da água total do corpo e do mecanismo reflexo da sede, existência de doenças febris e infecções ou transtornos cerebrais como o Alzheimer, levando a menor ingestão hídrica devido a disfagia. Outro fator importante são os medicamentos que a

pessoa idosa pode utilizar durante o internamento, pois algumas classes podem afetar o estado de hidratação como antipsicóticos, antidepressivos tricíclicos, antibióticos, diuréticos, vasodilatadores, laxantes e enemas (VIVANTI, 2007; INS, 2011).

Ressalta-se ainda, que com relação à avaliação da hidratação da pessoa idosa, devido às mudanças fisiológicas esperadas no tegumento nessa faixa etária, o turgor da pele não é um parâmetro indicado para a avaliação desta condição clínica e, se for realizada, o melhor local para avaliação é na região do esterno ou na área entre os olhos (INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Outrossim, foi relatado durante as entrevistas, que as participantes do estudo consideram a presença de edemas, punções venosas anteriores e lesões de pele na pessoa idosa no momento de planejar uma AVP. A pessoa idosa, geralmente, já é admitida nas unidades de internamento em uso da TIV, muitas vezes, há um tempo considerável ou ainda, após manipulações para a realização de diferentes procedimentos, que podem levá-lo a um declínio funcional, por isso a importância de ter sensibilidade e discernimento também nesses aspectos.

A gente visualiza o melhor local, se tiver algum ferimento, alguma lesão de pele. Não em termos de localização, mas como está aquela região no momento. Geralmente, os idosos aqui têm muitas lesões de pele. Pelo ressecamento [...]. A gente recebe muito idoso assim de UTI, de PA masculina. Na verdade, eles já têm um trajeto assim no hospital. E, às vezes, ele já está bem manipulado [...] com escaras e ferimentos no corpo. (E. 1)

Antes da punção, se ele estiver com o membro com edema, fragilizado, ou seja, com várias perfurações anteriores sem êxito, tem gente que fura demais e não tem êxito, então também, eu não acho viável ir lá e fazer novamente a punção. (T.E. 6)

Neste contexto, sabe-se que é muito comum a ocorrência de lesões de pele na pessoa idosa internada em unidade hospitalar. Durante os dias de observação na clínica médica, pude acompanhar a evolução de um idoso (68 anos), hospitalizado com quadro de Diabetes Melitus e Hipertensão Arterial descompensadas e que necessitava de AVP para uso de medicamentos e hidratação venosa. Porém, no decorrer de sua hospitalização, este desenvolveu lesões de pele pruriginosas em seus membros.

As primeiras lesões apareceram em membros inferiores, posteriormente surgiram também nos antebraços e mãos, até atingirem região do tórax posterior. Esse paciente já apresentava hematomas secundários às tentativas de PIP anteriores que não tiveram êxito. Então, ao considerar as lesões e a dificuldade para a PIP, a equipe médica da unidade e a de enfermagem decidiram instalar um Acesso Venoso Central (AVC) em veia jugular, o que

otimizou as atividades da enfermagem e reduziu o estresse do paciente ao ser continuamente manipulado para PIP.

Sobre a cateterização venosa na pessoa idosa, Phillips (2001) pontua alguns problemas como especiais, e que devem ser considerados, pois podem dificultar o sucesso da técnica utilizada pela equipe de enfermagem. Dentre eles estão as alterações na superfície da pele, as veias com esclerose grave e o paciente edematoso.

Por conseguinte, quando a pessoa idosa tem lesões na pele, se for necessário realizar nova tentativa de PIP próxima ao local, é recomendado, por exemplo, fazer uso da iluminação tangencial, pois o tecido lesado frequentemente necessita de proteção adicional devido fotossensibilidade. Essa técnica permite melhor visualização através do uso de uma luz direcionada para a lateral das veias (PHILLIPS, 2001).

Referente às veias esclerosadas, o acesso a elas se torna difícil, pois se apresentam duras em razão do processo de doença, por uso incorreto anteriormente ou pela frequente terapia medicamentosa. Portanto, o profissional pode avaliar a circulação colateral através da técnica do garroteamento múltiplo.

Na literatura, a técnica, também citada como múltiplos torniquetes, é descrita como uma forma de aumentar a pressão no tecido e forçar o sangue a entrar nas pequenas veias periféricas. Deve-se proceder com o uso do torniquete na parte alta do braço por dois minutos, o qual deve estar posicionado para baixo na posição anatômica da mão. Após esse tempo, posicionar o segundo torniquete no meio do braço, abaixo da fossa cubital pelo mesmo período de tempo. Se as veias colaterais não aparecerem no braço, colocar outro torniquete próximo ao punho, atentando para que estes não fiquem posicionados por mais de seis minutos (PHILLIPS, 2001; AVELAR, 2011).

Entretanto, vale ressaltar que não há evidências na literatura do resultado da aplicação da referida técnica em pessoas idosas, uma vez que as diretrizes da INS (2013) recomenda que o uso do torniquete para a punção venosa deve ser feito com cautela nessa população, sem apertar demasiadamente e por um tempo não superior a 2-3 minutos, principalmente em pessoa idosas com visível fragilidade capilar pelo risco de hematomas.

Além disso, com relação ao acesso da rede venosa em pacientes com edema, há a descrição de uma técnica para o deslocamento do líquido para os tecidos através da pressão digital, a fim de permitir a visualização de uma veia acessível e a realização da PIP antes que o fluido edematoso retorne ao local (PHILLIPS, 2001).

Enfim, além do aspecto técnico do material mais adequado para a PIP, é preciso considerar as características individuais de cada pessoa. Por isso, é fundamental avaliar a rede

venosa para analisar as vantagens e desvantagens dos diferentes locais para a punção. Além disso, deve-se considerar o “medo de agulha” que o indivíduo pode ter, que causa vasoconstricção e dificulta o acesso venoso; a idade, em seus extremos, leva à fragilidade da pele e das veias; características do tecido no local da punção, como edema e obesidade, dificultam o procedimento, assim como o estado mental confuso (WELLS, 2008).

Neste sentido, ressalta-se a necessidade da equipe de enfermagem atentar para o reconhecimento das alterações decorrentes do processo de senescência e senilidade e das características da clínica de cada pessoa idosa de maneira individualizada, a fim de contribuir para tornar o cuidado para a obtenção do AVP mais seguro, contando com maior confiança do da pessoa idosa.

Nesse contexto, foi considerada por algumas participantes do estudo a realização do preparo da pessoa idosa para obter o AVP, através do diálogo e da consideração do medo. Ademais, foi destacada a necessidade de paciência para executar a técnica com mais cautela e carinho.

A gente precisa ter uma paciência maior do que quando vai para um paciente mais jovem. E também, a sensibilidade que a gente tem que ter um carinho maior [...]. Não apertar muito, esse tipo de coisa. Conversar primeiro muito mais do que com os outros. Por que eles ficam com medo [...]. Mais medo ainda do que os outros. Eu acho assim: O cuidado é maior por ser idoso, por ter aquela vida já mais sofrida, de muitos problemas que eles vêm tendo, não é? (T.E. 1)

Eu acho que conversar com o paciente sempre! Humanizar, esclarecer a ele a necessidade daquilo, que realmente aquilo é necessário, porque é sempre uma coisa invasiva, é sempre uma coisa dolorosa. Então, esse aspecto também, com relação à questão de preparar o idoso. O preparo do paciente pra aquilo, você explicar a necessidade daquele procedimento, a importância que aquilo vai gerar para o paciente. (E. 2)

Qualquer paciente tende a colaborar mais com o procedimento quando está bem orientado sobre ele, o que se aplica, também, à realização da PIP. Por ser dolorosa, a PIP pode gerar medo e ansiedade, principalmente, quando há história de punção difícil e de várias tentativas anteriores.

Em adição, a pessoa idosa necessita de atenção peculiar por apresentar características que tornam a obtenção do AVP em geral, mais difícil; além da possibilidade de apresentar déficits cognitivos e sensoriais de audição e visão, por exemplo, o que exigirá da equipe de enfermagem mais paciência, tempo e preparo.

Por isso, dentre os 15 passos descritos por Phillips para punção venosa, o quarto passo é “Avaliar o paciente e realizar o preparo psicológico”, no qual os membros da equipe de enfermagem devem explicar o procedimento para reduzir o medo e a ansiedade, orientar sobre

o objetivo da TIV, avaliar o preparo psicológico através do diálogo mesmo antes de avaliar sua veia (PHILLIPS, 2001).

Algumas estratégias são falar clara, lenta e diretamente ao paciente com déficit sensorio, não usar terminologia que não seja familiar, dirigir-se a ele com seu próprio nome, explicar cada etapa do processo calmamente para reforçar a cooperação, e lembrar que a presença do familiar pode ser importante para tranquilizar a pessoa idosa (WEINSTEIN, 1993; INS, 2011).

Assim, os relatos de T.E.1 e E.2, demonstraram a consideração por aspectos da pessoa que está sendo cuidada, para além do biológico, através da atenção às características peculiares do paciente, o respeito ao medo e à necessidade de carinho e paciência.

Todavia, a análise das entrevistas mostrou que algumas participantes em nenhum momento se referiam ao idoso como pessoa, que necessitava de cuidados para seu bem estar e conforto, mas apenas com relação aos procedimentos técnicos, reduzindo-o a um membro a ser puncionado ou uma via intravenosa a ser cuidada.

Durante as observações, surgiram algumas contradições, inclusive através dos conteúdos das falas das participantes. Em alguns momentos, foi priorizada apenas a técnica, em outros se considerava o sujeito com todas as suas necessidades. Um exemplo disso foi uma situação observada onde a profissional de enfermagem chega à enfermaria com a bandeja arrumada para nova venopunção e, sem nada verbalizar, prontamente se volta para o membro a ser puncionado, aplica o torniquete e procede com os outros passos da técnica. Ao finalizá-la se, despreza os materiais e se retira do quarto do idoso.

A cena descrita transmitiu a impressão de que a atenção estava voltada apenas para o vaso a ser puncionado e o dispositivo que seria inserido; enquanto a pessoa idosa mostrava fâcias de dor durante a punção e nem era percebido, nenhuma medida foi realizada previamente ou durante o procedimento para aliviar a tensão, medo e a dor.

Entretanto, outra cena observada mostrou a técnica de enfermagem realizando o procedimento e conversando carinhosamente com o idoso(64 anos), em uma relação de confiança, onde o idoso solicita que ela faça o procedimento, verbalizando segurança nessa profissional, já estabelecida depois de onze dias de internação na unidade, relatando que outras profissionais tentaram puncionar anteriormente, sem êxito.

Durante a realização da PIP, a profissional conversa com o paciente, pergunta se determinado local do membro já foi “furado” e assim procede aos passos para a inserção do cateter, após avisar “vou dar uma furadinha”. Enfim, consegue inserir o dispositivo com êxito. Após a execução dos cuidados seguintes como a cobertura do acesso venoso, o idoso se

mostra agradecido e ainda conversa com a técnica de enfermagem por tempo considerável sobre sua espera para a realização de cirurgia. Tal observação demonstra o quanto se pode fazer pelo paciente durante a PIP, realizando cuidados, obtendo informações e dando respostas que extrapolam a simples e mecânica execução do procedimento.

Vale ressaltar a que a equipe de enfermagem estava, na maioria das vezes, sobrecarregada para realização do cuidado à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de acesso venoso periférico. Assim, havia sobrecarga de trabalho devido principalmente, a um inadequado quantitativo de profissionais diante da demanda de cuidados apresentada pelos pacientes hospitalizados nas duas unidades investigadas.

Dessa maneira, em seus relatos as entrevistadas expuseram que a sobrecarga de trabalho representa uma limitação para as ações de cuidado necessárias, inclusive em relação ao AVP, e que a assistência é prestada dentro das possibilidades existentes.

Muitas vezes, por uma demanda de trabalho exacerbado, e por uma falta de número de profissionais acaba que se perde na qualidade alguns aspectos na assistência, por conta do sistema. (E. 2)

Eu vejo uma equipe que quer muito, mas que às vezes encontra limitação na demanda. Duas técnicas responsáveis por 40 pacientes, às vezes até mais. Então, é muito sobrecarregado pra que a gente pudesse ter todo esse cuidado que a gente sabe que é necessário. (T.E. 5)

A gente sabe que, às vezes, você queria ter um cuidado maior, não só com relação a acesso, mas com relação a várias coisas como a troca de decúbito. Mas infelizmente, a sobrecarga de trabalho não permite que a gente faça tudo. (T.E. 7)

A gente tem uma sobrecarga muito grande aqui. Às vezes, chega a 20 pacientes para um técnico. Então, isso é brincar de assistência e eu digo que fica a desejar. Esse tempo que eu tenho aqui, eu vejo aí, os pacientes eles reclamam, eles falam. Estão no direito deles. (T. E. 1)

Tivesse um local realmente apropriado para ele. Mas infelizmente, nós não temos aqui. Então, a gente tenta fazer o máximo que a gente pode. Não deixa ninguém aqui sem assistência. Todo idoso tem assistência dentro das nossas possibilidades. Você pega uma quantidade de dezessete, dezoito, vinte pacientes, não tem realmente condições de dar um tratamento mais humanizado àquele paciente. (T.E.4)

Durante os dias de observação, constatou-se que o dimensionamento de enfermagem era defasado diante do número de pacientes e profissionais da equipe de enfermagem das Clínicas, tanto Médica como Cirúrgica, e também tendo em vista o grau de dependência que eles apresentavam. Alguns idosos, por exemplo, internados no setor de Neurologia (o qual faz parte da Clínica médica) apresentavam-se em uso de medicamentos controlados, de diferentes dispositivos invasivos e possuíam total dependência para atividades como banhar-se, vestir-se e alimentar-se, apresentando às vezes, grau de dependência de enfermagem semi-intensivo.

Para Waldow (2004), o paradigma dominante que ainda prevalece é a valorização do biológico, da tecnologia e da produtividade. Por outro lado, o novo paradigma de humanização que emerge, priorizando a expressão dos sentimentos e o sujeito, surge como uma tentativa para satisfazer novas necessidades no cenário da saúde. Porém, por parte de alguns, ainda gera conflito, resultando em contradição.

Infelizmente, percebeu-se que, muitas vezes, a preocupação da equipe voltava-se para a punção venosa no sentido apenas de realizá-la com êxito, inclusive sem causar danos biológicos ao paciente, e para diminuir a necessidade de repetir o procedimento. Somente em algumas falas se demonstrou a consideração da experiência da pessoa idosa durante o procedimento.

Por isso, a equipe de enfermagem necessita compreender que a vivência da PIP pode ser positiva, mas também negativa e até traumática, sendo fundamental considerar este aspecto também ao planejar a execução do procedimento. A efetiva e clara orientação prévia sobre a necessidade e passos para a técnica, a avaliação da dor do paciente, o uso de medidas para seu alívio como a analgesia tópica e tração da pele e veia são estratégias simples e de baixo custo que podem ser utilizadas pela equipe de enfermagem.

Salienta-se a importância do cuidado no sentido de atender ao plano terapêutico e oferecer além de técnicas e procedimentos, um cuidado pautado no carinho, interesse e compaixão.

Dessa maneira, conforme Waldow (2004), o ser cuidado é olhado, ouvido e sentido a partir da integralização das ações do ser que cuida através da força de trabalho, a qual, conforme Wattson (1985), significa também oferecer o cuidado que satisfaz à alma, ou seja, as experiências de fé-esperança são igualmente essenciais, tanto ao processo de cuidado, quanto ao processo curativo.

4.1.2 Seleção do local do acesso venoso periférico

A escolha do local da punção é outra etapa importante para a venopunção periférica e pode influenciar o tempo de permanência do acesso e a ocorrência de complicações, além do conforto do paciente e autonomia para realização de atividades de vida diária.

Recomenda-se que a PIP seja realizada preferencialmente nas porções mais distais dos membros e, se houver necessidade, realizar novas punções em localizações mais proximais, alternando-se os membros. Além disso, a equipe de enfermagem deve selecionar áreas com maior quantidade de tecido subcutâneo e suporte ósseo, considerando a conservação e

integridade do acesso vascular para uma futura terapia intravenosa (AVELAR, 2011a; INS, 2011).

Assim, deve-se iniciar a PIP no braço não dominante e evitar utilizar as veias de membros inferiores, áreas de flexão, locais onde haja dor à palpação, áreas próximas a válvulas e membros homólogos ao lado da cirurgia de mastectomia (AVELAR, 2011a; INS 2011).

Durante a observação, os locais de AVP nos idosos variaram, sendo que predominaram os inseridos em veias do antebraço, seguidos por dispositivos venosos no arco dorsal da mão, tão utilizados quanto os de fossa cubital.

Com relação à seleção do sítio de punção, durante as entrevistas foi relatado por uma das participantes que as primeiras opções para escolha são as veias do antebraço e do dorso da mão. Como segunda escolha, veias localizadas no braço e por fim, opta-se por veias da fossa cubital.

A gente vai tentando essa parte do antebraço, o máximo que a gente pode e a mão, depois a gente parte para o braço. Deixa essa parte aqui da articulação (fossa cubital) em último caso [...] (T.E.4)

Além disso, algumas participantes acreditam que a permanência do AVP na fossa cubital proporciona dor na pessoa idosa e contribui para a perda acidental ou obstrução não trombótica do acesso vascular.

Deixa essa parte aqui da articulação em último caso, já que ele faz muito movimento, dobra o braço e às vezes há a dificuldade do medicamento cair, de soro cair, porque ele dobra muito esse braço. (T.E. 4)

Mas dobrar no braço dói, aí fica mais complicado. Porque sempre acaba perdendo. (T.E.7)

As veias metacarpais dorsais em pessoas idosas não são uma boa alternativa para punção devido ao maior risco de hematomas em veias finas e pequenas (PHILLIPS, 2001). Além disso, a PIP nessas veias é mais desconfortável, e por conter vasos sanguíneos mais frágeis em pessoa idosas, torna o AVP mais susceptível à obstrução, além de ser mais difícil para fixar o cateter e interferir nas atividades do paciente (WAITT; WAITT; PIRMOHAMED, 2004; AVELAR, 2009).

Outrossim, de acordo com Cicoline et al (2009), o risco de tromboflebite é significativamente maior em sítios de punção localizados no dorso da mão, se comparados àqueles posicionados no antebraço.

Ademais, locais de flexão, como a região da fossa cubital, devem ser evitados, uma vez que o aumento da pressão oncótica local pode levar a colapso venoso (AVELAR, 2011a; INS, 2011; PHILLIPS, 2011; INS BRASIL, 2013).

