



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**FRANCIANE DANTAS DE LIMA**

**A ESCOLHA DO DISPOSITIVO DE CATETERIZAÇÃO  
VENOSA PERIFÉRICA: contribuições para o cuidado de  
enfermagem**

Rio de Janeiro  
Março – 2009

**FRANCIANE DANTAS DE LIMA**

**A ESCOLHA DO DISPOSITIVO DE CATETERIZAÇÃO VENOSA  
PERIFÉRICA: contribuições para o cuidado de enfermagem**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como parte dos requisitos indispensáveis para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Rangel da Silva**

Rio de Janeiro  
Março – 2009

L732 Lima, Franciane Dantas de.  
A escolha do dispositivo de cateterização venosa periférica: contribuições para o cuidado de enfermagem / Franciane Dantas de Lima, 2009.  
63 f.

Orientador: Leila Rangel da Silva.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem pediátrica. 2. Criança – Cuidado e higiene. 3. Cateterismo intravenoso. 4. Cuidados em enfermagem – Planejamento. I. Silva, Leila Rangel da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem III. Título.

CDD – 610.7362

**FRANCIANE DANTAS DE LIMA**

**A ESCOLHA DO DISPOSITIVO DE CATETERIZAÇÃO VENOSA  
PERIFÉRICA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Aprovado em, 12 de Março de 2009

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Rangel da Silva – Presidente  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marialda Moreira Christoffel – 1<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Angelina Maria Aparecida Alves – 2<sup>a</sup> Examinadora  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tânia Vignuda de Souza – Suplente  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo – Suplente  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

*Dedico este trabalho com carinho ao meu amado pai (in memoriam) pela forte presença, sempre. Não esquecerei jamais...*

## AGRADECIMENTOS

À **minha mãe**, responsável por toda essa caminhada, sem ela não poderia ter adquirido o conhecimento que tanto tem me proporcionado alegria, equilíbrio e harmonia.

A toda **minha família** que torce pelo meu sucesso.

À **Profª. Leila**, minha orientadora, por ter aceitado o desafio deste tema e fazer a orientação da dissertação, acreditando na minha capacidade de trabalho na execução deste estudo.

Às **enfermeiras Ludmila e Regina**, colegas de mestrado, pela oportunidade de troca de experiência e otimismo durante o curso.

A **todos do Instituto Fernandes Figueira**, onde comecei minha vida profissional, vocês de uma maneira muito especial ficaram guardados dentro do meu coração.

Ao meu querido **antigo plantão do IFF**, vocês me ensinaram muito para me tornar quem eu sou hoje.

Aos **docentes e colegas do Curso de Mestrado** pelo convívio enriquecedor que muito acrescentou à minha prática profissional e transformaram minha visão de vida.

À **Marcinha**, secretária do Curso de Mestrado, sempre pronta a resolver os assuntos relativos à nossa atividade acadêmica.

Aos meus **amigos Joyce, André e Márcia**, por compreenderem a minha ausência.

À **equipe de enfermagem do Serviço de Pediatria do HUGG**, pela forma competente com que contribuiu para a terapêutica das crianças, e que mesmo sem saber, caminhou e me impulsionou para concretizar este estudo.

Ao **Bruno**, pela grande nova amizade que conquistei e pela força nos momentos de desânimo e pelas risadas das mensagens que tanto me descontraíram em meio a realização deste trabalho.

Aos **enfermeiros Edson, Luzia e Penha**, que fizeram grande diferença e me ajudaram, dando força e apoio no decorrer deste estudo.

Às **professoras Nébia, Marialda, Angelina e Tânia**, que aceitaram o desafio de avaliar este estudo, contribuindo para seu aprimoramento e concretização. Acrescentaram opiniões que certamente enriqueceram este estudo.

À **Profª. Inês**, que muito ajudou e contribuiu neste estudo.

A **todos** que me impulsionaram e acreditaram em mim.

Talvez seja esse o momento mais difícil na elaboração do trabalho, o de citar e de agradecer pessoas que de certa forma significativa fizeram-se presentes, por isso, deixo que o meu agradecimento a todos quando deixei de citar, porém, não deixaram de se fazer presentes em minha vida.

Muito Obrigada!

***"Feliz aquele que transfere o que sabe e  
aprende o que ensina."***

*(Cora Coralina)*



## RESUMO

LIMA, F. D. **A escolha do dispositivo de cateterização venosa periférica: contribuições para o cuidado de enfermagem.** 2009. 63f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudo teve como objeto de investigação: a utilização dos dispositivos venosos periféricos pelo enfermeiro. Os objetivos foram: 1) Identificar os critérios de escolha dos dispositivos venosos periféricos pelo enfermeiro e 2) Discutir as barreiras para a escolha dos dispositivos venosos para o cuidado ao recém-nascido e à criança com acesso periférico. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi o Serviço de Pediatria de um Hospital Universitário Federal situado no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 07 enfermeiros. A técnica de coleta de dados foi a entrevista aberta com uma pergunta norteadora única– Que fatores influenciam na escolha ou indicação no que se refere a tecnologia da punção venosa periférica de neonatos e crianças hospitalizadas no serviço de pediatria? Para tratamento dos dados foi utilizada a análise temática, de cujo processo emergiram duas categorias analíticas: 1) Critérios utilizados pelo enfermeiro na técnica da punção venosa e 2) Barreiras encontradas - a (im)possibilidade da escolha do dispositivo ser o CCIP. Os achados da pesquisa apontam que o enfermeiro tem autonomia e respaldo legal para a realização da punção venosa periférica, tanto com cateter curto ou com CCIP, mas para isso ele deve possuir conhecimento científico para que haja o suporte na tomada de suas decisões melhorando, assim, a qualidade do cuidado a ser oferecido. Alguns fatores são avaliados na escolha de qual tipo de dispositivo venoso periférico a ser utilizado e são grandes as barreiras encontradas, que vão desde a falta de material até a capacitação/reciclagem para todos os enfermeiros lotados nos setores de pediatria da Instituição. Criação de protocolos direcionados para a escolha do dispositivo venoso em recém-nascidos e crianças, comunicação mais articulada entre a equipe de enfermagem e médica, investimentos na educação dos Enfermeiros como a criação de Cursos de Reciclagem e Capacitação são formas de instrumentos que auxiliam o profissional a refletir sobre a importância de seu trabalho motivando-o na busca de enriquecimento ajudando na assistência de enfermagem da Instituição.

**Descritores:** Saúde da Criança, Enfermagem Pediátrica, Cateterismo Venoso Periférico, Cuidado.

## ABSTRACT

LIMA, F. D. **The choice of peripheral venous catheterization device:** contributions to nursing care. 2009. 63f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

This assignment had as investigation focus: the use of peripheral venous devices by the nurse. The objectives were: 1) Identify the criteria to chose these peripheral venous devices by the nurse and 2) Discuss the trouble to chose venous devices to nursing care of born child and child with peripheral access. This assignment is description explaining search with qualitative focus. The study scenery was the pediatric service at a Federal University Hospital in Rio de Janeiro. The characters were 07 nurses. The data collecting was an open interview with an only important headline question – Which facts can influence your choice and indication to a peripheral venous access in born children and children hospitalized at the pediatric service? To data maintenance was used the theme analysis, which process showed two analytics categories: 1) Criteria used for the nurse in venous access technique and 2) found troubles. The (im)possibility of the device chosen be PICC. The result of the search points the nurse autonomy and legal base to do peripheral venous access with a short catheter or with PICC, but to it he/she should have the scientific knowledge to have bases for his/her decision improving the nursing quality to be offered. Some facts are watched in what kind of peripheral venous device will be used and which big troubles are found, since lack of material to capacity and review courses for all nurses that work in pediatric service of the hospital. Creation of orders directed to venous device choices in born children and children, communication more articulated between the team, investments in nursing education like creation of a review and capacity courses are kinds of instruments that help the professional to think about the importance of his/her work motivating him/her to enlarge his/her knowledge helping the nursing assistance of his/her institution.

**Descriptors:** Child health, Pediatric Nursing, Peripheral Venous Catheterization, Care.

## RESUMEN

LIMA, F. D **La elección del dispositivo de cateterización venosa periférica: contribuciones para el cuidado de enfermería.** 2009. 63f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este estudio tuvo como objeto de investigación: la utilización de los dispositivos venosos periféricos por el enfermero. Los objetivos fueron: 1) Identificar los criterios de elección de los dispositivos venosos periféricos por el enfermero y 2) Discutir las barreras para la elección de los dispositivos venosos para el cuidado al recién nacido y el niño con acceso periférico. Se trata de una pesquisa descriptiva-exploratoria, con abordaje cualitativo. El escenario del estudio fue el Servicio de Pediatría de un Hospital Universitario Federal situado en el municipio de Río de Janeiro. Los sujetos fueron 07 enfermeros. La técnica de colecta de datos fue la entrevista abierta con una pregunta eje única– ¿Qué factores influyen en la elección o indicación en lo que se refiere a tecnología de punción venosa periférica de neonatos y niños hospitalizados en el servicio de pediatría? Para tratamiento de los datos fue utilizado el análisis temático, de cuyo proceso emergieron dos categorías analíticas: 1) Criterios utilizados por el enfermero en la técnica de la punción venosa y 2) Barreras encontradas - la (in)posibilidad de elección del dispositivo ser o CCIP. Las descubiertas de la pesquisa apuntan a que el enfermero tiene autonomía y respaldo legal para la realización de la punción venosa periférica, tanto con catéter corto o con CCIP pero para eso debe poseer conocimiento científico para que haya soporte en la toma de decisiones mejorando así, la calidad del cuidado a ser ofrecido. Algunos factores son evaluados en la elección de qué tipo de dispositivo venoso periférico a ser utilizado y son grandes las barreras encontradas, que van desde la falta de material hasta la capacitación/reciclaje para todos los enfermeros encontrados en los sectores de pediatría de la Institución. Creación de protocolos dirigidos a la elección del dispositivo venoso en recién nacidos y niños, comunicación más articulada entre el equipo de enfermería y médico, inversión en la educación de los Enfermeros como la creación de Cursos de Reciclaje y Capacitación son formas de instrumentos que auxilian al profesional a reflexionar sobre la importancia de su trabajo motivándolo en la búsqueda de enriquecimiento ayudando en la asistencia de enfermería de la Institución.

**Descriptores:** Salud del niño, Enfermería Pediátrica, Cateterismo Venoso Periférico, Cuidado.

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
Objeto .....	15
Questão Norteadora .....	15
Objetivos .....	15
Justificativa e Relevância do Estudo .....	15
<b>CAPÍTULO 2 – BASES CONCEITUAIS</b> .....	17
A Terapia Intravenosa em Pediatria .....	17
O Acesso Vascular na Assistência de Enfermagem Pediátrica .....	19
O Cateter Central de Inserção Periférica .....	22
<b>CAPÍTULO 3 – ABORDAGEM METODOLÓGICA</b> .....	24
Natureza da Pesquisa .....	24
Cenário da Pesquisa .....	24
Aspectos Éticos e Legais .....	25
Coleta de Dados .....	25
Os Sujeitos .....	26
Análise dos Dados .....	27
<b>CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	29
Primeira Categoria - Critérios utilizados pelo enfermeiro na técnica da punção venosa .....	29
Segunda categoria - Barreiras encontradas - a (im)possibilidade da escolha do dispositivo ser o CCIP .....	37
<b>CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	57
Apêndice B – Roteiro da Entrevista Semi-estruturada .....	60
<b>ANEXOS</b>	
Anexo A – Aprovação pelo Comitê de Ética – HUGG .....	62
Anexo B – Aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa .....	63

## CAPÍTULO 1

### CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo insere-se no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança (NuPEEMC) e na Linha de Pesquisa Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança, do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

É uma investigação que se baseia em dois momentos profissionais. A primeira vivência advém da minha prática profissional como enfermeira plantonista no cuidado de recém-nascidos de risco em duas Instituições Federais com características comuns - ensino, pesquisa e extensão: no Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) trabalhando no Berçário de Alto Risco, por seis anos sendo que nesta mesma Instituição realizei o Curso de Especialização em Enfermagem Neonatal. Atualmente, desenvolvo minhas atividades assistenciais como enfermeira na UNIRIO, lotada no Centro de Terapia Intensiva Neonatal (CTIN) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG).

Num segundo momento, trabalhei no ensino, como preceptora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Neonatologia, onde tive a oportunidade de atuar junto aos especializandos, acompanhando, supervisionando, orientando e avaliando suas ações no cuidado neonatal.

Essas duas vivências - assistencial e de ensino - me fizeram refletir sobre o cenário pediátrico e sobre os clientes que não podem opinar e escolher quais procedimentos e como poderão ser realizados, como no caso da punção venosa.

Há vários anos, a terapia intravascular é essencial no cuidado ao recém-nascido e à criança internada, sendo uma técnica essencial para a manutenção da vida e na qual se encontra em um processo contínuo de evolução.

A inovação tecnológica na área da saúde, cada vez mais causa a formação de novos produtos e equipamentos, gerando procedimentos e práticas especializadas, devido a esses avanços, é imprescindível que o enfermeiro esteja atualizado e preparado para assumir a responsabilidade em relação à terapia intravenosa, assistindo ao cliente com qualidade,

tendo habilidade manual e utilize conhecimentos nas áreas de anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia, psicologia, dentre outras.

Existe uma grande variabilidade de artigos médicos-hospitalares, o que gera dúvidas nos profissionais sobre qual é a melhor opção a escolher no que se refere ao dispositivo intravenoso, o que confirma Wong (1999), onde o profissional precisa considerar o melhor tipo de cateter para as necessidades individuais do paciente. Nascimento (1994) afirma que a escolha inadequada do dispositivo pode pesar na qualidade de assistência de enfermagem de forma a ocasionar sofrimento adicional e, sobretudo desnecessário ao paciente.

