



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Washington Alves Frois

**Desfechos Clínicos e Complicações Associadas ao Uso de
Dispositivos Venosos em Pacientes Críticos**

Botucatu

2025

Washington Alves Frois

**Trabalho de conclusão de residência
apresentado ao Programa de Residência
em Enfermagem Cuidados Críticos, da
Faculdade de Medicina, Botucatu,
Universidade Estadual Paulista (Unesp).**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariele Gobo de Oliveira

Botucatu

2025

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Frois, Washington Alves.

Desfechos clínicos e complicações associadas ao uso de dispositivos venosos em pacientes críticos / Washington Alves Frois. - Botucatu, 2025

Trabalho acadêmico (residência - Residencia Cuidados Críticos) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Mariele Gobo de Oliveira

Capes: 40400000

1. Cateteres. 2. Cateteres venosos centrais. 3. Flebite. 4. Salinização.

Palavras-chave: CVC; CVP; Dispositivos invasivos; Flebite; Salinização.

NOME COMPLETO DO AUTOR

Washington Alves Frois

TÍTULO DO TRABALHO ACADÊMICO:

Desfechos Clínicos e Complicações Associadas ao Uso de Dispositivos Venosos em Pacientes Críticos

Trabalho de conclusão de residência apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP) na cidade de Botucatu/SP para obtenção do título de Especialista em Cuidados Críticos.

Área de Concentração: Cuidados Críticos

Data da defesa: 18/02/2025

Banca Examinadora:

Prof. **Doutora Mariele Gobo Oliveira**

UNESP – Universidade Estadual Paulista – Campus FMB (Departamento de Enfermagem – Botucatu/SP.

Prof. **Doutora Fernanda Augusta Penacci**

Centro Universitario Sudoeste Paulista.

Prof. **Doutor Adilson Lopes Cardoso**

Centro Universitário Eduvale.

DEDICATÓRIA

Primeiro ao Deus Altíssimo, Todo Poderoso, meu Senhor e Consolador, por até aqui ter me abençoado.

Aos meus pais, Claudina e Mauro, pelo incentivo a percorrer o caminho dos estudos com dedicação, a temer a Deus acima de tudo e exemplo de honestidade e resiliência.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Mariele Gobo, que dedicou seu precioso tempo para me apoiar neste trabalho, sem ela não teria conseguido e também aos meus amigos. Obrigado pela atenção e compreensão em toda a caminhada que passamos juntos.

A todos os professores que dividiram comigo seu saber e suas experiências, que ajudaram a construir um profissional melhor a cada dia.

Frois, Washington Alves. Desfechos Clínicos e Complicações Associadas ao Uso de Dispositivos Venosos em Pacientes Críticos, Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, 2024.

Resumo

Pacientes críticos necessitam de assistência ventilatória, hemodinâmicos ou renais, entre outros. Nesse contexto os dispositivos de acesso venoso são utilizados para ressuscitação, terapia medicamentosa, terapia de substituição renal e realização de exames. Isso inclui o uso de dispositivos es intravenosos centrais e periféricos. Assim, esse estudo objetivou avaliar os desfechos do uso dos dispositivos invasivos, como Cateteres Venosos Centrais (CVC) e Cateteres de venosos Periféricos (CVP), em pacientes internados em Pronto-Socorro (PS) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Métodos: Estudo de coorte retrospectiva realizada em 2024 com abordagem quantitativa, que consistiu na pesquisa ao prontuário eletrônico de pacientes internados no ano de 2022. Os desfechos considerados foram: a presença de flebite, infecção de corrente sanguínea, perda do dispositivo e formação de trombo. Resultados: Foram incluídos 133 participantes resultando em 150 dispositivos venosos, com a maioria sendo CVP 80 (53,3%). Os desfechos mais frequentes foram perda de dispositivo que ocorreu em 22,2% dos CVP, seguida pela infecção de corrente sanguínea (10,5%). Conclusão: Embora a qualidade dos cuidados de manutenção seja fundamental para prevenir complicações, a análise de outros fatores, como a condição clínica dos pacientes e a experiência da equipe de saúde, é necessária para melhor entender os desfechos.

Descritores: Dispositivos de Acesso Vascular; Cateter de Acesso Intravenoso; Cuidados Críticos.

Abstract

Critical patients require ventilatory, hemodynamic, or renal support, among others. In this context, venous access devices are used for resuscitation, drug therapy, renal replacement therapy, and diagnostic procedures. This includes the use of both central and peripheral intravenous devices. Thus, this study aimed to evaluate the outcomes associated with the use of invasive devices, such as Central Venous Catheters (CVC) and Peripheral Venous Catheters (PVC), in patients admitted to the Emergency Department (ED) and Intensive Care Units (ICU). Methods: A retrospective cohort study conducted in 2024 with a quantitative approach, consisting of a review of electronic medical records of patients hospitalized in 2022. The outcomes were the presence of phlebitis, bloodstream infection, device loss, and thrombus formation. Results: A total of 133 participants were included, resulting in 150 venous devices, with the majority being PVCs (80; 53.3%). The most frequent outcomes were device loss, occurring in 22.2% of PVCs, followed by bloodstream infection (10.5%). Conclusion: Although the quality of maintenance care is essential in preventing complications, analyzing other factors, such as patients' clinical conditions and the healthcare team's experience, is necessary to better understand the outcomes.

Keywords: Vascular Access Devices; Catheters; Critical Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVO.....	11
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	11
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSSÃO	17
6. CONCLUSÃO.....	21
7. REFERÊNCIAS	23
8. ANEXOS.....	25

1. Introdução

O termo "doença crítica" indica a estado clínico de um paciente que apresenta alto risco de vida (Vincent, 2019).