As participantes referem que é escolhido o local que não atrapalhe a mobilidade da pessoa idosa, a fim de contribuir para menor possibilidade de retirada acidental do AVP, e assim, evitar novas venopunções, facilitar o trabalho da equipe de enfermagem e reduzir o estresse do idoso.

Porque se der algum vacilo, ele faz qualquer movimento, ele pode tirar o acesso, aí vai ser outra punção. Outro estado que deixa ele mais estressado é na hora que vai puncionar a veia [...]. Então, a gente tenta evitar isso ao máximo. (T.E. 2)

[...] e também puncionar num lugar onde ele possa ter mobilidade pra que não perca com facilidade [...] Geralmente, eu procuro colocar [...] num local que não seja na dobra pra facilitar a mobilidade. Essas coisas assim que eu acho que são fundamentais. (T.E. 5)

Entretanto, uma das entrevistadas refere que o melhor local para a punção venosa na pessoa idosa é o dorso da mão, pois ele não precisa mexer muito, uma vez que tem o familiar para ajudar a alimentar-se.

No dorso (da mão) é o lugar melhor. Porque no idoso, geralmente quem dá o alimento, geralmente é a família, então ele não mexe muito. (T.E. 7)

Sabe-se da importância na escolha de locais que não atrapalhem a pessoa idosa a se moverem e poderem realizar suas atividades de vida diária como alimentar-se, pentear-se, escovar os dentes de forma independente. Porém, as falas revelam que a preocupação em puncionarem veias de locais onde haja menor mobilidade não se relaciona com a promoção de maior autonomia para o paciente, mas em não haver perda do AVP e necessidade de nova punção.

Durante a observação, notei uma idosa que era destra e que estava com o cateter periférico em veia do arco dorsal da mão direita. A idosa precisava então contar com a ajuda da sua filha, sua acompanhante na maior parte dos dias em que estive presente na unidade.

Assim, era a filha quem penteava os cabelos da paciente, quem auxiliava a segurar o suporte de soro para que ela se locomovesse até o banheiro. Além disso, em um dos momentos que a filha estava ocupada, a idosa ao lanchar, segurava com dificuldade o copo de suco com a mão esquerda, não dominante, esforçando-se para não derrubá-lo.

Dessa forma, se a pessoa idosa é independente, é importante para ela continuar suas atividades normais, por isso é indicado escolher um local para o AVP que não restrinja a

amplitude do movimento do paciente e o permita utilizar as mãos (INS, 2011). Além disso, cabe alertar aqui, que o uso da venóclise, pode representar risco de queda na pessoa idosa, de acordo com a escala de Morse (URBANETTO et al., 2013).

Neste contexto, salienta-se mais uma vez a necessidade de considerar os sentimentos pessoais do paciente quando determinar o local de inserção do cateter. Reforça-se que a pessoa idosa em geral, já teve experiências anteriores com a terapia de infusão, e então ele pode ajudar o profissional ao referir o que funcionou ou não para ele nessas experiências.

Reforça-se que para pacientes que usam andadores, muletas ou outros suportes para deambulação, é necessário determinar de que lado o auxílio é utilizado e inserir o dispositivo venoso acima do pulso, evitando áreas de flexão. Já para pacientes com mobilidade restrita, atentar para a extremidade que mais facilmente permite seu acesso ao banheiro ou vaso sanitário, para minimizar o deslocamento inadvertido do cateter ou emaranhamento de equipamentos, que pode colocá-lo em risco de queda (PHILLIPS, 2001; INS, 2011).

Outro aspecto considerado por uma das entrevistadas na escolha do local da PIP é a visibilidade da veia, o que facilita a execução da técnica.

Mas geralmente, é mais aqui na mão, nos dedos [...] Onde a gente encontrar uma veinha fácil, a gente está puncionando. (T.E. 4)

Todavia, vale salientar que nem sempre as veias de mais fácil visualização são melhores para punção, pois às vezes estão mais associadas a complicações como infiltração, hematoma, flebite ou ainda, podem ser difícil para o avançar do cateter. As veias do dorso da mão, por exemplo, apesar de ser de fácil visualização e dilatação, não são recomendadas para o AVP na pessoa idosa conforme já discutido nesta sessão. Ademais, veias que se apresentam protuberantes quando se desliza o dedo sobre elas, normalmente estão com trombos ou extremamente valvuladas (PHILLIPS, 2001).

Ressalta-se ainda, que durante a coleta de dados, não foi observado, nos procedimentos de venopunção, a inclusão da preferência do paciente sobre o membro a ser puncionado. Avaliava-se a condição da veia, da pele, a presença de hematomas e edemas e então se prosseguia com a inserção do dispositivo. Muitos pacientes estavam com AVP posicionados em membros dominantes ou em locais que, por exemplo, limitavam até sua movimentação no leito.

Ademais, a estrutura da unidade às vezes reduzia o bem estar dos pacientes com AVP e dificultava à manipulação dos cateteres pelos membros da equipe de enfermagem, pois os leitos têm sempre um dos lados encostado na parede. Assim, quando o membro contralateral à

parede já havia sido puncionado, fazia-se a punção no membro localizado próximo a ela, o que dificultava a constante visualização local e a manipulação da equipe na hora de administrar os medicamentos.

Muitas vezes, inclusive, foi solicitado do paciente ou ele mesmo preferia mudar de posição no leito (com os pés voltados para a cabeceira) para que o AVP estivesse mais disponível para manipulação e para que os equipos não ficassem posicionados sobre ele.

Sabe-se que quando não há dificuldade para a PIP e quando não há outras possibilidades de veias para a punção, podem-se utilizar veias em locais menos adequados como a fossa cubital, o dorso da mão ou mesmo o membro dominante do paciente. Mas, não que esses locais sejam primeiras escolhas e, ainda, é necessário incluir a pessoa idosa na seleção do sítio da punção.

Dessa maneira, a terapia infusional na pessoa idosa, independente do ambiente em que este se encontra, deve preservar seu desempenho nas atividades de vida diárias como se vestir, se alimentar, utilizar o banheiro, se vestir, além de equilibrar seu tempo de descanso, atividades individuais e sociais (O'HALLORAN; EL-MASRI; FOX-WASYLYSHYN, 2008).

Por isso, a escolha do sítio da punção é etapa fundamental para a obtenção do AVP, sendo que um local adequado para o acesso venoso contribui para prevenir eventos adversos relacionados, manter a patência da via e para reduzir a possibilidade de declínio funcional da pessoa idosa durante sua hospitalização, ao considerar as boas práticas pautadas em evidência científicas, as particularidades e preferências do paciente.

Entretanto, notou-se que a seleção do local do AVP ocorre de maneira aleatória, com critérios não estabelecidos nas unidades em estudo, optando-se algumas vezes, por locais não seguros à pessoa idosa. Assim, destaca-se a necessidade da utilização de protocolos e educação permanente da equipe de enfermagem das clínicas médica e cirúrgica do hospital em questão, para padronizar a execução da PIP e reduzir a exposição dos(as) idosos(as) à ocorrência de danos relacionados a esse procedimento.

4.1.3 Escolha do dispositivo intravascular

Além da escolha do local para a punção, é necessária também a escolha do dispositivo intravascular a ser utilizado para a PIP. Diariamente, os profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam diretamente no cuidado aos pacientes em unidades de saúde fazem essas escolhas, uma vez que a PIP é um dos procedimentos mais realizados pela equipe de enfermagem.

A seleção do cateter intravascular está descrito como primeiro passo a ser realizado no momento da punção venosa periférica (PHILLIPS, 2001). Durante as entrevistas, dentre os cuidados para a obtenção do AVP na pessoa idosa hospitalizada, foi destacado a escolha do dispositivo intravascular a ser utilizado como parte do planejamento da técnica.

Porque a gente tem que ver o tipo de material que vai usar no idoso ... o jelco®.
(T.E. 3)

Deve ter o cuidado de verificar o jelco® com relação ao tamanho, calibre. (T.E. 6)

As diretrizes da INS recomendam que a escolha do dispositivo para acesso vascular deve ser feita entre enfermeira, médico e paciente/acompanhante e deve pautar-se em aspectos como: a condição do paciente, idade e diagnóstico; integridade da veia, tamanho e localização; tipo e duração do tratamento prescrito; história de infusão do paciente; preferência do paciente para localização, conforme o caso; capacidade e recursos para cuidar do dispositivo e ainda, conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com nível de evidência AII, deve-se considerar a duração da terapia, a viscosidade, os componentes do fluido e as condições do AVP (BRASIL, 2010b; INS, 2011).

São considerados cateteres periféricos todo aquele que possuir até sete centímetros de comprimento e, para esta finalidade, existem no mercado os cateteres agulhados (*scalp* ou *butterfly*), cateteres sobre agulha compostos de material plástico flexível (Vialon®, Teflon®, poliuretano ou Aquavene®). Estes últimos possuem comprimento entre 2 e 5 cm e calibre em números pares, variando entre 12 e 24 Gauge, medida que indica o diâmetro interno do cateter (PHILLIPS, 2001; STEFFENS; BRANDÃO, 2012).

Ressalta-se com nível de evidência AI, que os cateteres agulhados devem ser restringidos para situações como amostra de coleta sanguínea, para administração de doses únicas ou *bolus* de medicamentos, devendo ser retirado logo após o término da administração, uma vez que aumentam o risco de lesão da veia e de infiltração (INS, 2011; BRASIL, 2010b; O'GRADY, 2011; INS BRASIL, 2013; MARRA et al., 2013). Já os cateteres sobre agulha são de fácil inserção, mais estáveis, permitem maior mobilidade do paciente e podem, assim, permanecer inseridos por mais tempo (KUSAHARA, 2011).

Como o estudo em tela foi realizado em unidades de Clínica Médica e Cirúrgica, onde os idosos internados muitas vezes, estavam em uso de TIV por longo tempo, estão disponíveis para a venopunção periférica apenas cateteres sobre agulha (também conhecidos como cateter

fora da agulha e popularmente nomeado de jelco®) de um só fabricante em seus diferentes calibres.

Assim, foi relatado nas entrevistas que a escolha dos cateteres considera, entre outros aspectos, a natureza da solução intravenosa a ser infundida.

Escolher bem também o cateter [...]. Ou às vezes, não tem necessidade quando você está usando só soro, aí coloca aquele cateter de calibre muito grande. (T.E. 1)

[...] O jelco® 22 ele é muito fino. Então por exemplo, pra colocar antibióticos, por exemplo, não conserva muito tempo. Então praticamente é 24h [...]. Aí tem que fazer outra punção. (T.E. 4)

[...] o que aquela rede venosa pode suportar, pra que a gente não pegue uma via que seria viável e por uma falta de sensibilidade na escolha do calibre, no que eu vou infundir, as vezes a gente acaba perdendo aquele acesso, perdendo aquela veia, aquela via por uma falta de discernimento na hora de olhar como eu vou inserir aquilo ali. (E. 2)

Percebe-se que em geral, a equipe de enfermagem prefere utilizar calibres menores para administração de soluções parenterais de grande volume e calibres maiores para a infusão de antibióticos, pois acreditam que o cateter de menor calibre permite menor fluxo no seu lúmen e assim, há maior possibilidade de obstrução, sendo necessário fazer novas punções.

Porém, vale ressaltar que a equipe de enfermagem não destacou as características químicas dos fármacos ao relatar sobre a relação antibiótico e risco de obstruções dos cateteres, pois há de se considerar que nem todos os antibióticos tem pH e osmolaridades que potencializem a ocorrência de eventos adversos. Assim, muitas vezes, há conhecimentos sem evidências científicas que os profissionais passam a acreditar, divulgar e reproduzir na sua prática clínica. A relação de indiscriminados antibióticos e complicações de cateteres periféricos parece ser um dos conhecimentos empíricos propagados com relação aos AVPs.

A INS Americana e Brasileira recomendam que medicamentos com pH menor que cinco ou maior que nove devem ser administrados por via central, caso não seja possível o estabelecimento dessa via, realizar a infusão em veia periférica calibrosa, obedecendo-se os princípios para correta diluição (INS 2011; INS BRASIL, 2013).

Sobre aspectos químicos das soluções, Avelar (2011a) considera a necessidade de avaliar o tipo de solução a ser administrada antes da venopunção periférica. Se a solução a ser infundida é hipertônica, com osmolaridade maior que 375 mOsm/L, como alguns ATB e soluções com Cloreto de potássio, selecionar veia calibrosa do antebraço para iniciar a terapia.

Cardoso et al (2011) referem que o tipo de fármaco é o primeiro critério que norteia a escolha do acesso venoso e, no estudo de Lima (2009) sobre a escolha do dispositivo para a cateterização venosa periférica em recém-nascidos e crianças, as profissionais de enfermagem também referiram dentre os fatores a serem analisados criteriosamente para escolher o dispositivo venoso, a observação do tipo de solução/medicamento a ser infundido no paciente pela via intravascular.

Ademais, para escolher o dispositivo intravascular, as profissionais de enfermagem observam a relação do cateter com o comprimento, calibre e tortuosidades da veia, no intuito de evitar a transfixação do vaso no momento da punção. Além disso, as participantes consideram a punção da veia mais calibrosa para garantir maior tempo de patência da via.

A questão do equipamento é o calibre que você vai usar, o tamanho adequado para aquela rede venosa, porque as vezes você bota um calibre fino demais, aí o que é que acontece: entope toda hora, toda hora você precisa estar fazendo uma nova punção[...]. Ou você bota um calibre grande demais, aí você extravasa, aquela veia não aguenta, e aí você perde aquela veia. Então, você buscar a sensatez, buscar a técnica e ao mesmo tempo buscar o discernimento de estar buscando o ideal para cada caso. (E. 2)

Porque às vezes não tem necessidade de você botar um cateter muito calibroso numa veia que é fininha. (T.E. 1)

E sempre a gente observa muito é a questão do calibre da veia, o tamanho do percurso que o jelco® vai fazer, porque não adianta você pegar um jelco® muito grande e uma veia, ela ser uma veia curva, entendeu? (T.E. 4)

Só tentar puncionar uma veia de boa qualidade para poder não transfixar, tentar uma veia calibrosa. É isso... uma veia que você vê que está mais calibrosa... que você sabe que o acesso vai durar mais tempo. Que tem menos chance de você transfixar, ela não ser muito fina. (T.E. 5)

Phillips (2001) refere que a escolha ideal é uma veia macia e reta e que veias mais calibrosas com paredes grossas suportam melhor a infusão. Ressalta-se que elas permitem taxa de fluxo maior, sendo essa taxa é proporcional à quarta potência do raio da cateter (WAITT; WAITT; PIRMOHAMED, 2003). Porém, é importante atentar para a adequação do calibre do cateter com o da veia, pois cateteres calibrosos inseridos em veias com lumens pequenos irritam a camada íntima, o que pode gerar inflamação e flebite mecânica.

Assim, LaRue e Martin (2011) defendem que para reduzir a ocorrência de flebites é necessário além da correta diluição dos fármacos intravenosos durante o preparo, garantir efetiva diluição da droga pelo fluxo sanguíneo enquanto é infundida. Neste sentido, a escolha

de veias calibrosas é ideal, pois apresentam maior fluxo sanguíneo. Além disso, a adequação do diâmetro do cateter ao diâmetro da veia é uma variável crítica, pois quanto menos calibroso for o cateter, maior será a hemodiluição no vaso sanguíneo. A razão é que quanto maior for o diâmetro do cateter em relação ao diâmetro da veia, menos sangue fluirá desimpedido pela ponta do cateter (LARUE; MARTIN, 2011).

Outro fator importante citado e observado foi a relação do comprimento do cateter com o comprimento e tortuosidade das veias, pois se a ponta do cateter, ao ser inserido, encontra a parede interna da veia, contribuirá para a irritação do endotélio vascular e até mesmo a transfixação do vaso.

Ademais, haverá também nesse caso influência na hemodiluição dos fármacos infundidos, pois quanto mais próximo da parede do vaso a ponta do cateter estiver, menos sangue diluirá o medicamento antes que ele entre em contato com a camada interna do vaso. Por isso, o efeito da diluição do sangue é maior quando a ponta do lúmen do cateter está localizada no centro exato do lúmen do vaso (LARUE; MARTIN, 2011).

Dessa forma, a escolha de veias com trajetos mais retilíneos e cateteres com comprimento e calibre adequado ao vaso sanguíneo se fazem necessários na obtenção do AVP para permitir adequada hemodiluição, evitar traumas aos vasos sanguíneos, prevenindo surgimento de flebites, infiltrações e hematomas.

Outrossim, percebeu-se que há divergências com relação à preferência do calibre do cateter periférico a ser utilizado. Durante as observações, a maioria dos idosos estava em uso de cateteres sobre agulha de calibre 22 G, seguido pelo 18G. Durante os momentos de PIP observados, também foi notada a utilização destes dois diâmetros de cateteres, principalmente do de 18G, os quais eram arrumados na bandeja, geralmente, na quantidade de dois.

Nas entrevistas, uma das participantes refere que na sua prática, dá preferência aos cateteres sobre agulha de calibres maiores como o de 18G e o de 20G. Já outra entrevistada refere não haver necessidade da utilização de cateteres tão calibrosos na pessoa idosa, apenas quando é preciso a infusão de maiores volumes, a exemplo da realização de procedimento cirúrgico.

Portanto, percebe-se que nas unidades estudadas não há parâmetros definidos a serem seguidos pelos profissionais e cada um segue o que julga pertinente.

Observar o calibre do jelco®, porque isso é importante. Tem gente que coloca um calibre 18 no idoso, eu acho aquilo um crime, mas que ele necessite mesmo ir para o centro cirúrgico, alguma coisa. (T.E. 2)

A gente tenta um jelco® mais grossinho pra ele ficar mais hidratado, por exemplo um jelco® 20. Quando não dá, a gente coloca logo um 22, que é um ‘jelcozinho’ mais fino. Apesar também que o jelco® 22 ele não conserva muito a veia, então tem que sempre está trocando. O certo seria entre o 20 e o 18, que são mais grossinhos, então conserva mais tempo na veia. E o jelco® 22 ele é muito fino. Então por exemplo, pra colocar antibióticos, por exemplo, não conserva muito tempo. Então praticamente é 24h [...], aí tem que fazer outra punção. (T.E. 4)

Algumas profissionais priorizam o cateter mais calibroso a fim de que o acesso dure mais tempo, porém não consideram o trauma relacionado à inserção e a permanência do dispositivo no vaso sanguíneo da pessoa idosa, o que pode culminar na ocorrência de eventos adversos relacionado ao AVP e contribuir para a necessidade de nova punção e até para o aumento da morbidade do paciente.

