



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

KARINA COSTA DA SILVA

**ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE FLEBITE EM PACIENTES  
HOSPITALIZADOS**

ARACAJU-SE

2018

KARINA COSTA DA SILVA

**ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE FLEBITE EM PACIENTES  
HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Flávia Janólio Costacurta Pinto da Silva.

Co-orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Ma. Juliana de Oliveira Musse

ARACAJU-SE

2018

## SUMÁRIO

<b>1. RESUMO</b> .....	1
<b>2. DESCRITORES</b> .....	1
<b>3. INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	5
<b>5. RESULTADOS</b> .....	7
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	11
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO</b> .....	14
<b>8. AGRADECIMENTOS</b> .....	16
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	16
<b>ANEXO</b> .....	21

## **ANÁLISE DA OCORRÊNCIA DE FLEBITE EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

### **RESUMO**

A flebite pode ser classificada em diferentes graus com sintomas característicos. Objetivou-se conhecer práticas de enfermagem inerentes ao acesso venoso periférico, comparar com o preconizado e achados da literatura. Utilizou-se dados secundários do Sistema de Informação de Enfermagem do Hospital Universitário de Sergipe, sendo quantificados e submetidos a análise descritiva e teste qui-quadrado. Verificou-se incidência elevada em relação ao preconizado como aceitável, associação entre as unidades de internação e graus de flebites e algumas variáveis em conformidade com o preconizado. O grau 2 esteve mais presente dentre os demais e 35 pacientes eram portadores de comorbidades, sendo diabetes a mais frequente. Concluiu-se que a incidência de flebite nos pacientes em uso de CVP foi elevada quando comparada aos padrões. O estudo possibilitou conhecer condições que podem influenciar no desenvolvimento dessa complicação. Além disso, a equipe deve estar capacitada para garantir a segurança do paciente através de uma assistência de qualidade.

### **.DESCRITORES**

Cuidado, Enfermagem; Flebite; Cateterismo Periférico; Pacientes internados

### **INTRODUÇÃO**

A flebite quando instalada pode trazer consigo consequências como piora do quadro clínico, septicemia e/ou adiamento da alta hospitalar<sup>(1)</sup>. Tal complicação pode ser classificada em quatro graus progressivos, sendo o primeiro caracterizado por eritema na região do acesso podendo haver ou não dor no local. No segundo grau, há dor na região do cateter acompanhada

de eritema e edema. Já no terceiro grau, além desses sintomas há o aparecimento de rigidez local e cordão venoso palpável. Por fim, o grau mais avançado, é marcado pela drenagem de secreção purulenta. Pode-se ainda adotar a classificação quanto ao tipo como flebite mecânica, química, pós-infusional ou ainda bacteriana<sup>(2)</sup>.

Ao pensar nos fatores associados ao surgimento de flebite no paciente hospitalizado, encontram-se: a habilidade técnica do profissional que puncionou, osmolaridade e pH de substâncias infundidas, tempo de permanência com o cateter, sua localização e tipo<sup>(1-3)</sup>.

Com o passar dos anos, algumas iniciativas foram surgindo em prol de reduzir a proliferação e colonização bacteriana no cateter venoso periférico (CVP), como implementação de novos protocolos para minimizar os riscos da terapia endovenosa, como a flebite<sup>(4)</sup>.

Diante do exposto, algumas organizações como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a *Infusion Nurses Society* (INS) estabeleceram protocolos com recomendações de práticas de cuidado em enfermagem com o CVP voltadas a minimizar falhas no cuidado e garantir a segurança do paciente<sup>(5-6)</sup>. Dentre as práticas de enfermagem preconizadas por ambas organizações citadas, têm-se recomendações acerca dos elementos que devem ser considerados para a escolha do cateter adequado como as características das substâncias infundidas, comorbidades dos pacientes e duração da terapêutica. É contraindicado a manutenção de acesso venosos periféricos (AVPs) com dispositivos de aço, a exemplo dos *scalps*, para terapias contínuas. No tocante aos locais de inserção do cateter, orienta-se preferência por membros superiores não dominantes, bem como evitar áreas de flexão ou que já possuam algum tipo de lesão<sup>(5-8)</sup>.

No cenário das práticas cotidianas em saúde, o enfermeiro exerce muitas vezes relevante função gerencial do cuidado. Deste modo, deve garantir que haja conhecimento técnico e científico suficiente da equipe de enfermagem para que a instalação e manejo de cateteres venosos periféricos sejam realizados de modo seguro<sup>(9)</sup>, afinal a equipe de enfermagem é a

principal responsável por tais ações<sup>(10)</sup>. Ademais, cabe ao enfermeiro avaliar os possíveis riscos de flebite aos pacientes e liderar propostas para os cuidados demandados pelo caso<sup>(11)</sup>.

O cuidado, principalmente quando envolve pacientes de alta complexidade, demanda tomada de decisões eficazes em tempo hábil. Nesse cenário o enfermeiro deve ser protagonista no diagnóstico da flebite, planejamento de ações que colaborem com o comprometimento da equipe frente aos protocolos estabelecidos voltados a segurança do paciente<sup>(12)</sup>.

Sendo assim, este estudo teve como questões norteadoras: 1) Qual a incidência de flebite em pacientes internados num hospital universitário?; 2) Quais as práticas de enfermagem, inerentes ao acesso venoso periférico neste hospital?

