

PREVENÇÃO DE FLEBITE: CONHECIMENTO, HABILIDADE E ATITUDE DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PREVENTION OF PHLEBITIS: KNOWLEDGE, SKILLS, AND ATTITUDE OF THE NURSING TEAM

PREVENCIÓN DE FLEBITIS: CONOCIMIENTO, HABILIDAD Y ACTITUD DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Maria Layanne Nunes Lourenço da Silva^{1*}, Keisy Leal Campelo¹, Giovanna de Abreu Castro¹, Heitor Monteiro Guerra¹, Sandra Regina Silva de Moura¹, Rubiane Gouveia de Souza e Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento, habilidade e atitude de enfermeiros sobre flebites, incluindo prevenção, identificação e classificação, correlacionando os fatores sociodemográficos e de trabalho. **Métodos:** Estudo descritivo e transversal, realizado no IMIP com 186 profissionais de enfermagem. Avaliou perfil sociodemográfico, aspectos do trabalho, conhecimento, habilidade e atitude. Os dados foram analisados com frequências, medidas de tendência central e dispersão, e testes paramétricos/não paramétricos com significância de 5%. **Resultados:** Os profissionais, majoritariamente mulheres (93,5%) com média de 35,8 anos, atuavam principalmente em enfermaria (38,3%) e UTI (26,9%). A maioria não possuía outro vínculo empregatício (73,1%) e 33,3% tinham mais de 10 anos de serviço. Quanto à capacitação, 56,5% haviam recebido treinamento sobre prevenção de flebite e 61,8% conheciam o Bundle. Verificou-se bom conhecimento sobre manifestações clínicas e manutenção do cateter, mas fragilidades na classificação e fisiopatologia da flebite. Nas práticas, destacou-se adesão ao flushing, desinfecção de conexões e inspeção do sítio, porém baixa notificação de flebites. Profissionais com maior escolaridade apresentaram melhores resultados ($p < 0,05$) na manutenção de cateter. **Conclusão:** Identificou-se lacunas teóricas e baixa notificação de eventos adversos na prevenção de flebite, ressaltando a importância de capacitação contínua e suporte organizacional.

Palavras-chave: Flebite, Equipe de Enfermagem, Prevenção de Doenças.

ABSTRACT

Objective: To evaluate nurses' knowledge, skills, and attitudes regarding phlebitis, including prevention, identification, and classification, correlating sociodemographic and work-related factors. **Methods:** A descriptive and cross-sectional study conducted at IMIP with 186 nursing professionals. It assessed sociodemographic profile, work aspects, knowledge, skills, and attitudes. Data were analyzed using frequencies, measures of central tendency and dispersion, and parametric/nonparametric tests, with a 5% significance level. **Results:** The professionals were mostly female (93.5%), with a mean age of 35.8 years, working mainly in inpatient units (38.3%) and ICUs (26.9%). Most did not have another job (73.1%), and 33.3% had over 10 years of professional experience. Regarding training, 56.5% had received instruction on phlebitis

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife-Pernambuco. *E-mail: marialayanne9678@gmail.com.

prevention and 61.8% were familiar with the Bundle. Good knowledge was observed concerning clinical manifestations and catheter maintenance, but weaknesses were found in phlebitis classification and pathophysiology. In practice, adherence to flushing, disinfection of connections, and inspection of the insertion site stood out, although phlebitis underreporting was noted. Professionals with higher education levels showed better results ($p<0.05$) in catheter maintenance. **Conclusion:** The study identified theoretical gaps and low reporting of adverse events in phlebitis prevention, emphasizing the importance of continuous training and organizational support.

Key words: Phlebitis, Nursing Team, Disease Prevention.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el conocimiento, las habilidades y las actitudes de los enfermeros sobre flebitis, incluyendo prevención, identificación y clasificación, correlacionando los factores sociodemográficos y laborales. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal realizado en el IMIP con 186 profesionales de enfermería. Se evaluaron el perfil sociodemográfico, los aspectos laborales, el conocimiento, las habilidades y las actitudes. Los datos fueron analizados mediante frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, y pruebas paramétricas/no paramétricas, con un nivel de significancia del 5%. **Resultados:** Los profesionales eran en su mayoría mujeres (93,5%), con una edad media de 35,8 años, que trabajaban principalmente en salas de hospitalización (38,3%) y en unidades de cuidados intensivos (26,9%). La mayoría no tenía otro empleo (73,1%) y el 33,3% contaba con más de 10 años de experiencia. En cuanto a la capacitación, el 56,5% había recibido formación sobre prevención de flebitis y el 61,8% conocía el Bundle. Se observó buen conocimiento sobre las manifestaciones clínicas y el mantenimiento del catéter, pero debilidades en la clasificación y fisiopatología de la flebitis. En la práctica, se destacó la adherencia al *flushing*, la desinfección de las conexiones y la inspección del sitio, aunque con baja notificación de flebitis. Los profesionales con mayor nivel educativo presentaron mejores resultados ($p<0,05$) en el mantenimiento del catéter. **Conclusión:** Se identificaron brechas teóricas y baja notificación de eventos adversos en la prevención de flebitis, resaltando la importancia de la capacitación continua y el apoyo organizacional.

Palabras clave: Flebitis, Equipo de Enfermería, Prevención de Enfermedades.

INTRODUÇÃO

Os cuidados destinados a pacientes hospitalizados, exigem atenção profissional especializada, de forma contínua e que promovam diagnóstico, monitorização e terapêutica (NAKANDAKARI et al., 2018). Dentre as intervenções empregadas no ambiente hospitalar, destaca-se a terapia intravenosa (TIV) (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2019). Devido à sua abrangência diagnóstica e terapêutica, estima-se que mais de um terço dos pacientes internados necessitem de TIV associada ao cateter venoso periférico (CVP), constituindo assim, para a enfermagem, uma das mais frequentes práticas clínicas (ENES et al., 2016).

Considerando os diversos benefícios desse procedimento, a sua ampla utilização e instalação pode estar relacionada com o desenvolvimento de eventos adversos (EA) locais e sistêmicos (JOHANN et al., 2016). Dentre as complicações mais comuns relacionadas ao CVP, destaca-se a flebite, que é um processo inflamatório na camada interna do vaso sanguíneo. Apesar de preveníveis, estudos evidenciam a alta incidência desse evento adverso, um estudo realizado em 2019 com 234 pacientes com CVP, identificou flebite em 55,6% dos pacientes (BRAGA et al., 2019; URBANETTO et al., 2017; ABDUL-HAK; BARROS, 2014).