Identifiquei que a prática rotineira da opção do tipo de dispositivo venoso era o uso do cateter curto, comercialmente denominado de jelco®, em detrimento do cateter epicutâneo. O cateter central de inserção periférica (CCIP<sup>1</sup>) nem sempre é disponível na Instituição e é um artefato mais caro quando comparado aos produtos mais baratos oferecidos no hospital: o cateter curto com asas (scalp®) e cateter curto (jelco®), porém a durabilidade do mesmo no paciente é maior quando se comparado a estes artefatos. .

A escolha pelo uso do CCIP não era só uma decisão técnica, envolve tempo, sujeito e material, pois se trata de uma tecnologia mais complexa, porque depende de conhecimentos e treinamentos de quem a utiliza.

Essa reflexão sobre a escolha inicial do acesso venoso periférico está ancorada num estudo preliminar realizado na Unidade de Pediatria e no Centro de Tratamento Intensivo Neonatal de um Hospital Universitário situado no município do Rio de Janeiro, onde constatei que o acesso venoso de primeira escolha é o periférico com cateter curto. Isso se deve por ser um procedimento que qualquer membro da equipe de enfermagem: auxiliares, técnicos e enfermeiros o realizam. Porém, quando a internação torna-se prolongada, as vias de acesso venoso periférico tornam-se difíceis, e embora o acesso venoso seja competência da enfermagem, algumas vezes tem de haver uma intervenção médica para a realização das dissecções venosas, que lesam permanentemente a via venosa. Esse procedimento cirúrgico é mais caro, causa maior dano à criança, além do risco de infecção (LIMA; NETO, 2007).

Lima e Neto (2007) apontaram que o primeiro acesso de escolha sempre será o periférico em crianças até que se resolva qual conduta será adotada.

---

<sup>1</sup> O cateter central de inserção periférica tem por sigla CCIP, porém é comum utilizarem-se a sigla em inglês PICC. Neste estudo adotamos a correspondência em português para padronizar o texto e facilitar a compreensão do leitor.

Outrossim, descobri que o enfermeiro em determinados momentos indicava a opção pelo CCIP, mas não possuía autonomia para utilizá-lo quando o profissional médico estava presente. Essa indicação é frequente quando os enfermeiros ora negociam com os pediatras uma prescrição de CCIP para um acesso venoso simples ou porque sinalizam para eles que já é hora de utilizar o CCIP, baseado em sua experiência cotidiana de conviver com a criança que recebe terapia venosa. O fato mais instigante é que quando o profissional médico está presente, mesmo o enfermeiro indicando a necessidade de utilização do artefato, torna-se necessário que ele prescreva no prontuário da criança.

Com relação ao recém-nascido, a escolha do uso do CCIP dependerá se este permanecerá internado por um tempo prolongado, em uso de nutrição parenteral total (NPT) e/ou amins ou prematuridade extrema. Entretanto, a técnica só é executada depois que o médico observar as condições do recém-nascido/criança e realizar a prescrição medicamentosa.

Finalmente, isso me fez refletir acerca da autonomia profissional do enfermeiro, que tem no ato de cuidar sempre uma dimensão técnica, organizada e sistematizada com fundamentações teórico-científicas. A avaliação do enfermeiro sobre as dificuldades do acesso venoso se faz importante, visto que, somando a equipe de enfermagem, passa-se maior tempo junto ao paciente, tocando e cuidando.

Machado (1996) descreve que na área de saúde, o conceito de autonomia adquire uma importância fundamental. O exercício da autonomia no trabalho pode facilitar o desenvolvimento dos profissionais e sua atuação, enquanto assistência individual ou coletiva. Devido à natureza do objeto e dos objetivos do trabalho em saúde, seus profissionais devem possuir domínio de técnicas e habilidades específicas. Neste foco, habilidades e destrezas devem unir teoria e prática numa ação concreta e individual em favor do cliente. Nesta área, o trabalho se apresenta como especializado, não rotineiro e marcadamente individual.

Como líder de equipe, compete aos enfermeiros instrumentalizar o pessoal de nível médio sobre a importância do acesso venoso e as implicações advindas do procedimento terapêutico mal empregado.

A necessidade de profissionais com competência técnico-científica para o desenvolvimento desse procedimento justifica-se, pois, mais de 50% dos pacientes hospitalizados, durante sua internação, tem em algum momento um cateter intravascular, seja ele periférico, central ou arterial (CDC, 2002).

Como enfermeira neonatologista, não pude ficar alheia a essa situação problema<sup>2</sup>. Entendendo como responsabilidade do enfermeiro a avaliação das necessidades da criança e do recém-nascido e a escolha pela tecnologia mais adequada para a infusão de componentes no meio intravascular, delimitamos como **objeto de estudo**: a utilização dos dispositivos<sup>3</sup> venosos periféricos pelo enfermeiro.

Foi traçada como **questão norteadora**: Quais são os fatores que influenciam na escolha da tecnologia para terapia intravenosa de recém-nascidos e crianças hospitalizadas no Serviço de Neonatologia e de Pediatria?

Nesse sentido, os **objetivos** deste estudo são:

- Identificar os critérios de escolha dos dispositivos venosos periféricos pelo enfermeiro;
- Discutir as barreiras para a escolha dos dispositivos venosos para o cuidado ao recém-nascido e à criança com acesso periférico.

### **Justificativa e Relevância do Estudo**

A relevância deste estudo está na escassez de pesquisa sobre este tema, conforme identificado por Camargo, Magalhães e Xavier (2008) em um artigo que identificou a produção científica nacional sobre o CCIP, no período de 1998 a 2008. Nos últimos dez anos foram identificadas 21 publicações, sendo que 85,7% constituíam artigos publicados em periódicos nacionais de Enfermagem e 14,3% correspondiam a teses e/ou dissertações apresentadas em Universidade Públicas.

Foram ainda observadas 47,6% publicações referentes ao uso do CCIP em neonatos; 28,6% relacionadas à clientela pediátrica e 23,8% aludiam ao público adulto. Por ser uma prática cotidiana nas UTI Neonatais, tornou-se evidente essa maior publicação de pesquisas nessa população. Entretanto, apesar do aumento da utilização deste recurso

---

<sup>2</sup> Situação – problema: comporta componentes como “totalidade, causas ou fatos, o lugar, a duração, e os personagens (enfermeiros). Cada situação é única, embora as de enfermagem possam assemelhar-se entre si. Isto permite que se aprenda com os dados da experiência concreta. As dificuldades na abordagem situacional surgem em razão surgem em fatores ligados à ambiência social ao índice crescente de transformações, às modificações, ao índice crescente de transformações, às novidades e transitoriedades das coisas, às implicações psicológicas relativas aos erros de percepção, às dificuldades de adaptação, a incapacidade de fazer escolhas e talvez a uma certa falta de coragem para assumir os riscos e os desafios de nosso tempo” (CARVALHO, 2006, p.171).

<sup>3</sup> Serão considerados dispositivos venosos periféricos os cateteres curtos (jelco® e scalp®) e o CCIP que são de domínio e competência do enfermeiro habilitado conforme a Resolução COFEN 258/2001.



tecnológico, ainda é escassa a produção de trabalhos sobre a sua aplicabilidade (CAMARGO et al., 2008).

Este estudo traz novas discussões sobre a autonomia do enfermeiro, despertando reflexões da sua prática profissional visando um novo olhar crítico na indicação e escolha do dispositivo intravenoso periférico em recém-nascidos e crianças e das implicações para o cuidado.

Além de subsidiar o cuidado de enfermagem e a promoção da assistência com qualidade consoante às necessidades da clientela pediátrica, assim como a proteção da saúde e qualidade de vida, no momento em que a utilização adequada do tipo de dispositivo não venha interferir futuramente na vida da criança.

A contribuição para o ensino surge no momento em que possibilita a reflexão sobre qual tipo de tecnologia deve ser adotada no momento do acesso à rede venosa fazendo com que a conduta não seja somente mais uma técnica a ser executada, ou seja, mais banalizada, fazendo com que o enfermeiro seja crítico na sua escolha juntamente com seus conhecimentos teórico-prático no exercício profissional.

## CAPÍTULO 2

### BASES CONCEITUAIS

#### **A Terapia Intravenosa em Pediatria**

A história da terapia intravenosa teve início no Renascimento, a partir da descoberta da circulação sanguínea, da produção da primeira agulha hipodérmica e da primeira transfusão sanguínea. Entretanto, foi por volta da segunda metade do século XIX que ocorreram grandes avanços da medicina, contribuindo para essa prática (PHILLIPS, 2001; WEINSTEIN, 2001).

A despeito dos enormes benefícios decorrentes da terapia intravascular, podem advir riscos potenciais de produzir eventos iatrogênicos e em particular bacteremias. Anualmente milhões de cateteres vasculares são instalados em hospitais e clínicas para administração de fluidos, eletrólitos, derivados do sangue, medicamentos, suporte nutricional e fornecer monitorização hemodinâmica (APECIH, 2005).

Observo que a problemática referente à instalação de acesso venoso em neonatologia e pediatria permanece como observado no meu cenário de trabalho. A cateterização venosa periférica faz parte do cotidiano da equipe de enfermagem, e via de regra tem um tempo de permanência reduzido, devido a perdas frequentes e à necessidade de muitas punções, muitas vezes sucessivas, causando danos ao endotélio vascular, como flebites, por exemplo. Tais complicações podem estar relacionadas aos fatores físicos e químicos. De acordo com Brannen e Surette (1997), citado por Pereira e Zanetti (2000), dentre os fatores físicos, deve-se levar em conta as técnicas de inserção, a anatomia local, tamanho e tipo de dispositivo, número de inserções, cateter *in situ* por mais de 72 horas, a gravidade da doença e infecções pré-existentes. Já os fatores considerados químicos incluem a infusão de drogas irritantes e concentração de infusão. Não se pode esquecer o quanto esse procedimento tem uma complexidade teórico-científica. Tal situação é agravada quando se faz necessária à administração de antibióticos, soluções com alta osmolaridade, nutrições parenterais e até quimioterápicos.

Durante esses anos, tive a oportunidade de acompanhar a evolução tecnológica e a qualificação cada vez maior da equipe de saúde na área de pediatria e neonatologia. Vários recursos terapêuticos e invasivos são utilizados durante o período de internação de crianças e recém-nascidos, revolucionando a prática hospitalar. Entretanto, talvez pelo fato do

acesso venoso ser muito frequente e repetitivo, temos a impressão de haver uma certa banalização. É comum a equipe burlar algumas regras básicas durante a instalação e manutenção de um acesso venoso, como o rigor asséptico, o controle da dor, a necessidade de convencer a criança de que aquele procedimento é necessário para o restabelecimento da saúde.

Os manuais de procedimentos de enfermagem em referência ao cateterismo venoso periférico restringem as informações sobre a seleção da veia a ser punccionada. Geralmente, no que diz respeito ao local de punção, referem que se devem evitar áreas de articulação. Phillips (2001) informa que a forma correta para iniciar as punções é pelas veias mais distais e superficiais, com exceção em situações de emergências, cirurgias e lesões locais. Sendo assim, há a necessidade de implementar um protocolo hospitalar para o cateterismo venoso em enfermagem, explicando quais os locais mais frequentemente punccionados, locais onde não se deve punccionar, escolha adequada do dispositivo intravascular.

Nascimento e Souza (2001) destacam que a tecnologia em acesso vascular e terapia intravenosa é dedicada a reduzir as complicações associadas ao seu emprego. Entretanto, é importante salientar que a introdução de inovações em tecnologia ou equipamentos deve ter sua eficácia adequadamente investigada antes de adotadas e os profissionais devem adquirir proficiência, ou seja, competência técnica e clínica para realizar com total autonomia a inserção de cateteres periféricos e o cuidado com os centrais, cuja autonomia para instalação está a cargo preferencialmente do médico.

Outra prática inapropriada é a delegação às acompanhantes das crianças internadas da responsabilidade pela observação do acesso do venoso, levando muitas vezes, a manipulação indevida e inadequada dos cateteres por estas, quando, por exemplo, a criança será encaminhada ao banho ou à realização de um exame fora da enfermaria, onde as mesmas param ou aumentam o gotejamento da hidratação venosa.

Nascimento e Souza (2001) relatam que durante sua vivência prática profissional, mães ou acompanhantes assumiam esse comportamento de negociação com a criança em virtude das informações dos profissionais de enfermagem que, ao término da punção e posterior imobilização, sugeriam-lhes que tomassem conta da criança, no sentido de impedir que ela se movimentasse para “não perder a veia”.

## **O Acesso Vascular na Assistência de Enfermagem Pediátrica**

O acesso à rede venosa constitui uma etapa essencial no tratamento de crianças hospitalizadas, onde tem amplo uso e é uma via eficaz para administração de medicamentos. Wong (1999) afirma que é empregado para administrar substâncias a crianças que apresentam absorção ineficiente em virtude de diarreia, desidratação ou colapso vascular periférico; que necessitam de elevada concentração sérica de uma substância; que exigem medicação parenteral por período prolongado, para tratamentos emergenciais e ou alívio contínuo da dor.

Durante a minha vivência, pude perceber que os tipos de dispositivos venosos mais presentes na pediatria são os periféricos e centrais de inserção periférica e que a equipe de enfermagem tem papel primordial quanto aos critérios de escolha da rede venosa e os cuidados subsequentes para sua manutenção. Fulton (1997) ressalta que o número de inserções, tipo de dispositivo e tempo de duração constituem fatores de investigação.