Os enfermeiros diariamente trabalham com pacientes críticos, definindo suas condições de saúde como graves através dos parâmetros vitais que envolve a disfunção de órgãos vitais e o alto risco de morte iminente. Essas características demandam a monitoração intensiva e intervenções de forma contínua para que não ocorra pioras severas ao paciente (Hirshon et al., 2022; Duke, 2006). O cuidado envolve também a adaptação a mudanças rápidas no estado clínico do paciente, destacando a necessidade de competências especializadas da equipe de enfermagem para garantir a segurança e qualidade do tratamento (Bryant et al., 2021).

Em comunicação do Ministério público (2024), foram considerados críticos nos anos de 2021 a 2024 aproximadamente 40% a 50% dos pacientes que foram encaminhados para as unidades de terapia intensiva (UTIs) no estado de São Paulo (Ministério da Saúde, 2024).

Algumas situações como choque séptico, insuficiência respiratória aguda e falência múltipla de órgãos são comuns em casos críticos, e precisam de intervenção de forma rápida e precisa, a fim de prevenir o agravamento do quadro clínico (Vincent et al., 2011).

Normalmente, o primeiro atendimento ocorre em unidades de emergência, onde a avaliação rápida e inicial tem como objetivo estabilizar o paciente antes de sua transferência para uma (UTI) (Cavalcante et al., 2018). As UTIs são equipadas com tecnologias avançadas e equipes treinadas para monitorar e intervir nas condições dos pacientes, buscando evitar o agravamento do estado de saúde. A presença de tecnologias, como ventiladores mecânicos e monitores multiparâmetros, é crucial para a detecção rápida e precoce de alterações que possam levar a um quadro irreversível se não forem tratadas a tempo (Bauman E Hyzy., 2014).

O cuidado ao paciente crítico deve visar manter a estabilidade hemodinâmica e diminuir as complicações (Rhodes et al., 2017), assim como incluir sua realização (Normalmente, o primeiro atendimento ocorre em unidades de emergência, onde a avaliação rápida e inicial tem como objetivo estabilizar o paciente antes de sua transferência para uma (UTI) (Cavalcante et al., 2018).

Berry, 2022), por uma equipe multiprofissional, para que possa otimizar os estágios clínicos e melhorar os desfechos dos casos graves e leves (Halpern et al., 2014).

Pacientes críticos necessitam de assistência ventilatória, hemodinâmicos ou renais, entre outros. Nesse contexto os dispositivos de acesso venoso são utilizados para ressuscitação, terapia medicamentosa, terapia de substituição renal e realização de exames. Isso inclui dispositivos es intravenosos centrais e periféricos. Os dispositivos es são dispositivos muito usados para acessar o sistema circulatório do paciente e serve principalmente para a administração de fluidos, medicamentos, coleta de amostras, entre outros (Corrêa et al., 2021). Estima-se que cerca de 60% a 70% dos pacientes críticos que não necessitam de CVC utilizam os dispositivos venoso periférico (CVP), (Corrêa et al., 2021; Ministério da Saúde., 2024).

Eles podem ser classificados em dispositivos es venosos periféricos (CVP) e dispositivos es venosos centrais (CVC), com características e indicações distintas. Os CVP são utilizados para a administração de medicamentos como antibióticos, inflamatórios, antialérgicos entre outros, soluções intravenosas, e coleta de sangue. Eles geralmente são inseridos em vasos sanguíneos de pequeno calibre nos membros superiores como braços e mãos. São indicados para terapias de curto prazo, pois apresentam menor risco de complicações relacionadas à inserção, causando menos impacto ao paciente (Silva, 2020).

Há também os dispositivos es de inserção periférica (PICC), inserido em veias periféricas profundas, como cefálica e basílica, e avançam até alcançar uma veia central. Esse procedimento é usado para tratamentos de médio a longo prazo, (Brown, 2018).

Os pacientes críticos que precisam utilizar o CVP podem apresentar complicações que variam de leves a grave, considerando se o uso de medicamentos necessita ser prolongada causando complicações. Uma delas é a flebite que é causada por lesões nas veias por alguma substância irritante ou que cause alergia devido ao uso dos dispositivos, causando sintomas como dor, vermelhidões, calor, edema, e endurecimento do local, que pode ser palpável (Gorski, 2021; Braga et al., 2018).

Outra causa de complicações no uso de CVP é a infiltração, descrita como um vazamento ao redor do dispositivo, edema, eritema e dores. Esse tipo de complicação se dá na sua maioria das vezes pela má inserção do dispositivo e dependendo da solução administrada, pode causar uma necrose tecidual (Wang et al., 2022; Santos et al., 2022). A obstrução também é uma causa preocupante, causada pelo mau posicionamento do dispositivo e que impede a administração dos medicamentos e soluções, levando ao desconforto no paciente. (Gorski, 2021; Braga, 2018).

Em relação aos CVC, são inseridos em veias de maior calibre, como a veia subclávia, jugular interna ou femoral, que permitem o acesso direto à circulação central. Esses dispositivos são utilizados em tratamentos prolongados, na administração de medicamentos vesicantes, nutrição parenteral total, e em situações de monitoramento hemodinâmico (Almeida, 2021). Devido à sua capacidade de acessar grandes vasos sanguíneos, são muito utilizados em emergências (Marcomini, et. al. 2021).

Os CVC podem ser classificados em diferentes tipos com base no tempo de uso e no método de inserção, dentre os mais usados estão os dispositivos não tunelizados. (Galvão, 2020).

Dentre os CVC não tunelizados, há o intracath e o Shilley. Geralmente são usados para tratamentos de curto prazo, e sua inserção ocorre em locais como veia central, veia jugular e subclávia ou femoral. O Shilley é um dos dispositivos es que são de grande calibre e com lúmen que podem ser duplo ou triplo, permitindo que o acesso circulação central seja eficiente. É utilizado em pacientes de tratamento intensivo em hemodiálise (Silva et.al, 2023).

Já os dispositivos es tunelizados são projetados sob a pele antes de entrar na veia, é muito utilizado em pacientes que precisam de um longo tratamento. (Smith et al., 2019). Um exemplo de dispositivos implantável é o porta-cath, utilizado em terapia oncológica, podendo ser usados por longos períodos (Anderson e Lee, 2021).