Porém, o dispositivo de menor calibre gera menos trauma para o paciente e permite manter o fluxo sanguíneo ao redor do cateter e a hemodiluição do medicamento infundido.

Neste contexto, uma das recomendações sobre o uso de cateteres periféricos é a de utilizar o menor calibre possível para suportar a terapia prescrita (PHILLIPS, 2001; AVELAR, 2011a; INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Com relação à pessoa idosa, em geral, são recomendados os cateteres de 22 e 24G. Para a maioria dos demais indivíduos em situações médico-cirúrgicas, se recomenda usar dispositivos com calibre entre 20 e 24G; para pacientes em realização de cirurgias e para administração rápida de sangue, escolher calibres 18G, 14G e 16G, que devem ser restritos para pacientes com trauma e aqueles que requerem rápida infusão de grandes volumes (INS, 2011).

4.2 CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA A PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Para as participantes deste estudo, desde o planejamento para a inserção do dispositivo intravenoso, algumas condutas são importantes para evitar, por exemplo, hematomas, infecções, flebites e infiltrações. Após o posicionamento do cateter venoso periférico, faz-se necessária a manutenção da via através de cuidados também importantes para prevenir eventos adversos relacionados conforme discutidos a seguir nas subcategorias: **Avaliação periódica do Acesso Venoso Periférico; Prevenção de hematomas durante a Punção Intravenosa Periférica; Prevenção de obstrução; Prevenção da retirada acidental do Acesso Venoso Periférico e Retirada do Acesso Venoso Periférico; Prevenção de flebite, infecção e lesões de pele.**

4.2.1 Avaliação periódica do Acesso Venoso Periférico

A equipe de enfermagem deve implementar medidas relacionadas à adequada estabilização e cobertura do cateter, avaliação da troca de coberturas, manutenção da permeabilidade e troca dos dispositivos dentro do prazo adequado. Para tal, é necessária a avaliação sistemática e periódica das condições do sítio de inserção.

Nesse sentido, durante as entrevistas, um dos aspectos destacados pelas participantes foi a identificação do AVP, no intuito de haver vigilância sobre o tempo de permanência do dispositivo *in situ* e sua troca.

Coloca a data do acesso, o horário, muitas vezes coloca o horário e quem fez a punção. A gente sempre coloca isso nos acessos. Sempre está atenta para isso, pelo menos a data. (T.E. 4)

Nosso cuidado é sempre colocar a data. O horário a gente geralmente não coloca, mas pelo menos a data e o nome da pessoa que fez o acesso. (T.E. 5)

Você identificar o acesso. Eu gosto de colocar o meu nome, a hora que eu puncionei e a data. É muito raro colocar a hora, mas como eu trabalhei com criança eu gosto muito de colocar o horário e no idoso também. (T.E. 6)

Entretanto, notou-se por meio da observação nos campos de estudo, que não havia padronização com relação à identificação dos acessos periféricos. Algumas vezes, o AVP não continha identificação ou esta se apresentava suja ou borrada, não permitindo visualizar o que estava escrito, o que poderia comprometer a avaliação quanto ao tempo de uso do cateter e a qualidade da assistência de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada, a expondo ao risco, por exemplo, do desenvolvimento de flebite e infecção relacionada ao tempo de uso do dispositivo.

Quando havia identificação legível sobre a cobertura do AVP, em geral, era feita com um pedaço da fita adesiva comum ou porosa e não havia padronização das informações contidas na etiqueta de identificação. Assim, a data estava registrada em todas as identificações de AVP observadas, porém as outras informações nem sempre apareceram, como o horário da PIP, a assinatura do profissional, o calibre e o tipo de cateter.

Assim, ressalta-se que a identificação do AVP revela a consciência do que deve ser avaliado com relação a esse dispositivo. A identificação completa permite vigilância sobre o mesmo e oferece aos profissionais informações importantes que não só a data de permanência do AVP. Entretanto, a não identificação adequada do AVP pode significar o mecanicismo das

ações ou mesmo desconhecimento sobre aspectos como adequação de calibre do cateter à solução infundida naquela via.

Phillips (2001) e Avelar (2011a) pontuam como primeira etapa a ser realizada após a PIP, a identificação dos dispositivos de terapia intravenosa, que incluem além do sistema de infusão e dos frascos de soluções, o local da punção. As autoras destacam que a identificação deve ser colocada ao lado do curativo ou na conexão do cateter com o sistema de infusão, nunca acima da inserção do cateter para não impedir a avaliação contínua local. Ademais, referem que se deve identificar o AVP com data, horário, tipo e calibre do cateter e nome do profissional que realizou a punção.

Banton, Brady e O'Kelley (2005) consideram como adequada, a identificação de AVP que contemple a data, a hora da inserção e a rubrica do funcionário responsável.

Apesar de ser um cuidado simples, a correta identificação do AVP é importante para guiar o cuidado à pessoa idosa em uso do acesso periférico após o estabelecimento da punção, a fim de evitar eventos adversos como flebite, infiltração, extravasamento e retirada do dispositivo e consequente morbidade da pessoa idosa, com maior tempo de hospitalização e maior ônus.

Por isso, vale ressaltar a necessidade de identificar o local do AVP com o tipo e calibre do cateter, o que auxilia na escolha do dispositivo para a próxima punção venosa e é necessário para avaliação do que pode ser infundido através da via; data e horário da punção para sinalizar quando deve ser trocado e a assinatura do profissional que realizou a punção, para respaldá-lo quanto à realização do procedimento ou mesmo para contribuir com a identificação de falhas na execução das técnicas realizadas por parte de determinados profissionais e identificação da necessidade de qualificação.

A importância da identificação do AVP é destacada por Vituri et al (2010) e Murassaki et al (2013) quando relatam que a falta ou a inadequação na identificação do AVP dificulta a precisão do tempo de permanência do cateter o que está diretamente associado à ocorrência de eventos adversos, colocando em risco a segurança do paciente e a qualidade do cuidado prestado.

Ademais, as entrevistadas relataram também a observação do sítio de inserção do cateter como importante para a prevenção e atuação diante de um evento adverso relacionado ao acesso venoso. Dessa forma, pontuaram que, em sua prática diária de trabalho, além de atentar para a dor do paciente quando da administração do medicamento intravenoso, observam o sítio de inserção do cateter no sentido de reconhecer possíveis sinais que indiquem a presença de complicações do AVP como a hiperemia, calor e edema locais.

Na verdade, a gente previne de um modo geral. Questão da observação diária do enfermeiro, principalmente, na visita e atentar para as queixas e sinais de infecção, de obstrução, extravasamento. (E. 1)

O cuidado que tem que ter é esse [...] olhando se está vermelhinho para não causar uma flebite [...] Eu vejo bastante flebite aqui. Fica vermelho, a pele fica com rubor, e às vezes, fica inchado, quente e o local, endurecido. (T.E 1)

Às vezes incha. Fica vermelho, dá flebite. (T.E. 3)

Quando ele queixa de dor, a gente observa se tem alguma flebite no local ou algum inchaço, algum edema [...] Observa o acesso se ele está com algum edema, eritema, se está vermelhinho, se está quente, com rubor. (T.E. 4)

Quando a gente vê que está vermelho, está muito inchado, dolorido. Vai fazer medicação e ele está reclamando de dor [...] Acontece muito. Porque é muito antibiótico. (T.E. 5)

Para garantir a terapia intravenosa e prevenir complicações, a equipe de enfermagem deve avaliar e documentar a condição do sítio de inserção quanto à presença de hiperemia, edema, calor e dor, bem como a permeabilidade do cateter.

Neste sentido, destaca-se a necessidade de avaliar sinais sugestivos de inflamação no local de inserção do cateter diariamente através da palpação, no caso de curativo opaco, ou através da inspeção quando se trata de curativo transparente. Reforça-se que os curativos não transparentes devem ser removidos para inspeção do sítio de inserção se houver suspeita de infecção ou inflamação local para melhor avaliação (INS, 2011; O'GRADY et al, 2011; INS BRASIL, 2013).

Durante a observação sistemática no campo de estudo, em geral, não foi notada a observação ao sítio de inserção do cateter intravenoso periférico da pessoa idosa hospitalizada pela equipe de enfermagem. Dessa maneira, algumas vezes, foram visualizados sinais sugestivos de obstrução, infiltração e flebites em AVP e que ainda não haviam sido percebidos ou implementada alguma conduta diante destes.

Em muitas ocasiões, era o paciente ou acompanhante quem sinalizava sinais ou sintomas e ainda assim, frequentemente, precisavam relatar mais de uma vez para que algum profissional trocasse o AVP.

Em um momento presenciado, um paciente estava se queixando de dor no local de inserção do cateter venoso e referia que já havia relatado à equipe por quatro vezes. Assim, sua acompanhante vai até o posto de enfermagem solicitar a presença de algum profissional da equipe pela quinta vez. Foi observado que a enfermeira e as técnicas de enfermagem estavam ocupadas e então, uma professora e estudante do curso de enfermagem, em atividade

prática em campo, se disponibilizaram para ir avaliar e perceberam que havia infiltração local, realizando a obtenção de outro acesso no membro contralateral.

Em outra ocasião, um idoso que estava em isolamento de contato e contido no leito, por apresentar agitação ocasional, tentar retirar o acesso e puxar os equipos de infusão, apresentou, no momento da avaliação do AVP, fáceis de dor, edema e hiperemia local. Esse sintoma e sinais passaram despercebidos pela equipe de enfermagem, já que o idoso estava com a contenção próxima ao acesso, o qual estava coberto por fita adesiva opaca.

Vale ressaltar que conforme a Resolução 427/2012, todo paciente em contenção mecânica deve ser monitorado atentamente pela equipe de Enfermagem, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente, além de ser necessário mais rigor no monitoramento em pacientes idosos, crianças e adolescentes (COFEN, 2012).

Dessa maneira, foi orientado acompanhante a solicitar troca do AVP pela equipe de enfermagem, devido ao desconforto que esta estava causando no paciente, motivo provável da sua tentativa de retirar o dispositivo de infusão intravenosa.

Sobre isso, foi referida por algumas participantes, a atenção aos relatos do paciente em relação ao AVP, como por exemplo, quanto à presença ou não de dor no local, que pode representar a existência de eventos adversos relacionados.

A gente pergunta se está doendo, pede pra ele avisar se estiver doendo ou inchando, para avisar que a gente retira e punciona em outro lugar. (T.E. 3)

Estar atento aos sinais do paciente, o que ele fala sobre o acesso; quando ele estiver questionando que está doendo, a gente observar se realmente tem alguma coisa errada. Porque, às vezes, o paciente reclama que está doendo, mas às vezes é só porque ele quer mesmo tirar daquele local e colocar em outro. Mas, às vezes, realmente tem alguma coisa errada. (T.E 5)

Ficar atento aos sinais que o paciente fala sobre o acesso. (T.E. 7)

Vale ressaltar que o discurso da entrevistada T.E. 5 destaca que nem sempre a queixa de dor do paciente era considerada, e as vezes poderia ser percebida como algo banal ou até como inverdade. Todavia, além de interferir no bem estar da pessoa idosa, a dor já pode ser indicativo da presença de complicações da terapia intravenosa e, muitas vezes, surge antes dos sinais visíveis de eventos adversos.

Ressalta-se que a atenção às queixas do paciente também se caracteriza como ação de cuidado, uma vez que reflete interesse e preocupação para com o outro e conforme Waldow (2007) ao cuidar, exerce-se uma ação moral para aliviar, satisfazer, ajudar, confortar através de comportamentos e atitudes como respeito, gentileza, amabilidade, compaixão,

responsabilidade, segurança, oferecimento de apoio, conforto.

Outrossim, durante a observação, foi presenciada ainda uma situação em que uma técnica de enfermagem aproximou-se do paciente para averiguar o AVP e lavá-lo, uma vez que o medicamento estava sem gotejar. Após lavar o acesso com o auxílio de uma seringa, o antibiótico voltou a ser infundido, ainda que lentamente. Assim, a profissional deixou a enfermaria e antes, avisou ao paciente e sua acompanhante para chamá-la novamente, se houver necessidade.

Logo após, o gotejamento parou outra vez, a pessoa idosa mostrou-se incomodado e em conversa com a acompanhante, esta relata que, como sempre, está ocorrendo dor local, mas que vai doer enquanto estiver na veia e que tem que aguentar, pois é melhor do que ser instalado um acesso venoso central.

Desse modo, nota-se o equívoco de pensar que é normal sentir dor no local do AVP e, provavelmente, ainda não havia sido estabelecido uma relação de confiança entre paciente-profissional. Portanto, a dor não foi comunicada à técnica de enfermagem.

Por isso, durante o cuidado à pessoa idosa hospitalizada, de acordo com o que foi referido pela T.E. 3, é necessário que enfermeiros e técnicos de enfermagem orientem adequadamente o paciente e acompanhante quanto aos dispositivos em uso, dentre eles o AVP, a fim de incluí-los no processo de cuidado, esclarecendo dúvidas, e instrumentalizando-os a comunicar qualquer dor, hiperemia, edema, calor, desconforto ou situação que julgue necessária a presença do profissional de saúde, para contribuir com a equipe de enfermagem na identificação precoce de eventos adversos, garantia de uma assistência segura e promoção de conforto.

Assim, o paciente e acompanhante estarão aptos a ajudarem a equipe de enfermagem na permanência do dispositivo e a sinalizá-la quando identificarem sinais sugestivos de eventos adversos e que ainda não forem identificados por esses profissionais. Aliado a observação do paciente, a avaliação do AVP pelo enfermeiro e técnicos de enfermagem com auxílio de instrumentos como as escalas de avaliação de flebite e infiltração/extravasamento (INS, 2011) possibilitarão implementação precoce de medidas de prevenção e tratamento.

Neste contexto, destaca-se a importância da educação em saúde realizada de maneira eficaz no atendimento a familiares e pacientes durante inclusive, o período de internamento e também para a realização da TIV. Para tanto, é fundamental o diálogo para considerar o saber de senso comum do paciente/familiares e articulá-lo com o saber científico do profissional, no intuito de estabelecer as melhores práticas de saúde e promover autocuidado (PEREIRA, 2011).

Pereira (2011) pontua que além de descrever os procedimentos a serem realizados nos paciente como a PIP, explicar sobre medicamentos a serem utilizados e resultado esperado da terapêutica, é fundamental pedir que informe qualquer desconforto que esteja sentindo após a inserção do dispositivo ou durante a infusão de medicamentos e, ainda, ensiná-lo sobre como proceder com a TIV, o que deve ser observado e relatado.

No entanto, destaca-se que às vezes a equipe pode agir de forma equivocada, ao transferir a sua responsabilidade de vigiar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao AVP para o familiar e paciente e, portanto, pode culpá-los quando da ocorrência de alguma situação adversa como infiltração, hiperemia, flebite ou retirada acidental, conforme pode ser percebido na fala a seguir.

Nem sempre a gente tem tempo para estar olhando, observando a todo o momento. Às vezes perdeu o acesso e a família não percebe logo para avisar para gente para trocar aí acontece a complicação. (T.E. 5)

Ainda em relação à atenção periódica ao AVP, foi destacada, através das entrevistas, a necessidade do emprego de técnicas adequadas para testar a permeabilidade do cateter vascular para evitar a ocorrência de complicações como infiltração e extravasamento.

Então às vezes assim, a gente vai e percebe na hora de fazer a medicação, se não for visualizado logo, aí acaba causando essa inflamação, aí faz o edemazinho, essas coisas. (T.E. 7)

Sempre que for fazer a medicação, visualiza para ver se está realmente na veia. Às vezes eu testo, puxo um pouquinho para ver se está vindo sangue. Essas coisas para não estar fazendo no local errado. Porque às vezes perdeu, você não percebeu. Fez a medicação ali, aí incha na hora. (T.E. 7)

Uma medida importante no cuidado com o AVP é testar periodicamente a permeabilidade do dispositivo, como forma de prevenir infiltração e extravasamento, antes do início da infusão de drogas (principalmente irritantes e vesicantes), com 10ml de soro fisiológico e, uma vez iniciada a infusão, fazer o teste do retorno sanguíneo frequentemente (HARADA, RÊGO; 2011).

4.2.2 Prevenção de hematomas durante a Punção Intravenosa Periférica

Um dos eventos adversos relacionados ao AVP, muito frequente na pessoa idosa são os hematomas. Por isso, não é difícil visualizá-los na pele destes pacientes, principalmente quando estão hospitalizados, por necessitarem ser puncionados frequentemente para obtenção

de via intravenosa para administração de medicamentos e soluções ou para coleta sanguínea para exames laboratoriais.

Assim, algumas entrevistadas, ao considerarem as características peculiares da pele e vasos sanguíneos da pessoa idosa, referiram ter um maior cuidado na hora da punção venosa periférica, principalmente com relação ao uso do torniquete.

Porque tem idoso que a pele dele é muito sensível. Até no tocar, no apertar o garrote, faz aquele hematoma. Então, a gente tem que ter todo o cuidado pra não fazer aqueles hematomas. (T.E. 2)

Tendo cuidado na hora da punção mesmo pra não fazer pequenos hematomas, ferir a pele, se apertar demais o garrote, ou pra não furar várias vezes. (T.E. 6)

O hematoma surge quando há rompimento do vaso sanguíneo, com formação de massa de sangue externamente ao vaso (HARADA; RÊGO, 2011). Na pessoa idosa, há diminuição do número de capilares dando à pele um aspecto translúcido. Além disso, a perda do conteúdo de água pelas células com diminuição da elasticidade e aumento da rigidez, tornam as veias da pessoa idosa mais frágeis com maior risco de ruptura e, conseqüentemente, maior exposição à hematomas e, posteriormente, tromboflebitas (INS BRASIL, 2013).

Identificam-se três fatores frequentemente associados ao desenvolvimento de hematomas: Transfixação da veia durante a tentativa de punção periférica sem sucesso (1); retirada do cateter intravenoso sem que a pressão seja realizada sobre o local depois da remoção da agulha (2); utilização de torniquete apertado, onde previamente houve a tentativa de punção (3) (PHILLIPS, 2001).

O uso do torniquete de maneira adequada é um fator importante na prevenção de inadvertidas injúrias ao endotélio vascular e até à pele da pessoa idosa. Dessa maneira, a recomendação é de utilizá-lo somente alguns momentos antes da punção e, se for necessário, usar um manguito de pressão sanguínea, para controlá-la melhor e facilitar o enchimento da veia (PHILLIPS, 2001).