O acesso venoso periférico consiste na cateterização venosa com um dispositivo curto ou com um dispositivo com asas. É um procedimento invasivo, doloroso e desconfortável para a criança, indicado, segundo Chaud e cols. (1999), quando há necessidade de restabelecimento do equilíbrio hidroeletrólítico, administração de medicação, administração de nutrição parenteral, coleta de exames sanguíneos e reposição de hemoderivados. É um dos procedimentos mais comum e banalizado pela equipe de enfermagem em crianças hospitalizadas, essa banalização está exatamente no fato da enfermagem resumir-se a técnica, limitando o pensar, não valorizando o cuidar, transferindo o cuidado inerente a si para a mãe da criança, como por exemplo, a observação se o acesso venoso permanece pérvio ou se há sinais flogísticos no local da punção. Porém, é o procedimento de grande importância na assistência de enfermagem.

No Brasil, o procedimento de punção venosa periférica, embora não explicitados na Lei de Exercício da Enfermagem nº 7498/68, está incluída nas atividades da equipe de enfermagem. O exercício profissional relativo à atividade de enfermagem, conforme o Decreto que regulamenta a referida Lei, “é privativo do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteira, e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região” (Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987). Não havendo nada que disponha em contrário, todas estas categorias profissionais estão legalmente autorizadas a desenvolver este procedimento (NASCIMENTO; SOUZA, 2001).

O acesso à rede venosa pode ser conseguido por punção venosa ou dissecação de um vaso e sua localização pode ser periférica ou central.

Alencar (2005) cita que com a dificuldade na obtenção dos acessos venosos periféricos e, conseqüentemente manutenção da linha venosa, passou a estimular e dar preferência aos acessos venosos centrais em que, independentemente da técnica utilizada para a sua realização, e a extremidade distal do cateter deverá estar localizada na veia cava superior (limitada à entrada do átrio direito) ou veia cava inferior (pouco acima ou no nível do diafragma). O autor ainda afirma que se pode introduzir o cateter por punção percutânea, inserção periférica ou cirurgicamente, através da dissecação venosa.

A dissecação venosa consiste na cateterização do vaso por método cirúrgico, exclusivo do cirurgião, tendo como finalidade manter um acesso venoso seguro e confiável em crianças que necessitam de terapia endovenosa prolongada, assim como a reposição rápida de grandes volumes de líquidos, exsanguíneotransfusão e controle de pressão venosa central, este tipo de acesso apresenta o inconveniente que é a inutilização da veia (GUIMARÃES, 2004).

Tannuri (1999) destaca como maior inconveniente na dissecação venosa é o de não permitir a troca repetida do cateter, além de implicar inutilização da veia, pois esta é ligada durante o procedimento.

Existem poucos estudos relacionados aos benefícios e complicações com esse tipo de procedimento, pois, o acesso cirúrgico às veias periféricas para inserção de cateteres centrais na terapia vascular não é considerado uma terapia rotineira, o que Braga (2006) afirma que essa via de acesso está em desuso, mas adotada quando da impossibilidade de acessarem-se outras vias.

A Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar - APECIH (2005) refere que a dissecação venosa possui frequentes complicações e que certamente está relacionada ao tempo de inserção. Deve ser uma opção remota, com constante e rígida avaliação quanto ao surgimento de complicações. Em populações pediátricas e neonatais, não há definido na literatura o tempo de permanência, ou seja, é permitida a permanência enquanto houver necessidade do mesmo. Explica ainda que é uma exceção que ocorre devido a grande dificuldade de acesso vascular central nesta população específica.

Sabe-se que na terapia intensiva, o acesso venoso central é indicado sempre de acordo com a gravidade e a necessidade de terapia medicamentosa prolongada, do quadro clínico da criança para que se possa escolher a terapia a ser instituída.

A manutenção do acesso vascular é um passo importante nos cuidados das crianças hospitalizadas. Em neonatologia há praticamente três tipos de acesso vascular mais comumente usados: umbilical, periférico e central. Atualmente, utilizam-se mais frequentemente os cateteres venosos centrais de inserção periférica percutânea (APECIH, 2005).

Em neonatologia, quando a criança necessita ficar um tempo prolongado internada, o primeiro dispositivo indicado é o cateter central de inserção periférica (CCIP). Tal dispositivo está indicado, segundo Pala et al. (2002), para ministrar soluções hiperosmolares; ministrar soluções vesicantes; quando se necessita de acesso venoso prolongado em prematuros extremos.

O cateterismo umbilical é uma via alternativa na cateterização venosa central em recém-nascidos e um procedimento realizado somente pela equipe médica. É acessada nas primeiras horas de vida (conforme rotina do controle de infecção hospitalar do serviço) e removida assim que se estabeleça outra via de opção usualmente com 48 a 72 horas de vida (PHILLIPS, 2001). Sua indicação é a exsanguíneo transfusão ou monitorização da pressão venosa central. Porém, também é utilizado para administração de fluidos e nutrição parenteral com altas concentrações de glicose (>12,5%), drogas vasopressoras, sangue e seus derivados (caso não se consiga acesso venoso periférico exclusivo para tal), antibióticos e outras medicações.

Deve-se ter um cuidado todo especial com esse tipo de acesso, pois, de acordo com Narla, citado por Alencar (2005), as complicações mecânicas são comuns no cateterismo umbilical e ocorrem em torno de 41% dos acessos, sendo mais graves as decorrentes da localização da sua extremidade distal em sistema porta, principalmente a trombose da veia porta com suas repercussões. Complicações podem ocorrer também no cateter com extremidade bem posicionada, inclusive em outras localizações, como a formação de vegetações intracardíacas e, menos importantes e frequentes, no fígado, pulmões e coração. Alencar (2005) também menciona que o cateterismo umbilical representa fator de risco para infecção em recém-nascido em 62% dos casos, tendo sido identificada como causa de infecção em 3%, sobretudo quando a sua permanência é superior a uma semana.

A aplicação de cuidados neonatais requer alta qualidade, com técnicas, habilidades e conhecimentos novos e a equipe deve estar ciente das tecnologias existentes e disponíveis no mercado.

O enfermeiro tem competência técnica e legal para inserir e manipular o CCIP, amparado pela lei 7498/86, regulamentado pelo o Decreto 94406/87, no seu artigo oitavo inciso I, alíneas e, g, h, e inciso II, alíneas b, e, h,i além das Resoluções: COFEN nº 240/2000 (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem), Cap III, das responsabilidades, nos seus artigos 16,17 e 18, COFEN nº 258/2001 (anexo I) e do parecer técnico COREN-RJ nº 09/2000 (anexo II) foi normalizada a inserção e a manutenção do dispositivo pelo enfermeiro.

### **O Cateter Central de Inserção Periférica**

O uso inicial do cateter central de inserção periférica (CCIP) foi descrito inicialmente por Shaw, um médico neonatologista, em 1973.

Frequentemente, recém-nascidos pré-termos necessitam de internação prolongada, assim como a administração venosa de fluidos, medicações, coleta de sangue para realização de exames laboratoriais, infusão de quimioterápicos e/ou solução nutritiva. Devido ao curto tempo de permanência dos cateteres periféricos, o cateter central de inserção periférica surgiu para contribuir para a diminuição do estresse do recém nascido, principalmente o desconforto de repetidas punções venosas, de sua família e da equipe multidisciplinar.

Após o cateterismo umbilical, a primeira via de escolha para acesso central é o CCIP, desenvolvido para a população neonatal, mas atualmente é utilizado em todas as faixas etárias (PHILLIPS, 2001).

O CCIP consiste num dispositivo vascular de poliuterano ou silicone biocompatível e hemocompatível, de inserção periférica (os vasos periféricos preferencialmente de escolha para inserção são os dos membros superiores - veias basílica, cefálica, porém, as veias: jugular externa, epicraneana e temporal vem como segunda escolha, e ocasionalmente a safena) com localização central podendo ser de lúmen duplo ou único. Devido a essas características, o cateter pode permanecer por períodos prolongados.

Hadaway, citado por Pedroza (2004), relata que a técnica de inserção exige cuidados que vão da escolha do vaso, da constituição física do cateter, dos cuidados com a pele, da confirmação radiológica até o preparo do profissional diante do procedimento, que deve ser realizado com rigorosa técnica de assepsia e utilização de barreiras máximas de proteção como: luvas estéreis, gorros, máscaras, avental estéril e campos estéreis.

Esse tipo de cateter tem como vantagem em relação aos outros dispositivos um menor risco de infecção em relação aos outros dispositivos vasculares/centrais, mantendo preservados os outros acessos venosos, além de que há uma maior diluição das drogas com menor agressão ao sistema vascular, pouca restrição da mobilidade da criança e sem riscos para trombose do sistema porta. É de fácil inserção e manuseio em comparação aos outros dispositivos vasculares (BRAGA, 2006; BROWN, 1994; MOREIRA; LOPES; CARVALHO, 2004; PALA et al., 2002).

Não há tempo especificado para a permanência do cateter e o sítio de punção deve ser avaliado diariamente, observando se há sinais de infecção (dor, rubor, endurecimento, calor e secreção).

A troca do curativo só deverá ser realizada se estiver sujo de sangue, úmido ou desprendendo, devido ao risco de infecção e de deslocamento acidental do cateter e a retirada do cateter deverá ser procedido ao término da terapia proposta; na presença de sinais de infecção no sítio de inserção ou ao longo do trajeto da veia; na presença de febre ou hipotermia sem outro foco de infecção identificável; trombose e obstrução. No caso de encaminhada a ponta para cultura, deve-se usar luva estéril, fazer anti-sepsia do sítio de inserção do cateter com clorexidine aquosa ou álcool a 70%. Retirar o cateter e cortar a ponta (5 cm) em recipiente estéril e encaminhar ao laboratório solicitando cultura (PALA et al., 2002). Para saber se a infecção é do átrio de inserção, deve-se coletar sangue de outro local e também encaminhar para cultura.

Brown (1994) sugere o uso do CCIP nas seguintes situações: a) pacientes com acesso venoso deficiente que requeiram múltiplas tentativas de punção venosa, visando reduzir a dor, o estresse e o trauma; b) terapias com drogas irritantes ou vesicantes que, em veia periférica, podem provocar extravasamento com injúria tecidual; c) para administração de substâncias hiperosmolares que, em veias de calibre grosso, devido a grande hemodiluição, reduzem o risco de irritação venosa e formação de trombos; d) protocolos de quimioterapia. A escolha do CCIP em neonatologia se dá devido ao menor risco de infecção em relação aos outros dispositivos vasculares/centrais; é um procedimento que causa pouco estresse ao recém-nascido e à equipe, devido ao menor desconforto e dor para o paciente; à diminuição de punções repetitivas e evita a prática desnecessária de dissecação venosa. Pode permanecer por longo período e não restringe a mobilidade da criança, além de que é de fácil inserção, manuseio em comparação aos outros dispositivos vasculares.



## **CAPÍTULO 3**

### **ABORDAGEM METODOLÓGICA**

#### **Natureza da Pesquisa**

Esta pesquisa utiliza uma abordagem qualitativa, visto que tal modalidade responde a questões muito particulares, onde a experiência humana não é passível de mensuração. Para Minayo (2000), ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Assim, essa pesquisa considera que o conhecimento dos enfermeiros ao indicarem e escolherem a tecnologia para punção venosa periférica está inserido no meio no qual os mesmos vivem e que só é possível a partir da descrição das experiências vividas. Assim sendo, acredito que esta abordagem torna-se adequada à compreensão da autonomia do enfermeiro na indicação e/ou escolha da tecnologia da cateterização venosa periférica.

Além disso, trata-se de um estudo descritivo-exploratório que, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), além de descrever o fenômeno, investiga sua natureza complexa e outros fatores com os quais está relacionado, de maneira a desvendar as multifacetadas da manifestação desse fenômeno.

#### **Cenário da Pesquisa**

O espaço para a investigação foi o Serviço de Pediatria de um Hospital Universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro, que é composto de um Centro de Tratamento Intensivo Neonatal e uma Enfermaria de Pediatria, que são dois cenários diferenciados.

A Enfermaria de Pediatria possui 17 leitos, com equipe de enfermagem composta de 01 enfermeiro diarista, uma auxiliar diarista e 13 auxiliares/técnicos de enfermagem plantonistas, além de médicos pediatras plantonistas, residentes e internos de medicina, psicóloga, acadêmicos de enfermagem, assistente social, nutricionista. É uma enfermaria que atende a crianças de clínica médica e cirúrgica.

O CTI Neonatal tem capacidade para 05 leitos sendo uma vaga para as crianças internadas que necessitam de cuidados intensivos. Atende recém-nascidos com diversas

patologias como prematuridade, má formação congênita, hipertensão pulmonar. A equipe multiprofissional é composta por neonatologistas, pediatras, residentes de medicina, psicóloga, assistente social, nutricionista e equipe de enfermagem com: 06 enfermeiros plantonistas, 01 enfermeiro diarista e 15 auxiliares/técnicos de enfermagem plantonistas e uma auxiliar de enfermagem diarista.

Durante a parte da tarde e da noite, a enfermagem de pediatria conta com a supervisão do enfermeiro que está lotado no CTI Neonatal.

### **Aspectos Éticos e Legais**

Em atenção aos aspectos éticos e legais ligados a pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo manteve protegido a identidade dos sujeitos de pesquisa, sendo a participação voluntária, não trazendo custos aos sujeitos e à instituição que foi realizada e nem riscos físicos e/ou psíquicos para os participantes, uma vez que não propôs qualquer intervenção ou procedimento.

O projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário e aprovado em 26 de Fevereiro de 2008, memo CEP/HUGG/nº29/2008 (Anexo A), sem ressalvas.