Nesse contexto, o estudo teve como objetivo conhecer as práticas de enfermagem inerentes ao acesso venoso periférico relacionando com a incidência de flebite e comparar com as recomendadas pela ANVISA e *Infusion Nurses Society* e achados já descritos na literatura.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental, retrospectiva e com abordagem quantitativa, realizada no Hospital Universitário de Sergipe no ano de 2018. O referido hospital dispõe de 123 leitos, distribuídos entre as unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, UTI adulta e centro cirúrgico.

Os dados secundários do mês de janeiro a junho do referido ano foram extraídos do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) fornecidos pelo hospital em questão. Estes foram provindos de coleta realizada pelo Núcleo de Informação de Gestão em Enfermagem (NIGEN). Foram compiladas informações de paciente internados que apresentaram flebite quanto: grau da flebite, reincidência de flebite, evolução de grau, unidade de internação, permanência do cateter, local da punção e manutenção do cateter. As unidades de internação selecionadas para o estudo foram clínicas médicas, clínica cirúrgica e pediatria, tendo em vista que os demais setores não obtiveram casos.

Após obtenção dos dados, elegeu-se como critério de inclusão presença de flebite durante a internação neste período e como critério de exclusão a ausência de flebite durante a internação neste período.

As informações obtidas foram armazenados em banco de dados no *Microsoft Office Excel*® 2016. Após a construção do banco, os dados foram exportados para o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. O intervalo de confiança utilizado foi de 95%, apresentando um valor de significância estatística com um valor de  $p < 0.05$ . Para comparação entre variáveis, foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ). A partir dos resultados obtidos, foram construídas tabelas demonstrando os resultados.

A incidência foi calculada pela relação entre números de casos novos de flebite de cada unidade no período de seis meses, dividido pelo valor total mensal de pacientes com acesso venoso periférico, demonstrado pela seguinte equação:

$$IC = \frac{QF}{VTM} * 100$$

Em que,

IC = Incidência

QF= Quantidade de Pacientes com Flebite

VTM= Valor Total mensal de Pacientes com Acesso Venoso Periférico

Após a análise dos dados, foi realizada uma comparação das práticas identificadas com aquelas preconizadas pela ANVISA e *Infusion Nurses Society*, bem como com resultados já descritos na literatura.

Vale ressaltar que não foi necessária a submissão do estudo ao Comitê de ética e pesquisa, visto que, os dados são secundários e extraídos de um sistema de informação gerencial da instituição.

## RESULTADOS

Dentre os 1096 pacientes internados nas clínicas médicas 1 e 2, na clínica cirúrgica e pediatria que estavam em uso de cateter venoso periférico, 111 apresentaram flebite equivalendo a 10.4% da população.

Através do cálculo de incidência de flebites em cada clínica de internação durante o primeiro semestre de 2018 (Tabela 1), percebe-se que o setor de pediatria apresentou o maior indicador (15.2%), seguido da Clínica Cirúrgica (12.8%).

Tabela 1- Distribuição das incidências de flebite segundo as unidades de internação por mês de ocorrência. HU –UFS/EBSERH. Aracaju, 2018

Mês	Clínica Cirúrgica	Clínica Médica 1	Clínica Médica 2	Pediatria	Total
	n paciente / incidência(%)				
Janeiro	3 (6%)	4 (9.7%)	5 (8.6%)	1 (5.5%)	<b>10 (5.8%)</b>
Fevereiro	5 (12.5%)	1 (2.7%)	1 (2.4%)	0	<b>7 (5.1%)</b>
Março	7 (14%)	12 (24.5%)	3 (8.6%)	5 (18.5%)	<b>27 (16%)</b>
Abril	8 (14.3%)	4 (12.5%)	4 (26.7%)	3 (14.3%)	<b>19 (14.7%)</b>
Maio	2 (7.1%)	3 (8.3%)	6 (12.2%)	4 (14.3%)	<b>15 (10.5%)</b>
Junho	18 (16.2%)	6 (7.2%)	2 (1.9%)	4 (100%)	<b>30 (9.3%)</b>
<b>Total</b>	<b>43 (12.8%)</b>	<b>30 (1.1%)</b>	<b>21 (6.9%)</b>	<b>17 (15.2%)</b>	<b>111 (10,4%)</b>

Fonte: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), HU –UFS/EBSERH.

Dados referentes à relação entre diferentes graus de flebite e unidades de internação (Tabela 2) revelam significância estatística entre as variáveis ( $p < 0.05$ ). Verificou-se a predominância de pacientes com flebite de Grau 1 na Clínica Médica 2 (14/35%) em relação às demais unidades. Por outro lado, a Clínica Cirúrgica apresentou maior número de pacientes apresentando flebite de Grau 2 (27/45.8%) e Grau 3 (6/54.5%). Houve apenas 1 paciente com flebite de Grau 4, estando este internado na Clínica Médica 1. Ao analisar o total de pacientes

por unidade, verifica-se a clínica cirúrgica com maior quantidade de pacientes com flebite (38.7% de todos os graus).

Tabela 2- Relação das frequências dos graus de flebite segundo a ocorrência por unidade de internação. HU –UFS/EBSERH. Aracaju, 2018.