Sobre isso, a INS Brasil (2013) recomenda evitar utilizar o torniquete em pacientes com veias e pele frágeis, com risco para hemorragia e que tenha circulação comprometida. Quando utilizado, deve ser de uso único e livre de látex. Além disso, sugere-se que o torniquete seja posicionado por cima da roupa para melhor conforto, e por no máximo 3 minutos, devendo ser removido durante o preparo dos dispositivos para a PIP. Caso seja utilizado manguito de pressão sanguínea, este deve ser insuflado até um pouco abaixo da pressão diastólica para não haver constrição do sistema arterial.

Outro cuidado que foi referido durante as entrevistas, foi a correta angulação do cateter venoso durante sua inserção na veia, no intuito de evitar sua transfixação e formação de hematoma.

Não adianta você pegar um gelco® muito grande e uma veia [...] que não dê profundidade, porque ela pode transfixar e a gente tem que puncionar outro local. Porque se transfixou, não adianta que está fora da veia e cria aqueles hematomas todos. (T.E. 4)

Nos casos de veias delicadas, é indicado utilizar menor cateter possível (preferencialmente o de 22 gauge), diminuir o ângulo de entrada a 15 graus, e realizar a punção pelo método direto, onde o cateter é inserido diretamente sobre a veia (PHILLIPS, 2000).

4.2.3 Prevenção de obstrução

Para as participantes, a prevenção da obstrução do AVP se dá através de duas medidas: a lavagem do cateter com volumes variados de soluções ou com a manutenção da infusão destas em gotejamento lento.

Qualquer acesso a gente tem que ter o cuidado de estar lavando, dependendo da situação da rede venosa. Se for o caso de um paciente que está com uma punção hidrolisada, sabe que é preciso lavar ao uso dos medicamentos, antes, depois. (E.2)

Tem que ter o cuidado com a hidrólise do cateter pra não obstruir [...]. Tem paciente que o médico coloca no prontuário: cateter hidrolisado. Então, acaba de infundir o medicamento, a gente lava um pouquinho com soro ou água destilada e mantém ele hidrolisado. (T.E. 2)

A cada medicamento, eu gosto muito de lavar o acesso venoso, porque assim impede que obstrua o canal, a via. Porque geralmente quando o sangue fica ali na porta do canal do polifix (extensor), impede. Então, a cada medicamento, eu faço a lavagem com uma seringa de 10ml, aspiro água destilada ou soro e lavo, injeto. Só para lavar o canal. Eu gosto de utilizar a seringa de 10 ou de 5ml, nunca mais do que isso. (T.E. 6)

Sobre lavagem do acesso venoso, esta é uma técnica que deve ser realizada periodicamente e da maneira correta a fim de que seja efetiva. Para isso, há recomendações, baseadas em evidências, de que o *flushing* seja feito com solução de cloreto de sódio a 0,9%, num volume no mínimo duas vezes maior que o volume do cateter, extensão e conexão (se utilizados), em seringas de 10 ml, através da técnica da pressão positiva sobre o êmbolo da seringa, evitando a desconexão imprópria desta e o retorno sanguíneo (INS, 2006; BRASIL, 2010b; PERUCCA, 2010; INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Entretanto, a fala da T.E. 6 destacada acima, retrata a execução da técnica de maneira inadequada. Outrossim, através da observação sistemática, notou-se em geral, a não realização do *flushing* ou do *locking* do cateter, os quais, em sua maioria, permaneciam conectados a equipos e frascos de soluções e medicamentos mesmo após terminada a infusão, ou ainda quando esta parava de gotejar, inclusive por períodos superiores a 24h, podendo ser fator de risco não só para o desenvolvimento de complicações relacionadas ao AVP, como também para a administração de substâncias com estabilidade alterada pela ação de agentes químicos e físicos. Algumas vezes, os frascos só eram trocados quando a via era necessária para nova infusão.

Além do *flushing*, as participantes relataram a infusão de soluções prescritas no AVP, para manutenção da patência da via, quando a clínica do paciente não contraindicava. Essa prática também foi percebida durante a observação.

Se tem soro prescrito, a gente tem o cuidado de manter o soro gotejando pra não perder o acesso. (T.E. 2)

Às vezes também, é um paciente que está com pouco soro, então a gente deixa ele com as gotinhas muito lentas. Assim, tipo 7 gotas/minuto, 5 gotas. Somente para manter a veia do paciente. Isso se o médico prescrever esse soro. Se não, a gente deixa ele hidrolisado (T.E. 4).

De manter uma solução para manter a veia, se for necessário, se for necessário ou não for prejudicar o quadro clínico do paciente; manter aquela veia sempre irrigada se for o caso [...] A maioria dos que tem condição ficam com uma solução para manter a veia. Às vezes, a gente até conversa com o médico: “Doutor tem a possibilidade de deixar já pra ter esse cuidado, pra está evitando furar o idoso?” Porque não são muitas opções de veias viáveis (E. 2)

Ressalta-se que não foram encontradas evidências científicas que confirmem essa prática tão disseminada nos serviços de saúde, de manter um soro gotejando no AVP, a fim de garantir a permeabilidade da via. Contrariamente, conforme Pettit (2003) e Phillips (2011), um dos fatores que levam a formação de trombos é a baixa velocidade de infusão intravenosa.

Assim, percebe-se nos relatos das entrevistadas, o uso da técnica de maneira não padronizada, sendo inclusive, muitas vezes foi percebida a preferência pela infusão contínua de solução, atrelada à prescrição médica, em detrimento da execução da lavagem e bloqueio do cateter, ações de competência técnica do enfermeiro e técnico de enfermagem.

Ademais, as falas permitiram observar que as entrevistadas entendiam a obstrução do cateter apenas devido a formação de trombo. Mas, sabe-se da ocorrência de oclusões também não trombóticas, que podem ocorrer por precipitação de fármacos, pinçamento do cateter/sistema de infusão ou devido ao posicionamento incorreto do curativo do cateter (AVELAR,

2009).

Também, para manutenção de cateteres periféricos, destaca-se ser fundamental a execução periódica do *flushing*, uma vez que, além de prevenir a formação de trombos, evita interação medicamentosa e formação do biofilme bacteriano nas pontas de cateteres (POMBEIRO, 2012).

4.2.4 Prevenção da retirada acidental do Acesso Venoso Periférico

Esta subcategoria evidencia que no contexto estudado as participantes se preocupam com a retirada acidental do acesso venoso, pois pode ocorrer durante a manipulação do profissional de saúde, através da remoção pelo paciente, em geral quando em estados de agitação ou desorientação ou, ainda, durante sua movimentação.

As participantes relataram dificuldade para manter o AVP na pessoa idosa, porque algumas são inquietas e, muitas vezes, apresentam estados confusionais e desorientação e por vezes, manipulam bastante o local, havendo maior risco de perda acidental do acesso venoso.

Às vezes, eles coçam, querem tirar, dizem que está coçando. Aí coçam e, às vezes, tiram o acesso. (T.E. 1)

E o movimento do paciente no leito, às vezes, até o acompanhante movimenta bruscamente e acaba perdendo o acesso. (T.E. 2)

[...] o idoso, às vezes, dá muito trabalho, porque ele não fica quieto. Ele é muito inquieto. (T.E. 4)

É mais difícil de manter a veia. Porque a maioria das vezes, até ele mesmo arranca ou o movimento dele durante a noite, ele não tem aquele mesmo cuidado que um adulto tem. Porque, na maioria das vezes, ele já está mais [...] Ele, de vez em quando, desorienta. Ele mesmo arranca ou então ele puxa para um lado, para o outro e acaba soltando com mais facilidade. (T.E. 5)

Porque tem alguns que não têm aquela consciência, não sabem o que estão fazendo, aí se mexem muito e sempre acabam perdendo os acessos. (T.E. 7)

Devido a mudanças no sensório e na cognição de idosos, inclusive com a ocorrência de doenças mentais, pode haver manipulações acidentais dos dispositivos em uso, inclusive o acesso vascular. Há que se considerar o risco de delirium apresentado por esses idosos, provável causa de sua agitação/desorientação, principalmente quando com desnutrição, desidratação, deficiências auditivas, visuais, em polifarmacoterapia, hipotensão, hipoalbuminemia, dentre outros (KAIANO; FLORA, 2012). Portanto, a equipe de enfermagem necessita conhecer estas possibilidades para saber identificá-las e implementar

estratégias que diminuam o risco de retirada acidental do AVP e aumentem a segurança do paciente.

Vale ressaltar a necessidade de que o profissional de enfermagem tenha devido preparo para lidar com a pessoa idosa, a fim de oferecer uma assistência integral às suas necessidades, pois as peculiaridades devem ser conhecidas para que sejam consideradas adequadamente. O prurido identificado pela entrevistada T.E. 1, por exemplo, é descrito como sintoma comum em pessoa idosas e, em geral, é provocado pela pele seca ou pelo uso de medicamentos (PHILLIPS, 2001) ou ainda pode representar sensibilidade à fita adesiva ou à substância antiséptica utilizada previamente à PIP.

Além disso, foi destacado por algumas entrevistadas que, para evitar a perda acidental do AVP na pessoa idosa, elas orientam o paciente e acompanhante quanto a manipulações dos dispositivos e movimentações no membro punccionado e, no caso de idosos com desorientação, chegam a realizar contenção no leito.

As meninas (técnicas de enfermagem) têm sempre o cuidado de orientar bastante em relação ao posicionamento, dependendo do local, para ele ter cuidado e para não mexer. Você orienta, você conversa com relação ao manuseio, mobilidade e tudo. (E. 2)

Conversar com o paciente, para tomar cuidado pra quando a gente posicionar uma veia, ele não perder. Orientar que não deve está mexendo muito o braço. Tudo bem que não vai ficar com o braço estático, mas ter cuidado para na hora do banho e tudo, não estar puxando. Porque, às vezes, eles não têm cuidado, puxam o acesso [...] Por isso tem que ter cuidado e, quando estiver soltando, mandar chamar o técnico para ou repuncionar outro ou então, fixar mais o esparadrapo para não perder. (T.E. 1)

Geralmente, a gente sempre orienta a família a prestar atenção, ter cuidado para não perder. Porque com relação ao idoso, não tem o que a gente fazer. Porque às vezes, dependendo se ele tiver muito desorientado, a gente faz uma contençãozinha para ele não movimentar muito. Mas, no mais, é orientar a família mesmo. É a única forma de conseguir segurar um pouquinho. (T.E. 7)

Foi observada algumas vezes, após a execução da PIP, a realização de orientação à pessoa idosa e ao seu familiar pelas técnicas de enfermagem quanto a manipulações e movimentações de membros, e para cuidados durante o banho, para melhor manutenção do AVP. Assim, ressalta-se a necessidade de que esta seja feita de forma lenta, com linguagem clara e acessível e continuamente, sendo frequentemente necessário realizar esclarecimentos por várias vezes e avaliar a apreensão da pessoa idosa e acompanhante sobre o conteúdo ensinado.

Uma alternativa na educação ao paciente hospitalizado é o uso de materiais didáticos

informativos como cartilhas que podem ser utilizadas para explicação sobre o uso de cateteres, por exemplo, o cateter venoso periférico, sendo entregue ao paciente e familiar, os quais poderão ter acesso à informação quando sentirem necessidade. As cartilhas são um recurso simples e que devem ser preparadas de forma a permitir o entendimento fácil, utilizando-se pouco texto e ilustrações, para possibilitar compreensão inclusive de indivíduos com baixo grau de escolaridade.

Identifica-se então a educação, como ação fundamental da equipe de enfermagem no contexto hospitalar, haja visto que esta pode ser utilizada como forma também de cuidado, potencializando o profissional a intervir de maneira construtiva/reflexiva, singular/plural, dinâmica/flexível com o compartilhamento de saberes entre cuidadores e seres cuidados (FERRAZ et al., 2005).

A INS em publicação específica sobre a TIV em pessoas idosas salienta que a educação dessas não somente possibilita que estejam mais informadas, como também facilita a promoção do autocuidado. Para tanto, a educação incorpora métodos de ensino com base em uma avaliação prévia da pessoa idosa em relação à idade, desenvolvimento cognitivo, influências culturais e linguagem mais adequada e considera fatores como déficits sensoriais, estressores atuais e limitações funcionais que podem afetar a capacidade de aprender (INS BRASIL, 2013).

Neste sentido, além de educar a pessoa idosa e os acompanhantes quanto aos sinais sugestivos de eventos adversos a serem relatados à equipe (conforme discutido em subcategoria anterior), vale explicar sobre o cuidado adequado com os dispositivos do AVP, sobre quaisquer limitações de atividade e precauções para que eles possam contribuir com a prevenção de infecção, por exemplo executando adequada lavagem de mãos (INS BRASIL, 2013).

Ademais, a educação do paciente e familiar torna-se fundamental também para prevenção de erros e eventos adversos ocorridos no sistema de saúde, pois permite seu engajamento em programas de segurança e qualidade (LAVERY; 2011), movimento este que tem sido estimulado pela OMS através do desenvolvimento do Programa Pacientes pela Segurança do Paciente, como parte da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (WHO, 2005) .

Desse modo, quando os pacientes estão bem orientados, são mais colaborativos, sabem o que esperar, são mais conscientes de que as escolhas que fazem podem afetar a sua saúde e estão mais propensos a detectar erros potenciais. Por isso, algumas estratégias são importantes como: enfatizar seu direito em participar do próprio cuidado, incentivá-lo a realização de

questionamentos e demonstrar-se abertos para serem lembrados quando esquecerem da execução de algum procedimento (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2009).

Outrossim, durante as entrevistas, quando questionadas sobre os cuidados para a manutenção do AVP, algumas participantes destacaram a importância de realizar boa fixação do cateter intravenoso. Porém, foi demonstrada preocupação apenas com relação à prevenção da retirada acidental do cateter, uma vez que a pessoa idosa se movimenta bastante, conforme as falas abaixo.

A questão da fixação, elas também têm muito cuidado com relação a isso [...] De estar fazendo uma boa fixação da punção, para que não se perca, por conta disso, na mobilidade do paciente. (E. 2)

O importante é saber como a gente vai fixar o esparadrapo ou micropore nesse idoso, para fixar por mais tempo [...] Então a gente tem que deixar bem fixo esse acesso. Ele pode tirar o acesso, aí vai ser outra punção, outro estado que deixa ele mais estressado. (T.E. 4)

As participantes do estudo destacaram a necessidade da cobertura para permitir boa fixação do cateter sobre a pele do paciente. Em nenhuma das entrevistas foram referidas outras propriedades como a importância da transparência da cobertura ou da estabilização adequada do *hub* do cateter.

Entretanto, sabe-se que a cobertura dos cateteres venosos, além de evitar perda acidental do AVP, idealmente deve: prevenir contaminação extrínseca, diminuir proliferação da flora cutânea, prevenir traumas no local de inserção do cateter e no vaso sanguíneo, manter o local de inserção do cateter seco, permitir a observação contínua do sítio de inserção para detecção precoce de complicações locais da TIV, ser confortável, não irritante ao paciente e esteticamente agradável, além de possibilitar fácil aplicação e retirada (ZINGG; PITTET, 2009; AVELAR, 2011b; INS, 2011; O'GRADY et al, 2011; INS, 2013; LAUDENBACH, 2014).

Ainda sobre a cobertura do AVP, as entrevistadas referiram que na unidade há disponível dois tipos de cobertura para acessos periféricos: a fita adesiva comum, tipo esparadrapo e a fita adesiva porosa, que eles comumente identificam como micropore[®]. A maioria das entrevistadas referiu preferir a fita microporosa à fita comum, sendo aquela menos “agressiva” para a pele sensível da pessoa idosa.

Uso o esparadrapo. É o que a gente tem na unidade. (T.E. 2)

O ideal seria assim, não usar o esparadrapo e usar mais o micropore[®]. Mas aqui na prática, a gente não ver muito essa utilização. (E. 1)

O cuidado é que você tem que ver o esparadrapo (referindo-se ao tipo de cobertura). Eu boto logo na bandeja aquele antialérgico que é o micropore[®]. Porque aquele outro ele gruda mais [...] Então, a gente usa mais aquele micropore[®]. Tem que usar mais o micropore[®] pra poder proteger mais a pele dele. (T.E. 1)

[...] Geralmente uso o micropore[®], porque é uma pele muito debilitada, muito delicada. Então não se pode colocar esparadrapo [...], além de ser hipoalergênico, se adapta melhor à pele do idoso. (T.E. 4)

Eu também procuro não usar esparadrapo, porque principalmente na pele do idoso, puxa muito, acaba ferindo. Procuro usar micropore[®]. (T.E.7)

Apesar de identificarem a fita adesiva como potencial causador de lesões de pele na pessoa idosa, algumas vezes, a equipe de enfermagem realiza a cobertura do AVP com grande quantidade de fita adesiva, a fim de tornar menor a possibilidade de perda acidental, inclusive nas pessoas idosas que se movimentam mais ou costumam manipular o acesso venoso.

A fixação tem que ser bem feita, tem que colocar bem fixo. (T.E. 1)

A gente fixa com mais cuidado. Coloca mais esparadrapo. Mas não apertando muito, entendeu? Por que às vezes, ele fica mexendo. Se for algum idoso que tenha alguma deficiência, como mal de Parkinson, queira mexer, aí pode perder. A gente coloca mais fixo. (T.E. 3)

Fixar bastante o acesso, o máximo possível. Eu costumo sempre fazer a gravatinha e botar um esparadrapo que envolva o braço todo que é para não soltar. (T.E. 5)

Outrossim, as entrevistadas referem utilizar algumas vezes, como auxílio para fixar melhor o cateter, atadura de crepom, no sentido de evitar também a perda, porém sem apertar demais o local.

A gente costuma enrolar aquele local com uma atadura, porque aí fixa melhor. Só que tem que ter cuidado também pra não apertar demais, se não pode garrotear, aí acaba perdendo também o acesso. (T.E. 2)

[...] se for um idoso que não consegue manter esse acesso, que gosta de ficar se mexendo, a gente vai lá, coloca uma atadurazinha e protege aquele acesso o mais tempo possível [...] Enrola-se o braço com pouca atadura, não muita, somente para conservar por mais tempo. (T.E. 4)

[...] ou, às vezes, coloco uma atadura envolvendo para segurar mais um pouquinho, pois às vezes, o micropore não tem uma colinha. Aí não segura muito bem. (T.E. 7)

Dessa maneira, percebem-se as estratégias utilizadas na prática clínica diária no campo de estudo. Conforme os relatos anteriores, existe a preocupação em não haver perda acidental do AVP o que exige realização de nova PIP e requer dispêndio de mais tempo e esforço

profissional, além de ser um momento estressante para a pessoa idosa.