O acesso ao andamento ou resultado da pesquisa, o tempo de participação, bem como outros direitos foram garantidos aos sujeitos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) assinado pelos mesmos e pela pesquisadora. Além disso, ficou esclarecido aos sujeitos que os dados coletados nas entrevistas serão utilizados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através da conclusão da dissertação, em artigos científicos e em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a identificação.

Cabe ressaltar que para o desenvolvimento do estudo, a pesquisadora foi a responsável pela coleta e análise dos dados, não havendo nenhum ônus financeiro para a instituição e para os participantes da pesquisa e que quaisquer custos adicionais foram custeados pela pesquisadora.

### **Coleta dos Dados**

O instrumento para produção de dados foi a entrevista aberta que constou de uma única pergunta. Que fatores influenciam na sua escolha ou indicação no que se refere à tecnologia da punção venosa periférica de neonatos e crianças hospitalizadas no serviço de pediatria?

Foram coletados dados de caracterização dos sujeitos do estudo (tempo de formado, tempo de trabalho no CTI neonatal e pediátrico, qualificação profissional).

A etapa de campo ocorreu nos meses de maio a julho de 2008. Após contato prévio com os enfermeiros, foi acordado dia e horário das entrevistas que aconteceram na instituição na sala da chefia do CTI neonatal, garantindo privacidade aos depoentes.

### **Os Sujeitos**

Os sujeitos da pesquisa foram sete (07) enfermeiros lotados no Serviço de Pediatria do referido hospital, tanto diaristas como plantonistas. Os plantonistas possuem escala de doze por sessenta horas em esquema de plantão diurno (SD) ou noturno (SN). As diaristas cumprem seis horas de segunda a sexta-feira. Os enfermeiros receberam codinomes de flores denominados pela pesquisadora aleatoriamente.

O critério de inclusão foram todos os enfermeiros que atuam no Serviço de Pediatria, exceto a pesquisadora. Somente foram entrevistados enfermeiros, pois de acordo com a Resolução do COFEN no 258/2001, Artigos 1º e 2º podem inserir o CCIP, desde que submetido à qualificação e/ou capacitação profissional.

Com relação à caracterização da experiência dos enfermeiros pelo tempo de formação, tempo de trabalho em CTI-Neonatal e Pediatria e especialização, podemos ver no Quadro 1.

	Enfermeiro	Tempo de Formação	Tempo de Trabalho em CTI-Neonatal e Pediatria	Qualificação Profissional
1	Cravina	13 anos	13 anos	Especialização em Enfermagem Neonatal
2	Flor de Lis	27 anos	27 anos	Especialização em Pediatria/Mestrado em Enfermagem
3	Girassol	2 anos e 10 meses	2 anos e 10 meses	Especialização em Enfermagem Neonatal /Curso de CCIP /Mestrando em Enfermagem
4	Camélia	15 anos	9 anos	Mestrado em Enfermagem
5	Jasmim	5 anos	4 anos	Especialização em Enfermagem Neonatal e Médico-cirúrgica / Curso de CCIP
6	Papoula	9 anos	2 anos e 6 meses	Especialização em Enfermagem Neonatal e Médico-cirúrgica
7	Margarida	4 anos	4 anos	Especialização em Enfermagem Neonatal/Curso de CCIP

**Quadro 1 – Caracterização dos Entrevistados**

Fonte: Entrevista no Hospital Universitário, de Maio a Julho de 2008, Rio de Janeiro.

### **Análise dos Dados**

O processo analítico baseou-se na técnica da Análise Temática de Minayo (2006). A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Para Minayo (2006), fazer uma Análise Temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Desta forma, em pesquisas qualitativas, que servem principalmente de dados obtidos nas narrativas/discursos coletados por entrevista, os mesmos são preservados em sua forma textual e analisados de modo a compor categorias analíticas. A análise por categorias é uma técnica baseada na decodificação do texto em diversos elementos que posteriormente são grupados por semelhanças ou dados afins que se fundem e compõem as categorias. A Análise Temática é uma destas técnicas que permite a categorização através da contagem de temas, que são palavras ou frases que formam unidades de codificação, ou

seja, de significação ou ainda de sentido para o objeto analítico visado. Eles podem conter em si mesmos, dimensões variáveis e complexas (BARDIN, 1979).

Nesta investigação, para realizar a Análise Temática foram percorridas as três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (MINAYO, 2006).

A pré-análise consistiu na leitura intensiva dos dados. As sete entrevistas foram previamente transcritas de forma literal gerando 25 páginas digitadas. Esta primeira atividade (transcrição) foi bastante trabalhosa, contudo pude perceber a riqueza do diálogo (pesquisador e entrevistado), trazendo à tona uma variedade de experiências compartilhadas, opiniões e sentimentos.

Após a preparação dos dados brutos foi realizada a identificação dos temas, utilizando a técnica de corte e colagem. A partir da exploração do material, fez-se o agrupamento dos discursos dando origem a dois eixos temáticos:

#### A prática da punção venosa realizada pelo enfermeiro

- Quem é o cliente? (prematuro, criança, condições de acesso, condições clínicas e gravidade dos casos);
- A tecnologia e a qualidade do material disponível no setor (scalp®, jelco® e CCIP);
- Domínio do CCIP;
- Terapia prescrita (HV, NPT, antibiótico, aminas, drogas vesicantes) X tempo.

#### A autonomia do enfermeiro X decisão compartilhada

- Autonomia para acesso periférico;
- Decisão (consenso) compartilhada – ambos concordam, às vezes o médico indica e o neonatal / criança não tem condições.

A partir dos pontos de convergência encontrados dentro de cada eixo temático, deram origem duas grandes categorias analíticas, as quais refletem uma síntese da interpretação dos temas encontrados no estudo:

- 1) Critérios utilizados pelo enfermeiro na técnica da punção venosa;
- 2) Barreiras encontradas para a (im)possibilidade da escolha ser o CCIP.

Com base nestas categorias passamos à terceira etapa da análise que consistiu no tratamento dos resultados obtidos e suas interpretações à luz da multireferencialidade.

## CAPÍTULO 4

### ANÁLISE DOS DADOS

A punção venosa não é somente a execução de uma técnica, ela engloba muito mais que isso, como por exemplo, a decisão de escolha do sítio de inserção, as condições clínicas do paciente, qual o tipo de artefato a ser utilizado, o que a instituição tem a oferecer e a indicação médica. Portanto, é um assunto amplo, do cotidiano assistencial.

Nesta pesquisa, estas questões foram discutidas para que possa subsidiar a prática diária de enfermeiros que trabalham em UTI Neonatal e em Enfermaria de Pediatria.

#### **Primeira Categoria**

##### **Critérios utilizados pelo enfermeiro na técnica da punção venosa**

Nesta categoria, foram agrupadas falas sobre a avaliação do enfermeiro na necessidade de punção venosa, a situação clínica da criança, o conhecimento técnico científico, a idade da criança, o tempo de uso e a terapêutica usada e se a criança já faz tratamento na instituição.

As falas dos enfermeiros revelaram um dos grandes desafios da prática de enfermagem na terapêutica intravenosa, como corroboram Silva e Nogueira (2004), que é a obtenção e manutenção de um acesso venoso que assegure a eficácia do tratamento e a qualidade da assistência.

Pela leitura dos discursos, foi possível apreender que, para estes profissionais, o planejamento é um dos grandes valores para o agir do enfermeiro. Planejar significa, para Figueiredo e cols. (2002), pensar antes de atuar, mas deve ser de modo sistematizado, com um método. Tem como objetivo explicar possibilidades e analisar suas vantagens e desvantagens para minimizar ou evitar problemas.

O enfermeiro, geralmente, é o responsável em prever e prover recursos para que o cuidado seja bem prestado. Percebi que essa organização lhes confere segurança na tomada de decisões em relação ao paciente.

*Normalmente quando a criança chega, a gente já tem ideia como a criança vai chegar. Então já tendo essa ideia, essa pré-organização dessa criança, você já pré-determina o que vai realizar e as condutas que a gente realiza. (...) Ela já tem que ter um leito pré-existente com*

*uma organização para recebê-la. Então a gente tem que ter uma avaliação antes. (Girassol)*

O enfermeiro avalia as necessidades do paciente, planeja e supervisiona os cuidados prestados pela equipe de enfermagem e avalia a evolução do paciente (WILLIG; LEONARDT; TRENTINI, 2006).

Além de agir de forma sistematizada, o enfermeiro associa a sua conduta profissional com sua experiência particular:

*A primeira coisa que eu vou fazer é separar o material e tentar realizar a inserção. (...) Essa inserção, sendo bem sucedida ou não, a organização e a estruturação dessa inserção fica a meu cargo e a cargo da minha equipe de enfermagem. (...) inicialmente é só eu só e essa determinação é minha, do que organizar isso e como fazer. (Girassol)*

O depoimento de Girassol ilustra bem o papel de líder da equipe de enfermagem exercido pelo enfermeiro, em que traz para si o cuidado mais complexo e a tomada de decisão. De acordo com o Art.11 da Lei nº 7498/86, “é privativo ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves, incluindo os cuidados de maior complexidade que exijam conhecimento científico, capacitação técnica e capacidade de tomar decisões”. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deve participar do planejamento, elaboração, execução e avaliação da programação assistencial, assim como da prevenção e controle de danos e complicações.

A produção do conhecimento do enfermeiro se dá no cotidiano de trabalho, de acordo com suas práticas do dia-a-dia. Após a identificação do cliente, o enfermeiro passa a delinear o cuidado a ser prestado àquela criança. Cravina expõe a realidade de seu cuidado, a primeira é quando ela recebe um recém-nascido no CTI-Neonatal, onde ela já procura puncionar a criança pensando nas ocorrências que futuramente podem ocorrer:

*Então normalmente quando as crianças internam, ela tem necessidade de fazer alguma coisa venosa. Então eu normalmente não aguardo. Se internou, o neném chega da sala, independente se tiver que fazer cateterismo umbilical ou não, eu punciono logo um acesso. Por que eu sei que até eles prepararem material, fazer todo o procedimento roda para um lado, roda para o outro, a criança pode vir a fazer um dextro baixo, essas coisas, fica muito mais difícil puncionar um acesso. (Cravina)*

O acesso venoso periférico, geralmente é a primeira escolha para infusão intravenosa, por ser de mais fácil acesso e rapidez. Pedroza (2004) relata que em alguns casos, dependendo da gravidade da criança, um acesso venoso periférico de curta duração

é providenciado para início da terapia e só depois da estabilização clínica inicial é que se providencia a inserção do PICC.

A obtenção de acesso venoso periférico, para Silva e Nogueira (2004), é um procedimento rotineiramente realizado pela equipe de enfermagem nas unidades neonatais, por ser indispensável para a efetivação do tratamento das intercorrências clínicas e cirúrgicas apresentadas pelos recém-nascidos.

Durante os anos prestando cuidado direto a clientela infantil, observo que quando internamos um recém-nascido, logo é providenciado um acesso venoso periférico com cateter curto e daí se aguarda a avaliação médica para posterior decisão de qual tipo de dispositivo será utilizado. Esta técnica/procedimento de acesso à rede intravenosa é realizada caso ocorra algum imprevisto/intercorrência com o pequeno cliente.

Portanto, quando um recém-nascido e/ou criança é internada, o enfermeiro observa seu estado clínico e a partir daí tomar suas decisões.

Na fala de Margarida, a mesma relata que inicialmente a primeira escolha é o acesso venoso periférico e que somente após a avaliação da rede venosa, decide qual tipo de acesso à criança vai permanecer.

*Bom, acho que aqui no serviço, (...) a primeira escolha é o periférico. (...) Eu vou avaliar a criança, se for um prematuro extremo, ou uma criança que está em dieta zero, com criança descompensada, a gente já punciona e já deixa puncionado. Agora, se for uma criança basal, estável; a gente aguarda ele[médico] chegar primeiro pra não puncionar a criança sem necessidade. (Margarida)*

Margarida está correta quando diz que a primeira escolha é o acesso venoso periférico, pois, apesar de ser uma técnica banalizada pelo profissional, não é um procedimento fácil podendo evoluir para riscos à criança, exigindo conhecimentos prévios, sendo necessário manter uma via endovenosa permeável para que durante algum procedimento, algo urgente pode acontecer e o cliente já tenha o acesso para as medicações/hidratações caso sejam necessárias.

O enfermeiro, na sua prática assistencial, busca primeiramente conhecer quem é o cliente que vai cuidar, como está sua condição clínica permitindo assim, que busque subsídios para o lineamento/planejamento de sua prática visando um melhor desempenho do seu trabalho.

Na comparação da sua experiência na Enfermaria de Pediatria com a do CTI Neonatal, Cravina busca conhecer o aspecto clínico do cliente para prever a sua conduta. É desejável agirmos de acordo com o que é preconizado na instituição de saúde a que



pertencemos e, assim, aplicarmos com harmonia e sapiência o nosso agir atrelado a ciências, conseguiremos dar sustentação teórica ao nosso exercício profissional.

*Na Pediatria, mesmo se chegar uma criança que eu sei que o diagnóstico dela não vai necessitar de um acesso venoso, é uma criança que veio e que a gente sabe que ela vai utilizar uma nebulização, ela vai ficar bem, que com uma TRO vai ficar bem. Então, a gente não vai puncionar um acesso, porque sabe que não vai haver necessidade. (Cravina)*

A escolha de uma dessas vias de acesso venoso deverá ser embasada em avaliação criteriosa da criança relacionada ao sistema venoso disponível, quanto à necessidade terapêutica (tipos de drogas), tempo requerido para o tratamento e deverá estabelecer uma relação entre o benefício e o risco, proporcionando um acesso venoso efetivo, seguro e por tempo prolongado, de fácil manuseio pela equipe.