Existem 4 grupos etiológicos para a flebite: mecânico, químico, bacteriano e pós infusional. Mecânico, quando decorre do trauma causado pela inserção inadequada do CVP na túnica íntima venosa; químico ao

resultar da infusão de fluídos ou soluções com extremos de pH e de osmolaridade, irritantes ao tecido vascular ou não adequadamente solubilizados; bacteriano quando relacionada à quebra de técnica asséptica durante a inserção do cateter ou pelo manuseio inadequado de curativos, dispositivos e soluções; e pós infusional, que acarreta a formação de trombo sanguíneo por obstrução venosa, ocorrendo de 24 a 96 horas após a retirada do dispositivo venoso (REIS; CARVALHO, 2010; SILVA COSTA et al., 2017).

A manifestação dos sinais flogísticos da flebite são caracterizadas em: grau 1, pela presença de hiperemia no sítio de fixação do cateter, com ou sem dor local; grau 2, com a presença de dor no sítio de inserção do cateter associado a hiperemia e/ou edema e endurecimento; grau 3, caracterizado pela formação de cordão venoso palpável; grau 4, quando o cordão venoso palpável apresenta drenagem purulenta (URBANETTO et al., 2017; BRAGA et al., 2016).

No ambiente hospitalar, a flebite é considerada uma das principais falhas de infusão e está constantemente relacionada à má qualidade da técnica de assepsia ou contaminação do cateter, constituindo um EA (URBANETTO et al., 2017). Se não houver intervenção precoce, pode ocasionar danos locais, como dor e edema, até danos graves, como tromboflebite, amputação de membro, septicemia e óbito, que compromete a segurança do paciente, uma vez definido pela *Infusion Nurses Society* (INS) a taxa aceitável de flebite deve ser inferior a 5% dos acessos venosos (GORSKI, 2017).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) instituído pela Portaria 529/2013 do Ministério da Saúde (MS), surge decorrente das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2014). A iniciativa tem como objetivo, "a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional." O PNSP dispõe de um conjunto de medidas para prevenir e diminuir a ocorrência de incidentes nos serviços de saúde utilizando as seis metas de segurança do paciente, entre elas, a correta higienização das mãos, que é a principal medida para prevenção de flebites bacterianas. Desta forma, a redução, a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado a assistência de saúde, corresponde à definição do conceito de segurança do paciente (BRASIL, 2013).

Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, que aborda a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem, é de incumbência do enfermeiro a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem Profissional, bem como diagnóstico de enfermagem em um dado momento do processo saúde e doença e a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009; BRASIL, 1986).

Sendo assim, a equipe de enfermagem é responsável pelo cuidado de inserção, fixação e manutenção do CVP em pacientes que necessitam de TIV, bem como prevenir falhas na assistência em saúde, identificar EA e promover a segurança e o bem-estar dos pacientes (INOCÊNCIO et al., 2017). O enfermeiro deve possuir conhecimentos teóricos e habilidades técnicas para a realização do procedimento e conhecer as propriedades farmacodinâmicas dos medicamentos, para diminuir a incidência de casos de flebite no ambiente hospitalar (BRAGA et al., 2018).

Considerando que a flebite é ocasionada, na maioria dos casos, por fatores relacionados com a prática de enfermagem e um EA evitável, este estudo tem por objetivo avaliar a competência dos enfermeiros acerca da prevenção das flebites, verificando o conhecimento, a habilidade e a atitude desses profissionais.

MÉTODOS

Foi conduzida análise descritiva, tipo corte transversal, para caracterizar as variáveis estudadas. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de frequências absolutas e percentuais, enquanto as variáveis quantitativas foram analisadas através de medidas de tendência central, como a média e a mediana, e de dispersão, como o desvio padrão e valores máximos e mínimos.

O estudo foi realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), hospital de referência do estado de Pernambuco que oferece atendimento de alta complexidade, 100% ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma entidade filantrópica que atua nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do IMIP, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 83206024.8.0000.5201, além de ter sido desenvolvido conforme o calendário vigente do Programa de Iniciação Científica da Faculdade Pernambucana de Saúde.

O tamanho da amostra foi inicialmente definido a partir de cálculo amostral, considerando o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem da instituição, nível de significância de 95%, erro amostral de 5% e acréscimo de 10% de margem de segurança, totalizando 341 participantes. No entanto, durante o processo de coleta de dados, foi possível obter respostas de 186 profissionais, número que corresponde a 54,5% da amostra estimada, com perda amostral em razão da recusa, indisponibilidade ou afastamento dos profissionais.

Foram incluídos no estudo profissionais da equipe de enfermagem, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, que possuíam vínculo empregatício com a instituição, além de enfermeiros residentes e acadêmicos de enfermagem do 9º e 10º períodos da FPS. Foram excluídos aqueles que referiram não ter vivência com TIV, bem como profissionais que estavam afastados de suas atividades por licença médica, férias ou aposentadoria.

Os profissionais da equipe de enfermagem foram abordados nos respectivos ambientes e turnos de trabalho pela equipe de pesquisadoras e convidados para participar da pesquisa. Após o fornecimento dos devidos esclarecimentos, aqueles que preenchiam os critérios de elegibilidade e aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes puderam optar por responder o questionário junto à equipe de pesquisadoras ou receber o link para preenchimento virtual.

O instrumento de coleta foi elaborado pelas pesquisadoras, de acordo com as boas práticas descritas na literatura e nas recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a escala de Maddox. As variáveis analisadas correspondiam ao perfil sociodemográfico, aspectos quanto ao local de trabalho e avaliação do conhecimento teórico, habilidade e prática.

Os dados da pesquisa foram revisados quanto à qualidade das informações, cumprindo os critérios de elegibilidade, e desconsiderando possíveis informações duvidosas ou inconsistentes que possam comprometer a confiabilidade do estudo.

Para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk. Com base nos resultados obtidos, selecionaram-se os métodos inferenciais mais adequados para analisar as relações entre as variáveis. Nas comparações entre variáveis qualitativas e quantitativas, empregaram-se testes paramétricos (teste T de Student e teste F) ou não paramétricos (teste de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis), conforme a distribuição dos dados e a homogeneidade de variâncias. Quando a variável qualitativa apresentava mais de duas categorias com diferenças significativas, realizou-se análise post-hoc para identificar entre quais grupos específicos ocorriam essas diferenças. Em todas as análises, considerou-se um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Durante o processo de coleta de dados, foi possível obter respostas de 186 profissionais da equipe de enfermagem, que configuraram a amostra do estudo. Em relação ao sexo, 93,5% dos participantes eram o sexo feminino. A maior parte dos profissionais de enfermagem (39,8%) possuíam o cargo de enfermeiro e 22,6% dos participantes em geral possuíam nível superior. Quanto ao tempo de formação, observa-se que a maioria expressiva dos profissionais, representando 43,6%, formou-se há mais de 10 anos. Em relação à presença de outro vínculo empregatício, observou-se que a maioria, 136 participantes (73,1%), afirmou não possuir outro vínculo (Tabela 1).