A não realização adequada dos cuidados de manutenção pode levar a complicações e agravar a saúde do paciente, causando complicações como infecções, trombozes, flebites. Essas infecções relacionadas aos dispositivos causam preocupação pois podem resultar em aumento de morbidade e mortalidade dos pacientes. Além disso, a manutenção inadequada pode

comprometer a eficácia do tratamento e prolongar a internação hospitalar (Marcomini, et. al. 2021). Em pacientes críticos, a manutenção de todos esses dispositivos é de suma importância para prevenir infecções da corrente sanguínea e outras complicações, que podem potencialmente levar à sepse secundária (Sharma, 2024).

Estudo qualitativo publicado em 2022 com enfermeiros de UTI demonstrou a alta exposição a fatores de risco e contaminação do ambiente e a falta de comunicação entre os profissionais, contribuem para os processos de infecções dos CVC (Morris e Jakobsen, 2022).

Em um hospital universitário do interior paulista, no ano de 2023, foram verificados os cuidados de manutenção de 150 dispositivos venosos de 133 pacientes críticos internados em UTIs e pronto-socorro. Ao avaliar os cuidados, de acordo com o tipo de dispositivo, foi verificado que a periodicidade de troca de curativo adequada foi significativamente maior no grupo dos CVP quando comparado com o grupo CVC (97,0% versus 23,9%, $p < 0,001$), bem como a parte externa sem sujidade foi significativamente maior no grupo dos CVP (97,5% versus 87,1%, $p = 0,035$). Ao avaliar a presença de conectores, foi significativamente maior no grupo dos CVC quando comparado com o grupo de CVP (87,1% versus 33,8%, $p < 0,001$). Na UTI o uso de conectores no CVP foi significativamente maior quando comparado seu uso no PS (66,7% versus 17,0%, $p < 0,001$) e com CVC do modelo *intracath* (100,0% versus 16,7%, $p < 0,001$) (dados ainda não publicados). Diante da necessidade do paciente crítico em ter um dispositivo venoso, verificar os desfechos dos cuidados prestados a esses dispositivos podem fornecer subsídios para a melhoria contínua da assistência prestada pela equipe de enfermagem.

2. Objetivo

Descrever os desfechos relacionados ao uso dos dispositivos venosos dos pacientes adultos internados em unidades críticas.

3. Método

Estudo de coorte retrospectiva com abordagem quantitativa, elaborado segundo as normas do enunciado *Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) (Von Elm, et.al, 2008). Este estudo é continuação de Trabalho de Conclusão de Residência realizado em 2023 (dados ainda não publicados).

3.1 Local do estudo

O estudo ocorreu em unidades críticas para pacientes adultos de um hospital público universitário do interior do estado de São Paulo. O hospital possui 664 leitos para atendimento de cerca de dois milhões de pessoas, com média de 2.400 internações/mês tanto clínicas quanto cirúrgicas. O Serviço de Terapia Intensiva adulto atende pacientes clínicos e cirúrgicos de alta complexidade e compreende quatro unidades de terapia intensiva (UTI). O Pronto Socorro Referenciado (PS) atende emergências em pacientes adultos e pediátricos, priorizando atendimentos especializados de média e alta complexidade e possui três alas de internação (Governo do Estado de São Paulo, 2024). As UTIs e as alas de internação do PS totalizam 74 leitos e foram consideradas os locais de internação para a inclusão dos participantes no estudo.

3.2 Procedimento e Coleta de dados

Estudo 1

A coleta de dados realizada em 2022 consistiu na observação direta dos acessos venosos em duas datas não consecutivas em todos os leitos selecionados, além de pesquisa ao prontuário eletrônico do participante de forma sistemática a fim de evitar possível viés. As informações coletadas foram registradas plataforma online em instrumento construído para registro dos dados. As variáveis observadas relacionadas aos dispositivos es seguiram as recomendações do Manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁽¹⁰⁾ e do *Guidelines do Centers for Disease Control and Prevention*⁽¹¹⁾, que estabelecem os critérios quanto à manutenção dos dispositivos (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios estabelecidos como variáveis de manutenção dos dispositivos es venosos. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2025.

Critérios	CVP	CVC
1. Dispositivos com identificação	Data da punção, nome do profissional responsável e número do dispositivos .	Nome profissional e data do curativo de manutenção.
2. Periodicidade de troca do curativo	Tanto a punção quanto o curativo não devem ultrapassar 96hs.	O curativo não deve ultrapassar sete dias quando utilizado membrana transparente semipermeável e 48h quando utilizado gaze estéril.
3. Visualização do sítio de inserção do dispositivos	O curativo não pode interferir na visualização do sítio de inserção.	
4. Tipo de cobertura para o curativo	A cobertura deve ser estéril, podendo ser semi oclusiva (gaze estéril e fita adesiva) ou membrana transparente semipermeável.	
5. Presença de conectores	Recomenda-se o uso de conectores sem agulhas no lugar de cânulas (torneirinhas de três vias), do tipo <i>luer lock</i> . Corpo e seus componentes internos devem ser transparentes.	
6. Condição interna dos conectores e dispositivos es	Não deve haver sangue no dispositivos e/ou conector. Realizar o <i>flushing</i> e <i>lock</i> de dispositivos es (segundo cada recomendação) imediatamente após cada uso.	
7. Condição externa dos conectores e dispositivos es	Não deve haver qualquer tipo de sujidade e/ou integridade comprometida.	

Fonte: Adaptado de Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. 2017. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. Clinical Infectious Diseases. 2011.

Legenda: CVP: dispositivos venoso periférico; CVC: dispositivos venoso central.

Estudo 2

O estudo atual teve sua coleta de dados nos meses de junho a agosto de 2024. O procedimento de coleta de dados consistiu na pesquisa ao prontuário eletrônico dos participantes do estudo 1.