*O tipo de solução que vai ser administrado por aquele acesso periférico. No caso de pediatria, nós vamos prever da forma geral que pode ter NPT também. A gente dá preferência ao acesso que tenha maior durabilidade, como o epicutâneo, por ser periférico. Senão vai ser uma flebotomia ou punção profunda. Soluções mesmo, tipos de hidratações, soluções vesicantes e quando é um só para fazer medicação para manter salinizado, a gente opta pelo jelco®, por que é o menos invasivo e tem a durabilidade melhor que o scalp®. (Jasmin)*

Muitos fatores devem ser avaliados criteriosamente antes da escolha adequada do dispositivo venoso, dentre eles as drogas e suas incompatibilidades, volume e velocidades das hidratações, tempo previsto da terapia, riscos potenciais de infecções, complicações e estabilidade hemodinâmica. Uma escolha inadequada do artefato a ser utilizado pode acarretar danos para o endotélio vascular e/ou até mesmo infecções.

*Que ela vai levar um tempo com antibiótico, um tempo com soro, NPT, também é uma condição de escolha. (Camélia)*

*Bom, o fator na verdade é a necessidade da criança de fazer algum tipo de terapia intravenosa. É, agora, o fator de escolha do acesso, aí depende muito do tipo de terapia que ela vai usar. (Cravina)*

Baseado nas falas expostas, as enfermeiras Camélia e Cravina deixaram transparecer que a escolha do artefato a ser usado tem relação com a conduta terapêutica, sendo assim, elas possuem a consciência da conduta que estão tomando.

É importante salientar que o uso constante da via intravenosa com os mais diferentes tipos de medicações, hemoderivados e coleta para exames laboratoriais estão intimamente correlacionados com o quadro clínico do cliente, onde a fragilidade capilar, desnutrição e esclerose venosa pela própria doença podem dificultar o acesso.

É desejável agirmos com consciência quando vamos escolher o tipo de acesso venoso a ser utilizado no cliente, pois, o tempo de internação interfere muito no cuidado de enfermagem. A preservação da rede venosa é indispensável para o enfermeiro, pois pode haver prejuízo com um tratamento prolongado e ocorrer sérios problemas na visualização desse vaso.

Papoula discute a situação, levando em consideração o tempo de permanência da criança e a gravidade da mesma:

*Se for uma criança bem grave, ela vai demorar mais tempo para se recuperar e precisar de um acesso mais duradouro. Ah sei lá, acho que é sim, por que se a criança demorar 21 dias, 30 dias, o certo seria o CCIP, o melhor seria o CCIP. Se a criança vai ficar, é uma criança que vai, vamos dizer, tipo aqui uma dengue que vai durar uns dois dias na hidratação, pode ser um jelco®. Scalp®, scalp® é nunca (...) seria só (...) uma criança que não estivesse na hidratação e precisasse de uma hemotransfusão, então você não ta conseguindo com jelco®, um scalpizinho passa, né. (Papoula)*

O depoimento de Papoula sobre a manutenção por tempo prolongado dos acessos venosos periféricos está em consonância com a literatura. Silva e Nogueira (2004) apontam como desvantagem a dificuldade de mantê-los, levando a necessidade de punções sucessivas em diferentes sítios, podendo vir a inviabilizar a obtenção do acesso através desse método. É um procedimento que causa estimulação dolorosa de moderada intensidade, o que é agravado por punções sucessivas.

De acordo com os achados de Chait (1995), uma criança com acesso venoso difícil, pode ser submetida de 12 a 20 tentativas de inserção de cateter, em 4 semanas de internação.

Para Horattas e cols. (2001), considerando-se os casos de crianças que necessitam de terapia intravenosa por mais de sete dias, ou mesmo recém-nascidos prematuros que utilizam NPT por tempo prolongado, a inserção de CCIP, sob o ponto de vista financeiro, pode ser uma alternativa viável.

Porém, para que o CCIP tenha seu tempo de inserção prolongado, ou seja, enquanto durar a necessidade de terapia intravenosa, cuidados de enfermagem são fundamentais para sua manutenção, o que foi salientado por Girassol:

*A primeira coisa que eu penso é o tempo de utilização do cateter na inserção da criança, acredito que o mais fácil uso, de inserção mais facilitada seja o jelco®, porém, de utilização e de melhor manuseio de manutenção da criança seria o CCIP, pelo tempo que ele vai ficar inserido e se for feita uma devida inserção, manuseio, administração de*

*medicamento com seringa com tamanho e pressão adequada, acredito que sejam os mais vantajosos. (Girassol)*

Para a inserção do CCIP, alguns fatores devem ser considerados para o seu sucesso, no destaque de Silva e Nogueira (2004), o tipo de cateter, o sítio de punção, o preparo do material, as condições em que se encontra a criança (entubada, agitado) e os tipos de medicações que serão infundidas. A manutenção segura do CCIP está diretamente relacionada com o tipo de seringa utilizada para a lavagem, pois seringas menores que 10ml geram pressões capazes de romper o cateter.

A terapêutica a ser administrada por via intravenosa deverá ser avaliada quando a duração, as características da droga (se vesicante ou hiperosmolar) e o volume e velocidade de infusão (SILVA; NOGUEIRA, 2004).

Na minha prática profissional, é corriqueiro encontrar neonatos e crianças em uso de Nutrição Parenteral Total (NPT), seja no CTI Neonatal ou na Enfermaria de Pediatria. É um método, segundo Silva e Nogueira (2004), que tem como finalidade proporcionar parcial ou completamente, através da administração intravenosa, soluções que contêm nutrientes e calorias, elementos nutricionais necessários ao metabolismo basal e assim promover crescimento e desenvolvimento adequados, prevenindo a desnutrição e suas complicações.

Atualmente, a NPT é sustentada pelo desenvolvimento de soluções de aminoácidos, vitaminas, lipídios, oligoelementos, bem como pela existência de cateteres especiais, equipos e equipamentos para infusão que facilitem a administração da solução. Silva e Nogueira (2004) salientam que a terapia com NPT é complexa e requer um envolvimento coeso de todos os profissionais da equipe de saúde, objetivando a diminuição de complicações e maiores benefícios para o cliente, com o aperfeiçoamento da assistência nutricional.

A Resolução do COFEN nº 162/1993, que dispõe sobre a administração da NPT, dentre outros determina que é competência da equipe de enfermagem introduzir ou implantar a via de acesso; efetuar a manutenção da via de acesso; assegurar a localização e permeabilidade da via de acesso; monitorar diariamente os controles de infusão, sinais e sintomas, infecção, medidas antropométricas, ingesta, eliminação, reações, intercorrências com o cliente.

O acesso intravenoso de escolha neste caso, preferencialmente, deverá ser o acesso profundo, visto que esta solução necessita de um acesso único, conforme descreve o item

5.6.5 da Portaria nº 272 de 08/04/1998, onde recomenda que a via de acesso à NPT seja exclusiva; salvo em casos extraordinários.

Um dos aspectos levantados pelos enfermeiros entrevistados foi a avaliação do calibre dos dispositivos venosos a ser empregado, para não acarretar danos para a criança sob seus cuidados e de sua equipe.

*O que a gente vê às vezes é que as pessoas vêem uma veia: ah (...) aqui cabe um jelco® 22 e na verdade você sabe que jelco® 22 pode trazer danos por que às vezes a veia é calibrosa , mas é um bebê que é pequeno, aí vai fazer flebite,né. Aí, aquela parte daquele acesso não vai conseguir mais puncionar novamente, vai tá com flebite. E se você colocasse um acesso 24 duraria muito mais. (Cravina)*

Em Neonatologia, os dispositivos mais utilizados para a obtenção de um acesso venoso periférico são os jelcos® nº 24 e os scalps® nº 23, 25 e 27 (SILVA; NOGUEIRA, 2004).

Para a maioria das infusões endovenosas em Pediatria, são utilizados cateteres com agulha de calibre 20 a 24 ou um scalp venoso de número 21 ou 23 com aletas flexíveis. Nas situações em que os fluidos são administrados com urgência ou que existe dificuldade em obter um fácil acesso venoso, um cateter inserido por dissecação cirúrgica pode ser necessário. Nos casos de hidratação venosa de longa duração, inúmeros outros dispositivos podem ser empregados tais como cateter epicutâneo (WONG, 1999).

Deve-se, contudo, avaliar o calibre do cateter, pois, como destacam Silva e Nogueira (2004), há evidências que indicam que a formação de trombos está diretamente relacionada ao diâmetro. Quanto mais calibroso, maior a possibilidade de formação de coágulos.

Os enfermeiros entrevistados demonstraram a preocupação com o controle e profilaxia de infecções durante a terapêutica intravenosa, procurando seguir os protocolos de determinados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição, como no relato a seguir:

*É que só que pelo tempo que ele pode ficar na criança que é até mais que 72 horas como é previsto, às vezes, pela CCIH. (...) É o fato do tempo de que é possível se manter na criança, a questão da redução de processos infecciosos, tanto locais, sítios ou processos infecciosos generalizados (...) levar a criança a uma sepse devido a esse foco. (Girassol)*

Girassol em sua fala demonstrou essa preocupação com o conhecimento técnico-científico na sua relação com a prática assistencial. É importante que o enfermeiro conheça e saiba o que está fazendo.

A obtenção de um acesso venoso por propiciar uma conexão direta do meio externo com a circulação sanguínea, não é um procedimento inócuo. Os riscos tendem a aumentar devido à possibilidade de administração de soluções contaminadas durante o preparo e administração, podendo ocasionar infecção generalizada. Silva e Nogueira (2004) afirmam que a maioria dos casos de infecção no período neonatal está relacionada ao uso de cateteres vasculares periféricos e/ou centrais.

Em relação ao acesso venoso, o enfermeiro precisa ter em mente que é preciso priorizar o paciente. Ou seja, além da sua prática assistencial, ele tem que ter um embasamento científico para mostrar a sua equipe o que se deve ou não fazer.

Cravina em seu discurso demonstra muito bem essa questão quando cita o uso do cateter curto em terapia endovenosa, a relação do calibre do cateter e a veia do paciente.

*(...) o ideal da escolha é que as pessoas têm em mente, o que nem sempre acontece, de como você deve fazer esse acesso.(...) Começar desde a extremidade, vai para a parte superior dos membros, é (...), o tipo de, de fixação que você vai utilizar, o tipo de calibre que você vai usar de acordo com a criança. Então essas coisas que a gente deve primar na hora de fazer um cateter (...) uma punção venosa, seja ela periférica ou profunda. E muitas vezes isso não acontece. (Cravina).*

As autoras Silva e Nogueira (2004) afirmam que preferencialmente deve-se optar por puncionar as veias localizadas nas regiões dos braços, a seguir das pernas e dos pés, evitando sempre que possível a área das articulações para diminuir o risco de obstrução. O dorso da mão dificulta a adequada fixação e também interfere nos comportamentos de auto-regulação dos recém-nascidos (levar a mão à face e à boca). Na região cefálica é necessário tricotomia, o que acarreta um risco adicional (acidentes, solução de continuidade da pele, infecção), além de modificações na aparência física da criança causando desconforto aos familiares.

As veias jugular externa e axilar só devem ser utilizadas como última opção antes da dissecação venosa devido ao risco de punção acidental da artéria carótida com consequente hematoma, ocorrência de pneumotórax ou de embolia gasosa. Silva e Nogueira (2004) salientam que a infusão contínua através da veia jugular externa direita pode causar sobrecarga ao ventrículo direito, além de restringir a mobilidade do pescoço levando a sua hiperextensão.

As crianças internadas frequentemente referem que as punções venosas e uso de cateteres são um dos fatores mais traumáticos de sua hospitalização, o que pode provocar reações como medo, revolta, choro. Oliveira (1993), em um estudo sobre as representações sociais da enfermidade em crianças hospitalizadas de cinco a onze anos, constatou que elas comparavam os procedimentos executados, a rituais de tortura (violência física), as relações inter-humanas como violência psicológica e o espaço hospitalar como promotor de rupturas em todos os níveis de sua vida.

A punção venosa não é só estressante para a criança, como também para os pais e a equipe de enfermagem. Esta em especial, segundo Koch et al. (2000), deve proporcionar segurança e conforto àquele que está sendo submetido ao cuidado, assim como economia de tempo e esforço a quem cuida, e de material à instituição onde o processo de cuidar se realiza. Complementando ainda, Nascimento e Souza (2001) afirmam que de um modo particular, a assistência de enfermagem pediátrica por causa de suas implicações e aspectos altamente diferenciados, exige que o profissional seja provido de atenções adicionais que são fundamentais ao atendimento das especificidades que são inerentes à própria vulnerabilidade infantil.

## **Segunda Categoria**

### **Barreiras encontradas - a (im)possibilidade da escolha do dispositivo ser o CCIP**

Nesta categoria serão discutidas as barreiras encontradas pelos enfermeiros para a escolha do dispositivo venoso. Utilizamos o vocábulo ‘barreira’ intencionalmente, pois dentre as definições encontradas em Ferreira (1986, p. 188) destacamos duas: “1. Parapeito ou trincheira construída de paus muito próximos e alinhados. 2. Fig. Obstáculo, embaraço. Então, a primeira definição, trincheira, utilizada para defesa, o que não permite o acesso; já o obstáculo dificulta, porém pode haver transposição”.

Na análise do discurso dos enfermeiros entrevistados encontramos esses dois significados: a (im)possibilidade de escolha do dispositivo CCIP que vão desde questões de suprimento de material até a autonomia do enfermeiro para indicá-lo.

A escolha do dispositivo engloba vários fatores que devem ser levados em consideração antes da realização do procedimento. Assim, fatores como habilidade prática, a escolha do dispositivo e da veia adequada, a documentação e a avaliação do cuidado com o acesso intravascular devem ser consideradas pelo enfermeiro como resultantes de uma

reflexão onde se objetiva o melhor cuidado a ser prestado (TORRES; ANDRADE; SANTOS, 2005).

