



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Paula Krempser

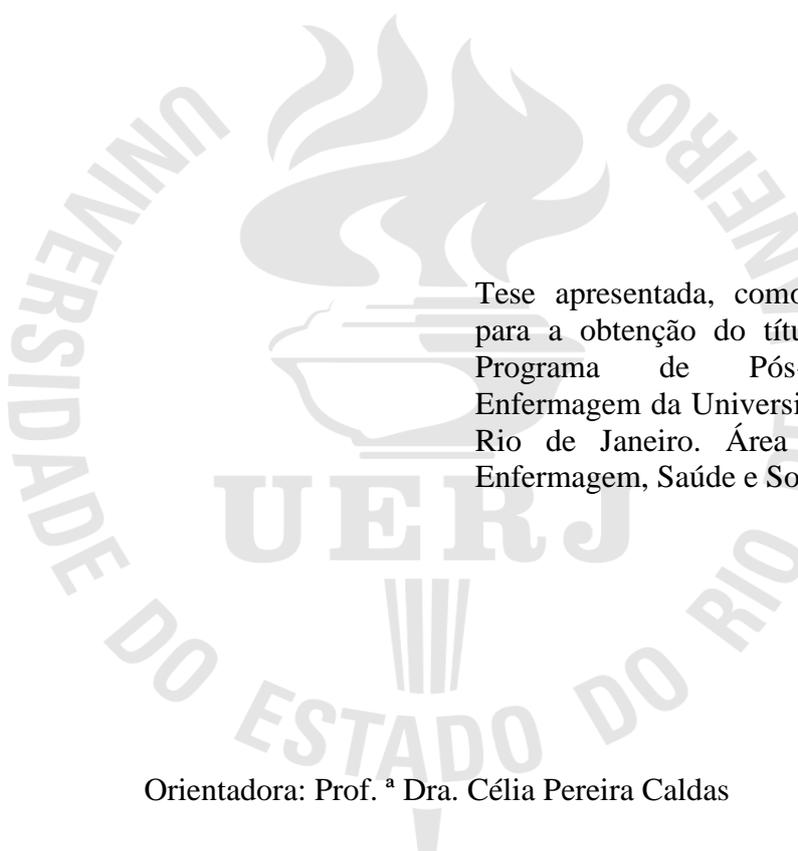
**Representação social da punção venosa pediátrica durante internação para  
acompanhantes e para equipe de enfermagem**

Rio de Janeiro

2018

Paula Krempser

**Representação social da punção venosa pediátrica durante internação para  
acompanhantes e para equipe de enfermagem**



Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Célia Pereira Caldas

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

K923 Krempser, Paula.  
Representação social da punção venosa pediátrica durante internação para acompanhantes e para equipe de enfermagem / Paula Krempser. - 2018.  
176 f.

Orientadora: Célia Pereira Caldas.  
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Cateterismo periférico - psicologia. 3. Criança. 4. Profissionais de enfermagem. 5. Cuidadores. 6. Modelos de enfermagem. 7. Neuman, Betty M. 8. Humanização da assistência. I. Caldas, Célia Pereira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Paula Krempser

**Representação social da punção venosa pediátrica durante internação para acompanhantes e para equipe de enfermagem**

Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 06 de dezembro de 2018.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Célia Pereira Caldas (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristina Arreguy-Sena

Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas

Universidade Federal Rio de Janeiro

---

Prof.<sup>o</sup> Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Michelle Darezzo Rodrigues Nunes

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2018

## **DEDICATÓRIA**

Dedico essa tese de doutoramento a todas as crianças que necessitam de uma punção venosa para o reestabelecimento de sua saúde ou para algum diagnóstico e aos seus acompanhantes/familiares, principalmente aquelas que participaram (in) diretamente dessa pesquisa.

Obrigado por me disponibilizarem um pouquinho do tempo de vocês para participarem do estudo. Sem vocês esta pesquisa não seria possível!

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter colocado pessoas maravilhosas no meu caminho que me ajudaram a chegar até aqui! Agradeço também pelos obstáculos que serviram para me fortalecer e acreditar que tinha forças suficientes para vencê-los, expandir os meus limites e alcançar meus objetivos!

Aos meus queridos pais, Paulo e Regina, agradeço por tudo que fizeram por mim, pelo estudo que me proporcionaram obter através de tantas privações, por sempre torcerem pela minha vitória, por todo amor incondicional que recebi em toda a minha vida, por estarem sempre presentes, pelos tantos concursos que meu pai me carregou, pelas orações de minha mãe... Sem vocês eu não conseguiria mais essa conquista. Vocês são a base de tudo! Amo vocês incondicionalmente!

Ao grande amor da minha vida, meu marido Vitor!

Agradeço por todo amor, carinho, força diária e compreensão que sempre teve comigo. Obrigada por nunca me deixar pensar em desistir, por me incentivar, acreditar sempre em mim e sempre estar ao meu lado nessa e em todas as caminhadas! Sem o seu incentivo, apoio incondicional, seu companheirismo e o carinho de cada dia eu não teria forças e determinação para chegar aqui!

Depois de um dia inteiro de estudo e trabalho, o seu colo era a melhor coisa do mundo. Obrigada por compreender todas as minhas ausências, mesmo estando ao seu lado.

Amo você!