O instrumento de coleta de dados construído consistiu nas seguintes variáveis: sociodemográficas (nome, idade, RG prontuário, local e tempo de internação); clínicas (motivo da internação: pós-operatório, sepse, acidente vascular cerebral, distúrbios respiratórios, distúrbios cardíacos e distúrbios clínicos gerais) ligadas ao dispositivo venoso (tipo de dispositivos , tempo de inserção e motivo da retirada do dispositivo: flebite, presença de trombo, infecção de corrente sanguínea e perda do dispositivo).

3.3 Participantes e Tamanho Amostral

Foram considerados participantes elegíveis pacientes maiores de 18 anos, internados nas unidades críticas citadas, tendo como critérios de inclusão possuir dispositivos es venosos periféricos e/ou centrais de curta e/ou de longa permanência no período da coleta de dados. Foram excluídos aqueles com acessos venosos oriundos de outras instituições e cuja patologia e/ou ausência de um responsável legal inviabilizaram a obtenção do consentimento para participação.

3.4 Desfechos

De acordo com a prevalência de eventos adversos e orientações da Anvisa para prevenção de flebite e infecção de corrente sanguínea, os desfechos considerados foram: a presença de flebite, infecção de corrente sanguínea, perda do dispositivo e de trombo (ANVISA,2025).

3.5 Tamanho amostral

Considerando um nível de confiança de 95%, margem de erro de 8,7% para estimar a prevalência de pacientes com dispositivos es e os cuidados recebidos, o tamanho amostral estimado foi de 133 participantes.

3.6 Análise de dados

Para a análise dos dados, as variáveis consideradas foram agrupadas em sociodemográficas (idade e sexo), clínicas (local, dias de internação, causa da internação) e ligadas ao acesso venoso (tipo de dispositivos, tempo de inserção e manutenção). Foram utilizadas média e desvio padrão para descrever as variáveis quantitativas, distribuição de frequência para as variáveis qualitativas, teste de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para testar normalidade de variáveis quantitativas (uma das condições para aplicação do teste t), correlação bisserial de pontos (utilizada na avaliação da correlação entre a variável quantitativa tempo de inserção e as variáveis dicotômicas que indicam a manutenção e os desfechos), t-test, U-test (*Mann-Whitney*) e o *Pearson Chi-*

Square test with continuity correction, Fisher's Exact test (para avaliar a significância da associação entre as variáveis qualitativas). O nível de significância considerado foi de 0,05. Os dados foram analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences®* para o *Windows®* versão v.24.

3.7 Procedimentos Éticos

Atendendo a Resolução 466/12, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista (UNESP), tendo sua aprovação (CAAE 57903822.3.0000.5411 e Parecer nº 5.476.748). Todos os participantes ou responsável legal assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. Resultados

Foram escolhidos 144 participantes elegíveis, mas apenas 133 cumpriram os requisitos de inclusão, resultando em 150 acessos vasculares. A maioria dos participantes era do sexo masculino (69,2%), com uma média de idade de 62,33 $\pm$ 14,00 anos e 50 (37,6%) estavam hospitalizados por problemas cardíacos. A maior parte das internações ocorreu em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) 73(54,9) por um período de até oito dias. (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2024.

VARIÁVEIS	n.	%
Sexo	133	100,0
Masculino	92	69,2
Feminino	41	30,8
Idade, anos	133	%
< 40	10	7,5
40 a 60	40	30,1
>60	83	62,4
Média $\pm$ DP	62,33 $\pm$ 14,00	
Local de internação	133	100,0
Unidade de Terapia Intensiva	73	54,9
Pronto Socorro	60	45,1
Causas da internação	133	100,0
Pós-operatório	17	12,8
Sepse	6	4,5
AVC	14	10,5
Distúrbios respiratórios	9	6,8
Distúrbios cardíacos	50	37,6
Distúrbios clínicos gerais	37	27,8
Dias de internação	133	100,0
< 8	84	63,1
8 a 14	19	14,3
> 14	30	22,6
Média $\pm$ DP	11,98 $\pm$ 18,33	

AVC: acidente vascular cerebral; DP: desvio padrão.

Quanto à distribuição dos dispositivos, os CVP totalizaram 80 (53,3%) e os CVC 70 (46,7%). No estudo 1 foi verificado que em 14 (9,3%) CVP não havia a identificação do tempo de inserção do dispositivo, enquanto para todos os CVC havia o registro de data de inserção dos dispositivos. Ao avaliar os demais cuidados, foi verificado que periodicidade de troca de curativo adequada foi significativamente maior no grupo dos CVP quando comparado com o grupo CVC (97,0% versus 23,9%, $p<0,001$), bem como a parte externa sem sujidade foi significativamente maior no grupo dos CVP (97,5% versus 87,1%, $p=0,035$). Quanto à presença de conectores, foi significativamente maior no grupo dos CVC quando comparado com o grupo de CVP (87,1% versus 33,8%, $p<0,001$). Na UTI o uso de conectores no CVP foi significativamente maior quando comparado seu uso no PS (66,7% versus 17,0%, $p<0,001$) e com CVC do modelo *intracath* (100,0% versus 16,7%, $p<0,001$).