Na prática diária, o enfermeiro trabalha com o que a instituição oferece. Quando abordamos o assunto de punção venosa periférica, englobamos os cateteres do tipo curto (jelco®), do tipo curto com asas (scalp®) e cateter central de inserção periférica (CCIP), todos disponíveis na instituição.

Quanto à disponibilidade do artefato, Margarida descreve que este seria o primeiro fator que influenciaria na escolha de qual tipo de acesso venoso a ser utilizado:

*O primeiro fator que influencia é o que a gente tem disponível na unidade pra realizar o procedimento. Inicialmente agente somente utiliza o jelco® mesmo para punção venosa periférica. (Margarida)*

Na nossa realidade, os artefatos mais disponíveis são o cateter curto e o curto com asas. Muitas das vezes, o enfermeiro faz opção pelo cateter levando em consideração a disponibilidade, a facilidade do acesso venoso e a terapêutica.

*Eu particularmente acredito que o scalp® não seja (...) um artefato, não sei se seria a expressão certa, tão usual, tão positiva para utilizar. Que a manutenção dele é difícil, a utilização dele é uma utilização momentânea. (...) O jelco®, ele é mais usual por que é de fácil acesso e é mais barato no caso. (Girassol)*

Girassol cita que o uso do cateter curto se dá por ele ser de mais fácil acesso. Leser e cols. (1996) descrevem que os cateteres intravenosos periféricos (jelcos®) são de inserção relativamente fácil, entretanto necessitam de trocas frequentes devido à flebite ou infiltração, com dificuldades progressivas na obtenção de novos sítios e na manutenção dos acessos.

Durante as entrevistas, os enfermeiros deixaram transparecer nas suas experiências particulares as condições de trabalho que afetam o seu rendimento e a sua conduta destinada ao paciente.

*É o tipo de cateter também é em relação a disponibilidade, por que? Por que dependendo do tipo de cateter você tem uma punção mais rápida, uma punção menos sofrida pela criança. Eu quase que não uso scalp®, por que a minha opção é por jelco®, que eu acho o jelco® mais prático e dependendo da marca, você quase que não punciona a criança mais que uma vez. Tem outras marcas que a gente até punciona mais, por que o cateter não progride, embola. (Camélia)*

Na fala de Camélia, ela descreve que dependendo do tipo de cateter disponível, a realização da punção venosa se dá em tempo mais ágil, e se preocupa com a criança na questão de repetidas punções.

*O jelco®, acredito que seja de melhor utilização, devido à inserção ser facilitada. Lógico, pensando que a pessoa tem que ter uma prática para poder fazer essa inserção, porém a qualidade do jelco® também é importante. Isso a gente enfrenta muito em hospital público com o fato de a gente receber o jelco® que o hospital determina para a gente. No momento o que a gente tem, é de péssima qualidade. (Girassol)*

Muitas das vezes, trabalhamos com materiais de qualidade inferior, sendo necessárias diversas punções para obtenção de um acesso venoso, ou até mesmo o tipo do material pode causar uma flebite química, levando a uma nova punção em outro local. Com isso, se desperdiça tempo, dinheiro e material.

Camargo et al. (2008) compararam diferentes tipos de cateter percutâneo (poliuretano, silicone, polietileno e teflon) para identificar o melhor material a ser utilizado em unidade neonatal verificou que cateteres de polietileno e teflon apresentam características parecidas, porém maior incidência para trombose de veia cava em comparação com poliuretano e silicone; maior incidência de tromboflebite no grupo de recém-nascidos que utilizara cateter de silicone que cateter de poliuretano; menor resistência do cateter de silicone comparada ao de poliuretano que, por sua vez, apresenta maior frequência de fraturas; taxa de bacteremia maior em cateteres de teflon e polietileno. Pelo estudo verificou-se que existem vantagens e desvantagens para cada tipo de cateter. Porém, algumas instituições adquirem cateteres de poliuretano em razão do custo ser inferior ao do cateter de silicone.

Margarida descreve a realidade do hospital, quando discursa sobre sua escolha de acesso venoso:

*Seria interessante se a gente tivesse epicutâneo para criança que vai ficar em antibioticoterapia ou tratamento venoso por um longo tempo, a gente já de cara passar o epicutâneo nessa criança. Mas a nossa realidade como não (...) a gente mantém esse acesso venoso periférico até não existir mais possibilidade e a partir daí, quando não (...) quando a gente não consegue mais essa punção, vai pra uma punção venosa. Nesse caso a criança já esta muito esfoleada. (Margarida)*

A experiência do enfermeiro com a punção venosa periférica lhe confere habilidade psicomotora que lhe dá prática como um procedimento do cotidiano e realizado majoritariamente por ele.

No Quadro 1, pag.32, observa-se que dos sete (7) entrevistados, 4 (57,1%) têm pouca experiência (de um a 5 anos). Das restantes, 1 (14,3%) tem entre 6 e 10 anos, 1 (14,3%) está entre 11 e 15 anos na profissão e 1 (14,3%) está entre 26 e 30 anos.



Isso pode ser respaldado por Formiga et al. (2005), quando descrevem que o tempo de formado pode ser um indicativo de tempo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade.

Em relação ao tempo de trabalho dos enfermeiros, três (03) das sete (07) entrevistadas (42,3% do total) têm experiência de 1 a 5 anos e 1 (14,3%) que trabalha de 6 a 10 anos. Duas (28,6%) trabalham entre 11 e 15 anos e somente uma (14,3%) trabalha há 27 anos na área.

Formiga et al. (2005) destacam que a experiência profissional, o envolvimento institucional e a estabilidade adquirida pelo tempo de serviço são fatores que estimulam nos profissionais a permanência em uma organização e ainda o tempo de trabalho em uma instituição pode estar associado, segundo nossa experiência, à proposta de trabalho de uma instituição e satisfação individual.

Nesta pesquisa, dos sete entrevistados, apenas quatro relataram que a escolha do acesso venoso periférico se dava pelo cateter curto (jelco®), por este ser mais acessível a todos e de inserção facilitada, pois, nem todos estavam habilitados para inserir o CCIP.

*E a questão do CCIP, eu não passo por que eu não tenho curso.*  
(Camélia)

*Aqui basicamente é punção periférica, não existe profissional treinado para instalar o CCIP e na inviabilidade do acesso periférico é solicitado um cirurgião pra acesso profundo. Quando não o colega, o enfermeiro do CTI-Pediátrico não faz o procedimento que é a instalação do CCIP.*  
(Flor de Lis)

O Conselho Federal de Enfermagem dispôs na Resolução nº 258/2001 que, para o enfermeiro desempenhar tal atividade deve estar qualificado e/ou capacitado profissionalmente (COFEN, 2001).

Para a utilização do PICC, há a necessidade de qualificação do pessoal. Phillips (2001) descreve que as desvantagens à sua utilização referem-se então a necessidade de treinamento especial dos profissionais para este procedimento, acesso a veias periféricas calibrosas, tempo médio de inserção de 45 minutos a uma hora, implementação de técnicas de barreira máxima, contra-indicação da inserção em situações de emergência e na presença de marcapasso cardíaco interno.

O curso de capacitação para inserção do CCIP não é oferecido na instituição, sendo necessário que o profissional invista recursos próprios para se qualificar.

De acordo com o Quadro 1, pág.32, com relação à Qualificação dos Enfermeiros que trabalham no Serviço de Pediatria do Hospital Universitário (CTI Neonatal e Pediatria), 5 (71,4%) delas são especializadas na área de neonatologia e 1 (14,3%) na área de pediatria contra apenas 1 (14,3%) que não têm especialização. Ainda assim, 2 (28,5%) possuem especialização em outra área (médico-cirúrgica).

Três (43%) dos entrevistados fizeram o Curso de Atualização em Capacitação e Qualificação em Inserção e Manutenção do Cateter Central de Inserção Periférica. E somente dois (28,5%) dos entrevistados tem o Curso de Mestrado em Enfermagem, e um (14,3%) está cursando.

Este resultado vai ao encontro do esperado, uma vez que a instituição é um hospital de ensino, portanto, além de assistência, tem como missão as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Assim, faz-se necessário que os profissionais invistam na sua capacitação e desenvolvimento. A instituição incentiva a qualificação profissional com plano de cargos e salários.

A busca do conhecimento é pessoal, de acordo com o interesse de cada um. Porém, quando investimos na nossa formação, investimos na nossa carreira e na qualidade do cuidado prestado ao paciente. Faz-se necessário que todos sejam habilitados e capacitados para a inserção do CCIP, fazendo com que a utilização desse dispositivo fosse assegurada a todos as crianças com indicação clínica para seu uso.

A necessidade do treinamento se dá justamente para que o enfermeiro tenha consciência de qual tipo de dispositivo está usando e o que ele pode acarretar. O enfermeiro necessita do conhecimento teórico para dispor na sua prática, pois só assim pode desenvolver a habilidade que precisa na sua prática.

Diante do exposto, Girassol demonstrou que tem o conhecimento e habilidade para o procedimento:

*O cateter, o jelco® pela inserção, que é de fácil inserção e manuseio e o CCIP pela inserção, que não é tão fácil, mas eu tenho a habilidade devido ao curso. (Girassol)*

Sabe-se que o enfermeiro possui respaldo legal para execução deste procedimento, mas necessita para tanto, conhecimento científico que suporte a tomada de decisão clínica e promova bons resultados assistenciais, melhorando continuamente a qualidade do cuidado de enfermagem (VENDRAMIM e cols., 2007).

Para Wong (1999), a decisão de introduzir um CCIP precisa ser tomada antes de se tentar vários acessos venosos ou da amostragem sanguínea por flebotomia. Se as veias

antecubitais foram repetidamente puncionadas, elas não são consideradas candidatas a esse tipo de cateter. Como esse cateter é o menos dispendioso e apresenta menor probabilidade de complicações do que os outros dispositivos venosos centrais, ele constitui excelente escolha para muitos pacientes pediátricos.

Sendo assim, o enfermeiro busca conhecer o seu cliente, através do exame de sua condição clínica, principalmente em relação ao sistema venoso. A preocupação com o quadro clínico da criança sempre deve estar presente na vida profissional do enfermeiro, a interação com os outros participantes da equipe multiprofissional também, para que assim haja troca de informações sobre o mesmo e que sejam tomadas decisões em conjunto com o intuito de melhor atender ao paciente. Deverá buscar junto ao profissional médico se o tempo de internação será prolongado, para que desta forma, ele possa fazer a escolha criteriosa do dispositivo.

*Então eu acredito que tem situações e situações. A espera, na iminência de um processo de emergência, processo de urgência, a utilização você espera até espera, mas não é, não é uma rotina esperar sempre a determinação da realização dessa punção. (Girassol)*

Muitas das vezes, por alguma situação adversa, o profissional médico pode não estar presente na hora da internação do recém-nascido ou da criança e o enfermeiro precisa tomar decisões rápidas, mas com coerência. A decisão de puncionar ou não um acesso venoso deverá ser realizada de acordo com o quadro clínico:

*(...) puncionaria e já deixaria salinizado aguardando as orientações médicas com relação à administração do medicamento.(...) Aí você tem que, tem que aguardar se realmente vai precisar ou não desse acesso profundo, caso contrário, é um acesso periférico mesmo. (...) se o paciente chocar ou qualquer coisa, fica mais difícil você pegar um acesso num paciente que tá gravíssimo (...) e todas as crianças que vem para cá são crianças graves né. (Papoula)*

Mesmo quando se trata da admissão de um recém-nascido, a conduta permanece a mesma, prefere-se já deixar um acesso venoso periférico permeável e aguardar a prescrição medicamentosa.

*Assim, se ele não tiver, é, fica tudo certinho, você coloca você coloca numa UCI aquecida, você pode fazer, pega um acesso periférico e fica aguardando. Com certeza ele vai precisar do acesso, pela experiência da gente, ele vai precisar. Esse acesso periférico (...) se for um prematurinho, ele nasceu bem não vai precisar de antibiótico entendeu? Mas ele vai precisar de NPT, de repente por que não sabe, não tem como sugar. Vai ter que usar de uma glicose para poder manter a glicose no limite considerado normal. Igual emergência chegou, primeiro você vai fazer as vias aéreas superiores, no caso aqui, a gente*

*é mais difícil, por que né, é só com o médico mesmo, vai decidir, mas acesso não, acesso de jelquinho. (Papoula)*

Portanto, o enfermeiro tem autonomia para a inserção dos diferentes dispositivos venosos periféricos, porém não tem autonomia para indicar o CCIP. E anteendo um agravamento do quadro da criança, faz a escolha pelo jelco® ou scalp®, como no relato de Camélia:

*Eu punciono. Agora, se tiver alguma dificuldade, senão tiver conseguindo fazer o procedimento, aí eu comunico, mas de primeira mão eu punciono. — Sem comunicar ao médico, você já punciona? Eu punciono. (...) Olha, se for um acesso periférico normal, um jelco®, um scalp®, eu faço sem comunicar, agora se for um CCIP, aí eu comunico o médico sim. (Camélia)*

Os achados do nosso estudo foram de encontro aos de Santos (2002) que pesquisou a autonomia profissional do enfermeiro na implantação do CCIP em crianças críticas. A autora concluiu que a indicação de inserção e de retirada são atos médicos, e a sua implantação e manutenção são atos do enfermeiro. Isso situa a natureza da autonomia desse profissional no campo da técnica, a despeito de ser detentor de um corpo de conhecimento que o habilitaria a desenvolver uma autonomia política aliada a sua práxis técnica com esse dispositivo.