As idades variaram de 20 a 61 anos, com média de 35,8 anos ($\pm 10,1$) e mediana de 35 anos, indicando uma distribuição relativamente equilibrada em torno do valor central. O desvio-padrão de 10,1 anos evidencia uma dispersão moderada em relação à média, sugerindo a presença de profissionais tanto mais jovens, em início de carreira, quanto mais experientes, com maior tempo de atuação na área (Tabela 1).

No que se refere às características relacionadas ao trabalho, a maioria dos participantes (93,0%) atuava no turno diurno. Em relação ao tempo de atuação na instituição, observou-se que 33,3% dos profissionais possuíam mais de 10 anos de serviço e esses dados evidenciam a presença de profissionais com diferentes níveis de experiência, desde recém-ingressos até aqueles com longo tempo de vínculo institucional (Tabela 2).

Tabela 1 - Características do perfil sociodemográfico dos profissionais de enfermagem

Variáveis	Nº (186)	%
Sexo		
Feminino	174	93,5
Masculino	12	6,5
Idade		
Entre 20 e 24 anos	22	11,8
Entre 25 e 39 anos	99	53,2
Entre 40 e 59 anos	62	33,3
60 anos ou mais	3	1,7
Cargo		
Enfermeiro	74	39,8
Técnico de Enfermagem	71	38,2
Enfermeiro Residente	22	11,8
Acadêmico de Enfermagem (internato)	19	10,2
Nível de escolaridade		
Acadêmico de enfermagem	24	12,9
Técnico	59	31,7
Especialista	52	28,0
Superior	42	22,6
Mestre	8	4,3
Doutor	1	0,5
Tempo de formação		
Não se aplica (acadêmico de enfermagem)	17	9,1
Menos de 1 ano	6	3,2
Entre 1 a 3 anos	37	19,9
Entre 4 a 6 anos	23	12,4
Entre 7 a 9 anos	22	11,8
Mais de 10 anos	81	43,6
Possui outro vínculo empregatício		
Não	136	73,1
Sim	50	26,9

Fonte: SilvaMLNL, et al., 2025.

Quanto ao número de pacientes sob responsabilidade, verificou-se que a maior parte dos profissionais cuidava de 10 a 19 pacientes (33,3%) ou de mais de 20 pacientes (24,2%), demonstrando uma carga assistencial significativa entre os profissionais da enfermagem. No que tange à capacitação, 56,5% dos participantes informaram já ter recebido treinamento sobre prevenção de flebite e quando questionados sobre treinamento para instalação de cateteres, as respostas ficaram equilibradas: 51,1% afirmaram já ter recebido treinamento, enquanto 48,9% não tiveram essa oportunidade (Tabela 2).

Por fim, ao avaliar o conhecimento sobre o Bundle de prevenção, observou-se que 61,8% dos profissionais declararam conhecê-lo, enquanto 38,2% relataram não ter familiaridade com essa estratégia (Tabela 2).

Em relação aos setores de atuação dos profissionais, verificou-se maior concentração na enfermagem, que abrangeu 38,3% da amostra, seguida pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com 26,9%. Outros setores também apresentaram participação relevante, como ambulatório (9,1%), hemodiálise (5,9%) e setores obstétricos (5,4%). Os demais setores, como emergência (3,8%), exames (2,2%), oncologia (2,2%), cuidados paliativos (1,1%) e vacina (1,1%) apresentaram menor frequência de profissionais. Setores mais específicos, como banco de leite humano, centro cirúrgico, hospital dia e time de cateter, contaram com apenas 0,5% da amostra cada. (Tabela 2).

Tabela 2 - Características e aspectos quanto ao trabalho

Variáveis	N=186	%
Horário de trabalho		
Diurno	173	93,0
Noturno	13	7,0
Tempo de atuação na instituição		
Não se aplica (acadêmico de enfermagem)	15	8,1
Menos de 1 ano	30	16,1
Entre 1 a 2 anos	31	16,7
Entre 2 a 3 anos	1	0,5
Entre 4 a 6 anos	27	14,5
Entre 7 a 9 anos	20	10,8
Mais de 10 anos	62	33,3
Sector		
Enfermaria	71	38,3
UTI	50	26,9
Ambulatório	17	9,1
Hemodiálise	11	5,9
Setores obstétricos	10	5,4
Emergência	7	3,8
Exames	4	2,2
Oncologia	4	2,2
Cuidados paliativos	2	1,1
Não Responderam	2	1,1
Residente	2	1,1
Vacina	2	1,1
Banco de leite humano	1	0,5
Centro cirúrgico	1	0,5
Hospital dia	1	0,5
Time de cateter	1	0,5
População do setor		
Adulto	70	37,6
Pediatria	64	34,4
Maternidade	31	16,7
Geral	21	11,3
Número de pacientes sobre seus cuidados		
Até 2 pacientes	20	10,7
Entre 3 a 5 pacientes	28	15,1
Entre 6 a 9 pacientes	31	16,7
Entre 10 a 19 pacientes	62	33,3
Mais de 20 pacientes	45	24,2
Recebeu treinamento sobre prevenção de flebite		
Sim	105	56,5
Não	81	43,5
Recebeu treinamento sobre instalação de cateteres		
Sim	95	51,1
Não	91	48,9
Conhece o Bundle de prevenção		
Sim	115	61,8
Não	71	38,2

Fonte: Silva MLNL, et al., 2025.

Ao analisar a população atendida, encontramos 37,6% à população adulta, 34,4% dos profissionais prestavam assistência à população pediátrica e 16,7% dos profissionais atuavam no contexto da maternidade, enquanto 11,3% referiram atender a uma população geral, sem delimitação etária específica (Tabela 2).

Tabela 3 - Percentual de acertos para as questões de múltipla escolha com apenas uma assertiva

Pergunta do Questionário	Nº	%
Q1 - Definição de flebite	159	85,5
Q2 - Mecanismo fisiopatológico	94	50,5
Q3 - Medidas preventivas	123	66,1
Q4 - Manifestações clínicas	170	91,4
Q5 - Manutenção do CVP	170	91,4
Q6 - Classificação de flebite	120	64,5
Q7 - Classificação do grau de flebite	41	22,0
Q8 - Classificação do grau de flebite	88	47,3
Q 9 - Conduta após identificação de flebite	168	90,3

Fonte: Silva MLNL, et al., 2025.