Ao avaliar os desfechos, a média dos dias com o dispositivo foi de $14,8\pm18,4$, sendo que 42,9% permaneceram menos de sete dias. A perda de dispositivo ocorreu em 22,2% dos CVP, seguida pela infecção de corrente sanguínea (10,5%) (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos dias com o dispositivo e dos desfechos em relação aos participantes. Botucatu, SP, Brasil, 2024

DESFECHOS	n	%
Dias com o dispositivo	133	100,0
< 7 dias	57	42,9
7 a 14	33	24,8
>14	43	32,3
Média±DP	14,8±18,4	
Flebite	133	100,0
Sem dados	10	7,5
Não ocorreu	117	88,8
Ocorreu no CVC	4	3,0
Ocorreu no CVP	2	1,5
Infecção de Corrente Sanguínea	133	100,0

Sem dados	11	8,3
Não ocorreu	108	81,2
Ocorreu	14	10,5
Coleta de Cultura	133	100,0
Sem dados	10	7,5
Não ocorreu	107	80,5
Ocorreu	16	12,0
Perda do Dispositivo	133	100,0
Sem dados	9	6,8
Não ocorreu	92	69,2
Ocorreu com CVP	30	22,2
Ocorreu com CVC	2	1,5
Trombo	133	100,0
Sem dados	10	7,5
Não ocorreu	121	91,0
Ocorreu	2	1,5

Legenda: CVP Cateter Venoso Periférico / CVC Cateter Venoso Central / DP – Desvio Padrão.

Ao analisar a existência de correlação entre os desfechos, os cuidados e as demais variáveis dos participantes, quatro correlações estatisticamente significativas foram encontradas: dias com o dispositivo e local de internação ($r = -0,39$; $p < 0,001$); dias com o dispositivo e perda do dispositivo ($r = 0,27$; $p = 0,001$); perda do dispositivo e local de internação ($RR = 0,49$; $p = 0,039$) e perda de dispositivo e diagnóstico de AVC ($RR = 0,44$; $p = 0,044$) (Tabela 3).

Tabela 3. Correlação entre os desfechos, os cuidados e as variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes. Botucatu, SP, Brasil, 2025.

	DiasC1	Flebite1s	ICS1s	PerdaDisp1s	Trombo1s
Sexo (Masculino /Feminino)	-0,15	0,93 ^a	1,18 ^a	1,38 ^a	1,05 ^a
Idade	0,04 ^s	0,01 ^b	0,05 ^b	-0,05 ^b	0,11 ^b
Local Pronto-Socorro	-0,39	0,47 ^a	2,34 ^a	0,49^a	1,03 ^a

Doença Cardíaca	-0,11	1,04 [□]	0,94 [□]	0,78 [□]	1,05 [□]
Acidente Vascular Cerebral	-0,16	0,95 [□]	0,87 [□]	0,44[□]	0,98 [□]
Pós Operatório	0,02	0,68 [□]	0,50 [□]	1,29 [□]	0,98 [□]
Dias Internação	0,27^s	-0,10 ^b	-0,03 ^b	-0,17 ^b	-0,07 ^b
Flebites	1,05 [□]	-	0,76 [□]	0,58 [□]	0,98 [□]
Infeção Corrente Sanguínea	0,98 [□]	0,74 [□]	-	1,92 [□]	0,98 [□]
Perda Dispositivos	0,98 [□]	0,46 [□]	2,11 [□]	-	0,35 [□]
Trombos	-0,10	0,94 [□]	0,89 [□]	0,51 [□]	-
C01 no CVP	-0,12	0,57 [□]	1,43 [□]	0,81 [□]	2,67 [□]
C02 no CVP	-0,10	1,33 [□]	1,06 [□]	0,76 [□]	1,04 [□]
C03 no CVP	0,06	0,20 [□]	0,96 [□]	2,47 [□]	0,97 [□]
C04 no CVP	-	-	-	-	-
C05 no CVP	-0,05	2,53 [□]	0,63 [□]	0,68 [□]	1,05 [□]

Legenda: Correlação ES (p<0,05) ^sCorrelação Ordinal ^bCorrelação Bisserial [□]Risco Relativo.
C01: Cateter com identificação; C02: Visualização do sítio de inserção indisponível; C03: Utilização de cobertura com membrana semipermeável; C04: Utilização de cobertura com gaze estéril; C05: Presença de conectores.

Nesse sentido, pacientes no PS exibem, em média, menor tempo com o dispositivo quando comparado com paciente das UTI; pacientes com perda do dispositivo exibem maior tempo médio com o dispositivo quando comparado com pacientes sem perda do dispositivo. Considerando a perda, local de internação e diagnóstico de AVC, o risco estimado da perda do dispositivo no PS é 0,49 vezes maior quando comparado à UTI. Em relação ao diagnóstico de AVC, o risco estimado da perda do dispositivo é de 0,44 vezes em pacientes com o diagnóstico em comparação aos sem AVC.

5. Discussão

Levando em conta os desfechos, o local de hospitalização e os diagnósticos prevalentes, a perda do dispositivo no PS foi maior do que na UTI. Assim, pacientes internados no PS geralmente permanecem menos tempo com dispositivos em comparação aos internados na UTI, entretanto aqueles que o perderam, permaneceram maior tempo com o dispositivo. No que diz respeito ao diagnóstico de AVC, estima-se que o risco de perda do dispositivo seja 0,44 vezes maior em pacientes diagnosticados do que em pacientes sem AVC.

Quanto aos cuidados de manutenção dos dispositivos, os dados mostraram que a UTI usou conectores em CVC e CVP significativamente mais do que no PS. A troca de curativo e parte externa adequada foi significativamente maior no grupo com CVP e a identificação adequada dos dispositivos foi significativamente maior no grupo CVC. Apesar disso, não houve correlações entre os cuidados e desfechos entre os dispositivos.

As principais retiradas ou perdas desses acessos pelos dispositivos nos prontos atendimentos são decorrentes de complicações como as flebites, tração acidental dos dispositivos, obstrução, infiltração, infecção no local de inserção. (Rickard et. al, 2012; Danski et. al, 2015). As complicações locais como flebite, infiltração e interferência podem contribuir para a perda dos dispositivos. O tempo de permanência dos dispositivos quando é superior a 72 horas aumenta o risco de desenvolvimento de flebite, o que pode levar à necessidade de remoção do dispositivo. A utilização de protocolos específicos de inserção e manutenção, que inclua a troca adequada de coberturas e monitoramento contínuo do sítio de inserção, é essencial para minimizar essas complicações e garantir a segurança do paciente (FERREIRA, et. al, 2017).