Aos meus irmãos, Cissa e Thico e meu cunhado Sergim, obrigado por estarem sempre na torcida. Obrigada por serem um incentivo de dedicação e determinação para mim, de me fazerem acreditar que quando queremos algo, é possível, é só correr atrás! Cissa e Sergim, vocês fazem muita falta em JF! Mesmo distantes... Tão presentes... Amo vocês!

À minha inspiração, mestre e amiga, Cristina Arreguy, como agradecer todo o apoio e amizade de sempre, desde a minha graduação? Obrigada por tudo! Se hoje estou concluindo meu doutorado e diante de tantas conquistas pessoais e profissionais, foi porque o seu incentivo para que me qualificasse e a convivência com esta profissional que ama o que faz e o realiza com muita competência, foram os espelhos e a inspiração para mim! Somado a isso por ser essa pessoa maravilhosa e especial de um coração imenso. A cada reencontro é sempre uma energia a mais para continuar em busca dos meus objetivos... Esta conquista devo também a você!

Ao Professor Paulo Pinto e aos filhos André e a Lorraine, obrigada por toda disponibilidade, pelo carinho e acolhimento sempre presentes.

À minha orientadora, Célia Caldas, obrigada por me acolher e me guiar nessa trajetória árdua de doutoramento. Agradeço pelos ensinamentos, pelo apoio e por acreditar em mim e na minha pesquisa.

À banca examinadora, Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristina Arreguy Sena; Prof.<sup>o</sup> Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes; Prof.<sup>a</sup> Dra. Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas e Prof.<sup>a</sup> Dra. Michelle Darezzo Rodrigues Nunes, obrigada por terem aceitado a tarefa de leitura e apreciação deste material. Agradeço desde já pelas contribuições e ensinamentos que serão essenciais para o aperfeiçoamento e conclusão dessa investigação!

Aos colegas de curso, obrigada pelo companheirismo e pela amizade! Especialmente às amigas Déborah Machado, Priscila Bossa, Ulrick Stephanie, Suzana Antônio e Ana Cláudia Moreira.

À Gláucia Araripe, Aimée Luana Rissi e Débora Priscila Granmado, obrigada pelo acolhimento tão confortante, ajudas, esclarecimentos e acompanhamento nessa jornada extensa na UERJ. Saibam que a presença de vocês foram determinantes para que essa trajetória se tornasse mais suave e tranquila.

Às Bibliotecárias Diana Amado e Adriana Caamaño, obrigada pela revisão, pela paciência, agilidade e acolhimento dispensados. Vocês foram confortantes num momento determinante de conclusão.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar em uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

*Carl Jung*

## RESUMO

**KREMPSER, P. Representação social da punção venosa pediátrica durante internação para acompanhantes e para equipe de enfermagem.** 2018. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A punção venosa periférica, procedimento de atribuição da equipe de enfermagem é fonte de dor, estresses e complicações graves e um desafio para a enfermagem ao lidar com a criança e seu acompanhante. Justifica-se o presente estudo por sua originalidade e necessidade da compreensão dos significados da punção em crianças para adequação sociocultural do cuidado. O objeto de estudo é a representação social da punção venosa pediátrica para os profissionais de enfermagem e para os acompanhantes de crianças internadas. Os objetivos foram compreender as representações sociais elaboradas pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes sobre a punção venosa periférica realizada em crianças internadas, descrever comparativamente os conteúdos simbólicos e a sua alocação dentro do sistema hierárquico, identificar as dimensões representacionais das representações sociais e refletir suas implicações à luz da teoria de Betty Neuman. O percurso metodológico foi delineado na pesquisa qualitativa no referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais com a triangulação de dados com a abordagem processual e estrutural alicerçada na teoria Betty Neuman. Foram realizadas entrevistas individuais gravadas com pontos norteadores e aplicação da técnica da evocação livre não hierarquizada. A presente investigação foi submetida e aprovada sob parecer nº 2.543,592 dos Comitês de Ética em Pesquisa da instituição preponente do estudo e da instituição que foi realizada a pesquisa. A representação social de pegar veia para os profissionais de enfermagem se estrutura sobre a dificuldade da realização do procedimento e de inserção da mãe no cuidado e para o grupo dos acompanhantes das crianças internadas, possui um caráter de impacto psicológico negativo para o grupo social. A representação dos profissionais de enfermagem sobre manter o cateter na veia de uma criança é caracterizada pelos comportamentos técnicos e para os acompanhantes significa sentimento de tristeza, mas entendendo sua necessidade. E o significado de retirar o cateter da veia de uma criança pelos profissionais de enfermagem é o fim da terapia venosa comprovada pela verificação na prescrição médica, o que gera nos acompanhantes sentimentos positivos expressos por felicidade e de alívio ao término da terapia venosa. Foi possível identificar as dimensões representacionais e os estressores intrapessoais, intrapessoais e transpessoais presentes no processo de punção venosa em crianças que dificultam o enfrentamento desse procedimento durante uma internação hospitalar, que requer redimensionamento da atuação e gerenciamento dos profissionais de enfermagem expressados por objetos, ações e relações necessárias durante o procedimento. Concluímos que a presente investigação contribui para a identificação dos significados e sentimentos do processo de punção venosa nas crianças na visão dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças e aponta uma reflexão sobre estressores presentes para redimensionar a assistência de enfermagem na terapia venosa nas crianças.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Saúde da Criança. Cateterismo Periférico. Psicologia Social. Teoria de Enfermagem.