Para as questões de múltipla escolha, com apenas uma resposta correta, foi elaborada uma tabela representando o percentual de acertos (Tabela 3). Observa-se que a maioria dos participantes demonstrou bom conhecimento em relação às manifestações clínicas da flebite (91,4%) e às medidas necessárias para manutenção do cateter venoso periférico (CVP) (91,4%), além de reconhecer a conduta adequada diante de um paciente que apresentou dor, edema e hiperemia no sítio de inserção do dispositivo (90,3%). No entanto, em questões relacionadas à classificação da flebite por meio da escala de Maddox, os índices de acerto foram mais baixos, 64,5% acertaram a questão sobre a escala mais utilizada, enquanto somente 22,0% identificaram corretamente o grau em que a presença de dor, edema, hiperemia e cordão venoso palpável deveria ser classificada (Tabela 3).

Outra fragilidade identificada foi em relação ao reconhecimento dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos no desenvolvimento da flebite, em que apenas 50,5% responderam corretamente. Da mesma forma, a questão sobre os sinais clínicos de dor e edema foi respondida corretamente por 47,3% dos participantes, revelando insegurança quanto à classificação desses sintomas (Tabela 3).

Tabela 4 - Percentual de de concordância para as assertivas propostas pela equipe pesquisadora

Pergunta do Questionário	Discordo totalmente / Discordo	Concordo totalmente / Concordo
Q 10 - Conheço recomendações da ANVISA	17,99%	82,01%
Q 11 - Considero a flebite um evento adverso	4,60%	95,40%
Q 12 - Considero flebites mecânicas inevitável	61,11%	38,89%
Q 13 - Concordo com uso flushing antes e após	6,70%	93,30%
Q 14 - Concordo com o flushing realizado SF	2,78%	97,22%
Q 15 - Concordo com desinfecção por 10 seg	9,25%	90,75%

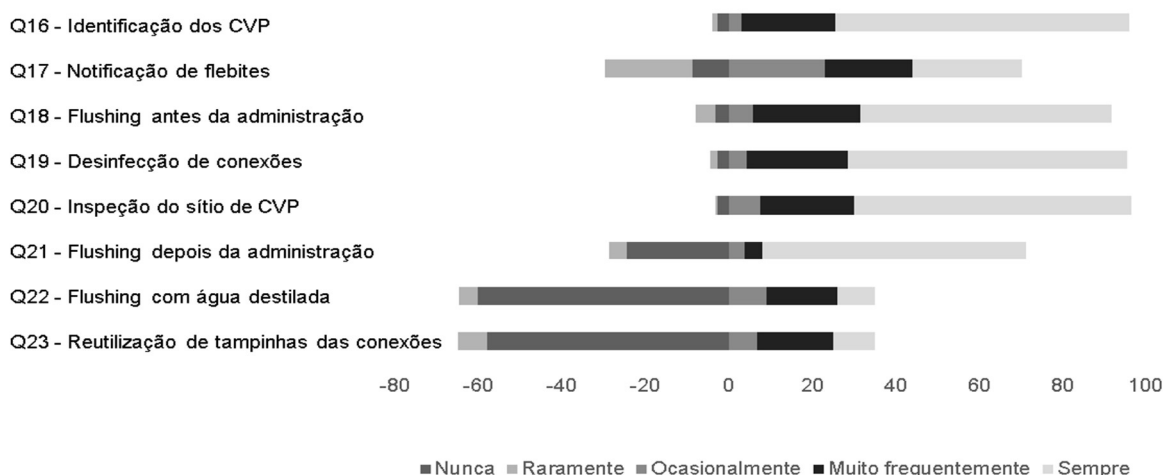
Fonte: Silva MLNL, et al., 2025.

Quanto a questão do nível de concordância, detalhado na Tabela 4. Verificou-se que 82,01% dos profissionais declararam conhecer totalmente as recomendações da ANVISA (2017), enquanto apenas 17,99% afirmaram não ter total domínio sobre o documento. Quanto à ocorrência de flebite, a maioria reconheceu tratar-se de um evento adverso 95,40%. Em relação às flebites mecânicas, os resultados mostraram divergência: 61,11% discordaram da afirmativa de que não são preveníveis, ao passo que 38,89% concordaram, revelando incerteza conceitual (Tabela 4).

A maioria absoluta dos profissionais concorda quanto à necessidade de realizar o flushing antes e após a administração de medicamentos (93,30%), utilizando solução fisiológica (97,22%), bem como sobre a importância da desinfecção das conexões por pelo menos 10 segundos (90,75%) (Tabela 4).

Os resultados evidenciaram que a maioria declarou sempre realizar a identificação dos acessos venosos (70,4%), demonstrando adesão satisfatória a essa prática. Contudo, em relação à notificação das flebites como eventos adversos, apenas 26,3% afirmaram realizá-la sempre, enquanto 23,1% responderam que o fazem apenas ocasionalmente e 21% raramente (Figura 1).

Figura 1 - Descrição da frequência de realização das ações propostas pela equipe pesquisadora



Fonte: Silva MLNL, et al., 2025.

As práticas relacionadas ao flushing apresentaram melhores índices: 60,2% afirmaram sempre realizar o procedimento antes da administração de medicamentos e 63,2% relataram realizá-lo sempre após, reforçando a importância atribuída pelos profissionais à técnica. Da mesma forma, 67,2% relataram sempre realizar a desinfecção das conexões, e 66,7% afirmaram inspecionar regularmente o sítio de inserção do CVP. Foi identificado que parte dos participantes relatou reutilizar as tampinhas dos dispositivos: 58,8% relataram nunca utilizá-las, mas ainda assim 18,2% admitiram fazê-lo frequentemente e 10,2% sempre (Figura 1).

Na figura 1, apresentamos a através da escala likert a frequência de adesão a boas práticas nas questões 16 a 21 e a práticas incorretas nas questões 22 e 23. Observamos baixa adesão a boas práticas nos itens de notificação, onde a soma das respostas “muito frequente e sempre corresponderam a 47,2% e na realização de flushing após a administração de medicamentos, onde as somas resultaram em 67,5%. Nos demais processos a adesão foi maior que 80%.