A perda de dispositivos como dispositivos de emergência pode ocorrer devido a diversos fatores, incluindo fixação localizada, entrega excessiva do paciente e procedimentos realizados sem técnica asséptica adequada. Estabilizar um dispositivo corretamente é fundamental para que se preserve a integridade do acesso e prevenir que ele desloque ou ocorra a perda. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determina que a estabilização deve ser realizada utilizando técnica assepsia e assim evitando o uso de fitas adesivas

não estéreis e suturas, pois elas podem aumentar o risco de infecção no paciente vindo dos dispositivos (ANVISA, 2017).

O uso de dispositivos também é uma das principais formas de acesso para pacientes que sofrem acidentes vascular cerebral (AVC), os dispositivos mais utilizados são os CVC, essenciais para o monitoramento hemodinâmico e administração dos medicamentos. Porém eles também podem causar riscos como trombose venosa e infecções principalmente nos membros superiores, cerca de 70% dos casos, sendo ainda casos de bacteremia responsáveis pela morbimortalidade (Carranza, 2020).

A perda de permeabilidade dos dispositivos nesses pacientes são curvatura ou seu posicionamento inadequado, acúmulo de fibrina, acúmulo de lipídios, ruptura ou precipitados farmacológicos, porém a perda maior nesses casos ocorre pela oclusão dos depósitos de fibrina e coágulos, ocorrendo o atraso do tratamento ou até mesmo o risco de diversas outras complicações (Association of Ontario, 2014). Outro fator pode ser a agitação.

As Infecções de correntes sanguíneas (ICS), ocorreram de uma forma baixa neste estudo, cerca de 10% dos casos. No mundo ocorrem em 0,4 a 8,0 por mil dispositivos/dia, sendo considerada uma das formas mais ocorrentes de mortes de pacientes. Podem ocorrer pelo uso prolongado do dispositivo, manipulação inadequada e a falta de adesão às práticas de assepsia, inserção em locais como veias femorais e presença de múltiplos lúmens nos dispositivos (Peremanis, 2016).

As altas taxas de ICS que estão relacionadas com o CVC, variam com a gravidade da doença, tipos de dispositivos usados. Em UTIs onde estão as pessoas com lesões por queimaduras, podem atingir um alto índice de infecções pelos dispositivos e podendo chegar a 5,6 de dispositivos/dia comparada a internação de modo geral que é de 1,3 (Cabral, 2021).

Os dispositivos de CVP são muito utilizados em pacientes com longa internação, comparando o estudo atual a perda do dispositivo (CVP) foi uma média de 22,2% dos pacientes de um total de 133. Comparado com o trabalho realizado por Filgueira (2020) essa taxa é inferior, a perda acidental ocorre com uma frequência de 14,9% em adultos e idosos com cardiopatias.

Os dados dos estudos de 2023 realizado por Mota explicam que as complicações locais no CVP em pacientes críticos foram 11,6 %. Esses dados

afirmam que a pesquisa atual está dentro dos padrões encontrados, sendo baixa a prevalência no estudo atual.

Apesar da importância dos cuidados de manutenção nos desfechos dos dispositivos, não foi encontrada correlação nesse estudo. Entretanto, deve se considerar recomendações necessárias quando os dispositivos forem inseridos, como higienização das mãos, usar curativo oclusivo estéril e conectores valvulados, e trocar a cobertura do cateter se estiver suja ou úmida e solta (ANVISA, 2025).

Um dos principais processos de cuidados com os dispositivos é a salinização com solução fisiológica recomendada a 0,9%, para lavar o cateter. Esse processo deve ser realizado pois a solução é estéril e possui uma osmolaridade que é compatível com os fluidos corporais. Esse procedimento é importante para manter o dispositivo permeável e prevenir complicações, como a formação de coágulos e obstruções (Oliveira, & Silva, 2006).

Este estudo teve algumas limitações para sua execução como dados faltantes do prontuário, que podem ter prejudicado a coleta de dados, e a subnotificação de eventos adversos. A falta de informação nos prontuários como o não registro de perda do dispositivo, motivo da retirada, se houve flebite, trombo ou sinais flogísticos assim fazendo importante os registros completos e precisos por parte das equipes de saúde.

6. Conclusão

As perdas dos dispositivos e infecções de corrente de sanguínea são os principais desfechos associados ao uso de dispositivos venosos em pacientes críticos. Estar internado em unidade de pronto socorro e ter diagnóstico de acidente vascular cerebral apresentou maior risco de perda do dispositivo. A qualidade do cuidado de manutenção foi significativamente maior nos pacientes internados em UTI, como uso de conectores, trocas de curativo e identificação de dispositivos. No entanto, não houve correlação entre os cuidados prestados e os desfechos clínicos observados.

A utilização de protocolos adequados para inserção, manutenção e troca de curativos, juntamente com medidas de higienização e técnica asséptica, são essenciais para prevenir complicações como infecções de corrente sanguínea no uso de dispositivos nos pacientes críticos. Realizar estudos que analisam variáveis adicionais e investigar outros fatores que possam influenciar os desfechos, como o tempo de permanência dos dispositivos, a condição clínica dos pacientes, e as equipes que realizam a manutenção dos dispositivos, podem ser benéficos.

7. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Dispositivos venosos periféricos: novas recomendações da ANVISA garantem segurança na assistência. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/dispositivos-es-perifericos-novas-recomendacoes-anvisa-garantem-seguranca-assistencia>. Acesso em: 17 jan. 2025

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Nota técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 01/2025: orientações para vigilância das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência aos antimicrobianos em serviços de saúde. 2025. Acesso em: 25 jan. 2025.

ALMEIDA, M. R. Dispositivos venosos centrais: indicações e cuidados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, n. 5, p. 123–128, 2021.

ANDERSON, P.; LEE, S. *Modern vascular access techniques*. Oxford: Oxford University Press, 2021.