## ABSTRACT

KREMPSER, P. **Social representation of pediatric venous puncture during hospitalization for caregivers and for nursing team.** 2018. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Peripheral venous puncture, nursing staff assignment procedure is a source of pain, stress and serious complications and a challenge for nursing when dealing with the child and his companion. The present study is justified because of its originality and the need to understand the meanings of puncture in children for sociocultural adequacy of care. The object of study is the social representation of the pediatric venous puncture for the nursing professionals and for the companions of hospitalized children. The objectives were to understand the social representations elaborated by the nursing professionals and the companions about the peripheral venous puncture in hospitalized children, to describe the symbolic contents and their allocation within the hierarchical system, to identify the representational dimensions of the social representations and to reflect their implications in the light of Betty Neuman's theory. The methodological course was delineated in the qualitative research in the theoretical-methodological reference of Theory of Social Representations with the triangulation of data with the procedural and structural approach based on the Betty Neuman theory. Individual interviews were recorded with guiding points and application of non-hierarchical free evocation technique. The present investigation was submitted and approved under opinion nº 2,543,592 of the Committees of Ethics in Research of the preponderant institution of the study and of the institution that was carried out the research. The social representation of picking up vein for the nursing professionals is structured on the difficulty of performing the procedure and insertion of the mother in the care and for the group of the companions of hospitalized children, has a character of negative psychological impact for the social group. The representation of nursing professionals about keeping the catheter in the vein of a child is characterized by technical behaviors and for the companions means a feeling of sadness, but understanding their need. And the meaning of withdrawing the catheter from a child's vein by nursing professionals is the end of the venous therapy proven by the medical prescription, which leads to the positive feelings expressed by happiness and relief at the end of venous therapy. It was possible to identify the representational dimensions and the intrapersonal, intrapersonal and transpersonal stressors present in the venous puncture process in children that make it difficult to cope with this procedure during a hospital stay, which requires a re-dimensioning of the nursing professionals' performance and management expressed by objects, actions and during the procedure. We conclude that the present investigation contributes to the identification of the meanings and feelings of the venous puncture process in children in the view of the nursing professionals and the accompanying children and points out a reflection on present stressors to resize the nursing care in venous therapy in children.

Keywords: Nursing Care. Child Health. Peripheral Catheterization. Social Psychology. Nursing Theory.

## RESUMÉN

**KREMPSEK, P. Social representación de pediatría venosa punctorosa durante la hospitalización para los caregivers y para equipo de enfermería.** 2018. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de esta enfermedad, El presente estudio está justificado debido a su originalidad y la necesidad de entender los significados de la punción en los niños para el sociocultural adecuado de la care. El objeto del estudio es la representación social de los pediatras de los pediatras para los enfermeros de enfermería y las familias de hospitalizados niños. Los objetivos para entender las representaciones sociales elaboradas por los profesionales de la salud y las compañeras sobre el periférico venoso punctoran en hospitalizados niños, describen los símbolos y su configuración en el sistema jerárquico, para identificar las dimensiones de las representaciones sociales y las reflectantes y su influencia en la luz de la teoría de la neurosis. El método metodológico fue delineado en la investigación cualitativa en la metodología de referencia de la teoría de las representaciones sociales con la triangulación de la fecha con el procedural y el enfoque basado en la base de la teoría de la neta. La individualización se ha registrado con guiding points y aplicación de no jerárquica libre evocation technique. La presente investigación fue presentada y aprobada bajo la opinión nº 2.543,592 de los comités de ética en investigación de la institución preponderante del estudio y de la institución que se llevó fuera de la investigación. La social representación de picking up para los profesionales de la salud se basa en la dificultad de realizar el procedimiento y la inserción de la madre en el cuidado y para el grupo de las familias de hospitalizados niños, tiene un carácter negativo de impacto impactante para el grupo social . La representación de los enfermeros de los enfermos sobre el mantenimiento del catéter en la veintena de un niño está caracterizado por los comportamientos de conducta y las compañías a la vez un sentimiento de tristeza, pero su comprensión. Y el significado de retirar el catéter de un niño a través de los pacientes de edad es el final de la terapia venosa proveniente de la prescripción médica, que se dirige hacia los positivos expresados por la felicidad y la atención en el end of venous therapy. Es posible identificar las representaciones dimensionales y los intrapersonal, intrapersonal y transpersonal estrés presentados en el proceso venoso en los niños que hace difícil a cope con este procedimiento durante el hospital de estancia, que requiere la reescaleción de los profesionales de la enfermería y gestión expresada por objetos, acciones y durante el procedimiento. Nosotros consideramos que la presente invención contribuye a la identificación de los significados y los sentimientos de la venosa de los procesos en los niños en la vista de los pacientes de edad avanzada y el seguimiento de los niños y los puntos fuera de la reflexión sobre los estrés actuales para resize el cuidado de la enfer- niños