Afinal o que seria autonomia? É um dos princípios da "trindade ética" - beneficência, autonomia e justiça, e definida como "a capacidade de atuar com conhecimento de causa e sem coação externa". É ter o direito de autodeterminação, em que se inclui o direito ao respeito, à privacidade, bem como à informação necessária para a tomada de decisão (PESSINI, 1996).

Ferreira (1986) define a autonomia como sendo a facilidade de se governar, a liberdade ou independência moral/intelectual ou ainda a propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta.

Morin (2001) afirma que a autonomia está embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais.

A autonomia do enfermeiro é um tema polêmico. Quando está relacionado à pesquisa, o princípio de autonomia consiste em que toda pessoa é responsável pelos seus atos, e que a vontade e o consentimento da pessoa livre devem prevalecer, respeitando-lhe a liberdade de querer ou não participar da pesquisa e desistir de participar em qualquer momento que desejar (SHIRATORI, 2002).

A autonomia no âmbito hospitalar levanta questões de como o enfermeiro atua no seu campo de trabalho e como esse profissional está vendo a necessidade de mudanças em seu processo de trabalho, abordado aqui como a punção venosa periférica em crianças.

Para Gomes e Oliveira (2005), a autonomia profissional tem sido ao longo do tempo e da evolução de enfermagem, um tema importante à compreensão da profissão, tanto na definição de seus desafios e objetivos como na forma com os enfermeiros se relacionam e se apresentam para a equipe de saúde e para a sociedade em geral.

Assim, a enfermagem detém uma tradição histórica e através da interdisciplinidade, há a articulação com outras áreas científicas e até mesmo com o próprio paciente. Quando se é abordada autonomia no âmbito hospitalar, o enfermeiro é visto de acordo com suas capacidades técnicas, ou seja, por sua prática. Para o paciente, ou mesmo, para outras profissões de saúde, quanto melhor, mais completa e perfeita for sua prática, mais reconhecido ele será. Porém, a autonomia não se resume a isso e na verdade, se relaciona quando o próprio enfermeiro possa interferir no processo de definição das prioridades na assistência.

*A gente não tem autonomia para falar que a criança precisa do cateter. (...) Epicutâneo, 100% das vezes é um consenso. Quando o médico não está presente, a gente não passa, também acho que é pela cultura da unidade mesmo também. Então a gente fica aguardando entrar em consenso com a equipe médica. (Margarida)*

O enfermeiro possui o conhecimento como meio de obter a competência no agir profissional e assim ser um suporte para o cuidado cotidiano.

A decisão pela escolha de qual tipo de dispositivo venoso periférico a ser utilizado nos pacientes internados no CTI-Neonatal e Enfermaria de Pediatria é realizada pelo enfermeiro após discussão com a equipe médica, na qual são avaliados alguns fatores como: diagnóstico, terapia venosa proposta, uso prolongado de antibióticos, condições de rede venosa, condições físicas e clínicas da criança, na maioria das vezes.

De acordo com a Consulta Pública nº19, de 09 de Março de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no anexo 2, item 5.2.17, o Enfermeiro deve participar da escolha do acesso venoso, em consonância com o médico responsável pelo atendimento ao paciente.

*Eu acredito que a primeira coisa que eu vá fazer é entender qual é o quadro da criança, para deslumbrar a necessidade ou não de um cateterismo, no caso a se realizar. Se essa criança obtiver a necessidade de realizar um cateterismo, de fazer uma punção venosa no caso (...). Você observa a necessidade mediante a avaliação que ele vai fazer, a*

*sua avaliação na inserção ou não. Então, o ideal é que a gente espere, por que às vezes essa criança chega com um quadro alterado, mas que é transitório. (...). Então eu acredito que tem situações e situações. A espera, na iminência de um processo de emergência, processo de urgência, a utilização você espera até espera, mas não é, não é uma rotina esperar sempre a determinação da realização dessa punção. (Girassol)*

Muitas das vezes, o enfermeiro, punciona de acordo com sua própria avaliação e fica aguardando somente a prescrição medicamentosa, isso pode ser observado na fala da Flor de Lis:

*A gente é que decide o local, acesso, é, como que fixa. O médico nessa parte, ele não interfere em nada. (...) Depende, se for uma criança que você e ver que está num estado mais inspirador de cuidados, você já se adianta e punciona. Caso contrário não, você espera a prescrição médica. (...). Se for uma criança que estava sem acesso venoso e de uma hora para outra agravou, a gente pode até puncionar veia, não depende da presença do médico. A gente já pode puncionar a veia e aguardar a chegada do médico para a prescrição. Não é isso? (Flor de Lis)*

O profissional enfermeiro é amparado por Lei, para a suas decisões de escolher o acesso venoso do paciente, mesmo sendo o CCIP, pois além de ter recebido treinamento para tal, possui conhecimento e prática. Porém, realmente se faz necessário conversar com a equipe médica e chegar a um consenso na escolha do dispositivo, pois no caso do CCIP, há avaliação radiológica e necessidade do profissional médico para solicitação do exame de raios X, leitura e interpretação diagnóstica confirmando o posicionamento final do cateter. O enfermeiro deve expor todas as suas explicações e decisões para que assim, ambos os profissionais possam optar pela melhor escolha para o paciente.

Quanto à presença do profissional médico no momento da avaliação da necessidade de punção, Jasmim relata a diferença entre as duas unidades, sendo que no CTI Neonatal ela age de uma forma diferenciada da Pediatria. Ela aguarda a prescrição médica para agir, enquanto que na pediatria ela toma a iniciativa de puncionar. Mas quando o médico não se encontra na Unidade, aí sim ela punciona o acesso no CTI Neonatal.

*Como que a gente atua com neo e pediatria; na UTI Neo, quando ele está presente, geralmente a gente aguarda, né, a prescrição dele para puncionar o acesso venoso. Geralmente a gente inicia por periférico, até a possibilidade de uma cateterização umbilical, que é feita por eles ou o epicutâneo que é feito pela gente. Agora, no caso da pediatria, muitas vezes a criança chega do SPA, paciente grave, com o médico não ali não totalmente ali presente, então a gente inicia uma punção periférica, saliniza ou põe um sorinho fisiológico para aguardar qual vai ser a conduta médica, para ver se vai manter aquela conduta, mais autonomia do que na UTI neonatal (...) por que na UTI tem sempre o médico*

*presente, então ele dá dando sempre a palavra final. Na Pediatria não, geralmente a gente tá sozinho, é meio que você olha e depois vai comunica para ver no que vai dar. (Jasmin)*

Papoula demonstra que possui mais autonomia em relação à ausência ou não do profissional médico, tendo sua própria iniciativa/decisão.

*O correto é puncionar pelo menos um acesso venoso que esteja ou não, por que se a criança está chegando ao CTI é uma criança que está inspirando cuidados. Então, ela, ela, mesmo que ela não é (...) ela possa não entrar numa hidratação ou não começar com antibiótico o que é muito difícil, mas a gente precisa do acesso por qualquer instabilidade você já tá com o acesso ali à mão. (Papoula)*

Ou seja, há a utilização de uma decisão concreta para a resolução das necessidades sentidas no cotidiano da enfermagem. Sendo assim, o enfermeiro decide de acordo com a necessidade do momento e do paciente e sua prioridade, a escolha pelo acesso que mais lhe convém naquele instante.

*Essa punção é o que? Ele já está com a prescrição do antibiótico, da hidratação, já tá ali prescrito?(...) Eu comunico. No caso do CCIP, eu tenho que comunicar, por que nem é questão de você ficar..não é questão de você não ter autonomia...é questão mesmo de você passar um procedimento que é periférico, mas que ao mesmo tempo é invasivo, né. Eu comunicaria ao médico sim. (Camélia)*

*Não tem que se puncionar o acesso, assim, por exemplo, as crianças da cirurgia, o médico não está presente (...) aquela criança não vai precisar de acesso venoso, se ele for puncionado, vai ser em sala na hora do procedimento cirúrgico, né. Agora fora isso, a gente, se a gente sabe que uma criança vai precisar de um acesso, eu punciono logo, não tenho isso. Agora a gente vê que tem profissionais que não fazem isso, né, ficam aguardando a prescrição, aí a prescrição chega e vão preparar a medicação para depois ir puncionar. A gente acontece muito essas coisas, a gente vê assim, a demora de puncionar. (Cravina)*

Percebemos, nos discursos, que a autonomia do enfermeiro perpassa pela busca de dominar e criar conhecimentos sobre a sua prática e o seu campo de trabalho, para que seja usado de forma adequada para o cuidado. E é nesse sentido que seja um estímulo do intelecto o primeiro passo para que favoreça o questionamento do sistema que lhes é imposto, enfrentando as situações que envolvam o contexto da saúde e da doença.

Gomes e Oliveira (2005) descrevem que a equipe de saúde, a atuação profissional do enfermeiro pautada no conhecimento científico permite a respeitabilidade mútua entre os profissionais e a confiabilidade da equipe no enfermeiro, gerando um trabalho interdisciplinar eficaz, ao mesmo tempo em que compartilha responsabilidade, deveres e direitos como podemos ler nas falas de Girassol e de Margarida quando comentam a

escolha do CCIP após a avaliação médica quando a criança está sem condições adequadas para sua inserção.

*Ele é mais visto a utilização pra gente como uma...um processo de exclusão médico, quando ele não quer fazer determinado procedimento invasivo, lança mão do Picc. Só que o entendimento da utilização do Picc, nem sempre é feito. Muitas vezes quer que a gente passe a inserção antes de 24 horas, o que não é o correto. A criança tá mega, ultra esfoliada e quer que a gente faça inserção se não consegue fazer um periférico, muito menos um Picc. Então, eu acho que ele é, além de ser pouco utilizado ainda, ele é pouco estudado. (Girassol)*

*Depois a gente pode até avaliar a criança que tem necessidade, mas a maior parte das vezes há uma indicação médica do cateter. A gente não tem autonomia para falar que a criança precisa do cateter. (...) Epicutâneo, 100% das vezes é um consenso né. (Margarida)*

Diante do exposto, entendo que a autonomia do enfermeiro durante seu trabalho seria a sua capacidade de decisão de acordo com as necessidades e prioridades do paciente, livre de qualquer influencia externa e interna.

O enfermeiro é um profissional que atua gerenciando e coordenando todo o processo de assistência ao cliente e tudo que está envolvido no contexto da instituição hospitalar. Acrescento, ainda, que a autonomia interfere no processo de definição das prioridades na assistência e o profissional precisa ter discernimento para agir sem que cause danos à integridade física.

Muitas vezes, a autonomia vem sendo discutida acerca da relação de enfermagem e hegemonia médica, sobre os conflitos vivenciados no dia a dia das equipes de saúde. O que pode ser confirmado por Gomes (2002), quando descreve que o conceito de autonomia não se esgota nos conflitos vivenciados na interioridade da equipe de saúde, que poderia gerar maior ou menor espaço de saberes e fazeres de uma ou outra profissão, mas constitui-se a partir da delimitação consistente do que é próprio da enfermagem, ou seja, daquilo que a caracteriza como profissão e a distingue das demais, ao mesmo tempo em que desenha ou redesenha saberes instrumentais.

Merhy (1997) entende que o trabalho de saúde tem características próprias que inclui um conjunto de saberes e práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um determinado problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um objeto de ação de saúde.

Ainda assim, o saber é considerado importante para que se estabeleça uma autonomia. Machado (1988) discorre que à medida que ressalta a mútua determinação



entre saber e poder, na medida em que não há uma relação de poder sem a constituição de um campo de saber, ao mesmo tempo em que um novo saber estabelece novas relações de poder.

Neste sentido, entendo que o conhecimento e o saber específico do enfermeiro constitui uma grande parte da autonomia profissional. Desta forma, a enfermagem, é uma profissão trabalha com a subjetividade, além de lidar com a autonomia no dia a dia, pautando-se no saber científico com o saber empírico derrubando barreiras e propiciando o cuidado ao seu paciente.

Gomes e Oliveira (2005) ainda acrescentam que o conhecimento científico, ou seja, sua presença ou ausência interfere na forma como a enfermagem se relaciona com as três populações com as quais convive diariamente, quer sejam a equipe de saúde, a clientela e a instituição a que pertence.

Então, a construção da autonomia profissional se dá por meio de cooperação e apoio e compartilhamento dos saberes entre todos da equipe multidisciplinar e, para Pereira-Neto (1997), a garantia da autonomia é parte integrante do processo de conquista de hegemonia da profissão no mercado de trabalho. Garantindo sua autonomia, o profissional passa a ter autoridade e liberdade para se auto-regular e atuar em sua esfera de competência.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O crescente desenvolvimento científico e tecnológico nas últimas três décadas tem privilegiado o investimento de recursos humanos com o objetivo de favorecer o desempenho das tarefas com eficiência, eficácia e portanto qualidade no serviço.

Hoje, a terapia intravenosa é uma técnica essencial no cuidado do recém-nascido e da criança internada e o profissional enfermeiro vem cada vez mais assumindo responsabilidades nos cuidados prestados direto a esses clientes.

A obtenção e manutenção de um acesso venoso é um dos grandes desafios da prática de enfermagem. Sendo que o enfermeiro possui respaldo legal para a realização da punção venosa periférica, tanto com cateter curto ou com CCIP, mas para isso ele deve possuir conhecimento científico para que haja o suporte na tomada de suas decisões melhorando, assim, a qualidade do cuidado a ser oferecido.

Alguns critérios foram utilizados pelos enfermeiros na escolha dos dispositivos venosos, como a situação clínica da criança, o conhecimento técnico-científico, a idade da criança, o tempo de uso e a terapêutica empregada no tratamento.

Muitos desses profissionais visam que o planejamento da assistência é um dos grandes valores para o enfermeiro, lhe conferindo segurança para a tomada de decisões em relação ao paciente. Adicionando a isto, o conhecimento técnico-científico do profissional lhe confere destreza e agilidade na decisão de sua conduta.