ASSOCIATION OF ONTARIO, Registered Nurses. *Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir complicaciones*. 2014.

BERRY, C. *Introdução à abordagem ao paciente criticamente enfermo III*. MD, New York University School of Medicine. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/medicina-de-cuidados-cr%C3%ADticos/abordagem-ao-paciente-criticamente-enfermo/introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-abordagem-ao-paciente-criticamente-enfermo-iii>>. Acesso em: 13 out. 2024

BRAGA, L. M.; et al. Flebite e infiltração: traumas vasculares associados ao dispositivo venoso periférico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*. 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf/view>>. Acesso em: 17 dez. 2024.

BROWN, C. *Peripheral and Central Venous Access Devices: A Comprehensive Guide*. New York: Healthcare Publications, 2018.

BRYANT, J. et al. Nursing interventions for critically ill patients: a practical approach. *International Journal of Nursing Studies*, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

CABRAL, B. G. et al. Indicadores de infecções primárias de corrente sanguínea em hospital público do Paraná. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 25, n. S1, p. 101360, 2021.

CARVALHO, L. S. Tipos de dispositivos venosos centrais: características e aplicações. *Enfermagem Atual Brasil*, v. 21, n. 3, p. 203–211, 2022.

CORRÊA, T. D. et al. O uso de CVC em pacientes críticos no contexto da pandemia. *Einstein (São Paulo)*, 2021.

DANSKI, M. T. R. et al. Incidência de complicações locais no dispositivo venoso periférico e fatores de risco associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 6, p. 517–523, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500087>. Acesso em: 24 mar. 2025.

DUKE, G. Critical care nursing: a US Department of Health and Human Services definition. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/>. Acesso em: 24 mar. 2025.

FERREIRA, L. R. et al. Incidência de complicações locais no dispositivo venoso periférico em adultos hospitalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 2, p. 231-237, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/sYc3vJNbKp3ZZLJGZ5f9yhj/?lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2025.

FILGUEIRA, V. S. A. Análise da perda acidental de dispositivos venosos periféricos em adultos e idosos com alterações cardiovasculares. 2020.

GALVÃO, A. *Terapias Intravenosas e Acessos Vasculares: Guia Prático*. São Paulo: Editora Saúde, 2020.

GARCÍA CARRANZA, Alejandra; CARO PIZARRO, Valeria; QUIRÓS CÁRDENAS, Guiliana; MONGE BADILLA, María José; ARROYO QUIRÓS, Alejandra. Central venous catheter and its complications. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, v. 37, n. 1, p. 1–10, mar. 2020. ISSN 2215-5287.

GORSKI, L. Complicações associadas ao uso de dispositivos venosos periféricos. *Journal of Infusion Nursing*, 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, HCFMB. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu: Carta de serviços. Disponível em: <https://hcfmb.unesp.br/cartaservicos/?_gl=117opsgg_gaMTEwMjQ2MjkwNC4xNjI2NzI3Mjk4_ga_ELND25J6KVMTcwNjgwOTcxOS4xLjAuMTcwNjgwOTcxOS4wLjAuMA>. Acesso em: 25 jan. 2025.

HALPERN, S. D.; BECKER, D.; CURTIS, J. R.; et al. An official American Thoracic Society/American Association of Critical-Care Nurses/American College of Chest Physicians/ Society of Critical Care Medicine policy statement: the Choosing Wisely® campaign in critical care medicine. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 190, n. 7, p. 818–826, 2014.

HIRSHON, J. M.; et al. Towards definitions of critical illness and critical care using concept analysis. *MedRxiv*, 2022. Disponível em: <<https://www.medrxiv.org/>>.

JOHNSON, L.; et al. Critical care nursing: core principles and evolving roles. *Nursing Critical Care Journal*, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>>.

KISSANE, J. L.; HUGHES, J. A.; CANTWELL, C. P.; WAYBILL, P. N. Peripherally inserted central catheters and nontunneled central venous catheters. In: MAURO, M. A.; MURPHY, K. P.; THOMSON, K. R.; VENBRUX, A. C.; MORGAN, R. A., eds. *Image-Guided Interventions* [Internet]. 3. ed. Boston: Elsevier, 2020 (Expert Radiology). Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978032361204300083X>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

MARCOMINI, E. K.; FREITAS, K. A. D.; DE PAULA, N. V. K. Infecções relacionadas ao uso de dispositivos venosos centrais: revisão integrativa. *Saúde.Com*, v. 17, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.22481/rsc.v17i2.7331>>. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes para o uso de dispositivos venosos em UTIs. Disponível em: Portal do Governo, 2024.

MORRIS, Kent Young; JAKOBSEN, Rita. Central venous catheter access and procedure compliance: a qualitative interview study exploring intensive care nurses' experiences. *Intensive & Critical Care Nursing*, v. 69, p. 103182, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103182>>. Acesso em: 5 jan. 2025.

RHODES, A.; et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock. *Intensive Care Medicine*, v. 43, n. 3, p. 304–377, 2017.

OLIVEIRA, F. T. de; SILVA, L. D. da. Uso da solução salina para manutenção de acessos venosos em adultos: uma revisão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, n. 6, p. 787–790, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000600012>>.

PEREMANIS, Eric. Infecção de corrente sanguínea associada a dispositivos venosos centrais (IPCS). Portal Afya, 16 out. 2016. Disponível em: <<https://portal.afya.com.br/terapia-intensiva/infeccao-de-corrente-sanguinea-associada-dispositivos-venoso-central-ipcs>>. Acesso em: 17 jan. 2025.

RICKARD, C. M.; et al. Routine versus clinically indicated replacement of peripheral intravenous catheters: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, v. 380, n. 9847, p. 1066–1074, 22 set. 2012. Disponível em: <[doi:10.1016/S0140-6736\(12\)61082-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61082-4)>.