<b>Unidade de Internação</b>	<b>Grau 1 n (%)</b>	<b>Grau 2 n (%)</b>	<b>Grau 3 n (%)</b>	<b>Grau 4 n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>
Clínica Cirúrgica	10 (25%)	27 (45.8%)	6 (54.5%)	0	43 (38.7%)	
Clínica Médica 1	13 (32.5%)	13 (22%)	3 (27.3%)	1 (100%)	30 (27%)	
Clínica Médica 2	14 (35%)	7 (11.9%)	0	0	21 (18.9%)	0,027
Pediatria	3 (7.5%)	12 (20.3%)	2 (18.2%)	0	17 (15.3%)	
<b>Total</b>	<b>40 (36%)</b>	<b>59 (53.2%)</b>	<b>11 (9.9%)</b>	<b>1 (0.9%)</b>	<b>111 (100%)</b>	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson  $p < 0.05$

Fonte: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), HU –UFS/EBSERH

Houve pacientes com presença de flebite de todos os graus, com predominância do Grau 2 (59/53.2%), seguido do Grau 1 (40/36%), Grau 3 (11/9.9%) e Grau 4 (1/0.9%). Na Tabela 3 verifica-se que apenas uma pequena parcela de pacientes (8/7.2%) apresentou reincidência (aparecimento de um novo caso de flebite). Quanto à evolução de grau (piora do quadro) apenas seis (5.4%) apresentaram esta variável. No que tange ambas as variáveis associadas foi verificado apenas cinco pacientes (4.5%). A maioria dos pacientes (92/82.9%) não apresentaram reincidência e evolução de grau.

Tabela 3- Distribuição das frequências segundo a evolução do grau de flebite e reincidência de casos. HU –UFS/EBSERH. Aracaju, 2018

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
Apenas Reincidência	8 (7.2%)
Apenas Evolução de Grau	6 (5.4%)
Reincidência + Evolução de Grau presente	5 (4.5%)
Ausência de Reincidência e Evolução de Grau	92 (82.9%)
<b>Total</b>	<b>111 (100%)</b>

Fonte: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), HU –UFS/EBSERH

No que concerne ao grau da flebite e manutenção do cateter nos pacientes (Tabela 4), verificou-se que não houve associação (significância estatística), porém nota-se que em todos

os graus os maiores percentuais foram referentes aos cateteres em solução contínua, totalizando 72 pacientes (64.9%) de um total de 111.

Tabela 4- Relação das frequências dos graus de flebite segundo a manutenção do cateter venoso periférico. HU –UFS/EBSERH. Aracaju, 2018.

<b>Manutenção do Cateter</b>	<b>Grau 1 n (%)</b>	<b>Grau 2 n (%)</b>	<b>Grau 3 n (%)</b>	<b>Grau 4 n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>
Hidrolisado	18 (45%)	8 (30.5%)	2 (18.2%)	1 (100%)	39 (35.1%)	0.139
Solução Contínua	22 (55%)	1 (69.5%)	9 (81.8%)	0	72 (64.9%)	
<b>Total</b>	<b>40 (36%)</b>	<b>9 (53.2%)</b>	<b>11 (9.9%)</b>	<b>1 (0.9%)</b>	<b>111 (100%)</b>	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson  $p < 0,05$

Fonte: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), HU –UFS/EBSERH

A tabela 5 corresponde ao teste de associação entre Grau da flebite e local da punção, não havendo significância estatística entre as variáveis. Porém é possível verificar, ao observar o total de punções de cada local, uma forte predominância do Antebraço com 59 casos (53.2%), seguido de Mão com 44 casos (39.6%). Juntos estes equivalem a 92.8% dos locais de inserção dos cateteres.

Tabela 5- Relação das frequências dos graus de flebite segundo o local da punção venosa periférica. HU –UFS/EBSERH. Aracaju, 2018.

<b>Local de Punção</b>	<b>Grau 1 n (%)</b>	<b>Grau 2 n (%)</b>	<b>Grau 3 n (%)</b>	<b>Grau 4 n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P</b>
Antebraço	21 (52.5%)	32 (54.2%)	5 (45.5%)	1 (100%)	59 (53.2%)	0.611
Mão	18 (45%)	19 (32.2%)	6 (54.5%)	0	43 (38.7%)	
Braço	1 (2.5%)	2 (3.4%)	0	0	3 (2,7%)	
Pé	0	5 (8.5%)	0	0	5 (4.5%)	
Jugular Externa	0	1 (1.7%)	0	0	1 (0.9%)	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson  $p < 0,05$

Fonte: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), HU –UFS/EBSERH

Constatou-se também que a maioria dos pacientes (95/88.8%) encontravam-se com curativo limpo e seco. Dos demais, três (2.8%) tinham seus curativos descolados, quatro (3.7%) tinham curativo sujo e úmido, três (2.8%) limpo e descolado e dois (1.9%) sujo e fixo. Foram excluídos quatro registros que não continham informações acerca das características dos curativos de inserção do cateter venoso.

Quanto ao tempo de permanência e os graus de flebite (Tabela 6) não houve associação estatística, mas nota-se que acessos com permanência entre 24 horas e tempo inferior a 48 horas tiveram maior ocorrência de flebites.

Tabela 6- Relação das frequências dos graus de flebite segundo o tempo de permanência do cateter venoso periférico. HU –UFS/EBSERH. Aracaju, 2018.