Por vezes, a pessoa idosa, devido sua condição clínica, pode realizar retirada do dispositivo intravascular. Entretanto, vale lembrar que ele pode apresentar um risco aumentado de desenvolver flebites, infiltrações e extravasamentos devido à menor resposta do sistema imune, às alterações no sistema tegumentário, fluidos e equilíbrio hidroeletrólítico, ao déficit nutricional e à existência de doenças de base, geralmente estando sujeitos à prescrição de terapias parenterais irritantes e vesicantes (OLIVEIRA, D.F.L., 2012).

Dessa maneira, a utilização de fita adesiva tipo esparadrapo, ainda associada ao uso de atadura de crepom, vai de encontro às recomendações atuais para o uso de coberturas de acessos vasculares e contribui para expor a pessoa idosa hospitalizada à ocorrência de eventos adversos relacionados ao AVP.

Mudanças no sensorio e cognição podem predispor a pessoa idosa a manipulações acidentais do dispositivo de acesso vascular e sua cobertura, desconexões acidentais, contaminação da inserção do cateter ou dos outros dispositivos para terapia intravenosa; a incontinência urinária e separação acidental ou deslocamento de sistemas de alimentação enteral, também podem afetar integridade das coberturas do AVP ao causar possíveis vazamentos de diurese ou dieta, umedecendo a fixação. Entretanto, reforça-se que medidas de fixação extra, como o uso de fitas adicionais podem impedir a observação do sítio de inserção do cateter intravenoso e lesar a pele da pessoa idosa quando da sua retirada. (INS BRASIL, 2013).

Assim, o uso de fitas opacas ou curativo com gaze já torna difícil identificar precocemente sinais de complicações locais da TIV, ao acrescentar-se atadura para envolver o membro, essa percepção fica impossibilitada, e a detecção do evento adverso fica sujeita à comunicação de desconforto pelo paciente ou a manifestação de outros sinais como, por exemplo, a diminuição da velocidade de infusão de soluções e medicamentos ou aos alarmes de bomba de infusão.

Além disso, apesar da preocupação na utilização de fita para evitar a retirada do AVP, não foi percebida a atenção à correta estabilização do cateter, ou seja, a estabilização do cateter, a fim de preservar a integridade do acesso e prevenir o deslocamento do dispositivo. Logo, o AVP fixado com fitas bem aderentes, apesar de poder manter o dispositivo intravenoso aderido à pele, não é capaz de prevenir os deslocamentos no interior do vaso sanguíneo, que podem acarretar infiltração, extravasamento e flebite mecânica.

Ressalta-se que estabilizar o dispositivo intravenoso significa a estabilização da cânula do cateter, também conhecida como canhão ou hub, e é realizada antes de se realizar o

curativo/cobertura (INS, 2011; BRASIL, 2013c; SANTOS et al., 2013).

Durante a observação, foi notado o uso de fitas adesivas em excesso para fixar os AVPs das pessoas idosas, muitas vezes ao redor de todo o membro onde havia sido posicionado o cateter. Na maioria dos casos, os pacientes estavam em uso do esparadrapo (comum ou poroso), adesivos que eram utilizados de forma coletiva, para o considerável número de pacientes internados em ambas as unidades de internamento, e para diferentes finalidades como a fixação de dispositivos como sondas enterais e a realização de curativos.

Além disso, destaca-se que em geral, durante a PIP, a fim de agilizar o trabalho diante da grande demanda de atividades da equipe de enfermagem, as profissionais já levavam para a beira do leito os pedaços de fita apoiados na bandeja e, por vezes, colocados em outras superfícies como suportes de soro ou bancada dos pacientes. Essa conduta representa uma fonte de contaminação cruzada, potencializando a ocorrência de infecções de corrente sanguínea relacionada ao cateter intravascular.

O estudo de Santos et al (2010) analisou as condições de higiene de alguns objetos utilizados na assistência à saúde em unidade hospitalar e identificou contaminação de 28,6% dos esparadrapos, sendo encontrado crescimento da bactéria *Staphylococcus aureus* nos exames de cultura de um destes. Portanto, ressalta-se a magnitude das infecções primárias de corrente sanguínea (IPCS) nos serviços de saúde e a necessidade de implementar ações baseadas em evidências científicas, como a adequada lavagem de mãos, para evitá-las e melhorar a qualidade assistencial.

Neste sentido, questiona-se sobre a indisponibilidade de coberturas estéreis para os acessos venosos nas unidades, uma vez que pacientes admitidos de outros setores como a UTI, faziam uso desse tipo de fixação no AVP. Logo, reforça-se a necessidade de as enfermeiras estarem engajadas nas ações relativas à TIV, a fim de questionarem e solicitarem materiais de melhor qualidade e adequados para o uso na pessoa idosa.

4.2.5 Retirada do Acesso Venoso Periférico: Prevenção de flebite, infecção e lesões de pele

A retirada do AVP é feita quando a terapia intravenosa é suspensa e quando houver troca do dispositivo, na suspeita de complicações ou para se realizar a troca do mesmo.

Conforme as falas das participantes do estudo, é necessário fazer a troca do AVP das pessoas idosas hospitalizadas num período não superior a 72h para evitar flebite e infecção.

A troca é sempre o que é padronizado pela instituição. Tanto faz ser paciente idoso

ou não, a gente troca a cada 48/72h. (E. 1)

O cuidado que tem que ter é esse: vendo, fazendo a troca, que a gente faz aqui de 3 em 3 dias. (T.E. 1)

Não pode também passar mais de três dias. No máximo aqui a gente deixa três dias. Mas como é idoso, pode ser que tire antes. (T.E. 3)

Geralmente aqui, na clínica, o paciente fica de 2 a 3 dias com o acesso. (T.E. 4)

Se não perdeu o acesso nesse percurso de três dias, a gente tem que estar trocando. 72 horas é o máximo que pode ficar. Então, a única coisa que previne mais (os eventos adversos relacionados ao AVP) é a troca correta nos três dias. (T.E. 7)

A primeira coisa que a gente faz quando vai visitar o paciente é olhar a data do acesso para ver se está velho, pois se passar de três dias nós temos que trocar [...] A cada três dias a gente troca o acesso venoso, justamente para evitar contaminação, flebite, o risco de infecção. (T.E. 6)

Ademais, uma das entrevistadas referiu que quando a pessoa idosa apresenta dificuldade para punção venosa periférica, o AVP é deixado por um tempo superior aos quatro dias.

Só que a gente, às vezes, quando o paciente tem uma dificuldade de acesso, a gente mantém um pouco mais. (E. 1)

Para prevenir flebite e infecção, é recomendada pelo CDC (O'GRADY et al., 2011), INS (2011) e INS Brasil (2013) a substituição de cateteres periféricos a cada 72 – 96 horas. Além disso, ressalta-se que nas situações onde o AVP é limitado, a decisão em manter o cateter além das 72-96 horas depende da avaliação do dispositivo, da integridade da pele, duração e tipo de terapia prescrita, devendo ser documentada a decisão (BRASIL, 2013c).

Durante a observação sistemática, percebeu-se, em alguns momentos, a atenção e seguimento ao prazo de troca dos AVPs. Entretanto, em algumas situações, a substituição do cateter não ocorreu no prazo adequado e, em um dos idosos, por exemplo, houve permanência do dispositivo intravascular por oito dias, sem nenhum motivo aparente para sua permanência por tanto tempo.

Outrossim, além da não atenção ao prazo previsto para a troca do AVP, outro fator citado pelas entrevistadas como contribuinte para a ocorrência de flebite, foi o uso prolongado de antibióticos endovenosos, que pode gerar dor e ainda a esclerose de veias da pessoa idosa.

Tem muito paciente que por estar muito tempo hospitalizado, tem dificuldade de acesso, por tomar medicamento como Oxacilina, clindamicina. Então, chega um momento que você procura uma veia e você não consegue encontrar. (T.E. 2)

Tem paciente que até com 2 dias, 3 dias, ele já está sentindo dores, dependendo da quantidade de antibióticos que ele recebe. Geralmente aqui, na clínica, o paciente fica de 2 a 3 dias com o acesso. Mas passando disso, a depender da quantidade de antibióticos, já começa a sentir dores no local. (T.E. 4)

Os acessos que ficam muito tempo, o paciente que usa muito antibiótico, às vezes faz uma flebite. Ocorre mais a flebite. (T.E. 5)

Vale ressaltar que diante do risco identificado para o desenvolvimento da flebite, é importante que a equipe de enfermagem adote medidas preventivas e não somente com relação à flebite química, gerada principalmente pela infusão de medicamentos ou soluções irritantes ou inapropriadamente diluídos ou associados (HARADA; RÊGO, 2005), mas também à mecânica e infecciosa.

Por isso, além de realizar substituição do AVP no prazo recomendado de até 96 horas, é importante realizar correta diluição de medicamentos intravenosos, respeitando-se o tempo de infusão adequado e a compatibilidade com diluentes de acordo com o pH; atentar para a infusão separada de medicamentos incompatíveis e realizar lavagem do AVP entre as administrações de drogas e soluções; estabilizar o AVP corretamente e utilizar cateteres de tamanhos adequados para o calibre e comprimento da veia; manter técnica asséptica na inserção e posteriores manipulações dos dispositivos de infusão (USLUSOY; METE, 2008; HARADA; RÊGO, 2011; INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Com relação à remoção do AVP, quase todas as entrevistadas destacaram o cuidado na retirada da fita adesiva para não levar à perda da integridade da pele sensível da pessoa idosa e para não arrancar pelos, o que pode gerar dor ao paciente. Por isso, o cuidado na manipulação da fita adesiva e a escolha preferencial pela fita microporosa no planejamento da PIP.

O cuidado é a questão de como tirar o esparadrapo, no caso, para não lesionar a pele, devido à sensibilidade. (E. 1)

O que eu acho importante é que você retire com cuidado pra não está lesionando a pele dele. Conversa: ‘Vou tirar, vai doer um pouquinho’, aí você vai tirando. (T.E. 1)

Por que aquele outro (esparadrapo comum) ele gruda mais, então puxar aquela pele sensível do idoso pode ferir. (T.E. 1)

Ter cuidado na hora de retirar o esparadrapo, senão acaba levando a pele junto, porque aquele esparadrapo é um terror né?! (T.E. 2)

Não é tão diferente dos outros. Só mais cuidado por causa dos pelos que às vezes gruda, às vezes dói. Ter delicadeza para tentar tirar o acesso. (T.E. 5)

Ele tem uma pele mais sensível e fragilizada. Por isso, na hora de colocar o fixador, eu gosto muito do IV-Fix. Quando não tem o IV-Fix eu gosto de colocar o

micropore, porque ele não é tão agressivo como o esparadrapo na hora de fazer a retirada do acesso. (T.E. 6)

Não é para tirar com aquela agressividade. Tem que tirar com cuidado. Tem que ter paciência. Claro que se você retirar, mesmo que seja o micropore, com uma técnica, digamos assim, estúpida, com grosseria e não tomar nenhum cuidado, você vai lesionar o tecido do paciente, vai traumatizar. (T.E. 6)

Por isso, para facilitar a remoção do esparadrapo e minimizar a agressão, as entrevistadas referiram umedecer a cobertura do AVP, seja com álcool ou mesmo óleo mineral.

As meninas (técnicas de enfermagem) tem o cuidado de estar sempre umedecendo a fixação, pra não lesionar a pele periférica dessa punção, tendo esse cuidado para não forçar... (E. 2)

Aqui a gente usa sempre álcool a 70%, aí vai tirando com cuidado para não trazer danos à pele (T.E. 1)

Eu mesmo costume molhar com álcool o algodão, para na hora não ficar esticando muito. Por que a pele dele é frágil, aí pode danificar. (T.E. 3)

Na retirada do acesso temos que ter muito cuidado. Devemos utilizar um álcool a 70%. Eu costume, na maioria das vezes, pego um óleo mineral que nós temos aqui na unidade, e eu vou passando nas bordas até amolecer, porque o álcool não tira com tanta facilidade. (T.E. 6)

Aqui não usa mais, era o éter [...] Para tirar a colinha, principalmente no esparadrapo. Mas a gente vai tirando devagarzinho, vai molhando ali, para não estar puxando de vez, para não lesionar a pele. (T.E. 7)

Mais uma vez, o cuidado com a pele da pessoa idosa é reforçado como medida fundamental para esses pacientes. Porém, de uma maneira geral, ficou clara, nas unidades em estudo, a ausência de padronização de condutas para equipe de enfermagem frente à pessoa idosa com AVP. Foi percebido, conforme os relatos, que também com relação à escolha da fita para fixação e técnica para retirada do AVP, cada profissional age de uma maneira, o que potencializa a ocorrência de danos à pessoa idosa.

Uma das participantes citou ainda o cuidado de realizar compressão local no caso de pessoas idosas com coagulação prejudicada, devido por exemplo, ao uso de anticoagulantes, muito comum nesses pacientes.

Se o paciente estiver tomando algum anticoagulante, ele sangra muito. Então assim que retirou o acesso, limpa o local e faz uma pequena compressão com esparadrapo. Coloca um pedacinho de micropore® ou esparadrapo (comum), a depender do tamanho e deixa ali até parar o sangramento. Assim que para também, a gente tira aquele esparadrapo velho e já deixa ele limpo, vê se não está saindo nenhum tipo de resíduo ainda. (T.E. 4)

Devido às alterações anatomofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, durante a retirada do AVP na pessoa idosa é essencial remover adesivos com cuidado para evitar lesões na pele, inclusive fissuras e hematomas, podendo ser útil algum removedor de adesivo para facilitar. Outrossim, pode ser necessário fazer um curativo compressivo em pacientes com discrasias hemorrágicas ou que estão em anticoagulantes (INS BRASIL, 2013).

Portanto, destaca-se que para cuidar de maneira efetiva e segura da pessoa idosa hospitalizada, além de assumir atitudes de preocupação, respeito e valorização do outro, é imprescindível a busca de conhecimento científico no que diz respeito ao envelhecimento e ainda à terapia intravenosa para embasar e padronizar as ações da equipe de enfermagem, baseando-se em evidências.

Ademais, vale destacar que durante os dias de observação, constatou-se que o dimensionamento de enfermagem era defasado diante do número de pacientes e profissionais da equipe de enfermagem das Clínicas, tanto Médica como Cirúrgica, e também tendo em vista o grau de dependência que eles apresentavam.

Como consequência, conforme os discursos a seguir, a qualidade da assistência à pessoa idosa poderia ser comprometida, não havendo, por vezes, a realização de um cuidado diferenciado às necessidades do paciente geriátrico. Por isso, cuidados necessários como a troca do dispositivo venoso no prazo recomendado poderiam não ser prestados, com contribuição para o desenvolvimento de eventos adversos relacionados ao AVP e repercussão em sérios riscos para o paciente, comprometendo sua segurança.

Porque às vezes, a gente não consegue dar atenção especial ou diferenciada ao idoso, por conta da nossa sobrecarga. [...] A intenção da equipe que eu vejo como um todo lá é prestar a melhor assistência. Mas, infelizmente, a gente não consegue fazer tudo do jeito que a gente gostaria. (E. 1)

Porque o ideal é que tivesse um cuidado especial para o idoso, um local realmente apropriado para ele. Mas infelizmente, nós não temos aqui. (T.E. 4)

É pra retirar o acesso em três dias, aí você com sobrecarga, com tanto paciente para banho, curativo, medicação. Se você vê que o acesso está fluindo, não está com problema nenhum, você vai colocando. Vai deixando para depois, para a hora que tem tempo. Então, é por isso que pode causar flebite. Por isso que ocorre. Sobrecarga. O técnico tem muita sobrecarga de trabalho. (T.E. 1)

Assim, conforme Seifert e Messing (2004), os cuidados de enfermagem são, antes de tudo, de natureza relacional e, nesse sentido, exigem tempo e certa continuidade presencial das profissionais junto aos pacientes e seus familiares.

Ademais, para além do comprometimento na execução de alguns procedimentos, infere-se que havia prejuízo também para a realização de um cuidado integral, considerando a dimensão relacional do mesmo. Por estar ocupada na maior parte do tempo realizando ações de caráter técnico, muitas vezes, a equipe de enfermagem não conseguia desenvolver efetivamente uma relação com pessoa idosa hospitalizada e seus acompanhantes.

Portanto, a atenção especial à pessoa idosa dificultada e às vezes, impossibilitada por motivos como a grande carga de trabalho dos profissionais, não garantirá o conhecimento das necessidades do paciente, para atendê-las de maneira integral. Pois, concordando-se com Buber (1987), a relação com outro ser humano é um estado em que um reconhece, conhece o outro como sujeito e com ele se importa e desse modo, considera-se o ser cuidado como muito mais do que mera categoria patológica.

Todavia, Waldow (2001) discute que é frequente o desenvolvimento de relações impessoais entre ‘pessoa-objeto’, em que cuidadora desempenha seu trabalho corretamente, apenas no aspecto técnico e então, realiza os procedimentos num ‘corpo qualquer’.

Além disso, outro fator importante observado nos campos de estudo, foi o afastamento dos enfermeiros nas ações que dizem respeito à TIV e aos acessos vasculares. Como, em geral, estava escalado apenas um enfermeiro por turno e considerando o grande quantitativo de pacientes, esses profissionais delegavam ao técnico de enfermagem a execução de procedimentos relacionados ao AVP.

Aqui a gente, enfermeiros da assistência, não tem um contato tão grande nesse aspecto de punção e muitas coisas a técnica de enfermagem é quem faz . (E. 2)

Na verdade, quem pega os acessos e administra medicamentos são os técnicos. Eu só pego, vamos dizer assim, quando eles têm alguma dificuldade. Mas, eu acho também que um pouco devido nossa sobrecarga. Nós, enfermeiras, temos uma dificuldade nesse planejamento, de ter uma atenção maior. As coisas são muito corridas pra gente. E aí, deixamos a desejar em alguns aspectos. (E. 1)

Os enfermeiros, na maior parte do tempo, estavam desenvolvendo ações administrativas e assim, como rotina da unidade, os técnicos de enfermagem se apropriaram de quase todos os cuidados relacionados ao AVP e os enfermeiros estavam afastados inclusive da supervisão dos cuidados. Assim, não havia designação de competências e estabelecimento de responsabilidades na realização da TIV.

Neste cenário, ressalta-se a ausência da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da prática do Processo de Enfermagem nas duas unidades clínicas, instrumentos que orientam o cuidado profissional de Enfermagem, apesar da

determinação do COFEN de que o Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem (COFEN, 2009).