Palabras clave: Atención de Enfermería. Salud Infantil. Cateterismo Periférico. Psicología Social. Teoría de Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Referenciais teórico-conceituais, filosóficos e metodológicos que fundamentam o processo de punção venosa na criança.....	32
Figura 2 –	Fisiopatogenia da infecção da corrente sanguínea.....	46
Figura 3 –	Locais de punção de veias nas crianças.....	47
Figura 4 –	Posições das veias da fossa cubital.....	49
Figura 5 –	Posição anatômica das veias utilizadas em punções venosas periféricas na pediatria.....	50
Figura 6 –	Recomendações para estabilização do cateter e da tala em crianças...	53
Figura 7 –	Autora do Modelo dos Sistemas.....	57
Figura 8 –	Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.....	59
Figura 9 –	As representações sociais no contexto da teia de significados construídos pelo homem ao longo da história.....	68
Figura 10 –	Correntes teóricas da Representação Social Processual, seus principais representantes e alicerces conceituais.....	69
Figura 11 –	Correntes teóricas da Representação Social Estrutural, seu principal representante e alicerce conceitual.....	73
Figura 12 –	Esquema do quadro de quatro casas segundo alocação dos cognemas pela frequência e ordem de evocação.....	75
Figura 13 –	Identificação dos estressores e das reações das crianças e dos acompanhantes decorrentes da punção venosa nas crianças.....	145
Figura 14 –	Síntese dos estressores decorrentes do processo de punção venosa em crianças e possíveis intervenções da equipe de enfermagem.....	147

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dendograma obtido a partir das dimensões representacionais sobre punção venosa pelos profissionais de enfermagem (n=20) e pelos acompanhantes das crianças (n=118). Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018.....	98
Gráfico 2 – Dendograma da análise comparativa das dimensões representacionais sobre punção venosa pelos acompanhantes das crianças internadas (n=118) e pelos profissionais de enfermagem (n=22). Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018.....	99

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Produção científica relacionada à representação social da punção venosa periférica.....	27
Quadro 2 –	Quadro esquemático contendo critérios adotados para definição da saturação dos dados, segundo categorias emergentes de acordo com as dimensões representacionais de cada grupo social e na comparação, número de participantes (fonte), número de fragmentos extraídos de cada discurso (referências) e esquema de forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo. Juiz de Fora. Out/2018.....	86
Quadro 3 –	Quadro de quatro casas comparativo dos conteúdos evocados pelos profissionais de enfermagem (n=22 participantes) e dos acompanhantes das crianças internadas (n=118 participantes) ao termo indutor “pegar veia de uma criança”. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018.....	103
Quadro 4 –	Quadro de quatro casas comparativo dos conteúdos evocados pelos profissionais de enfermagem (n=22 participantes) e dos acompanhantes das crianças internadas (n=118 participantes) ao termo indutor “manter veia de uma (sua) criança”. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018.....	116
Quadro 5 –	Quadro de quatro casas comparativo dos conteúdos evocados pelos profissionais de enfermagem (n=22 participantes) e dos acompanhantes das crianças internadas (n=118 participantes) ao termo indutor “retirar cateter da veia de uma criança”. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018.....	130
Quadro 6 –	Estressores identificados a partir das representações sociais dos acompanhantes das crianças sobre punção venosa pediátrica. Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018.....	139
Quadro 7 –	Estressores identificados a partir das representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre punção venosa nas crianças. Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018.....	141

Quadro 8 –	Cronograma de atividades. Juiz de Fora, (MG).	
	Maio/2017.....	170
Quadro 9 –	Orçamento para realização da pesquisa. Juiz de Fora, (MG).	
	Maio/2017.....	171

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Síntese da revisão integrativa da literatura com a temática cateterismo venoso e representação social, Outubro/2018.....	25
Tabela 2 – Síntese da revisão da literatura temática sobre a punção venosa e a representação social sem cruzamento, Outubro/2018.....	26
Tabela 3 – Caracterização dos profissionais de enfermagem quanto ao sexo, idade, cor de pele, estado conjugal, religião e filhos. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=22 participantes).....	92
Tabela 4 – Caracterização dos profissionais de enfermagem quanto à categoria profissional, número de empregos, escala de trabalho e tempo de atuação na enfermagem e na pediatria. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=22 participantes).....	93
Tabela 5 – Caracterização dos acompanhantes das crianças internadas quanto ao sexo, cor de pele, idade, estado conjugal, religião, se possuem e o número de filhos e vínculo com a criança. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes).....	94
Tabela 6 – Caracterização dos acompanhantes das crianças internadas quanto à formação, profissão e ocupação; renda pessoal e familiar. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes).....	95
Tabela 7 – Caracterização dos acompanhantes das crianças internadas quanto às punções prévias e número de internações. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes) .....	96
Tabela 8 – Caracterização das crianças internadas e acompanhadas quanto ao sexo, cor de pele, idade, número de irmãos e pessoas com quem mora. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes) .....	96
Tabela 9 – Caracterização das crianças internadas e acompanhadas quanto ao motivo, número e período da internação e punções prévias. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes) .....	97

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AVD	Atividades da Vida Diária
BDENF	Banco de Dados Bibliográficos Especializado na Área de Enfermagem do Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IHI	<i>Institute of Healthcare Improvement</i>
INS	Standards Infusion Nursing
LILACS	Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OME	Ordem Média de Evocações
PPGENF	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
PVPI	Iodopovidona
QID	Quadrante inferior direito
QIE	Quadrante inferior esquerdo
QSD	Quadrante superior direito
QSE	Quadrante superior esquerdo
RS	Representações Sociais
RSP	Representações Sociais Processuais
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SER	Representações Sociais Estruturais
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais

UERJ            Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UFJF            Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	20
1	<b>JUSTIFICATIVA E RELEVÊNCIA DO ESTUDO</b> .....	23
1.1	<b>Estado da Arte</b> .....	23
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	31
3	<b>REFERENCIAIS TEÓRICOS CONCEITUAIS, FILOSÓFICOS E METODOLÓGICOS</b> .....	32
3.1	<b>Referencial teórico conceitual</b> .....	32
3.1.1	<u>As fases do desenvolvimento infantil e implicação no processo de punção venosa</u> .....	33
3.1.2	<u>A criança e o processo de hospitalização</u> .....	36
3.1.3	<u>O acompanhante no processo de hospitalização</u> .....	38
3.1.4	<u>A Evolução histórica do processo de punção venosa periférica pela enfermagem</u> .....	42
3.1.5	<u>A enfermagem nas particularidades pediátricas do processo de punção venosa periférica</u> .....	44
3.2	<b>Referencial teórico filosófico: Modelo dos Sistemas de Betty Neuman</b> .....	56
3.3	<b>Referencial teórico metodológico: teoria das representações sociais (TRS)</b> .....	65
3.3.1	<u>Teoria das Representações Sociais (TRS)</u> .....	65
3.3.2	<u>Teoria das Representações Sociais (TRS) na abordagem processual</u> .....	68
3.3.3	<u>Teoria das Representações Sociais (TRS) na abordagem estrutural</u> .....	73
4	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	78
4.1	<b>Cenário da investigação</b> .....	78
4.2	<b>Participantes da investigação</b> .....	80
4.3	<b>Instrumento de coleta de dados</b> .....	81
4.4	<b>Processo de coleta de dados</b> .....	82
4.5	<b>Consolidação, tratamento e análise dos dados</b> .....	83
4.6	<b>Aspectos éticos</b> .....	87
4.6.1	<u>Benefícios</u> .....	88

4.6.2	<u>Riscos.....</u>	89
4.6.3	<u>Garantia de consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações.....</u>	89
4.6.4	<u>Esclarecimento de dúvidas dos sujeitos participantes da pesquisa.....</u>	89
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	91
5.1	<b>Caracterização dos participantes.....</b>	92
5.1.1	<u>Caracterização dos profissionais de enfermagem.....</u>	92
5.1.2	<u>Caracterização dos acompanhantes das crianças internadas.....</u>	94
5.2	<b>Representações sociais sobre punção venosa em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças....</b>	98
5.2.1	<u>Conteúdos da representação social sobre “pegar veia” em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças e suas dimensões representacionais.....</u>	101
5.2.2	<u>Conteúdos da representação social sobre “manter veia” em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças e suas dimensões representacionais.....</u>	115
5.2.3	<u>Conteúdos da representação social sobre “retirar cateter/agulha veia” em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças e suas dimensões representacionais.....</u>	129
5.3	<b>Implicações das representações sociais sobre punção venosa em crianças elaboradas pelos grupos sociais para a enfermagem à luz de Betty Neuman .....</b>	138
5.3.1	<u>Estressores identificados a partir das representações sociais dos acompanhantes das crianças sobre punção venosa nas crianças.....</u>	139
5.3.2	<u>Percepção de estressores pelos profissionais de enfermagem a partir de suas RS sobre punção venosa pediátrica .....</u>	141
5.3.3	<u>Planejando o cuidado de enfermagem durante o processo de punção venosa em crianças.....</u>	143
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	152
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	155
	<b>APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....</b>	167
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....</b>	171
	<b>APÊNDICE C – Cronograma de atividades.....</b>	172

<b>APÊNDICE D</b> – Orçamento.....	173
<b>ANEXO</b> – Aprovação do projeto de pesquisa no CEP.....	174

## INTRODUÇÃO

A punção venosa periférica constitui um procedimento de atribuição da equipe de enfermagem representando uma atividade executada diariamente no atendimento às crianças com a finalidade de viabilizar a administração de drogas com absorção rápida dos princípios ativos e assim uma resolução de patologias com uma eficácia aumentada (AVELAR E SILVA; ARREGUY-SENA, 2013).

A terapia intravenosa destaca-se entre as tecnologias imprescindíveis para garantir a sobrevivência dos recém-nascidos de risco e tratamento de patologias agudas de crianças. Contudo, é fonte de dor, estresse e complicações graves. Dentre as complicações, podemos citar as complicações locais no sítio e nas adjacências da punção venosa e os agravos relacionados ao desgaste emocional das crianças, da equipe e da família (RODRIGUES; CUNHA; GOMES; 2012).

O processo de punção venosa de qualidade envolve várias etapas para que o procedimento seja realizado pautado na segurança do cliente e para assegurar que complicações não ocorram, a saber: a) explicação do procedimento ao paciente; b) higiene das mãos; c) seleção do cateter e sítio de inserção; d) antisepsia do sítio de punção; e) aplicação de torniquete; f) ângulo e posição do bisel da agulha; g) confirmação do refluxo sanguíneo; h) retirada do torniquete; i) estabilização do cateter; j) avaliação do sítio de inserção; l) manutenção do cateter no interior do vaso sanguíneo; m) retirada asséptica do cateter intravenoso; n) contenção de sangramentos, o) observação das queixas e reações do paciente e p) registro dos procedimentos (BRASIL, 2017; GORSKI et al, 2016).