<b>Permanência do Cateter</b>	<b>Grau 1 n (%)</b>	<b>Grau 2 n (%)</b>	<b>Grau 3 n (%)</b>	<b>Grau 4 n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>
≥ 24 horas	18 (45%)	18 (31%)	2 (18.2%)	1 (100%)	39 (35.5%)	0.415
= 48 horas	9 (22.5%)	19 (32.8%)	1 (9.1%)	0	29 (26.4%)	
= 72 horas	5 (12.5%)	13 (22.4%)	4 (36.4%)	0	22 (20%)	
≥ 96 horas	1 (2.5%)	1 (1.7%)	1 (9.1%)	0	3 (2.7%)	
≤ 24 horas	4 (10%)	5 (8.6%)	3 (27.3%)	0	12 (10.9%)	
≤ 96 horas	3 (7.5%)	2 (3.4%)	0	0	5 (4.5%)	
<b>Total</b>	<b>40 (36%)</b>	<b>59 (53.2%)</b>	<b>11 (9.9%)</b>	<b>1 (0.9%)</b>	<b>111 (100%)</b>	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson  $p < 0,05$

Fonte: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), HU –UFS/EBSERH

Na tabela 7 pode-se observar que apenas uma pequena parcela dos sujeitos apresentava comorbidades (35/31.5%), sendo a Diabetes Mellitus a mais frequente (15/42.9%), seguida de hepatopatia (9/25.7%) e obesidade (4/11.4%). As menores porcentagens dizem respeito à Insuficiência Renal Crônica, Fibrose Cística e Desnutrição.

Tabela 7- Relação das frequências dos graus de flebite segundo Comorbidades. EBSEH-UFS, Aracaju, SE, Brasil, 2018

<b>Comorbidades</b>	<b>Grau 1 n (%)</b>	<b>Grau 2 n (%)</b>	<b>Grau 3 n (%)</b>	<b>Grau 4 n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>p</b>
Diabetes	8 (72.7%)	6 (28.6%)	0	1 (100%)	15 (42.9%)	0.761
Hepatopatia	2 (18.2%)	5 (23.8%)	2 (100%)	0	9 (25.7%)	
IRC	0	1 (4.8%)	0	0	1 (2.9%)	
Fibrose Cística	0	1 (4.8%)	0	0	1 (2.9%)	
Desnutrição	0	1 (4.8%)	0	0	1 (2.9%)	
Obesidade	0	4 (19%)	0	0	4 (11.4%)	
Hepatopatia e IRC	1 (9.1%)	1 (4.8%)	0	0	2 (5.7%)	
Diabetes e Hepatopatia	0	2 (9.5%)	0	0	2 (5.7%)	
<b>Total</b>	<b>11 (31.4%)</b>	<b>21 (60%)</b>	<b>2 (5.7%)</b>	<b>1 (2.9%)</b>	<b>35 (100%)</b>	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson  $p < 0,05$

Fonte: Sistema de Informação de Enfermagem (SIE), HU –UFS/EBSERH

## DISCUSSÃO

Ao analisar a incidência de flebite (10,4%) deste estudo, tem-se uma taxa muito elevada comparada ao valor aceitável preconizado pela Infusion Nurses Society, de 5% em qualquer população. O mesmo também foi verificado em outros estudos que encontraram taxas elevadas em sua população estudada<sup>(11,13)</sup>.

Dentre os meses de coleta, Junho despontou com o maior número de pacientes com flebite presente, porém não obteve a maior taxa de incidência, estando essa situada no mês de Março. Existem vários fatores que influenciam no surgimento de flebites, dentre eles encontra-se a condição clínica dos pacientes como um dos principais<sup>(14)</sup>. Sendo assim, no mês de Março pode ter ocorrido maior número de internações de pacientes com condições clínicas favoráveis ao surgimento da complicação.

Na pediatria, o procedimento invasivo mais utilizado dentre os cuidados é o uso de cateteres venosos periféricos durante a internação para inúmeras finalidades<sup>(15)</sup>. Ao observar as taxas de incidência, a pediatria obteve a maior dentre as demais, tendo no mês de Junho chegado a 100%. O que pode ter levado a unidade pediátrica a ter se destacado neste sentido foi um maior tempo de permanências dos cateteres, pois é recomendado pela ANVISA que em crianças a troca não deve ser realizada rotineiramente<sup>(7)</sup>. Outro fator que pode ter contribuído, é fato da maioria dos banhos serem realizados pelas próprias genitoras, que podem não ter os cuidados adequados para evitar descolamento de curativo e contato de sítio de inserção com água. Além da possibilidade de os profissionais não valorizarem o suficiente os relatos de dor feitos pelas crianças sobre o sítio de inserção. Vale ressaltar que dentre as unidades, a pediatria possuiu menor quantidade de pacientes em uso de cateter venoso periférico.

Devido às características próprias da população pediátrica, como maior fragilidade capilar e rede venosa que além de ser de difícil visualização possui pequeno calibre e pouca cooperação da criança, torna a punção venosa mais complexa em todas as suas fases<sup>(16)</sup>.

Foi encontrada associação entre o grau da flebite e unidades de internação, com a Clínica Cirúrgica tendo maior número de pacientes com essa complicação e maior porcentagem referente ao grau dentre todas, sendo ela caracterizada como Grau 3. Este fato, pode ter sido influenciado pelo perfil clínico dos pacientes internados, afinal por terem sido submetidos a procedimentos cirúrgicos tiveram contato sedativos e analgésicos. Em estudo descrito na literatura, a maior porcentagem de casos foi encontrada em pacientes que faziam uso de medicamentos destas classes<sup>(17)</sup>. Pode-se ainda suspeitar de causa referente ao transporte entre setores (centro cirúrgico/clínica cirúrgica), ou ainda à antibioticoterapia a que são submetidos.