O CCIP nos serviços de pediatria e de neonatologia está se tornando mais frequente, apesar do pouco tempo de uso desta tecnologia dentro das unidades de alto risco. Por ser um dispositivo novo, a necessidade de qualificação dos profissionais se faz necessária para garantir a qualidade na assistência, diminuindo manipulações excessivas do cliente, além dos riscos de infecções quando são realizadas as diversas punções com cateter curto.

Os achados da pesquisa apontam que o enfermeiro tem autonomia para a inserção e manutenção do CCIP, porém a indicação do procedimento é médica mediante um processo de negociação, o que denominamos decisão compartilhada.

Alguns fatores são avaliados na escolha de qual tipo de dispositivo venoso periférico a ser utilizado, como o diagnóstico, a terapia venosa a ser empregada, o uso

prolongado de antibióticos, as condições da rede venosa e as condições físicas e clínicas da criança.

São grandes as barreiras encontradas e que vão desde a falta de material até a capacitação/reciclagem para todos os enfermeiros lotados nos setores de pediatria da Instituição.

Sendo assim, a criação de protocolos direcionados para a escolha do dispositivo venoso em recém-nascidos e crianças e uma comunicação mais articulada entre a equipe de enfermagem e médica, se faz necessário, levando a uma discussão dos casos clínicos ajudando na qualidade da assistência prestada a essas crianças internadas na Instituição Universitária.

Investimentos na educação dos Enfermeiros como a criação de Cursos de Reciclagem e Capacitação são formas de instrumentos que auxiliam o profissional a refletir sobre a importância de seu trabalho motivando-o na busca de enriquecimento profissional e compartilhando seu trabalho com todos os envolvidos na assistência de enfermagem da Instituição.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Portaria nº 272/98. Aprova o regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. **Diário Oficial [da] União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 abr. 1999.

\_\_\_\_\_. Consulta Pública nº 19/2001: **Regulamento Técnico de Boas Práticas de utilização das Soluções Parenterais em Serviços de Saúde**. Brasília: Anvisa, 2001.

ALENCAR, L.F.A. de **Acesso venoso central em recém-nascidos: inserção periférica versus dissecação venosa**. 2005. 64 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - APECIH. **Infecção relacionada ao uso de cateteres vasculares**. 3.ed. São Paulo: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRAGA, L.M. **Cateter Central de Inserção Periférica - CCIP: investigação prospectiva em recém-nascidos submetidos à terapia intravenosa**. 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde) - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006.

BRASIL. Lei. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1.

BROWN, J. Peripherally inserted central catheters. In: TENENBAWN, L. **Cancer Chemotherapy and Biotherapy**. A reference guide. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W B Saunders, 1994. p.429-445.

CAMARGO, F. C.; MAGALHÃES, C. R.; XAVIER, S. O. A produção nacional de enfermagem sobre o cateter central de inserção periférica. **Enfermagem Brasil**, v. 7, n. 6, p. 364-368, 2008.

CAMARGO, P.P. et al. Localização inicial da ponta de cateter central de inserção periférica (PICC) em recém-nascidos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 723-728, 2008.

CARVALHO, V. de. **Sobre o Projeto para aplicações de Novas Metodologias ao Processo Ensino-Aprendizagem** - a experiência de mudança curricular na Graduação. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 2006.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections**, ago. 2002. 51(RR-10).

CHAIT, P.G. et al. Peripherally Inserted Central Catheters in Children. **Radiology**, v. 197, n. 3, p. 775-778, 1995.

CHAUD, M.N. e cols. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 162**, de 14 de maio de 1993. Dispõe sobre a administração da nutrição parenteral e enteral. Brasília: Cofen, 1993.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 258**, de 12 de julho de 2001. inserção de cateter periférico central pelos enfermeiros. 2001. Disponível em: <[http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/RES\\_COFEN\\_258\\_2001.swf](http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/RES_COFEN_258_2001.swf)>. Acesso em: 14 nov. 2008.

CONSELHO REGIONAL DO RIO DE JANEIRO. Parecer técnico nº 09/2000. **Inserção de cateter venoso periférico (PICC) por enfermeiro**. Rio de Janeiro: Cofen, 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIGUEIREDO, N. M. A. e cols. **Práticas de enfermagem**: apresentando a enfermagem e sua prática: fundamentos, conceitos, situações e exercícios. SP: Difusão Enfermagem, 2002.

FORMIGA, J.M.M. et al. **Perfil do enfermeiro/aluno do curso de especialização PROFAE/RN**. Disponível em: <[http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_perfil05.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil05.pdf)>. Acesso em: 22 out. 2008.

FULTON, J.S. Long-term vascular access devices. Annu. **Rev. Nurs. Res.**, v.15, p.237-62,1997.

GOMES, A.M.T. **A autonomia profissional da enfermagem em saúde pública**: um estudo de representações sociais. 2002. 264f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

GOMES, A.M.T.; OLIVEIRA, D.C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev.Esc.Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n.2, p. 145-153, 2005.

GUIMARÃES. Luciano da Silva. **Utilização de Acesso Venoso Profundo em Pediatria no Instituto Fernandes Figueira**: estudo observacional. 2004. 190 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

HORATTAS, M.C. e cols. Changing concepts in long term central venous access: catheter selection and cost savings. **American Journal of Infection Control**, v. 29, n. 1, p. 32-40, 2001.

KOCH, R.M. et al. **Técnicas Básicas enfermagem**. 17.ed. Curitiba: Século XXI, 2000.

LESER, E. e cols. Use of midline catheters in low birth weight infants. **J. Perinatol**, n. 16, p. 205-207, 1996.

LIMA, F.D. de; NETO, M. Uso de acesso venoso em Terapia Intensiva Pediátrica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 59., 2007, Brasília. **Resumos...** Brasília: ABEn, 2007. Disponível em: <[http://www.abendf.com.br/CD/rel\\_titulos.htm#974](http://www.abendf.com.br/CD/rel_titulos.htm#974)>. Acesso em: 25 nov. 2008.

MACHADO, M.H. As profissões e o SUS - Arenas conflitivas. **Divulgação em Saúde para debate**, São Paulo, v.14, p-44-47, ago.1996.

MACHADO, R. Introdução:por uma genealogia do poder. In: FOULCAULT, M., **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1988. p.vii-xxiii.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido:a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-111.

MINAYO, M.C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. 9.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2006.

MOREIRA, M.E.L.; LOPES, L.M.A.; CARVALHO, M. **O recém nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 3.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NASCIMENTO, M. A. L.; SOUZA, E. F. **A síndrome da criança com o membro superior mobilizado para infusão venosa**. uma contribuição da semiologia para o cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2001.

NASCIMENTO, E. **Infusão intravenosa em veia periférica: associações entre motivos de interrupção e fatores envolvidos**. 1994. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1994.

\_\_\_\_\_. **Acesso Vascular: Procedimento Invasivo**. In: II FÓRUM DE EDUCAÇÃO TECNOLOGIA EM SAÚDE (FETES). 2001. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/infeccao/FETES/FETES.htm>>. Acesso em: 19 ago. 2007

OLIVEIRA, H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.326-332, jul./set. 1993.

PALA, A.M. et.al. **Rotina para cateter venoso central de inserção periférica em neonatos**. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2002. 31p.

PEDROZA, E.R. **A Manutenção do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) em Pacientes Pediátricos do Instituto Fernandes Figueira - Fiocruz.** 2004. 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PEREIRA-NETO, A. F. Tornar-se cientista: o ponto de vista de Bruno Latour. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 109-118, jan./mar. 1997.

PEREIRA, R.C. C.; ZANETTI, M. L. Complicações decorrentes da terapia intravenosa em pacientes cirúrgicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, out. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000500004)> . Acesso em: 20 jul. 2007.

PESSINI, L. Os princípios da bioética: breve nota histórica. In: PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Fundamentos da bioética.** São Paulo: Paulus, 1996. p. 51-55.

PHILLIPS, D.L. **Manual de Terapia Intravenosa.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTOS, A. C. **O cateter epicutâneo no cotidiano do cuidado de enfermagem à criança crítica:** limites e desafios para uma prática autônoma. 2002. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SHIRATORI, K. et al. A garantia dos direitos humanos fundamentais: a reflexão para o desenvolvimento do cuidado em enfermagem. In: PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 2002, Rio de Janeiro. **Anais ...** Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

SILVA, G. R. G.; NOGUEIRA, M. F. H. **Terapia intravenosa em recém-nascidos:** orientações para o cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2004.

TANNURI, U. Acesso venoso profundo. In: FAZIO JÚNIOR, J. **Cuidados Intensivos no Período Neonatal.** São Paulo: Sarvier, 1999. p.373-376.

TORRES, M.M.; ANDRADE, D.; SANTOS C. B. Punção venosa periférica: avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem. **Rev Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 299-304, 2005.

VENDRAMIM, P. e cols. Cateteres Centrais de Inserção Periférica em Crianças de Hospitais do Município de São Paulo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 331-339, 2007.

WEINSTEIN, S.M. **Plummer's principles and practice of intravenous therapy.** 7.ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 2001.

WILLIG, M.H.; LEONARDT, M.H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 2, p. 177-182, 2006.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica** – elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed.  
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.



## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Termo de Atendimento à Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

Prezado colega,

Eu, Franciane Dantas de Lima, enfermeira, portadora do CPF 09029869761, Rg 107106528, estabelecido (a) na Rua São Cristóvão, nº6, Ponta D´Areia, Niterói, CEP. 24040-200 - Rio de Janeiro, telefones de contato (21) 26128050 ou (21) 96384939, estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é **“A escolha do dispositivo de cateterização venosa periférica: contribuições para o cuidado de enfermagem”**, seus objetivos são: **Identificar os critérios de escolha dos dispositivos venosos periféricos pelo enfermeiro e discutir as barreiras para a escolha dos dispositivos venosos para o cuidado ao recém-nascido e à criança com acesso periférico.**

Sendo assim, necessito, se possível for, que o(a) sr.(a) forneça informações a respeito dos fatores que influenciam na sua escolha no que se refere à tecnologia para cateterização venosa periférica de crianças hospitalizadas neste Serviço de Pediatria. Da sua categoria profissional, tempo de atuação na pediatria e se possui algum tipo de especialização.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária. A entrevista será de perguntas abertas que deverão ser respondidas sem minha interferência ou questionamento e não acarretará qualquer risco à sua integridade física, emocional ou moral.

Sua participação não trará qualquer benefício direto ou imediato, mas proporcionará para a equipe de enfermagem, em sua prática assistencial, a conscientização crítica na escolha do dispositivo intravenoso em crianças e recém-nascidos.

Não existe outra forma de obter dados com relação ao procedimento em questão e que possa ser mais vantajoso. Por esta razão, sua participação e o seu depoimento são fundamentais neste estudo.

Informo que o(a) sr.(a). terá a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. (Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, situada à Rua Mariz e Barros, nº 775, Tijuca - CEP. 20.270-004, telefone: 2264.5177).

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer tipo de prejuízo ou ônus.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as informações prestadas por outros participantes da pesquisa, não sendo divulgado a identificação de nenhum de vocês.

O(A) sr.(a). tem o direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Os dados coletados serão utilizados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através da conclusão da dissertação, em artigos científicos e em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Anexo está o consentimento livre e esclarecido para ser assinado caso não haja qualquer dúvida.

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que forma lidas para mim, descrevendo o estudo **“A escolha do dispositivo de cateterização venosa periférica: contribuições para o cuidado de enfermagem”**.

Eu discuti com a Pesquisadora Franciane Dantas de Lima sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de qualquer tipo de despesa e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ao pesquisador a utilizar as informações obtidas por ocasião das entrevistas, na elaboração de sua dissertação, bem como na elaboração de artigos científicos para publicação e apresentação em eventos científicos.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado

Nome:

RG:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

- 1) Que fatores influenciam na sua escolha ou indicação no que se refere à tecnologia da punção venosa periférica de recém nascidos e crianças hospitalizadas aqui neste serviço de pediatria?

**ANEXOS**

## ANEXO A

## APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA – HUGG



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

MEMO CEP/HUGG / N° 029 / 2008

Rio de Janeiro, 21 de fevereiro de 2008

À

**Ilm<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> Franciane Dantas de Lima**

*Pesquisadora responsável*

Conforme decisão do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, em reunião realizada em 21 de fevereiro de 2008, o projeto “*Cateterização venosa periférica em pediatria: tecnologia do cuidar em enfermagem*”, de número 71/2007 - CEP/HUGG, foi analisado e **APROVADO**, de acordo com a Resolução CNS n° 196/96.

Informamos que, de acordo com a Resolução CNS n° 196/96, cabe ao pesquisador apresentar ao CEP/HUGG os **relatórios parciais (semestrais) e final** do projeto aprovado.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Pedro Eder Portari Filho**  
Coordenador do CEP/HUGG

## ANEXO B

## APROVAÇÃO PELA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Andamento do Projeto

[http://portal.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/extrato\\_projeto.cfm?C...](http://portal.saude.gov.br/sisnep/pesquisador/extrato_projeto.cfm?C...)

Andamento do projeto - CAAE - 0076.0.328.000-07				
Título do Projeto de Pesquisa				
Cateterização Venosa Periférica em Pediatria:Tecnologia do Cuidar em Enfermagem				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	07/12/2007 11:49:17	26/02/2008 12:02:44		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	07/12/2007 02:04:25	Folha de Rosto	FR171111	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	07/12/2007 11:49:17	Folha de Rosto	0076.0.328.000-07	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	26/02/2008 12:02:44	Folha de Rosto	171111-71/2007	CEP

[Voltar](#)