Ao calcular a correlação entre variáveis, as hipóteses que apresentaram significância estatística (valor de $p < 0.05$), foram a categoria profissional e escolaridade. Os enfermeiros e enfermeiros residentes obtiveram melhores resultados nas questões de conhecimento, habilidade e atitude, quando comparados aos técnicos de enfermagem, com valor de p de 0.001 e 0.004, respectivamente. Já o teste de correlação relacionada a escolaridade, trouxe os especialistas com os melhores resultados e significância estatística de 0.001.

As hipóteses envolvendo tempo de atuação e treinamentos, não obtiveram significância estatística, com valor de p 0.083 e 0.049, respectivamente.

DISCUSSÃO

A flebite é o evento adverso mais comum na rotina hospitalar (FERREIRA et al., 2024). Com isso, o conhecimento e as habilidades da equipe de enfermagem voltadas à prevenção de flebites correspondem à parte expressiva da atuação do enfermeiro, com ênfase na prevenção e detecção de complicações (ANDRADE SILVA; PINTO, 2019). O presente estudo observou que parte das condutas relatadas pelos profissionais está em consonância com recomendações científicas para a prevenção de complicações, enquanto outras ainda divergem das melhores práticas descritas na literatura.

Em nossa amostra a maioria dos participantes era do sexo feminino, confirmando a tendência histórica da Enfermagem, majoritariamente exercida por mulheres e responsável por grande parte dos cuidados relacionados ao CVP, afirmada também em outros estudos, com predominância feminina em 100,0% e 84,3% (NAKANDAKARI et al., 2018; EVANGELISTA et al., 2021). De forma convergente, Evangelista et al. (2021) destacou a faixa etária média de 28,5 anos em sua amostra, apresentando dados aproximados aos encontrados neste estudo, em que a média de idade dos profissionais foi de 35,7 anos (EVANGELISTA et al., 2021).

Em relação à escolaridade, observou-se no estudo de Gomes et al. (2020) predominância de nível técnico, o que vai de encontro com os resultados encontrados neste estudo, no entanto, a análise dos dados indica variação percentual pouco expressiva quando comparada às demais categorias (GODINHO GOMES et al., 2020).

Quanto ao tempo de formação, observou-se que aproximadamente metade da amostra possuía mais de dez anos de experiência profissional (47,9%). Esse cenário indica um corpo de trabalho mais qualificado, porém, os resultados demonstraram que o tempo de atuação não garante o domínio de instrumentos específicos sobre a prevenção de flebites, como a escala de Maddox, demandando constante atualização do conhecimento acerca de seus riscos e benefícios (EVANGELISTA et al., 2021). Tal constatação é destacada por Braga (2019), evidenciando a importância da educação continuada como elemento essencial para a prática de enfermagem, promovendo a atualização dos conhecimentos e a prestação de cuidados ao paciente com segurança e qualidade (BRAGA et al., 2019).

Assim como em nosso estudo, Silva e Pinto (2019), demonstram que a percepção da equipe de enfermagem acerca da caracterização da flebite está em consonância com a literatura, uma vez que mais de 90% dos profissionais reconhece dor, edema, hiperemia, endurecimento e presença de cordão fibroso como sinais indicativos da complicação (ANDRADE SILVA; PINTO, 2019). No entanto, divergindo parcialmente, Gomes et al. (2020) apontou que 99,5% dos profissionais afirmaram saber identificar a complicação, mas apenas 49,7% mencionaram corretamente os sinais e sintomas descritos na literatura (GODINHO GOMES et al., 2020).

Essas comparações sugerem que o conhecimento dos participantes em relação às manifestações clínicas da flebite podem estar associados a fatores como tempo de formação, capacitação e experiência profissional, o que evidencia a necessidade da educação permanente afirmada por Braga (2019) (BRAGA et al., 2019).

Pouco mais da metade dos profissionais relataram ter recebido treinamento específico sobre prevenção de flebite, e cerca da metade relataram ter recebido treinamento sobre instalação de cateteres. Essa baixa cobertura de treinamentos evidencia falhas institucionais que repercutem diretamente nas práticas assistenciais (BRAGA et al., 2019). Nesse aspecto, Evangelista et al. (2021) também aponta que o conhecimento da equipe sobre prevenção ainda é insuficiente e que a ausência de capacitação contínua compromete a adesão às recomendações da ANVISA (EVANGELISTA et al., 2021; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017). Essa realidade preocupa, uma vez que a flebite é um evento adverso frequente, prevenível e intimamente relacionado à qualidade do cuidado (GODINHO GOMES et al., 2020).

Esses achados indicam que, embora mais da metade dos profissionais possua algum nível de capacitação e conhecimento sobre medidas preventivas relacionadas à flebite, ainda há uma parcela expressiva da equipe que carece de treinamentos e atualizações formais sobre o tema (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2019).

No que se refere às atitudes, verificou-se adesão satisfatória a medidas como flushing antes e após a administração de medicamentos, desinfecção das conexões por no mínimo dez segundos e inspeção regular do sítio de inserção do cateter. Tais práticas estão de acordo com diretrizes nacionais e internacionais, que as consideram fundamentais para prevenir flebites químicas e bacterianas (GORSKI, 2017; BRASIL, 2014). Apesar disso, foi observado uma baixa frequência de notificação das flebites como evento adverso — apenas 26,3% relataram notificar sempre — representa uma fragilidade importante, pois limita a vigilância epidemiológica e o monitoramento da qualidade assistencial, indo contra as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014).

O estudo também identificou práticas que expõem os pacientes a fatores de risco para flebite, como a reutilização significativa de tampas dos dispositivos. Essa conduta fere os princípios básicos de biossegurança e aumenta o risco de complicações associadas ao uso de cateteres, evidenciando a necessidade de estratégias educativas e fiscalizatórias mais rigorosas (GORSKI, 2017; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2017). Achados semelhantes foram descritos por Enes et al. (2016) e Braga et al. (2018), que associam práticas inadequadas ao aumento da ocorrência de eventos adversos (ENES et al., 2016; BRAGA et al., 2018).

Embora os profissionais apresentem bom conhecimento clínico sobre flebite, ainda existem fragilidades relacionadas à classificação, à adesão a boas práticas normativas e à sistemática de notificação. Comprometendo a integralidade da assistência e contribuindo para índices acima elevados, de acordo com a

Infusion Nurses Society, o nível aceitável de flebites é de até 5% (GORSKI, 2017). Assim, reforça-se a necessidade de políticas institucionais voltadas para a educação permanente, implementação de bundles de prevenção e fortalecimento da cultura de segurança, conforme defendem Behrens (2019) e o Ministério da Saúde (2014) (BRASIL, 2014; BEHRENS, 2019).