Observando os graus de flebite, tem-se o Grau 2 representando mais de 50% de todos os casos apresentados, evidenciando uma possível dificuldade dos profissionais detectarem precocemente o caso. Assim, protocolos assistenciais voltados dispositivo, envolvendo vigilância do local de inserção e intervenções de manutenção do cateter possuem grande valor na prevenção de flebites<sup>(18)</sup>. Uma hipótese a ser considerada acerca deste achado, é o material utilizado para estabilização do acesso (esparadrapo comum), que por ser opaco não permite uma visualização constante do sítio de inserção. Deste modo, dificulta a identificar a flebite ainda em seus sinais e sintomas iniciais. Ademais, devido a subjetividade da percepção de dor, os pacientes podem relatar aos profissionais de formas diferentes do que estes consideram como um possível sinal de lesão. Neste caso, seria necessária frente a qualquer relato nesta natureza a aplicação da escala de dor a fim de melhor mensuração de sua intensidade<sup>(19)</sup>.

Dentre os pacientes da amostra, a grande maioria não apresentou evolução dos casos de flebite, reincidência nem ambas as variáveis. Isto, constitui-se como importante resultado ao indicar que ações voltadas a resolução dos casos e prevenção de novos fazem parte do cenário analisado. Nesse contexto, ANVISA recomenda que o cateter seja retirado assim que haja suspeita da presença de flebite<sup>(7)</sup>.

. Vale ressaltar que os cuidados de enfermagem não se fazem relevantes apenas no momento de inserção do cateter, mas também nos seus cuidados diários durante a permanência do mesmo.

Quanto à associação entre Grau da flebite e Manutenção do Cateter não foi verificada significância estatística. Porém, foi visto que a quantidade de pacientes com cateter em solução contínua foi muito superior (quase o dobro) dos que estavam em uso de cateter hidrolisado, o que pode apontar a manutenção de infusão contínua como um fator contribuinte para o aparecimento da complicação. O mesmo não foi verificado em resultados descritos na literatura sobre essas variáveis, onde o cateter hidrolisado esteve mais presente nos pacientes com flebite<sup>(20)</sup>.

A Infusion Nurses Society recomenda a escolha de membros superiores para realização de punção de cateteres venosos periféricos, preferencialmente região de antebraço visando aumentar o tempo de permanência e redução de dor. Esta recomendação ratifica o preconizado pela ANVISA, que também ressalta que região de membros inferiores devem ser evitadas ao máximo devido ao risco de embolias tromboflebitas<sup>(7,8)</sup>. Porém, conforme a literatura, as punções periféricas são danificadas com tempo por drogas de alta osmolaridade, extremos de pH e soluções de pouca solubilidade<sup>(15, 21)</sup>. Deste modo, ainda que sejam locais de primeira escolha, necessitam inspeção a todo tempo. Os resultados encontrados no presente estudo relacionados aos locais de punção apontam que as práticas de enfermagem encontram-se dentro das recomendações, já que 111 pacientes (92%) encontravam-se com cateteres inseridos em antebraço(53.2%) e mão (38.7%). Além disso, não foi encontrada associação entre Local da Punção e Grau da flebite, o que reforça tal informação.

Não foi encontrada significância estatística na associação entre Comorbidades e Grau da flebite. Dentre os registros de informação, 35 pacientes eram portadores de comorbidades, sendo a diabetes a mais frequente. Alguns autores demonstram através de suas análises que a

diabetes em especial pode contribuir para surgimento da flebite<sup>(22)</sup>, afinal esta patologia está associada a grande fragilidade capilar e danos em vasos sanguíneos<sup>(23,24)</sup>.

Grande parte dos curativos (88,8%) encontravam-se limpos e secos, corroborando com o defendido pela literatura acerca dos cuidados necessários com a região. Reforçando isto, não foi encontrada associação entre curativo e grau das flebites. Autores afirmam que as condições do curativo e sua fixação podem interferir no aparecimento de flebites e outras complicações<sup>(25,26)</sup>. Apesar da maioria destes estar em condições recomendadas, todos estavam fixados com esparadrapo comum. Desta forma, o risco de contaminação do sitio de inserção torna-se aumentado. O uso deste material contraria o preconizado pela ANVISA e INS. Essas recomendam uso de membrana estéril para a estabilização do cateter<sup>(7,8)</sup>.

Essas organizações também preconizam cuidados com o tempo de manutenção do cateter. A primeira delas recomenda que os cateteres sejam mantidos rotineiramente até 96 horas. Já a segunda, indica avaliação clínica, suspeita de complicações ou descontinuidade da terapia como necessidade de troca do dispositivo<sup>(7,8)</sup>. Destarte, os resultados obtidos encontram-se de acordo com estas recomendações, pois grande parte dos cateteres foram mantidos num espaço de tempo entre 24 e 72 horas. Não foi verificada significância estatística na associação entre o tempo de permanência e grau das flebites.