Se não observados as etapas do processo de punção venosa, vários riscos estão envolvidos no que tange a segurança e o reestabelecimento da saúde do usuário além de aumentar os estressores aos quais os atores desse procedimento estão expostos (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009; NEUMAN; FAWCETT, 2010).

Este objeto parte do campo da segurança do paciente, mas avança e ultrapassa este campo por abordar o sofrimento da criança, da sua família e do profissional que vivenciam este procedimento e tudo o que ele representa. Na verdade, este procedimento é mais um estressor, dentro tantos estressores envolvidos no adoecimento e na hospitalização das crianças (GEORGE, 2000).

A participação dos acompanhantes no cuidado com a criança hospitalizada durante procedimentos estressantes é um desafio para a enfermagem quando se almeja um cuidado de qualidade. Durante a punção venosa, a criança é submetida à influência de estressores intrapessoais (sentimentos, princípios e doutrinas do indivíduo), interpessoais (relação entre pessoas) e extrapessoais (provenientes do ambiente e equipamentos resultantes da hospitalização) que se constituem em ameaças ao equilíbrio de seu sistema biopsicossocial, de seu acompanhante e do profissional que cuida (GEORGE, 2000). Assim, é necessário que se dê voz aos grupos sociais envolvidos no processo de punção venosa para proporcionar um entendimento das respostas dos indivíduos, suas sensações, comportamentos e vivências em relação a este procedimento.

Neste contexto identificamos a teoria dos sistemas de Betty Neuman, abrangente, dinâmica e aplicada com uma visão multidimensional do indivíduo (grupo ou comunidade) de diversas culturas. Nessa abordagem, o profissional de enfermagem interage constantemente com os estressores ambientais, pessoais e relacionais focando na reação ou adaptação do cliente aos estressores que são interpretados por cada indivíduo de forma diferenciada sendo possível verificar em que momento a enfermagem deve intervir para buscar o bem-estar e a estabilidade do sistema (TOMEY; ALLIGOOD, 2007; NEUMAN; FAWCETT, 2011).

O uso dos vasos periféricos no ambiente hospitalar no público infantil articula a atuação laboral de enfermeiros e sua equipe com uso de tecnologias, habilidades e competências com as especificidades de culturas e concepções distintas de seus usuários e acompanhantes, como um binômio de cuidado. A releitura da atuação do enfermeiro à luz de referenciais filosóficos possibilita reflexões para um cuidado integral e para o redirecionamento da prática da equipe de enfermagem (MELANIE; EVELYN, 2015).

É necessário compreender como os acompanhantes e a equipe de enfermagem vivenciam, significam, sentem e se comportam durante o processo de punção venosa pediátrica, de forma a redimensionar este cuidado de enfermagem incluindo os acompanhantes como integrante do cuidado da criança hospitalizada através da interação e do diálogo entre criança-acompanhantes-enfermagem e ao identificar as demandas dos sujeitos envolvidos neste cuidado.

A Teoria das Representações Sociais traz a compreensão de problemas e saberes relacionado ao senso comum e abordam quais são como são construídas, suas dimensões comportamentais, informativas, valorativas e imagéticas e qual a hierarquia

dos objetos que são socialmente compartilhados (ABRIC, 2001; JODELET, 1985). E a partir desse conhecimento é possível nortear ações, orientações de condutas e favorecer a promoção de mudanças na prática de enfermagem, baseadas na compreensão das representações de um grupo social.

Esse conhecimento, quando aplicado à enfermagem e a temática do processo de punção de vasos realizado num serviço de pediatria, pode direcionar o raciocínio clínico e as intervenções da equipe de enfermagem a ponto de favorecer abordagens educacionais, promoção de saúde e redimensionamento das práticas de enfermagem voltado para qualidade e humanização do cuidado.

Considerando e entendendo que os acompanhantes são fundamentais para amenizar os efeitos negativos acarretados pela dor, medo e insegurança advindos da experiência da internação hospitalar e por serem os responsáveis pela transmissão de experiências positivas e significativas para o fortalecimento do enfrentamento no mundo da vida da criança, temos a seguinte questão norteadora do estudo: Qual a representação social da punção venosa periférica para os acompanhantes e para a equipe de enfermagem que cuidam da criança durante a hospitalização?

Este estudo parte do pressuposto que o fato de os acompanhantes de crianças internadas e de os profissionais de enfermagem que trabalham no setor de pediatria, cuidarem, vivenciarem e compartilharem do mesmo contexto ambiental durante a realização, manutenção e remoção de punções de vasos em crianças formam dois grupos socialmente contextualizados a ponto de serem capazes de representarem socialmente como é o processo de punção de vasos periféricos realizado nas crianças internadas numa instituição hospitalar num serviço de pediatria.

Assim podemos definir como objeto de estudo: A representação social da punção venosa pediátrica para os profissionais de enfermagem e para os acompanhantes de crianças internadas em um setor de pediatria hospitalar. Diante do exposto, objetivamos compreender as representações sociais elaborados pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças sobre a punção venosa periférica realizada em crianças internadas num serviço de pediatria.