A SAE e os protocolos assistenciais são identificados como obrigatórios para a execução segura da Terapia Intravenosa e permitem a incorporação de evidências científicas à prática, o acompanhamento dos resultados obtidos e a documentação das ações de enfermagem (PEDREIRA, 2011a).

4.3 CONDUCTAS FRENTE À OCORRÊNCIA DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Após a identificação do evento adverso relacionado ao AVP, condutas devem ser tomadas no sentido de tratá-los, controlar sua evolução e reduzir a morbimortalidade da pessoa idosa, sendo que para cada evento adverso, existem diferentes intervenções recomendadas. Por isso, a necessidade do enfermeiro e equipe de enfermagem avaliarem periodicamente a pessoa idosa, considerarem suas queixas e saberem identificar a ocorrência de diferentes complicações para tomada de decisão e implementação de cuidados precoce.

Como relatado pelas participantes do estudo, na suspeita de algum evento adverso relacionado ao acesso intravascular periférico, a conduta inicial nas unidades em estudo é retirar o dispositivo venoso e realizar nova PIP em outro local. Assim, o fazem quando a pessoa idosa se queixa de dor, quando ocorrem sinais locais de rubor, edema, hiperemia ou quando o paciente apresenta febre.

Toda punção está ali, viável e boa, mas o fato de estar puncionado possibilita as questões de infiltração, de hiperemia no local, de dor às vezes. Se apresentar qualquer intercorrência, às vezes eles dormem por cima do acesso, ou fazem alguma coisa do tipo, aí ou perde, ou extravasa. Então, assim que é detectado algum ponto desse, é retirado o acesso e puncionado um novo em outra região. (E.2)

E aí a gente observa. Tem gente que não consegue observar a tempo e aí ele já começa a tremer e dá febre. Aí já sabe. Quando acontece isso, tem que trocar o acesso. (T.E. 2)

O que a gente não deixa aqui é o paciente sentindo dor no acesso. Não deixa não. A gente procura sempre trocar aquele acesso o mais rápido possível. (T.E. 4)

Quando ele queixa de dor, a gente observa se ele tem alguma flebite no local ou algum inchaço, algum edema no local. Aí imediatamente a gente tira aquele acesso e punciona outro local. (T.E. 4)

Logo depois da infiltração começa a ficar aquela vermelhidão, ficar com rubor. Aí você já sabe, vai ser uma flebite. Então, tem que tirar. O membro fica enorme, edemaciado. Pode levar a perda do membro. (T.E. 6)

Salienta-se, por exemplo, que o tratamento inicial dos casos de flebite de qualquer tipo é parar a infusão e remover o cateter venoso periférico (WEBSTER et al, 2010). Segundo Avelar (2009), apesar de a retirada do cateter não representar o estacionamento da progressão da flebite, o atraso na remoção pode estender a duração dos sintomas.

Ademais, o tratamento da flebite dependerá do grau de inflamação existente. Flebites classificadas como de grau I usualmente são resolvidas após a remoção do cateter intravenoso (RICKARD et al, 2010; HIGGINSON; PARRY, 2011).

Deve-se retirar o cateter intravenoso ao ser identificada obstrução (PHILLIPS, 2001; INS BRASIL, 2013). Entretanto, na ocorrência de infiltrações e extravasamentos, assim que forem percebidos, deve-se interromper a infusão e não retirar de imediato o cateter para que o medicamento residual possa ser aspirado. Para realizar a aspiração, é preciso desconectar o equipo de infusão e conectar uma seringa de 3 a 5 ml para que seja aspirado o fluido (DOELLMAN et al, 2009; HARADA; RÊGO, 2011).

Algumas das medidas visando tratar os eventos adversos foram descritas nas entrevistas. Contudo, percebeu-se na observação, que as condutas a serem realizadas diante dessas complicações não estavam presentes em protocolos de cuidados de enfermagem nas unidades, sendo assim, cada profissional conduzia a assistência a sua maneira.

Uma das medidas descritas foi o uso de compressas no local, contudo não houve diferenciação entre a indicação da compressa fria ou morna, sendo utilizadas aleatoriamente. Sobre isso, uma das entrevistadas (T.E. 7) relatou não haver meios para preparo de compressas mornas na unidade, contradizendo a afirmação da T.E. 6.

A T.E. 6 relatou ainda o uso de creme tópico para tratar infiltrações.

Com relação à obstrução, flebite, hematoma, não há medida específica para tratá-las na unidade. Pode colocar compressas, se for um extravasamento muito grande. Pode colocar compressa gelada. (E.1).

Retiramos o acesso, e se tiver sangrando, fazemos uma contenção com esparadrapo. (T.E. 4)

Na infiltração, a gente coloca bolsa de água quente, compressa de água quente e, se tiver prescrito, reparil[®]. (T.E. 6)

A gente faz compressas. Faz fria, faz quente. Quente não faz aqui, porque a gente não tem nem como fazer. Nem os chuveiros aqui são quentes quanto mais. Aí faz fria mesmo. Bota um sorinho gelado. (T.E. 7)

Percebeu-se que um dos motivos para essa implementação de medidas de forma aleatória é que as entrevistadas, muitas vezes, possuíam conhecimento deficiente com relação aos eventos adversos relacionados ao AVP e suas causas e assim, não sabiam diferenciá-los de acordo com os sinais e sintomas que o paciente apresentava para realizar o tratamento adequado.

Com relação ao uso do Reparil[®] descrito pela T.E 6, trata-se de um gel composto por escina e salicilato de dietilamônio, e é indicado para edemas causados por transtornos de natureza inflamatória como nas afecções venosas, a exemplo das flebites superficiais e na ocorrência de traumatismos, hematomas (BRASIL, 2009).

A escina, fitofármaco extraído da árvore conhecida como castanheira da índia, age na parede vascular e altera a permeabilidade capilar, reduzindo o edema existente; além de ter ação antiinflamatória e estimular a microcirculação. Já o salicilato de dietilamônio (DEAS) tem efeito analgésico e antiinflamatório. Esse produto, entretanto, é contraindicado quando houver rupturas na pele, o que geralmente ocorre quando da retirada do catéter (BRASIL, 2009). Assim, tornam-se necessária a realização de estudos randomizados sobre a ação do salicilato de dietilamônio que comprovem a eficácia deste produto nas complicações associadas à terapia infusional, uma vez que é amplamente difundida na prática diária dos profissionais de enfermagem, principalmente em instituições hospitalares.

Além disso, com relação ao tratamento dos eventos adversos, ressalta-se que diante de hematomas, as condutas recomendadas devem ser a realização de hemostasia efetiva com pressão direta sobre o local de retirada do cateter por 2 a 3 minutos, com uso de gaze estéril (PHILLIPS, 2001), a elevação da extremidade para melhorar o retorno venoso e a aplicação de compressas frias, que ajudarão a prevenir o aumento do hematoma (INS BRASIL, 2013). Durante a observação sistemática, foi observada a prática da compressão local ao ser retirado o dispositivo intravascular, como informa a T.E. 4. Entretanto, notou-se que a aplicação de pressão no membro era feita apenas durante alguns segundos, quando logo se fixava a fita adesiva com algodão, numa tentativa de agilizar o procedimento.

Na observação sistemática, verificou-se que, por muitas vezes, essa cobertura permaneceu durante vários dias no idoso, indo de encontro ao objetivo do seu uso que seria a hemostasia, e contribuindo para desenvolvimento de infecção local devido uso de material não estéril e de tornar a retirada do adesivo mais difícil, expondo a pessoa idosa à lesões de pele e dor.

Outrossim, nos casos de infiltração e extravasamento, é necessário elevar o membro afetado por 24-48h, de maneira confortável para o paciente, a fim de contribuir com a diminuição do edema (PHILLIPS, 2001) e aplicar sistematicamente a escala de classificação de infiltração e extravasamento (HARADA, RÊGO, 2011; INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Além disso, a aplicação de compressas mornas deve ser feita nos casos de infiltração de soluções de cálcio, contraste, nafcilina, soluções de potássio, soluções de hiperalimentação, drogas vasoativas e se a droga extravasada é quimioterápico que não se liga ao DNA como alcalóides da vinca e vimblastina. Já as compressas frias são indicadas para extravasamento dos demais antineoplásicos (que se ligam ao DNA), administração de nitroprussiato de sódio e demais medicamentos e soluções irritantes e/ou vesicantes (PHILLIPS, 2001; INS BRASIL, 2013).

Existem ainda controvérsias sobre a utilização de antídotos para tratamento de extravasamentos, pois sua eficácia foi testada apenas em cobaias e essa prática ainda é incipiente no Brasil (KASSNER, 2000; CHANES; DIAS; GUITERREZ, 2008). Por isso, é necessário o estabelecimento de protocolos para a sua administração, desenvolvidos pela equipe multiprofissional, além da prescrição médica (HARADA, RÊGO, 2011; INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Quando da ocorrência de obstruções de cateteres periféricos, é importante ressaltar que não se deve irrigar o cateter, pois há risco de embolia pela entrada do coágulo na circulação ou ainda, pela possibilidade de ruptura do cateter. Logo, as medidas diante deste evento devem ser: retirada do cateter, a aplicação de compressas frias para reduzir o fluxo sanguíneo e a avaliação local para presença de problemas circulatórios (PHILLIPS, 2001; HARADA, RÊGO, 2011; INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

Em relação à flebite, é recomendada após a retirada do cateter, a aplicação inicialmente de compressas frias no local para diminuição da dor e a seguir, o uso de compressas mornas para, através da vasodilatação, reduzir o edema; a elevação do membro; a administração de analgésicos e antiinflamatórios prescritos e a aplicação sistemática da escala de classificação de flebites (INS, 2011; INS BRASIL, 2013).

O estudo de Reis et al (2011) demonstrou a eficácia do uso de Chamomilla recutita em concentração de 2,5% em pacientes com flebite, decorrente de infusão intravenosa periférica de quimioterapia antineoplásica.

Ainda, foi referida a ocorrência de esclerose nas veias de pessoa idosas, associada à hospitalização prolongada, diante da qual se opta pela solicitação de instalação de cateter venoso central.

Tem muito paciente que por estar muito tempo hospitalizado, aí ele tem dificuldade de acesso [...] Então, chega um momento que você procura uma veia e você não consegue encontrar [...]. Aí fala para o médico que está com dificuldade, que não tá conseguindo o acesso, aí eles fazem o acesso central. (T.E. 01)

Sobre a escolha por cateteres centrais, a E. 2 referiu que esta deve ser pautada em uma avaliação da enfermeira e do médico, e da condição clínica da pessoa idosa, comparando vantagens e desvantagens.

É uma relação de equipe de enfermagem e o médico. Até onde eu devo tentar um acesso periférico e até onde está indicado um central e até onde esse central vai ser mais um benefício do que um ônus. Então, diante do quadro do idoso, é vantajoso você passar um central. (E. 2)

Por conta da aterosclerose, as veias se tornam duras à punção venosa, dificultando esta. Esse processo pode ocorrer por doença, uso incorreto do vaso sanguíneo anteriormente ou pela frequência da terapia medicamentosa.

Neste contexto, refere-se que a escolha por qual tipo de cateter venoso o paciente irá utilizar pode gerar dúvidas e ser difícil a tomada de decisão a esse respeito. Por isso, Harada (2011) salienta ser necessário se basear em critérios concretos e considerar características do paciente, da família, do tipo de atividade do paciente, imagem corporal e história medicamentosa.

Assim, sugere-se o uso do Algoritmo de Seleção de Dispositivo de Acesso Vascular da INS Americana (HARADA, 2011), para se decidir de maneira segura e eficaz durante o tratamento medicamentoso dos pacientes. Esse algoritmo baseia-se no tempo de duração previsto para a terapia e no tipo de soluções a serem administradas no acesso vascular

Ainda sobre a prevenção e controle de eventos adversos, uma enfermeira referiu que, diante de lesões mais graves, se estabelece o tratamento, podendo contar com a orientação do Núcleo de Feridas existente no hospital.

Se tiver infecção, algum ferimento, algumas coisa assim mais grave, a gente solicita o apoio do Núcleo de Feridas, porque pode acontecer até uma necrose por conta de acesso. O Núcleo de feridas normalmente orienta o que a gente tem que usar nesses casos. E também, não vejo com muita frequência (E. 1)

O Núcleo de Feridas da instituição é composto por enfermeiros e técnicos de enfermagem do hospital que dentre outras atividades, dedicam-se ao acompanhamento de lesões de pele dos pacientes internados, a partir da solicitação da equipe de cada setor e, através de avaliações periódicas, indica o tratamento em cada fase.

Destaca-se a importância da existência de Comissões dentro da unidade hospitalar, compostas por equipe multidisciplinar para contribuir com assistência à saúde eficaz e com segurança prestada nos diferentes setores. No hospital onde foi realizado o estudo, existe o Núcleo de Segurança do Paciente, que objetiva garantir boas práticas, melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias para a segurança do paciente, conforme Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013d).

Sobre as condutas diante dos eventos adversos relacionados ao AVP, não foi presenciada a realização de medidas de tratamento às pessoas idosas hospitalizadas nas unidades em estudo. Em geral, quando ocorriam, era feita a retirada do acesso, muitas vezes inclusive, quando o evento adverso já estava num grau mais avançado. Após retirada do cateter e o estabelecimento de novo AVP, as lesões permaneciam nos idosos sem nenhuma intervenção.

Este fato pode ser confirmado através dos relatos das entrevistadas T.E. 4 e T.E. 6, quando referem que o membro atingido era deixado “esquecido”. Essa falta de intervenção, a depender da situação, pode expor a pessoa idosa à piora do quadro, infecção grave, lesão extensa com necrose e até perda do membro afetado.

Quando ocorrem as complicações do acesso – hematomas, edema, flebite, não fazemos nada. Não vou dizer a você que faz, porque não faz. A gente vai deixando aquilo ali o tempo que ficar. (T.E. 4)

A flebite por si ela melhorando, com ajuda dos antibióticos que ele está tomando, vai melhorando. Deixar aquele membro ali esquecido, não puncionar. (T.E. 6)

Portanto, verifica-se a necessidade de atualização permanente da equipe de enfermagem, com desenvolvimento contínuo de conhecimentos específicos referentes à TIV, inclusive ao tratamento dos eventos adversos relacionados ao AVP. Além disso, a ausência de protocolos clínicos de cuidados de enfermagem pode predispor a falhas na atenção à saúde, com a ocorrência de erros, sem estes, a tomada de decisão acaba sendo baseada no empirismo.

Segundo Pedreira (2011a), para o alcance dos melhores resultados possíveis para o paciente submetido à TIV, a enfermagem deve desenvolver habilidades e competências que lhe permitam implementar boas práticas clínicas relativas à terapia e sustentadas na melhor informação científica.

Dessa forma, os enfermeiros e técnicos de enfermagem colocarão em prática conhecimentos específicos do campo da enfermagem, apropriando-se de uma postura inovadora, crítica, criativa e consciente de suas responsabilidades ética, política e profissional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de AVP nas unidades em estudo permitiu entender que em decorrência das condições de trabalho, da sobrecarga dos trabalhadores de enfermagem e falhas na organização do sistema de atenção à saúde local, as pessoas idosas em uso deste dispositivo intravascular recebem, às vezes, cuidados técnicos que não são estabelecidos em protocolos clínicos institucionais e sem fundamentação científica.

Além disso, percebeu-se que o cuidado à pessoa idosa com necessidade de AVP pautava-se em geral na execução de procedimentos, ocorrendo pontualmente e assim, não sendo ofertado um cuidado integral ao paciente de acordo com as suas necessidades individuais, mas focando às vezes apenas o membro e os dispositivos venosos.

Assim, a equipe de enfermagem atentava durante a punção venosa periférica para aspectos como: as características peculiares do envelhecimento, a condição clínica e o adequado preparo da pessoa idosa e familiar antes da obtenção do AVP; o local ideal para a inserção do AVP, nem sempre sendo observada a preferência e vantagens para a pessoa idosa; a escolha do cateter de acordo com, por exemplo, o tipo de solução a ser infundido.

As entrevistadas referiram ainda realizar cuidados para prevenir: flebite, infiltração, hematoma, obstrução e retirada acidental do cateter venoso. Porém, notou-se conhecimento para diferenciar os eventos adversos. Cuidados estes que eram feitos sem sistematização ou padronização e que, muitas vezes iam de encontro às recomendações e evidências científicas.

Quando da identificação de eventos adversos relacionados ao AVP, algumas vezes, foram percebidos tardiamente. As condutas da equipe para tratá-los não foram observadas, mas foram identificados nas entrevistas, cuidados como utilização de compressas e cremes tópicos.

Outrossim, as enfermeiras mantiveram-se afastadas dos cuidados relacionados ao AVP e inclusive da supervisão destes e foi referido também além da carga de trabalho, a ocasional falta de materiais como dificultadores da assistência a pessoa idosa, o que eleva a possibilidade de falhas, tornando o cuidado inseguro.

Neste sentido, os dados deste estudo apontam para a necessidade de reformulações no sistema de atenção à saúde nas unidades investigadas, no que tange ao melhor dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem, da educação permanente e utilização de um conjunto de boas práticas à pessoa idosa com necessidade de utilização de AVP, pautadas

nas melhores evidências do conhecimento e nos princípios da Política Nacional para a Segurança do Paciente.

Para isso, reforça-se a importância do envolvimento da gestão no sentido de promover condições de trabalho para o desenvolvimento de um cuidado seguro, através de uma cultura disseminada e transversal de segurança, onde profissionais, gestores, pacientes e familiares assumam responsabilidades pela sua própria segurança e onde a cultura de segurança seja priorizada acima das metas financeiras.

Além disso, percebeu-se também a necessidade da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem como instrumento e metodologia para ajudar o enfermeiro a tomar decisões, prever e avaliar consequências. Pois através, por exemplo, da prescrição de enfermagem para os cuidados à pessoa idosa com AVP e do acompanhamento da evolução do paciente em resposta aos cuidados prestados, o enfermeiro estará mais próximo da assistência ao paciente e o técnico de enfermagem, terá sua prática mais direcionada e pré-estabelecida pelo enfermeiro. Dessa forma, serão mais seguras as tomadas de decisões.

Ademais, sugere-se a utilização de indicadores de qualidade da assistência relacionada à TIV nas clínicas em estudo, nesse caso, para quantificar a ocorrência dos eventos adversos relacionados ao AVP e até, monitorar o desempenho da equipe. A partir dos indicadores, é possível entender melhor as causas e perceber a necessidade de outras intervenções para a educação da equipe de enfermagem, por exemplo.