Sabendo que a equipe de enfermagem é responsável por todos os cuidados voltados ao cateter venoso periférico<sup>(27)</sup>, a flebite pode ser considerada importante indicador da assistência prestada aos pacientes internados<sup>(28)</sup>. Diante disto, uso de protocolos sobre instalação, manejo dos dispositivos e relevância da vigilância constante dos acessos, constituem-se importantes ferramentas para redução de casos<sup>(29)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO**

A incidência de flebite nos pacientes que estavam em uso de CVP foi elevada, principalmente no setor pediátrico, quando comparada aos padrões nacionais e internacionais

preconizados, o que reforça a necessidade de entender melhor os cuidados de enfermagem inerentes a esses dispositivos. Verificou-se a predominância de pacientes com flebite de grau 1 na Clínica Médica 2 e Flebite com grau 2 na Clínica Cirúrgica.

A análise de alguns indicadores possibilitou conhecer a realidade de algumas condições que podem influenciar no desenvolvimento dessa complicação, tais como, comorbidades, fatores de exposição, tempo e manutenção do cateter. Nesse sentido, o acompanhamento desses dados servem de subsídio para a avaliação da assistência, bem como para a vigilância e controle por parte da equipe quanto aos aspectos que colocam o paciente em risco, visando a prevenção.

Frente a problemática, uma forma eficaz de monitoramento dos sítios de inserção seria a utilização de coberturas transparentes nos curativos que permitam a visualização durante o tempo de uso. A identificação precoce de sinais flogísticos possibilita uma intervenção mais precoce, reduzindo o desconforto e dor do paciente, além de diminuir a chance de outras complicações.

A enfermagem, por ser responsável pelos procedimentos que envolvem o dispositivo, desde a escolha do cateter à sua retirada, consiste em importante colaboradora para prevenção e tomadas de decisões frente a casos identificados. Para isso, a equipe precisa possuir conhecimento técnico-científico, compreender os fatores de risco e estar preparado para tomar decisões assertivas frente a um caso. Neste contexto, ações de capacitação e educação permanente firmam-se como importantes meios para redução de indicadores

O presente estudo colaborou com melhor compreensão dos cuidados prestados aos AVPs neste hospital, bem como fornece informações necessárias ao planejamento de ações gerenciais voltadas a melhoria das práticas de enfermagem inerentes ao cateter venoso periférico. Entretanto, mais pesquisas devem ser realizadas nesta temática, visando conhecimento maior dos elementos-chave para o aparecimento de flebites.

Para tanto, sugere-se estudo comparativo entre o grupo de pacientes com flebite e grupo de pacientes não tiveram presença desta, avaliando os fatores de risco que foram submetidos. A fim de identificar o que estava sendo feito diferente entre os dois grupos e elucidar assim as condições que favoreceram seu surgimento..

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Núcleo de Informação de Gestão em Enfermagem (NIGEN) e ao Núcleo de Educação Permanente (NEPE) do Hospital Universitário de Sergipe pela coleta, fornecimentos dos dados e apoio necessário à realização deste trabalho.

## **REFERÊNCIAS**

1. Urbanetto JS, Freitas APC, Oliveira APR, Santos JCR, Munis FOM, Silva RM, et.al. Fatores de risco para o desenvolvimento da flebite: revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(4): 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e57489.pdf>
2. Rojas-sanchés LZR, Parra DI, Camargo-Figueira FAC. Incidência e fatores associados com o desenvolvimento de flebite: resultados do estudo piloto de uma coorte. Revista de Enfermagem. 2015; 4: 91-67. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S087402832015000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S087402832015000100007&lng=pt&nrm=iso)
3. Souza AEBR, Oliveira JLC, Dias DC, Nicola AL. Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário. Rev Rene. 2015; 16(1):114-22. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11301/1/2015\\_art\\_aebsouza.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11301/1/2015_art_aebsouza.pdf)
4. Tertuliano AC, Borges JLS, Fortunato RAS, Oliveira AL, Poveda VB. Flebite em acessos venosos periféricos de pacientes de um hospital do vale do paraíba. Rev Min Enferm. 2014; 18(2): 334-339. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140026>

5. Oliveira ECS, Oliveira APR, Oliveira RC. Caracterização das flebites notificadas à gerência de risco em hospital da rede sentinela. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2016; 30(2): 1-9. Disponível em: [https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15361/pdf\\_42](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/15361/pdf_42)
6. Costa AS, França ECP, Paula RAB. Atuação do enfermeiro frente a flebite:sob o ponto de vista da segurança do paciente. *Revela*. 2017; 21: 60-89. Disponível em: [http://fals.com.br/revela/ed21/ATUACAO\\_DO\\_ENFERMEIRO\\_FRENTE\\_A\\_FLEBITE.pdf](http://fals.com.br/revela/ed21/ATUACAO_DO_ENFERMEIRO_FRENTE_A_FLEBITE.pdf)
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde: medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>.
8. Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*. 2016; 39(1). Disponível em: [https://journals.lww.com/journalofinfusionnursing/Citation/2006/01001/53\\_PHLEBITIS.58.aspx](https://journals.lww.com/journalofinfusionnursing/Citation/2006/01001/53_PHLEBITIS.58.aspx).
9. Melo EM, Aragão AL, Pessoa CMP, et.al. Cuidados dispensados pela equipe de enfermagem durante o procedimento de punção venosa periférica. *Rev enferm UFPE on line*. 2015; 9(3):1022-30. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10430/11226>
10. Murassaki ACY, Versa GLGS, Júnior JAB, et.al. Avaliação de cuidados na terapia intravenosa: desafio para a qualidade na enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2013;17(1):11 – 16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100002)