## 1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Para demonstrar o panorama atual das pesquisas que abordam a temática relacionada ao objeto de pesquisa, a representação social da punção venosa, foi realizada uma busca sistemática por estudos na literatura operacionalizada conforme descrito a seguir.

### 2.1 Estado da Arte

A revisão da literatura foi realizada no mês de setembro de 2017 e atualizada em outubro de 2018, com uma pesquisa no portal da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS e no portal da CAPES –Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, nas bases de dados LILACS – Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde, BDENF – Banco de Dados Bibliográficos Especializado na Área de Enfermagem do Brasil, MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e SCIELO – Scientific Electronic Library Online.

Para seleção dos estudos, utilizou-se como critérios de inclusão: artigos completos em português, inglês e espanhol; dissertações e teses de abordagem qualitativa e que estivessem disponíveis eletronicamente nas bases de dados LILACS, BDENF, MEDLINE, SCIELO e CAPES.

Foram critérios de exclusão: as publicações repetidas nas bases pesquisadas, as produções do tipo estudo de caso, artigos de reflexão e de revisão, livros e capítulos de livros, pesquisas quantitativas e publicações que apresentassem falta de aderência ao tema investigado.

Para a realização da busca foram utilizados os descritores: “Cateterismo Periférico” e “Infusões Intravasculares” em combinação com o descritor “Psicologia Social”. Devido às poucas pesquisas encontradas nas bases de dados consideradas após aplicar os critérios de inclusão e exclusão com esses descritores, optou-se por realizar uma busca também como as palavras chave “Punção Venosa” em combinação em par com “Representação Social”. Dessa forma, as buscas em pares nas bases de dados foram: “Cateterismo Periférico” AND “Psicologia Social”, “Cateterismo Periférico”

AND “Representação Social”, “Infusões Intravasculares” AND “Psicologia Social”, “Infusões Intravasculares” AND “Representação Social”, “Punção Venosa” AND “Psicologia Social” e “Punção Venosa” AND “Representação Social”.

Ao combinar os descritores “Cateterismo Periférico” e “Representação Social” nas bases de dados pesquisadas foram encontradas duas publicações na CAPES. Uma foi excluída por não se tratar de pesquisa de representação social.

Um artigo após leitura foi analisado e selecionado. O estudo teve como objetivo compreender os conteúdos das RS, as origens das experiências de participantes adultos com o processo de punção de veias periféricas, suas percepções e marcadores implícitos e explícitos de demandas de cuidado segundo concepção de Neuman.

Ao pesquisar os descritores “Cateterismo Periférico” e “Psicologia Social” nas bases de dados citadas acima, encontramos sete publicações na MEDLINE. Ao prosseguir com a leitura dos resumos, todas foram excluídas por não abordarem a punção venosa periférica no âmbito da teoria da representação social.

A busca pelos descritores “Punção Venosa” e “Representação Social” resultou em quatro artigos. Um deles era repetido e somente um foi selecionado após leitura por se enquadrar na temática pesquisada.

O estudo teve como objetivo identificar as representações associadas à experiência de punção venosa e avaliar o grau de dor associado a esta experiência, em crianças em idade escolar.

Ao pesquisar os descritores “Punção Venosa” e “Psicologia Social” nas bases de dados, resultou em cinco publicações na CAPES. Duas delas foram analisadas e excluídas por se tratarem de pesquisas quantitativas e as três restantes não abordavam a punção venosa no âmbito da teoria da representação social.

Ao prosseguir nas buscas, cruzando o descritor “Infusões Intravenosas” e “Representação Social” obtivemos uma publicação que se repetiu nas bases LILACS e BDENF. Ao realizar a leitura esse foi selecionado.

O artigo encontrado era uma pesquisa quali-quantitativa realizada num serviço especializado em AIDS em Minas Gerais com abordagens nas representações sociais estruturais (RSE), processuais (RSP) e um survey que objetivou analisar a representação social de (ex) usuárias de drogas injetáveis portadores do HIV/Aids sobre auto punção de veia.

A última busca foi pelo cruzamento dos descritores “Infusões Intravenosas” e “Psicologia Social” que resultou em 26 publicações. Dessa forma prosseguimos com a

leitura dos resumos e análise dos artigos. Foi identificado que as publicações resultantes dessa busca predominaram com estudos que abordaram a temática do uso de álcool, nicotina, cocaína e outras drogas intravasculares em ratos totalizando 24 artigos que não aderiram à temática pesquisada e dois desses estudos era de abordagem quantitativa. Portanto essa busca não resultou nenhuma seleção.

A seguir, é apresentada na Tabela 1 uma síntese das produções científicas selecionadas acerca da temática nas bases de dados estabelecidas com os cruzamentos dos descritores e palavras chave.

Tabela 1 – Síntese da revisão integrativa da literatura com a temática cateterismo venoso e representação social, Outubro/2018

<b>DESCRITORES/ PALAVRAS CHAVE</b>	<b>BASES DE DADOS (Total/selecionados)</b>					
	LILACS	BDENF	MEDLINE	CAPES	SCIELO	TOTAL
<b>Cateterismo Periférico AND Representação Social</b>	-	-	-	1	-	<b>1</b>
<b>Cateterismo Periférico AND Psicologia Social</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Punção Venosa AND Representação Social</b>	-	-	-	-	1	<b>1</b>
<b>Punção Venosa AND Psicologia Social</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Infusões Intravenosas AND Representação Social</b>	1	-	-	-	-	<b>1</b>
<b>Infusões Intravenosas AND Psicologia Social</b>	-	-	-	-	-	-
<b>TOTAL DE PUBLICAÇÕES SELECIONADAS</b>	1	-	-	1	1	<b>3</b>

Fonte: A autora, 2018.