Reforça-se muitas vezes, que os profissionais não tem o devido preparo e conhecimento científico que baseie a prática segura relacionada ao uso de cateteres venosos em pessoas idosas. Ainda, considera-se a possibilidade de realização de novas investigações empíricas relacionadas ao objeto em estudo, tendo em vista as lacunas do conhecimento identificadas e do próprio estudo, que venham agregar valor à prática de enfermagem na terapia infusional na área geriátrica e para a promoção da segurança do paciente.

Outrossim, é necessário que o ensino da TIV nos cursos para formação de técnicos de enfermagem e na graduação de enfermagem também esteja pautado em evidências científicas e não no conhecimento empírico apreendido na prática diária, contribuindo para o exercício de uma enfermagem pautada na segurança do paciente.

Ressalta-se como dificuldades para a realização deste estudo, a escassez de referências sobre terapia intravenosa na pessoa idosa, a fim de confrontar os resultados encontrados, configurando-se inclusive como uma limitação do estudo o restrito número de referências sobre a temática.

REFERÊNCIAS

AHLQVIST, M. et al. A new reliable tool (PVC Assess) for assessment of peripheral venous catheters. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 16, n. 1, p. 1108-115, 2009.

ANDOLHE, R.; PADILHA, K. G. **Reflexões sobre carga de trabalho de enfermagem e segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva**, 2012. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/reflexoes-sobre-carga-de-trabalho-de-enfermagem-e-seguranca-do-paciente-em-unidades-de-terapia-intensiva/>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

ATHAYDE, A. G. P.; OLIVEIRA, A. D. M. Estudo da integração de sinais na avaliação da severidade de flebite associada à cateterização venosa periférica. **Revista Referência**, v. 3, n. 2, p. 7-19, dez. 2006.

AVELAR, A. F. M. **Ultrassonografia vascular na utilização de cateteres intravenosos periféricos em crianças**: estudo clínico, randômico e controlado. 2009. 206 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

AVELAR, A. F. M. Inserção de cateteres intravenosos periféricos. In: HARADA, M. de J.C.S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia intravenosa e infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011a. p. 179-201.

AVELAR, A. F. M. Curativos e estabilização de cateteres. In: HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia Intravenosa e Infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011b. p. 295-311.

AZEVEDO, L. C. et al. Principais fatores da mini-avaliação nutricional associada a alterações nutricionais de pessoa idosas hospitalizados. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 3, p. 1-7, 2007.

BANTON, J.; BRADY, C.; O'KELLEY, S. D. Terapia intravenosa periférica. In: _____. **Terapia intravenosa**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 17-49

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BATALHA, L. M. C. et al. Fixação de Cateteres venosos periféricos em crianças. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 511-18, jul./set. 2010.

BERGER, L. Cuidados de enfermagem em gerontologia. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995a. p. 11-20.

_____. Contexto dos cuidados em gerontologia. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global**. Lisboa: Lusodidacta, 1995b. p. 1-9.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BRANNEN, S.; SURETTE, D. Monitoring IV - site infections. **Can. Nurse**, v. 93, n. 3, p. 49-50, 1997.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos **Lei número 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do pessoa idosa, cria o Conselho Nacional da pessoa idosa e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da pessoa idosa e dá outras providências. Disponível em: <<file:///C:/Users/usuario/Downloads/Lei%20no%2010.741-%20de%2001%20de%20outubro%20de%202003.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **REPARIL**. Jaguariúna, São Paulo: Takeda Pharm, 2009. Bula de remédio.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área técnica Saúde do Pessoa idosa. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010a. 44p.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Morbidade Hospitalar do SUS**, por local de residência, Brasil, 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Morbidade Hospitalar do SUS**, por local de residência, Brasil, 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrbr.def>>. Acesso em: 13 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 529, de 1 de abril de 2013a**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 02 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em

Serviços de saúde. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. 1 ed. Brasília: Editora ANVISA, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 29 mai. 2014.

BRENAN, T. A. et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. **Qual. Saf. Health Care**, v. 13, n. 2, p. 145–152, 2004.

BUBER, M. **I and thou**. New York: Collier Books Macmillan Publishing Company, 1987.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão dos sistemas vivos**. São Paulo (SP): Cultrix, 1996.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, maio-jun., 2003.

CARVALHO-FILHO, E. T. et al. Iatrogenia em pacientes pessoa idosas hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 36-42, 1998.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for the prevention of vascular catheter-related infection. **Morb. Mortal. Wkly Rep.**, v. 51, n. 10, p. 1-36, 2002.

CICOLINI, G. et al. Position of peripheral venous cannulae and the incidence of thrombophlebitis: an observational study. **J. Adv. Nurs.**, v. 65, n. 6, p. 1268-1273, 2009.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev. esc. enferm. USP.**, v. 45, n. espe 2, p. 1763-1768, 2011.

CHANES, D. C.; DIAS, C. G.; GUITÉRREZ, M. G. R. Extravasamento de drogas antineoplásicas em pediatria: algoritmos para prevenção, tratamento e seguimento. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 54, n. 3, p. 263-73, 2008.

CHANG, A. et al. The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events. **Intern. J. Qual. Health Care**, Oxford, v. 17, n. 2, p. 95-105, 2005.

COLI, R. C. P.; ANJOS, M. F.; PEREIRA, L. L. Postura das enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva frente ao erro: uma abordagem à luz dos referenciais bioéticos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 1-7, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2009.

COFEN. **Resolução COFEN Nº 427 de fevereiro de 2012**. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2012.

DANTAS, C. C. **A enfermeira gerenciando o cuidado de clientes com HIV/AIDS: o não dito pelo feito visando um cuidado igualitário independente da patologia**. Rio de Janeiro: 2005. 253f. Dissertação (Mestrado em Gerência do cuidar) – Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, 2005.

DI DIO, L. J. A. Anatomia do envelhecimento. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Clínica e Cirurgia Geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 48-53.

DUARTE, Y. A. O. **Peculiaridades da Terapia Intravenosa em Pessoas Idosas** - Editorial. *INSforme*, São Paulo, p. 1 - 2, 10 fev. 2011.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

EVANS, Claire; DIXON, Evans. Intravenous therapy: Practice issues. **Intravenous Therapy**, v. 2, n. 4, p. 133-39, 2006.

FERRAZ, F. et al. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 5, p. 607-10, set.-out., 2005.

FERREIRA, L. R.; PEDREIRA, M. L. G.; DICCINI, S. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. **Acta Paul Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 30-6, jan./mar., 2007.

FERREIRA, P. B. P. **O processo de cuidar da enfermeira em unidade de terapia intensiva adulto: uma análise dos conhecimentos utilizados**. 2007. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

GABRIEL, J. Infusion therapy part one: minimising the risks. **Nurs Stand.**, v. 22, n. 31, p. 51-6, 2008.

GALLANT, P.; SCHULTZ, A. A. Evaluation of a visual infusion phlebitis scale for determining appropriate discontinuation of peripheral intravenous catheters. **J. Infus. Nurs.**, v. 29, n. 6, p. 338-345, nov./dec., 2006.

GOMES A. C. R. et al. Assessment of phlebitis, infiltration and extravasation events in neonates submitted to intravenous therapy. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.3, p. 472-479. 2011.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HARADA, M. J. C. S. Planejamento do cuidado de enfermagem na terapia intravenosa. In: HARADA, M. de J.C.S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia intravenosa e infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011. p. 137-52.

HARADA, M. J. C. S.; PEDREIRA, M. da L. G. O erro humano e sua prevenção. In: BRAISL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013. p. 41-55.

HARADA, M. J. C. S.; RÊGO, R.C. Complicações locais da terapia intravenosa. In: HARADA, M. de J.C.S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia intravenosa e infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011. p. 419-43.

HARADA, M. J. C. S.; REGO, R. C. **Manual de terapia intravenosa em pediatria**. 1. ed. São Paulo, 2005.

HIGGINSON, R.; PARRY, A. Phlebitis: treatment, care and prevention. **Nursing Times**, Reino Unido, v. 107, n. 36, p. 18-21, 2011.

INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion Nursing Standards of Practice. **J. Infus. Nurs.**, v. 29, n. 15, p. 1-92, jan./feby., 2006.

INFUSION NURSES SOCIETY (INS). Standards of practice. **J. Inf. Nurs.**, v. 34, n. 1S, p. 1-109, jan./fev. 2011.

INS BRASIL. INFUSION NURSES SOCIETY BRASIL. **Diretrizes práticas para terapia infusional**. São Paulo: INS Brasil, 2013. 94 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Brasil já tem mais de 180 milhões de habitantes**, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>. Acesso em: 10 ago. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Censo 2010**, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 ago. 2012.

JESUS, V. C.; SECOLI, S. R. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 6, n. 2, p. 252-260, abr./jun., 2007.

JOHANN, D. A. **Complicações relacionadas ao uso do cateter central de inserção periférica no neonato**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Patients as Partners in infection the Infection prevention and Control Process**. Illinois, USA: Oakbrook Terrace, 2009. Disponível em:

<<http://www.ofmq.com/Websites/ofmq/Images/HAI/CAUTI/PatientsAsPartners.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

KAGEL, E. M.; RAYAN, G. M. Intravenous Catheter Complications in the Hand and Forearm. **J Trauma**, v. 56, n. 1, p. 123–127, 2004.

KAIANO, A.; FLORA, R. Avaliação perioperatória na pessoa idosa . **Aptare**. 2 ed.São Paulo: Dínamo Editora, 2012.

KASSNER, E. Evaluation and treatment of chemotherapy extravasation injuries. **J. Pediatr. Oncol. Nursing**. v. 17, n. 3, p. 135-48, 2000.

KOHN, L. T. et al. **To err is human**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

LARUE, G. D.; MARTIN, P. The Impact of Dilution on Intravenous Therapy. **J. Inf. Nurs.**, Norwood, v. 34, n. 2, p. 117-23, mar./apr. 2011.

LAUDENBACH, N. et al. Peripheral IV Stabilization and the Rate of Complications in Children: An Exploratory Study. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 29, n. 4, p. 348-53, jul./aug., 2014.

LAVERY, I.; SMITH, E. Peripheral vascular access devices: risk prevention and management. **British Journal of Nursing**, v. 16, n. 22, p. 1378-83, dec., 2007.

LAVERY, I. Intravenous practice: improving patient safety. **British Journal of Nursing**, v. 20, n. 19, S1-S6, 2011.

LEFEVRE, F. et al. Iatrogenic complications in high-risk elderly patients. **Arch. Intern. Med.**, v. 152, n. 10, p. 2074-80, 1992.

LEITE, J. L. et al. A enfermagem prevenindo e cuidando das complicações locais decorrentes do uso de cateter venoso periférico em pacientes com HIV/AIDS. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 49-55, jan./jun., 2004.

LIMA, F.D. **A escolha do dispositivo de cateterização venosa periférica: contribuições para o cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro: 2009. 63 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Rio de Janeiro, 2009.

LOPES, A. **Os desafios da gerontologia no Brasil**. Campinas: Alínea, 2000.

MACHADO A. F.; PEDREIRA M. da L. G.; CHAUD M. N. Eventos adversos relacionados ao uso de cateteres intravenosos periféricos em crianças de acordo com tipos de curativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.3, p. 362-67, 2008.

MADEIRA, S. et al. The diseases we cause: Iatrogenic illness in a department of internal medicine. **European Journal of Internal Medicine**, v.18, n. 5, p. 391-9, 2007.

MAGEROTE, N. P. et al . Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. **Texto contexto – enferm.**, v. 20, n. 3, p. 286-92, 2011.

MARRA, A. et al. **Medidas de Prevenção de Infecção da Corrente Sanguínea**. In: ANVISA. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2013. p. 37-66.

MARCONI, A. M.; LAKATOS, M. E. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTÍNEZ, J. A. et al. Evaluation of add-on devices for the prevention of phlebitis and other complications associated with the use of peripheral catheters in hospitalized adults: a randomised controlled study. **Journal of Hospital Infection**, v. 73, n. 2, p. 135-142, 2009.

MARTINHO, R. F. S.; RODRIGUES, A. B. Ocorrência de flebite em pacientes sob utilização de amiodarona endovenosa. **Einstein**, v. 6, n. 4, p. 459-62, 2008.

MEURER, L. N. et al. Excess mortality caused by medical injury. **Annals of family medicine**, v. 4, n. 5, p. 410-6, 2006.

MIASSO, A. I et al. O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 354-63, 2006.

MICOZZI, T. I.; FULVIO, S. E.; ROSSI, C. L. A Terapia Intravenosa na pessoa idosa : Um olhar para a sua complexidade. In: MALAGUTTI, W.; ROEHRS, H. **Terapia Intravenosa: Atualidades**. São Paulo: Martinari, 2012.

MINAYO, M. C. S. Conceitos para operacionalização da pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 175-81.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MODES, P. S. S. dos A. et al. Cuidados de enfermagem nas complicações da punção venosa periférica em recém-nascidos. **Rev. Rene**, v. 12, n. 2, p. 324-332, abr./jun., 2011.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MORAES, E. N. de; MORAES, F. L. de; LIMA, S. de P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldopessoa idosa.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2012.

MURASSAKI, A. C. Y. et al. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 11-6, jan./mar., 2013.

NASCIMENTO, E. M. F. et al. Efeito de padrões para a prática da terapia intravenosa incluindo inovações tecnológicas na sobrevida de inserção intravenosas periféricas. **Acta Paul Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 66-75, set./dez., 2000.

NASCIMENTO, E. M. F.; SOUZA, M. F. Infiltração em terapia intravenosa através de veia periférica. **Acta Paul Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 53-60, jan./apr., 1996.

NASSAJI-ZAVAREH, M.; GHORBANI, R. Peripheral intravenous catheter-related phlebitis and related risk factors. **Singapore Medical Journal**, v. 48, n. 8, p. 733-36, 2007.

NEGRI, D. C. de et al. Fatores predisponentes para insucesso da punção intravenosa periférica em crianças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 6, p. 1072-80, 2012.

NETTO, P. S.; SECOLI, S. R. Flebite enquanto complicação local da terapia intravenosa: estudo de revisão. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. ¾, p. 254-257, jul./dez., 2005.

NEVES, G. A. **Eventos Adversos em Pessoa idosas Hospitalizados**: Revisão Integrativa da Literatura. Relatório Final Iniciação Científica, PIBIC, UFBA. Salvador, 2013.

O'GRADY, N.P. et al. **Guidelines for the prevention of intravenous catheter-related infections**. Center for Disease Control. Department of Health & Human Services. Atlanta (GA): USA, 2011. 83p.

O'HALLORAN, L.; EL-MARSRI, M.M.; FOX-WASYLYSHYN, S.M. Home intravenous therapy and the ability to perform self-care activities of daily living. **Journal of infusion nursing**, v. 31, n. 6, p. 367-74, nov./dez., 2008.

OLIVEIRA, D. F. L. **Diretrizes para prática de enfermagem em terapia intravenosa no adulto e pessoa idosa**: um estudo bibliográfico. Cuiabá, MT: 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Pós-Graduação em Enfermagem, Cuiabá, 2012.

OLIVEIRA, R. A. A pele nos diferentes ciclos da vida. In: DOMANSKY, R. C.; BORGES, E. L. **Manual para prevenção de lesões de pele**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012. p. 9-41.

OLIVEIRA, D. F. L.; AZEVEDO, R. C. S.; GAIVA, M. A. M. Diretrizes para terapia intravenosa na pessoa idosa : pesquisa bibliográfica. **RPCFO**, v. 6, n. 1, p. 86-100, jan./mar., 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/2610-17811-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 12 abr. 2014.

PEDREIRA, M. da L. G. Errar é humano: estratégias para a busca da segurança do paciente. In: HARADA, M. J. C. S. et al. **O erro humano e a segurança do paciente**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1-18.

PEDREIRA, M. da L. G. Princípios para a prática da enfermeira na terapia intravenosa. In: HARADA, M. de J. C. S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia intravenosa e infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011a. p. 1-13.

PEDREIRA, M. da L. G. Segurança do paciente na terapia intravenosa. In: HARADA, M. de J.C.S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia intravenosa e infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011b. p. 15-29.

PELLICIOTTI, J. S. S.; KIMURA, M. Medications Errors and Health-Related Quality of Life of Nursing Professionals in Intensive Care Units. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 16, p. 1062-1069, 2010.

PEREIRA, M. G. **Transição demográfica e epidemiológica**. In: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia – Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 157-185.

PEREIRA, R. C. de C.; ZANETTI, M. L. Complicações decorrentes da terapia intravenosa em pacientes cirúrgicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 21-27, outubro 2000.

PEREIRA, R. C. C.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P. Motivos de interrupção da terapia endovenosa relacionada ao tempo de permanência do dispositivo venoso periférico in situ. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 23, n. 1, p.70-83, jan., 2002.

PERUCCA, R. Peripheral venous access devices. In: ALEXANDER, M. et al. **Infusion Nursing: An Evidence-Based Approach**. 3. ed. St Louis: Elsevier, 2010. p. 456-479.

PETERLINI, M. A. S.; CHAUD, M. N.; PEDREIRA, M. da L. G. Órfãos de terapia medicamentosa: Administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 88-95, ja./fev., 2003.

PETTIT, J. Assessment of an infant with a peripheral intravenous device. **Adv. Neonatal Care**, v. 3, n. 5, p. 230-40, 2003. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/464019>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-25, 1995.

PHILLIPS, L.D. **Manual de Terapia Intravenosa**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. São Paulo: Artmed, 2004.

POMBEIRO, E. B. Manutenção de cateteres vasculares periféricos: um desafio para a equipe de enfermagem. In: MALAGUTTI, W. ; ROEHRS, H. **Terapia Intravenosa: atualidades**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 118-129.

PONTES, R. J. S. et al. Transição Demográfica e Epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

QUES, A. A. M.; MONTORO, C. H.; GONZÁLES, M. G. Fortalezas e ameaças em torno da segurança do paciente segundo a opinião dos profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3 p. 1-8, mai./jun., 2010.

REIS, P. E. D. et al. Aplicação clínica da *Chamomilla recutita* em flebites: estudo de curva dose-resposta. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 3-10, jan./fev. 2011.

REIS, P. E. D.; CARVALHO, E. C. Flebite secundária à inserção de cateter venoso periférico: aspectos relevantes para a assistência de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, v. 5, n. 1, p. 34-39, jan./fev. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/1928-16888-1-PB.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2014.