11. Inocencio JS, Ferreira RAS, Araújo DA, Pinheiro FGMS, Vaez AC. Flebite em acesso intravenoso periférico. *Arq. Ciênc. Saúde.* 2017; 24(1):105-109. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/403>
12. Souza VS, Amorim DO, Silva NB, Stevanato KP, Melo WA, Costa MAR. Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem na terapia intravenosa periférica. *Rev enferm UFPE on line*, 2017; 11(5):1989-95. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23352/18967>
13. Oliveira ASS, Parreira PM. Intervenções de enfermagem e flebites decorrentes de cateteres venosos periféricos. Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*.2010; 3(2): 137-147. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832010000400015](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400015)
14. Ferreira LR, Pedreira MLG, Diccini S. Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(1):30-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000100006&script=sci\\_abstract&tlng=t](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002007000100006&script=sci_abstract&tlng=t)
15. Domingues G, Moraes FRRL, Júnior MAF. Tempo de permanência dos cateteres venosos periféricos e seus riscos para flebite relacionado ao sítio de inserção. *Revista Científica Indexada Linkania Júnior*. 2012; 2(3). Disponível em: <http://linkania.org/junior/article/view/50>.
16. Bitencourt ES, Leal CN, Boostel R, Mazza VA, Félix JVC, Pedrolo E. Prevalência de flebite relacionada ao uso de dispositivos intravenosos periféricos em crianças. *Cogitare Enferm.* 2018; (23)1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.49361>.
17. Danski MTR, Johann DA, Vayego SA, Oliveira GRL, Lind J. Complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico: ensaio clínico randomizado. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(1):84-92. Disponível em: <http://linkania.org/junior/article/view/50>
18. Alves JL, Mendes-Rodrigues C, Antunes AV. Prevalência de flebite em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário brasileiro de alta complexidade. *Revista*

Brasileira de Ciências da Saúde. 2018; 22(3): 231-236. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>.

19. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(2): 283-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>.

20. Enes SMS, Optiz SP, Faro ARMC, Pedreira MLG. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da amazônia ocidental brasileira. *Ver Esc Enferm USP*. 2016;50(2):263-271. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp).

21. Urbanetto JS, Muniz FOM, Silva RM, Freitas APC, Oliveira APR, Santos JCR. Incidência de flebite e flebite pós-infusional em adultos hospitalizados. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(2):1-10. Disponível em: [www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem](http://www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem).

22. Nobre ASP, Martins MDS. Prevalência de flebite da venopunção periférica: fatores associados. *Revista de Enfermagem Referência*. 2018; 5(16): 127-138. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17058>.

23. Oliveira AM, Danski MT, Pedrolo EV. Punção venosa periférica guiada por ultrassonografia: prevalência de sucesso e fatores associados. *Cogitare Enferm*. 2017; (22)3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.49599>.

24. Herrera AA, Soca PEM, Será CR, Soler ALM, Guerra RCO. Actualización sobre diabetes mellitus. *Correo Científico Médico*. 2012; 16(2). Disponível em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2012/ccm122i.pdf>.

25. Milutinović D, Simin D, Zec D. Fatores de risco para flebite: estudo com questionário sobre a percepção dos enfermeiros. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(4):677-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt\\_0104-1169-rlae-23-04-00677.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00677.pdf).

26. Beccaria LM, Contrin LM, Werneck AL, Machado BD, Sanches EB. Incidência de flebites em pacientes adultos. Rev enferm UFPE on line. 2018; 12(3):745-52. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230454p745-752-2018>.
27. Oliveira EP, Lopes GF, Pelegrin AKP, Prado CP, Dacanal DC, Oliveira JV, et. al. Análise dos números de notificações dos casos de flebite na perspectiva institucional. Revista Qualidade HC. 2012; 3: 23-26. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/86/86.pdf>.
28. Di Leone PA. Construção e validação de um instrumento de classificação de risco para flebite em pacientes adultos em uso de cateter venoso periférico: Escala Di Leone. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do rio dos Sinos; 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/4858>,
29. Abdul-Hak CK, Barros AF. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. Texto Contexto Enferm. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000900013>

## ANEXO A

### REVISTA COGITARE ENFERMAGEM: MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

#### FORMATAÇÃO GERAL DO MANUSCRITO

FORMATO: “.doc”;

FOLHA: Tamanho A4;

MARGENS: 2,5 cm nas quatro margens;

FONTE: Times New Roman; fonte 12 (incluindo tabelas e referências). Para citação direta com mais de 3 linhas, utilizar fonte 10.

ITÁLICO: Somente para palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido ou em transliteração de depoimentos.

NOTAS DE RODAPÉ: a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

ESPAÇAMENTO: Duplo no decorrer do manuscrito, inclusive no resumo.

Simple para título, descritores, citação direta com mais de três linhas e em transliteração de depoimento.

**LIMITE DE PALAVRAS CONFORME CATEGORIA DE ARTIGO** (incluindo referências):

1. Editorial – Limite máximo de 600 palavras;
2. Artigos originais – Limite máximo 4500 palavras;
3. Revisão – Limite máximo de 5000 palavras;
4. Reflexão – Limite máximo de 2000 palavras;
5. Comunicação livre – Limite máximo de 2000 palavras;
6. Relato de experiência/caso – Limite máximo 2000 palavras.