CONCLUSÃO

A realização deste estudo evidenciou a escassez de referências atualizadas sobre prevenção de flebite, a necessidade de maior produção científica. Apesar de a equipe de enfermagem apresentar conhecimentos relevantes e adotar práticas preventivas importantes, foram identificadas fragilidades teóricas, especialmente quanto à escala de Maddox, aos mecanismos fisiopatológicos e à notificação de eventos adversos. Conclui-se, portanto, que a prevenção da flebite não depende apenas do conhecimento individual do enfermeiro, mas também de suporte organizacional, atualização científica, incentivo à cultura de segurança e sistematização das práticas, fatores indispensáveis para assegurar a qualidade e a segurança no cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. ABDUL-HAK CK, BARROS AF. Incidência de flebite em uma unidade de clínica médica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2014; 23: 633–8.
2. ANDRADE SILVA LF, PINTO AAM. Avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem diante da flebite e flebite pós infusional. *Revista Intelecto*, 2019; 2: 1-15.
3. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Caderno 4: Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acessado em: 17 de setembro de 2025.
4. BEHRENS R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. *Revista Bioética*, 2019; 27: 253–60.
5. BRAGA LM, et al. Adaptação transcultural da Infiltration Scale para o português. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2016; 29: 93–9.
6. BRAGA LM, et al. Cateterismo venoso periférico: compreensão e avaliação das práticas de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2019; 28: e20180018.
7. BRAGA LM, et al. Phlebitis and infiltration: vascular trauma associated with the peripheral venous catheter. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2018; 26: e3002.
8. Brasil. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acessado em: 13 de maio de 2024.
9. Brasil. Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acessado em: 13 de maio de 2024.
10. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acessado em 29 de abril de 2024.
11. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 358, de 15 de outubro de 2009. 2009. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009/>. Acessado em: 29 de abril de 2024.
12. COSTA AS, et al. Atuação do enfermeiro frente a flebite: sob o ponto de vista da segurança do paciente. *REVELA - Periódico de Divulgação Científica da FALS*, 2017; 21: 1-12
13. ENES SMS, et al. Flebite associada a cateteres intravenosos periféricos em adultos internados em hospital da Amazônia Ocidental Brasileira. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 2016; 50: 263–71.
14. EVANGELISTA ACS, et al. Prevenção de flebites: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Journal Health NPEPS*, 2021; 6: e-5219.

15. FERREIRA MA, OLIVEIRA VBL, REIS AJA, SANTOS MCD, IKEDA KGCP, FONSÊCA W, et al. Desempenho do enfermeiro perante a ocorrência de flebite. In: Tópicos essenciais sobre a saúde humana. Vol 2. São Paulo: Editora OmnisScientia; 2024. p. 47–60.
16. GOMES BKG, et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre inserção, manutenção e complicações relacionados ao cateter venoso periférico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020; 12: e3408.
17. GORSKI LA. The 2016 infusion therapy standards of practice. *Home Healthc Now*, 2017; 35: 10–8.
18. INOCÊNCIO JS, et al. Flebite em acesso intravenoso periférico. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 2017; 24: 105–9.
19. JOHANN DA, et al. Risk factors for complications in peripheral intravenous catheters in adults: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2016;24: e2833.
20. NAKANDAKARI RA, et al. Práticas de enfermagem relacionadas à cateterização intravenosa periférica em recém-nascidos e crianças. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediatras*, 2018; 18: 29–36.
21. REIS PED, CARVALHO EC. Phlebitis due to the insertion of peripheral venous catheters: issues relevant to nursing care. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 2010; 5: 134.
22. SALGUEIRO-OLIVEIRA AS, et al. Nursing practices in peripheral venous catheter: phlebitis and patient safety. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 2019; 28: e20180332.
23. URBANETTO JS, et al. Incidência de flebite e flebite pós-infusional em adultos hospitalizados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2017; 38: e58793.

NORMAS DA REVISTA

1.1. Artigo Original

I) Definição: Inclui trabalhos que apresentem dados originais e inéditos de descobertas relacionadas a aspectos experimentais, quase-experimentais ou observacionais, voltados para investigações qualitativas e/ou quantitativas em áreas de interesse para a ciência. É necessário que se utilize de fundamentação teórica com o uso de fontes de bases de periódicos científicos de qualidade como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

II) Estrutura: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências. **Resultados e Discussão podem ser apresentados juntos.*

III) Tamanho: Mínimo 3.000 e máximo de 3.500 palavras (excluindo títulos, resumos, palavras-chave, figuras, quadros, tabelas, legendas e lista de referências).

IV) Ética: (a) Pesquisa envolvendo seres humanos ou animais está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei (RESOLUÇÃO Nº 466/2012, Nº 510/2016 e LEI Nº 11.794). Análise de dados do DATASUS não precisam de autorização do CEP. **(b)** Não é permitida a prática de cópia de textos nem a veiculação de imagens de terceiros, respeitando as leis de Direitos Autorais vigentes (LEI Nº 9.610/1988 e Nº 10.695/2003). Todas as referências devem ser citadas de forma correta.

Normas específicas:

2.1. Título

I) Definições: Deve ser conciso, informativo e com fidedignidade textual.

II) Idioma: Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português, Inglês e Espanhol.

III) Tamanho: No máximo 150 caracteres SEM espaço.

2.2. Nomes e vínculo

I) Orientação: Incluir os nomes completos do autor e coautores no:

- **a.** *arquivo do artigo;*
- **b.** *termo de autores enviado para a revista;*
- **c.** *no sistema de submissão da revista.*

II) Quantidade de pessoas: No máximo 10 pessoas, incluindo o orientador/pesquisador responsável.

a. Motivo: O intuito é valorizar o processo criativo e construtivo dos autores e o limite de 10 pessoas é suficiente considerando a quantidade de palavras admitidas no texto do artigo científico.

b. Nota: É vedada a remoção ou omissão de autores para o fim específico de atender o número de integrantes aceitos pela revista. É importante destacar que a revista repudia os atos que contrariam a ética e não se responsabiliza pela má-fé de autores.