RICKARD, C. M. et al. Routine resite of peripheral intravenous devices every 3 days did not reduce complications compared with clinically indicated resite: a randomised controlled trial. **BMC Medicine**, Londres, v. 8, n. 53, p. 1-10, 2010.

ROCA, G.; M et al. Assessing the influence of risk factors on rates and dynamics of peripheral vein phlebitis: An observational cohort study. **Med Clin.**, v. 139, n. 5, p. 185–191, 2012.

RODRIGUES, EC. “Perdeu a Veia” – **Os significados da prática da terapia intravenosa numa unidade de terapia intensiva neonatal do Rio de Janeiro**. 2008. 145p. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2008.

ROEHRS, H. et al. Administração de medicamentos pela via intravenosa. In: MALAGUTTI, W.; ROEHRS, H. **Terapia intravenosa: atualidades**. São Paulo: Ed. Martinari, 2012. p. 59-71.

ROTHSCHILD, J. M.; BATES, D. W.; LEAPE, L. L. Preventable medical injuries in older patients. **Arch. Intern. Med.**, v. 160, p. 2717-28, oct., 2000.

SAINI, R. et al. Epidemiology of Infiltration and Phlebitis. **Nursing and Midwifery Research Journal**, v. 7, n. 1, p. 22-33, jan., 2011.

SANTANA J. C. B. et al. Fatores que influenciam e minimizam os erros na administração de medicamentos pela equipe de enfermagem. **Enfermagem Revista**, v. 15, n.1, p. 122-37. 2012.

Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/3300/3657>>. Acesso em: 26 dez 2012.

SANTANA, J. S. S. Percurso metodológico. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Pesquisa: Métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

SANTOS, J. S.; BARROS, M. D. A. Pessoa idosas do município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 177-86, 2008.

SANTOS, L. F. et al. Fontes potenciais de agentes causadores de infecção hospitalar: esparadrapos, fitas adesivas e luvas de procedimento. **Rev. Panam. Infectol.**, v. 12, n. 3, p. 8-12, 2010.

SANTOS, L. M. et al. Criteria for peripheral venous access fixation in premature newborns. **R. Pesq. Cuid. Fundam. Online**, v. 5, n. 1, p. 3238-50, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1877>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

SEIFERT, A.M.; MESSING, K. Écouter et voir dans un monde technique: Effets de la discontinuité des horaires sur l'activité de travail des infirmières. **Pistes** [online], v. 6, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://pistes.revues.org/3284>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

SECOLI, S. R. Natureza dos medicamentos utilizados na terapia intravenosa: foco na incompatibilidade. In: HARADA, M. de J.C.S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia intravenosa e infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011. p. 89-101.

SINGH, R.; BHANDARY, S.; PUN, K. D. Peripheral intravenous catheter related phlebitis and its contributing factors among adult population at KU Teaching Hospital. **Kathmandu University Medical Journal**, v. 6, n. 4, p. 443-447, 2008.

SILVA, A. S. B. e. **Curativos para manutenção de cateter intravenoso periférico: uma revisão integrativa da literatura**. 2004. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

SILVA, V. A. **O cuidado de enfermagem a pessoas idosas em hospitalização prolongada**. 2011. 136f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SOARES, C. R.; ALMEIDA, A. M.; GOZZO, T. O. A avaliação da rede venosa pela enfermagem em mulheres com câncer ginecológico durante o tratamento quimioterápico. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 240- 246, abr./jun., 2012.

SOIFER, N.E. et al. Prevetion of peripheral venous catéter complications with an intravenous therapy team. **Arch. Intern. Med.**, v. 158, n. 9, p. 473-7, 1998.

SOUSA, R. R. Anatomia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatrics – Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005, p. 35-42.

STEFFENS, A. P.; BRANDÃO, D. S. Introdução à Terapia Intravenosa: Visão Global. In: MALAGUTTI, W.; ROERHS, H. **Terapia Intravenosa: Atualidades**. São Paulo: Martinari, 2012. p. 33-44.

SZLEJF, C. et al. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em pessoa idosas internados em enfermagem geriátrica: estudo prospectivo. **Einstein**, v. 6, n. 3, p. 337-42, 2008.

SZLEJF, C. et al. Medical adverse events in elderly hospitalized patients: A prospective study. **Clinics**, v. 67, n. 11, p. 1247-52, 2012.

TANAKA C.; SHIMODA, S. Cateterização venosa periférica. In: CHAUD, M. N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999.

THOMAS, E. J.; BRENNAN, T. A. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. **BMJ**, v. 320, n. 7327, p. 741-4, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. A Pesquisa Qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 2006.

TURATO, E. R. Clarificando para o empreendimento da pesquisa clínico-qualitativa. In: _____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 245-67.

URBANETTO, J. S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 3, p. 569-75, 2013.

USLUSOY, E.; METE, S. Predisposing factors to phlebitis in patients with peripheral intravenous catheters: A descriptive study. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 20, n. 4, p. 172–80, 2008.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2010**. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. New York: UNDP, 2010.

VAN DE CASTLE, B. et al. Information technology and patient safety in nursing practice: an international perspective. **Int. J. Med. Inform.**, v. 73, n. 7-8, p. 607-14, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VIANA, D. L. Alívio da dor durante a punção periférica. In: HARADA, M. de J. C. S.; PEDREIRA, M. da L. G. **Terapia intravenosa e infusões**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2011. p. 283-94.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Paulo: Yendis, 2009.

VITURI, D. W. et al. Indicadores de qualidade como estratégia para melhoria da qualidade do cuidado em um hospital universitário. **Ciênc. cuid. saúde.**, v. 9, n. 4, p. 782- 90, out./dez., 2010.

VIVANTI, A. **Screening and identification of dehydration in older people admitted to a geriatric and rehabilitation unit**. Queensland, Australia: 2007. 340 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola de Saúde Pública, Instituto de Saúde e Inovação Biomédica, Universidade de Queensland, Queensland. 2007.

VOEGELI, D. **Factors that exacerbate skin breakdown and ulceration**. In: Skin Breakdown, the silent epidemic. Smith and Nephew Foundation. London: Hull, 2007. p. 17-21.

XAVIER, P. B.; OLIVEIRA, R. C.; ARAÚJO, R. S. Punção venosa periférica: complicações locais em pacientes assistidos em um hospital universitário. **Rev enferm UFPE on line**, v. 5,

n. 1, p. 61-6, jan./fev., 2011. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1197>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

ZINGG W.; PITTET D. Peripheral venous catheters: an under-evaluated problem. **International Journal of Antimicrobial Agents**, v. 1, n. 1, p. 38-42, 2009.

WAITT, C.; WAITT, P.; PIRMOHAMED, M. Intravenous therapy. **Postgrad. Med. J.**, v. 80, n. 939, p. 1-6, 2004.

WALDOW, V. R. Cuidado humano – o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 2001.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmo. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 765-71, jul./ago., 2008.

WANG, C. et al. Frequency, management, and outcome of extravasation of nonionic iodinated contrast medium in 69,657 intravenous injections. **Radiology**. v. 243, n. 1, p. 80-87, abr., 2007.

WASHINGTON, G.; BARRETT, B. Peripheral Phlebitis A Point-Prevalence Study. **Journal of Infusion Nursing**, v. 35, n. 4, p. 252-258, jul./aug., 2012.

WATSON, J. **Human Science and human care**: A theory of Nursing. New York: Appleton, 1985.

WEBSTER, J. et al. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, 2010. Disponível em: <<http://eprints.qut.edu.au/26122/1/26122.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2014.

WELL, S. Venous access in oncology and hematology patients: par tone. **Nurs. Stand.**, v. 22, n. 52, p. 39-46, 2008.

WOUNDS UK. **Best Practice Statement**. Care of the Older Person's Skin. 2 ed. London: Wounds UK, 2012. Disponível em: <http://www.woundsinternational.com/pdf/content_10608.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Alliance for Patient Safety**: Forward Programme 2006–2007. Geneva, Switzerland, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Patients for Patient Safety** [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/>. Acesso em: 30 mai. 2014

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Título do Projeto: Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico

Data ____/____/____

Turno_____

1. Cuidados prestados para obtenção do AVP e por quem;
 - 1.1 Comunicação com o paciente idoso; identificação de necessidades/vulnerabilidade
 - 1.2 Escolha dos dispositivos (cateter intravenoso, extensor de duas vias, equipo) e materiais utilizados (algodão, álcool, estabilizador);
 - 1.3 Escolha do vaso sanguíneo e local anatômico;
 - 1.4 Estabilização do acesso venoso;

2. Cuidados prestados para manutenção do AVP e por quem;
 - 2.1 Infusão de medicamentos pelo AVP – uso de técnica asséptica, diluição dos medicamentos, tempo e modo de infusão, *flushing*;
 - 2.2 Orientação à pessoa idosa sobre o AVP;
 - 2.3 Avaliação do AVP e sítio de inserção.

3. Retirada do AVP – motivos, identificação de eventos adversos, tratamento dos eventos adversos;

4. Avaliação dos riscos da pessoa idosa que usa AVP (quedas, isolamento, insegurança, diminuição da autonomia, aumento da dependência).

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**Título do Projeto: Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com
necessidade de Acesso Venoso Periférico**

Nº _____

Data ____/____/____

Dados de caracterização

Iniciais: _____

Idade: _____

Sexo: () MASCULINO () FEMININO

Profissão: _____

Cargo/Função: _____

Curso de nível médio/Graduação: _____

Instituição: _____

Pós-graduação: _____

Tempo de formação: _____

Cursou disciplina referente à saúde da pessoa idosa: () NÃO () SIM

Tempo de atuação na unidade: _____

Experiência anterior com o cuidado à pessoa idosa hospitalizada: _____

Questões norteadoras

1. Fale para mim o que você considera para a inserção de um cateter venoso periférico na pessoa idosa hospitalizada;
2. Fale o que você considera para a manutenção do AVP na pessoa idosa hospitalizada;
3. Fale o que você considera para a retirada do AVP na pessoa idosa hospitalizada;
4. Como você previne complicações referentes ao AVP na pessoa idosa hospitalizada?
5. Como você trata complicações referentes ao AVP na pessoa idosa hospitalizada?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Título do Projeto: Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico

Prezado(a) senhor(a),

Convido você para participar do estudo **Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico**, projeto de dissertação de mestrado de Rosana Castelo Branco de Santana, estudante do curso de Pós - Graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Professora Doutora Larissa Chaves Pedreira. Este estudo terá como objetivo geral analisar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico (AVP), e como específicos:

- Identificar os aspectos considerados pela equipe de enfermagem no planejamento, inserção e manutenção do AVP na pessoa idosa hospitalizada;
- Conhecer como a equipe de enfermagem previne eventos adversos relacionados ao AVP nesta clientela.

Desta forma, caso aceite participar do estudo, será realizada uma entrevista, a qual será gravada, se assim permitir, onde você poderá dar sua contribuição relatando como você cuida da pessoa idosa que está hospitalizada e que necessita de AVP. Além disso, será realizada pela pesquisadora a observação dos cuidados prestados pela equipe de enfermagem aos idosos internados que necessitam de AVP. As informações fornecidas poderão contribuir com a reflexão dos trabalhadores da saúde quanto a esses cuidados com a pessoa idosa em unidade hospitalar, visando à garantia da segurança destes pacientes durante a hospitalização.

Informamos que você não será identificado, sendo sigilosos os dados; todas as informações dadas por você serão usadas apenas para a pesquisa e os documentos digitais com as gravações serão armazenadas na sala da professora orientadora localizada na Escola de Enfermagem – UFBA, sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, quando então, serão destruídas. Você não terá nenhum gasto em dinheiro para participar da pesquisa. Além disso, você tem a liberdade de afastar-se em qualquer fase da pesquisa, se assim desejar, pois é um direito garantido.

Caso você se sinta constrangido(a) ou incomodado(a) para responder alguma questão ou durante a observação, a coleta de dados será interrompida imediatamente.

A qualquer momento que houver necessidade do esclarecimento de dúvidas, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras que podem ser encontradas na EEUFBA, localizada Rua Augusto Viana, s/n , Canela , 40110-060 , Salvador, ou pelo telefone: (75)9190-3250. Sendo assim, caso concorde em participar desta pesquisa, você deve assinar este termo de consentimento em duas vias, ficando uma com você e a outra com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico**” e li o conteúdo do texto **Informações à colaboradora** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Declaro não ter dúvidas que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízos ou perda. Estou ciente de que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coerção, indução ou intimação.

Feira de Santana, _____ de _____ de _____

Entrevistado(a)

Rosana Castelo Branco de Santana
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA

Prof^a Dr^a Larissa Chaves Pedreira
Orientadora

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESSOA IDOSA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Nº _____
Data ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico

Prezado(a) senhor(a),

Convido você para participar do estudo **Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico**, projeto de dissertação de mestrado de Rosana Castelo Branco de Santana, estudante do curso de Pós - Graduação *stricto sensu* em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Professora Doutora Larissa Chaves Pedreira. Este estudo terá como objetivo geral analisar o cuidado de enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico (AVP), e como específicos:

- Identificar os aspectos considerados pela equipe de enfermagem no planejamento, inserção e manutenção do AVP na pessoa idosa hospitalizada;
- Conhecer como a equipe de enfermagem previne eventos adversos relacionados ao AVP nesta clientela.

Desta forma, caso aceite participar do estudo, será realizada pela pesquisadora a observação de alguns cuidados prestados pela equipe de enfermagem a(o) senhor(a) na internação, sendo feitos registros escritos. Essas informações poderão contribuir com a reflexão dos trabalhadores da saúde quanto aos cuidados com a pessoa idosa em unidade hospitalar, visando à garantia da segurança destes pacientes durante a hospitalização.

Informamos que você não será identificado, sendo sigilosos todos os dados; todas as informações colhidas na observação serão usadas apenas para a pesquisa e os registros escritos feitos durante a observação serão armazenados na sala da professora orientadora localizada na Escola de Enfermagem – UFBA, sob a responsabilidade da pesquisadora por cinco anos, quando então, serão destruídas. Você não terá nenhum gasto em dinheiro para participar da pesquisa. Além disso, você tem a liberdade de não aceitar participar ou de afastar-se em qualquer fase da pesquisa, se assim desejar, pois é um direito garantido.

Caso você se sinta constrangido(a) ou incomodado(a) durante a observação, a coleta de dados será interrompida imediatamente.

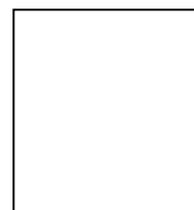
A qualquer momento que houver necessidade do esclarecimento de dúvidas, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras que podem ser encontradas na EEUFBA, localizada Rua Augusto Viana, s/n , Canela , 40110-060 , Salvador, ou pelo telefone: (71)9373-1639.

Sendo assim, caso concorde em participar desta pesquisa, você deve assinar este termo de consentimento em duas vias, ficando uma com você e a outra com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que recebi esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “**Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa hospitalizada com necessidade de Acesso Venoso Periférico**” e li o conteúdo do texto **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)** e entendi as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa. Declaro não ter dúvidas que não receberei benefícios financeiros e que concordo em participar, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, prejuízos ou perda. Estou ciente de que terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coerção, indução ou intimação.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2013



Rosana Castelo Branco de Santana
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA

Profª Drª Larissa Chaves Pedreira
Orientadora

ANEXO

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM AO IDOSO HOSPITALIZADO COM NECESSIDADE DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Pesquisador: Rosana Castelo Branco de Santana

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20018513.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 417.266

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Dissertação do Curso de Mestrado intitulado Cuidado de Enfermagem ao Idoso Hospitalizado com Necessidade de Acesso Venoso Periférico. Segundo a autora durante a hospitalização, os idosos fazem uso de uma grande e variada gama de medicamentos, inclusive, aqueles administrados por via endovenosa. Contudo, dentre os cuidados ministrados a essas pessoas, destaca-se a prática da Terapia Intravenosa e, mais especificamente, o cuidado ao idoso hospitalizado que necessita de acesso venoso periférico. Conforme a determinação da necessidade da realização da terapia intravenosa, atividade legalmente atribuída à equipe médica no Brasil, grande parte das atribuições para a execução e acompanhamento dessa terapia é realizada pela enfermagem, inclusive os cuidados referentes ao uso do acesso venoso parenteral, consistindo em saber específico destas profissionais. Assim, justifica a autora, a equipe de enfermagem necessita desenvolver os conhecimentos e habilidades necessárias para cuidar do idoso que necessita do acesso venoso periférico de forma segura e correta. O estudo deverá ser realizado com 15 membros da equipe de enfermagem que prestam cuidados a pessoas idosas hospitalizadas na Unidade de Clínica Médica de um hospital geral, público do interior da Bahia, após consentimento para participar da pesquisa. Para atingir os objetivos da pesquisa, a coleta de dados será conduzida através de entrevistas semi-estruturadas, e os dados serão analisados a partir do

Endereço: Rua Augusto Vilana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7515 **Fax:** (71)3283-7515 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 417.266

método de Análise de Conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado com necessidade de Acesso Venoso Periférico;

Objetivo Secundário: Identificar os aspectos considerados pela equipe de enfermagem no planejamento, obtenção, manutenção e retirada do Acesso Venoso Periférico no idoso hospitalizado e Conhecer como a equipe de enfermagem previne eventos adversos relacionados ao acesso venoso periférico nesta clientela.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos da pesquisa para os participantes do estudo a autora salienta que podem relacionar-se ao mínimo desgaste físico para responder as perguntas durante a entrevista e ao possível constrangimento, uma vez que as questões tratam de investigar a prática profissional de cada sujeito.

Benefícios:

Quanto aos benefícios do estudo os autores destacam que se referem à contribuição para a reflexão dos profissionais de saúde e para as evidências no que tange ao cuidado ao idoso em uso do acesso venoso periférico, cuidado este que seja de qualidade e que não ofereça riscos ao idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema selecionado para investigação é importante, tanto do ponto vista teórico como prático e é significativo na sua intenção quando pretende melhorar a qualidade da assistência de enfermagem a idosos que necessitam de tratamento que envolve o acesso venoso periférico. O projeto, de modo geral, atende os requisitos de trabalho científico em suas etapas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nesta versão os termos de apresentação obrigatória foram anexados: Declaração de não ter iniciado a Coleta de Dados; O Termo de Autorização da Instituição onde a pesquisa deverá ser realizada. E o termo sujeito foi substituído por participante conforme recomenda a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 417.266

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As autoras atenderam as recomendações de ajuste no projeto respeitando a Resolução 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A Plenária aprova o PARECER DE APROVADO emitido pelo relator.

SALVADOR, 07 de Outubro de 2013

Assinador por:
DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br