SANTOS, P. F. Cuidados com dispositivos venosos na prática de enfermagem: um guia prático. *Cadernos de Enfermagem*, v. 8, p. 451–465, 2019.

SILVA, L. B.; et al. Implementação de estratégias para prevenção de infecções associadas a dispositivos venosos em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapias Intensivas*, v. 27, p. 121–126, 2018.

SINGER, M.; DEUTSCHMAN, C. S.; SEYMOUR, C. W.; et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, v. 315, n. 8, p. 801–810, 2016.

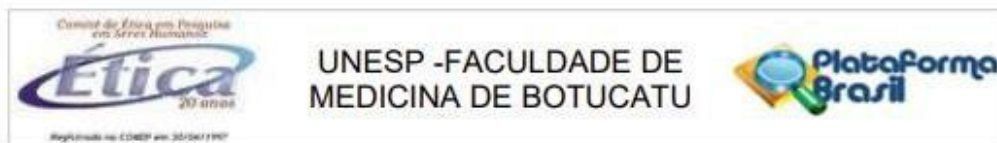
SMITH, R.; JONES, M. The role of critical care nursing in the management of acutely ill patients. *Journal of Intensive Care*, 2019. Disponível em: <<https://www.springerlink.com/>>. Acesso em: 4 fev. 2025.

SOUSA, A. M.; ALMEIDA, P. F.; CRUZ, M. F. Dispositivos venosos: guia de cuidados e prevenção. São Paulo: Editora Saúde, 2019.

VINCENT, J. L.; MORENO, R.; TAKALA, J.; et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Medicine*, v. 22, n. 7, p. 707–710, 2011.

VON ELM, E.; et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Medicine*, v. 4, n. 10, e296, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>>.

8. ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADOS DOS ACESSOS VASCULARES EM UNIDADES CRÍTICAS

Pesquisador: LIGIA HELENA FERRAZ LINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57903822.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.476.748

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa.

Introdução breve

O cateterismo vascular possui uma ampla utilização no ambiente hospitalar, independente do modelo, seu uso é extremamente versátil e necessário para as terapias intra e extra hospitalares, os dispositivos estão cada vez mais tecnológicos, e portanto mais exigentes no nível de cuidados e habilidades dos profissionais que os manipulam, o cuidados desses dispositivos concerne a equipe de Enfermagem, categoria predominante no cuidado à beira leito.

Hipótese: A prática dos profissionais de Enfermagem com a manutenção dos cateteres vasculares pode se dar de forma satisfatória ou insatisfatória.

Metodologia: Será realizado pela pesquisadora uma observação dos dispositivos vasculares do paciente, bem como consulta ao prontuário para obter informações complementares inerentes ao estudo, como: informações sociodemográficas, hipótese diagnóstica, medicamentos prescritos na última prescrição médica e data de inserção do dispositivo. A observação dos cateteres seguirá o Manual da ANVISA(10) e o Guidelines do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)(12), que estabelecem os seguintes critérios para os cateteres periféricos e centrais: - Local de inserção do dispositivo. - O curativo deve estar identificado com o nome do profissional responsável pela

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

manutenção, bem como a data data do curativo e número do cateter quando este for periférico. - O curativo não pode interferir na visualização do sítio de inserção do cateter. - A cobertura dos cateteres deve ser estéril, podendo ser semi oclusiva (gaze e fita adesiva estéril) ou membrana transparente semipermeável. - O uso da gaze é justificado quando houver presença de diaforese, sangramento e/ou exsudato. - A data do último curativo não deverá ser maior do que 7 dias. - O cateter não deverá permanecer por período superior a 96h quando este for periférico. Já os cateteres centrais do tipo tunelizados seguem os seguintes critérios quanto ao curativo: - A troca da cobertura deve ser realizada a cada 7 dias, a menos que o curativo esteja sujo ou solto. - Após a cicatrização do óstio pode-se manter o sítio da inserção descoberto. Quanto ao uso dos conectores as recomendações abrangem: - Os conectores devem ser do tipo Luer Lock. - O corpo e seus componentes internos devem ser transparentes. - Não pode haver sujidade ou sangue na extensão. Além dos critérios estabelecidos, será avaliado a presença de medicamento em infusão no momento da avaliação.

Tamanho amostral: 74

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar os acessos venosos dos pacientes internados nas unidades críticas em um hospital terciário, através da avaliação das condições de manutenção dos acessos vasculares.

Objetivo Secundário: Avaliar se a indicação dos acessos vasculares está adequada com a terapia intravenosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos deste projeto serão considerados mínimo e estão associados à perda do sigilo dos dados dos participantes.

Benefícios: Ao observar a temática proposta o estudo fornece dados relevantes para, quantificar os acessos vasculares nas áreas críticas e identificar lacunas específicas na prática dos profissionais de Enfermagem, o resultado do estudo poderá contribuir para futuras ações de investimento na educação continuada dos profissionais e na aquisição de novas tecnologias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa relevante com metodologia adequada. Não há previsão de custos.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 5.476.748

Cronograma de execução: Coleta de dados até 31/07/2022 e encerramento do estudo em:
30/01/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados: folha de rosto, anuências institucionais, projeto de pesquisa e o TCLE.

A pendência foi atendida em carta resposta e o TCLE foi apresentado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 20/06/2022, do PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. O projeto de pesquisa deverá ter início somente após aprovação deste CEP.

Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1902226.pdf	31/05/2022 19:21:15		Aceito
Cronograma	cronograma.png	31/05/2022 19:20:53	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/05/2022 22:10:38	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 5.476.748

Outros	CartaResposta.pdf	18/05/2022 22:06:27	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/05/2022 15:14:45	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito
Outros	Emenda.pdf	23/03/2022 21:32:15	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito
Outros	AnuenciaHCFMB.pdf	22/03/2022 21:41:15	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	08/03/2022 16:20:38	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	08/03/2022 16:17:50	LIGIA HELENA FERRAZ LINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 20 de Junho de 2022

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br