III) Direitos de autoria/coautoria: O reconhecimento de participação no artigo deve seguir as condições abaixo:

1. **a.** *Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;*
2. **b.** *Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;*
3. **c.** *Aprovação final da versão a ser publicada.*

Nota: As três condições acima devem ser integralmente atendidas e corroborando à essa normativa, a lei de Direitos Autorais Nº 9.610/1998 no seu Art. 15, § 1º esclarece que: [...] *"Não se considera co-autor quem simplesmente auxiliou o autor na produção da obra literária, artística ou científica, revendo-a, atualizando-a, bem como fiscalizando ou dirigindo sua edição ou apresentação por qualquer meio."*

IV) Posição de autores: Os autores decidirão em consenso sobre a posição das autorias e sequência dos nomes utilizando, preferencialmente, o critério da contribuição. Orientamos que os métodos de sorteio ou ordem alfabética sejam evitados.

V) Orientador/ Pesquisador Responsável: É o autor ou coautor responsável legal do artigo. Seu papel é validar o conteúdo do trabalho, zelando pela qualidade científica, pelo atendimento da legislação e da ética em pesquisa. Com efeito, se fazem necessárias competências técnico-científicas e profissionais para o direcionamento e sucesso do estudo. Por esse motivo, o Orientador/ Pesquisador Responsável deverá ser um profissional docente ou pesquisador com formação na área do estudo ou correlatas, além de deter notável conhecimento sobre o tema abordado. A comissão da revista fará a análise do Currículo Lattes para verificar o atendimento desses requisitos.

- Podem ser orientadores/responsáveis de artigos:
- **a. Professores com vínculo institucional;**
- **b. Mestrando, Doutorando ou Pós-doutorando;**
- **c. Profissionais atuantes na área clínica com registro profissional;**
- **d. Pesquisadores independentes que comprove atuação em pesquisa.**

VI) Autor correspondente: É autor/coautor que iniciou o processo de submissão do artigo no sistema. Atribui-se ao autor correspondente a responsabilidade de atender as notificações da comissão da revista dentro do prazo fixado, prestando informações ou documentos pertinentes ao processo de avaliação e publicação do artigo. NÃO serão aceitas submissões enviadas por terceiros.

2.3. Resumo

I) Definição: Possui a finalidade de apresentar ao leitor uma ideia geral do artigo: propósitos, principais achados, considerações e possíveis conclusões. Precisa ser escrito de forma clara, objetivo e atrativa, para que o leitor disperte o interesse de ler o trabalho na íntegra.

II) Idioma: Deverá ser apresentado nos 3 (três) idiomas: Português (Resumo), Inglês (Abstract) e Espanhol (Resumen).

III) Tamanho: Entre 150 a 200 palavras.

IV) Estrutura do resumo: Clique em cada tipo de estudo abaixo para ver o exemplo.

- Estudo Original +
- Revisão Integrativa +
- Revisão Sistemática +
- Revisão Narrativa +
- Estudo de Caso +
- Relato de Experiência +

2.4. Palavras-chave

I) Orientação: Devem ser definidas com base no tema, área e/ou assuntos que serão abordados no artigo.

II) Quantidade: No mínimo 3 e máximo 5 (Português, Inglês e Espanhol).

III) Obrigatoriedade para artigos de saúde e áreas correlatas: Todas as palavras-chave devem estar cadastradas no Sistema de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Você pode usar o sistema DeCS para consultas ou então para definir os termos para o seu artigo. Clique na imagem abaixo:



2.5. Introdução

I) Orientação: Deve ser sucinta e compreensível para o leitor em geral, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo.

II) Siglas e abreviaturas: Quando utilizadas pela primeira vez, deverão ter o significado por extenso. Ex.: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

III) Objetivo: No último parágrafo da introdução deve conter o objetivo do estudo. Deve conter a proposta principal do estudo e começar com verbo no infinitivo: analisar, pesquisar, investigar, avaliar, etc.

IV) Uso de citações no texto:

a. Todos os parágrafos devem ter **citação indireta** por meio de fundamentação teórica com o uso de fontes atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de qualidade como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

b. Citações diretas (cópia) são permitidas SOMENTE em ocasiões onde não é possível a transcrição da ideia, como é o caso de artigos de leis, os quais deverão ser destacados do texto com recuo de 3 cm, entre aspas "" e em itálico.

c. Não aceitamos artigos com notas de rodapé. A abordagem teórica deve ser feita ao longo do texto.

d. As citações de autores **NO TEXTO** deverão seguir os seguintes exemplos:

- Início de frase:
 - **1 autor** - Baptista JR (2022);
 - **2 autores** - Souza RE e Barcelos BR (2021);
 - **3 ou mais autores** - Porto RB, et al. (2020).
- Final de frase:
 - **1 autor** - (BAPTISTA JR, 2022);
 - **2 autores** - (SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021);
 - **3 ou mais autores** - (PORTO RB, et al., 2020);
 - **Sequência de citações** - (BAPTISTA JR, 2022; SOUZA RE e BARCELOS BR, 2021; PORTO RB, et al., 2020).

2.6. Métodos

I) Orientação: Deve descrever de forma clara e sem prolixidade as fontes de dados, a população estudada, a amostragem, os critérios de seleção, procedimentos analíticos e questões éticas relacionadas à aprovação do estudo por comitê de ética em pesquisa (pesquisa com seres humanos e animais) ou autorização institucional (levantamento de dados onde não há pesquisa direta com seres humanos ou animais).

II) Instrumento de pesquisa: Estudo que utilizar questionário ou formulário já publicado deve citar a origem no texto e incluir a fonte na lista de referências. Caso o instrumento de pesquisa tenha sido criado pelos próprios autores, o mesmo deve ser citado no texto e enviado na submissão em "arquivo a parte" para que a comissão da revista o avalie e, caso aceito, o instrumento será publicado em arquivo suplementar ao artigo.

III) Ética em pesquisa:

a. Para estudos onde há a obrigatoriedade legal de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), os autores devem apresentar no último parágrafo da metodologia os procedimentos éticos e número do parecer e do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE).

b. Para estudos ORIGINAIS em que haja excludente LEGAL de avaliação do CEP os autores devem justificar no texto e apresentar o dispositivo jurídico para tal.

c. Lembrando que cabe a revista o papel de garantir o cumprimento das legislações de ética em pesquisa do conteúdo por ela publicado, então, todas as informações serão conferidas.

2.7. Resultados

I) Orientações:

a. Deve se limitar a descrever os resultados encontrados, incluindo interpretações e comparações de forma clara e seguindo uma sequência lógica de apresentação dos resultados.

b. Caso o artigo tenha figuras com resultados, estes devem ser citados ao longo do texto.

c. Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

2.8. Figuras

I) Definição: Imagens, tabelas, quadros, gráficos e desenhos ilustrativos são denominadas pela revista como figuras.

II) Quantidade: São aceitas no máximo 6 figuras.