#### ANÁLISE DE PLÁGIO

A partir de Janeiro de 2018, uma nova etapa será inserida no processo de revisão dos manuscritos. Um *software* irá avaliar a questão de plágio, tendo os seguintes resultados:

– Até 25% de plágio – será enviada uma carta aos autores, contendo orientações e recomendações;

– Mais de 50% de plágio – será realizada a captação dos autores e da instituição, sendo cumpridas as questões e deveres éticos em relação aos trabalhos científicos

### **ESTRUTURA DO MANUSCRITO**

1. Título (somente no mesmo idioma do artigo)
2. Resumo (somente no mesmo idioma do artigo)
3. Descritores (somente no mesmo idioma do artigo)
4. Introdução
5. Metodologia
6. Resultados
7. Discussão
8. Considerações finais/conclusão
9. Referências

Obs: AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES:

É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima;

Deverá contar em uma nova seção, logo após a conclusão. Citar o número do edital ao qual a pesquisa está vinculada.

### **FORMATAÇÃO DA ESTRUTURA DO MANUSCRITO**

O manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação.

As palavras “RESUMO”, “DESCRITORES”, “INTRODUÇÃO”, “MÉTODO”, “RESULTADOS”, “DISCUSSÃO”, “CONSIDERAÇÕES FINAIS/CONCLUSÃO”, “REFERÊNCIAS” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em CAIXA ALTA, NEGRITO E ALINHADAS À ESQUERDA.

### **TÍTULO**

Deve aparecer no mesmo idioma do manuscrito;

Tem limite de 16 palavras;

CAIXA ALTA, NEGRITO, ESPAÇAMENTO SIMPLES E CENTRALIZADO.

### **RESUMO**

Incluir, de forma estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Inclui: objetivo, método, resultados e conclusão.

Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido;

Não poderão conter abreviaturas, nem siglas.

### **DESCRITORES**

Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste, sendo a palavra “descritores” em: **CAIXA ALTA E EM NEGRITO**;

Inserir 5 descritores, separando-os por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta;

Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo;

Preferencialmente, as palavras utilizadas nos descritores não devem aparecer no título;

Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DECS) → <http://decs.bvs.br>; Lembrar de clicar em: “Descritor Exato”.

Também poderão ser utilizados descritores do Medical Subject Headings (MeSH) → [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

Espaçamento simples entre linhas, conforme exemplo:

DESCRITORES: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem; Enfermagem; Ensino.

### **INTRODUÇÃO**

Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

### **METODOLOGIA**

Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do **parecer de aprovação** por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

Ressalta-se a importância da inserção do Parecer do Comitê de Ética na sessão “documentação suplementar”, no ato da submissão do artigo.

## **RESULTADOS**

Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

Inserir sempre o **valor de “n” e a porcentagem entre parênteses**. Lembrando que n abaixo de 10 deverá estar escrito por extenso e igual ou acima de 10 deverá ser numérico.

**Exemplo:** “Dos 100 participantes, 15 (15%) referiram melhora do quadro e seis (6%) referiram piora”.

## **DISCUSSÃO**

Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

## **CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Destacar os achados mais importantes, comentar as limitações e implicações para pesquisas futuras;

Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

## **AGRADECIMENTOS**

Destinar nesta seção os agradecimentos as agências de financiamentos ou organizações que de alguma forma contribuirão para a realização do estudo.

Não se aplica agradecer pessoas ou autores que colaboraram na pesquisa.

## **REFERÊNCIAS**

As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

Limite máximo de 30 referências;

Exclusivamente, para Artigo de Revisão, não há limite quanto ao número de referências;

Sugere-se incluir referências atuais e estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação;

Artigos disponíveis online devem ser citados segundo normas de versão eletrônica;

## **ANEXOS**

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências.

## **ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES**

Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).

São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos

Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências

### **Tabelas e quadros**

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura

Utilizar traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e, na parte inferior da tabela;

Não devem apresentar nem linhas verticais e horizontais no interior da tabela

Devem ser inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do Microsoft Word for Windows 98® ou compatíveis.

Utilizar fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples entre linhas.

O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, com espaçamento simples, sem negrito. Seguindo os exemplos abaixo:

Exemplo 1: Quadro 1 – Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2010  
(Sem ponto final)

Exemplo 2: Tabela 1 – Características socioeconômicas de gestantes portadoras de diabetes mellitus tipo II. Curitiba, PR, Brasil, 2015 (Sem ponto final)

### **Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)**

Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.

Devem ser apresentadas no texto, o mais próximo possível da indicação, e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.

O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade, estado, país e ano. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

**Exemplo:** Figura 1 – Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, SP, Brasil, 2011

Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

## **ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS**

### **1) Citação indireta ou paráfrase**

Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, sem espaço, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes<sup>(1)</sup>.

### **2) Citação sequencial/intercalada**

Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

#### **Exemplo:**

(8-10) – a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

#### **Exemplo:**

(8,10) – a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

### **3) Citação direta com até três linhas**

Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

#### **Exemplo:**

(8:13) – a informação se refere à referência 8, página 13.

### **4) Citação direta com mais de três linhas**

Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Times New Roman 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.

O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

#### **Exemplo:**

(8:345-6) o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

### **5) Depoimento**

A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Times New Roman 12, itálico, com espaçamento simples entre linhas, sem aspas.

Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico.

A identificação do sujeito deve ser codificada (explicar a codificação na metodologia), entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

**Exemplo:** [Comunicação] é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém é o ato de se comunicar [...]. (Familiar 2).

Publicado em: 16 de outubro de 2017 por Luciana Kalinke

Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/normas-para-preparado-artigo/>