III) Formatação: Devem ter título esclarecedor na parte superior e fonte na parte inferior. Caso seja necessário explicar detalhes ou siglas, incluir legenda. Devem estar no corpo do artigo junto ao texto.

IV) Orientações: As figuras são itens autorais protegidos por lei. Posto isso, a revista definiu que:

a. Figuras já publicadas NÃO serão aceitas: Independente do tipo de licença NÃO serão aceitas imagens que já estejam publicadas. O propósito da revista não é republicar conteúdo, mas sim trazer o lado autoral e criativo das produções científicas. Essa decisão é pautada no estatuto regimental da revista.

c. Figuras baseadas em outras publicações: Poderão ser criadas mediante citação das fontes de inspiração na legenda, entretanto, devem ter no mínimo 3 (três) fontes. O intuito é que sejam publicadas

imagens originais cujo conteúdo seja construído com a reinterpretação do autores por meio de análise de reflexão. Recortes de imagens de outras publicações não são criações originais, portanto, NÃO serão aceitas.

d. Figuras criadas a partir de um software: É obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação da imagem emitida pela empresa responsável pelo software. Caso seja software com licença gratuita o autor deverá enviar em formato PDF os termos da licença *free* extraídos do site da empresa (use a ferramenta: imprimir => salvar como PDF). O nome do software ®, link da licença e data de acesso deverão ser citados na legenda da imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Propriedade Industrial (LEI Nº 9.279/1996).

e. Imagem criada por profissional: Obrigatório o envio da autorização (licenciamento) de publicação assinada pelo artista criador. O nome do mesmo deve ser citado na legenda da imagem. Essas exigências são pautadas na Lei de Direitos Autorais (LEI Nº 9.610/1998).

f. Imagem de pacientes de Estudo de caso: Caso sejam usados resultados de exames e/ou imagens de peças anatômicas de paciente, os autores deverão apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que constate o uso e publicação de dados e imagens. Este termo deve ser assinado pelo paciente. Essas exigências são pautada na Lei do prontuário do paciente (LEI Nº 13.787/2018). Lembrando que a publicação de Estudos de Caso está condicionada a autorização de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nos termos da lei (RESOLUÇÃO Nº 466/2012).

2.9. Discussão

I) Orientação: Deve incluir a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações, a comparação dos achados com a literatura, as limitações do estudo e eventuais indicações de caminhos para novas pesquisas.

II) Argumentação: Deve haver a apresentação de artigos que corroborem e/ou que se oponham aos dados do estudo, criando uma discussão comparativa dos resultados.

III) Fontes de artigos: As fontes DEVEM ser de artigos científicos atuais (desejável que sejam dos últimos 5 anos) de bases de periódicos científicos de qualidade como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras.

Nota: Se os autores acharem conveniente podem apresentar a seção de Resultados e Discussão em uma mesma seção.

2.10. Conclusão e Considerações Finais

I) Orientação: Deve ser pertinente aos dados apresentados e responder de forma completa ou parcial a pergunta central da pesquisa estabelecida como objetivo. Deve ser limitada a um único parágrafo final e a redação deve explicar o desfecho científico com os principais achados e seus impactos, as limitações da pesquisa e os possíveis caminhos para novos estudos da área.

Nota: O texto deve ser escrito de forma clara, concisa e não poderá conter citações.

2.11. Agradecimentos e Financiamento

I) Agradecimento: Menção opcional de pessoas ou instituições (entidade, órgão ou grupos) que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os requisitos para serem coautores (pessoas) ou financiadores (instituições). É um espaço para agradecimentos profissionais, então NÃO serão permitidos agradecimentos familiares ou religiosos.

II) Financiamento: Menção obrigatória de instituições ou agências que contribuíram financeiramente com o desenvolvimento da pesquisa. Deverá ser fornecido o nome por extenso da instituição/agência seguido do número do processo de concessão.

2.12. Referências

I) Quantidade: Mínimo 20 e máximo de 40 referências científicas.

II) Fundamentação: Procure usar apenas artigos científicos dos últimos 5 anos. Referências mais antigas podem ser passíveis de rejeição caso não sejam consideradas pelos revisores como sendo basilares para o campo estudado.

a. Motivo: O intuito é manter a linguagem do seu artigo atual e passar segurança tanto para quem lê, quanto para quem o utiliza como referência.

b. Exceção: O conceito de um autor e a relevância temática podem justificar a utilização excepcional de fontes antigas. Por exemplo: não daria para falar de psicanálise sem citar Freud que tem publicações datadas de 1895 a 1905, ou seja, o conceito e a temática exigem a citação nesse caso.

III) Orientações:

a. Busque por artigos em bases de periódicos científicos como: Acervo+ *Index base*, Scielo, PubMed, MEDLINE, entre outras bases que possuem controle de qualidade das publicações.

b. A revista irá validar todas as fontes e caso não sejam compatíveis ou pertinentes será sugerida a remoção.

c. Em caráter extraordinário poderá ser usada obra literária ou site oficial de órgão técnico-científico, mediante comprovação da importância para o campo estudado.

d. Não serão aceitas fontes de blogs, magazines, sites jornalísticos, redes sociais ou veículos de comunicação que não sejam científicos.

IV) Formatação: As referências deverão ser numeradas em ordem alfabética conforme os seguintes exemplos:

- **Artigo:**

- **1 autor** - ANDREAZZI DUARTE D. Coronavírus, o monstro microscópico na visão da ciência. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2020; Esp. 46: e3606.
- **2 autores** - QUEIROZ BG e MENDONÇA MA. A influência de atividades recreativas com pacientes oncológicos: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Médico, 2022; 12: e10461.
- **3 ou mais autores** - TRAÚZOLA TR, et al. Panorama geral da hanseníase no Brasil: uma análise epidemiológica, Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(6): e10223.
- **Nota:** Não é preciso apresentar "Disponível em" nem a data do acesso "Acesso em".
-

- **Livro:**

- **Nota:** usar livros apenas em casos extraordinários.

- SOBOTTA J. Atlas de Anatomia Humana. 24 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018; 345p.
 -
- **Tese e Dissertação**
 - DEL ROIO LC. Impacto socioeconômico nos indivíduos com asma relacionada ao trabalho. Tese de Doutorado (Doutorado em Pneumologia) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022; 48p.
 -
- **Página da Internet:**
 - **Nota:** usar páginas da internet apenas em casos extraordinários.
 - ACERVO+. 2022. Estatuto de publicação de Artigos Científicos. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/como-publicar-artigos>. Acessado em: 10 de agosto de 2022.