Percebemos que apesar da temática sobre a punção venosa periférica e o referencial teórico-metodológico da teoria da representação social serem bastante abordados em pesquisas, conforme se evidencia na revisão de literatura realizada nas bases de dados apresentado na tabela abaixo (Tabela 2), podemos concluir que os dois simultaneamente não são foco de investigações como apresentado anteriormente (Tabela 1).

Tabela 2 – Síntese da revisão da literatura temática sobre a punção venosa e a representação social sem cruzamento, Outubro/2018

<b>DESCRITORES/ PALAVRAS CHAVE</b>	<b>BASES DE DADOS (Total/selecionados)</b>					
	LILACS	BDENF	MEDLINE	CAPES	SCIELO	TOTAL
<b>Cateterismo Periférico</b>	106	74	2573	131	46	2930
<b>Punção venosa</b>	154	54	32	262	116	12370
<b>Infusões intravenosas</b>	156	34	12134	21	27	9807
<b>Representação Social</b>	792	168	986	6548	1313	9807
<b>Psicologia Social</b>	13145	867	279712	30065	5072	328861

Fonte: A autora, 2018.

Destacamos no Quadro 1 os estudos relevantes identificados sobre a temática punção venosa e a teoria da representação social, segundo a base de dados, o tipo e a fonte da publicação, o título, os autores, os objetivos, os resultados e a conclusão do estudo.

Quadro 1- Produção científica relacionada à representação social da punção venosa periférica (continua)

BASE DE DADOS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	TIPO DE PUBLICAÇÃO E FONTE	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
BDENF	Triangulação de métodos na representação social: autopunção de drogas em (ex) usuários soropositivos para HIV	Queiroz CM, Arreguy C, Krempser P, Leonel M, Melo LD.	R. Enferm. Cent. O. Min. 2014 set/dez; 3(4):1229-1247	Analisar a representação social de (ex) usuárias de drogas injetáveis portadores do HIV/Aids sobre autopunção de veia por triangulação de técnicas e métodos com baixa amostragem	Na análise do quadro de quatro casas, foram identificados: sentimentos/comportamentos negativos (arrependimento, depressão, medo e tristeza), comportamentos neutros (indiferença) e sentimentos/comportamentos positivos (prazer). Eles foram corroborados pelos discursos, imagens e informações advindas das outras técnicas. Houve priorização do prazer e desejo intenso por nova dose	O atendimento da dependência fez com que a autopunção da veia fosse negligenciada quanto às condições de segurança. Houve coerência entre elementos/conteúdos da representação social nas diferentes técnicas, retratando sentimentos, comportamentos, informações, imagens coerentes entre si a ponto de subsidiar o planejamento do cuidado e permitir ao enfermeiro compreender as respostas das pessoas com relação ao fato de serem (ex) usuárias de drogas injetáveis soropositivas para HIV.

Quadro 1 – Produção científica relacionada à representação social da punção venosa periférica (conclusão)

BASE DE DADOS	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	TIPO DE PUBLICAÇÃO E FONTE	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
CAPEB	Experiências de pessoas internadas com o processo de punção de veias periféricas	Ludimila Brum Campos J; Martins R; Arreguy-Sena C; Alves MA; Teixeira CV; Souza LC.	Esc Anna Nery 2016;20(3):e20160078	Compreender os componentes representacionais, as origens das experiências com o processo de punção de veias periféricas, suas percepções e marcadores implícitos e explícitos de demandas de cuidado segundo concepção de Neuman	Predominaram mulheres em idade $\geq 50$ anos. Os conteúdos imagéticos e as interpretações dadas pelos participantes a respeito de suas experiências próprias, com acompanhantes, terceiros e com profissionais, que retrataram suas percepções a respeito do procedimento técnico de punções dos vasos, contemplaram quatro dimensões, a saber: 1) comportamentais/ atitudinais: dor, medo, sensação de tomar um tiro, pavor, grito, nervoso e posição de pegar a veia; 2) cognitivas/informativas: saber que a instituição tem papel formador e por isso a aprendizagem integra as ações desenvolvidas nesse cenário; 3) valorativas: chato, entediante, ruim e gostar e 4) representacionais: agulha, garrote, equipo, doente e braço (conteúdo reificado)	Fragments de discurso e imagens de gíbi selecionados demonstram exposição a estressores (intrapessoais, extrapessoais e interpessoais), caracterizando lacunas nas demandas de cuidados de enfermagem quando se integram tecnologias relacionais, cognitivas/especializadas e instrumentais
SCIELO	PICAR... FAZ DOER! Representações de dor na criança, em idade escolar, submetida a punção venosa	Guerreiro, MR., Curado, MA	Enfermeria Global, 2012; 25: 75-91	Identificar as representações associadas à experiência de punção venosa e avaliar o grau de dor associado a esta experiência, em crianças em idade escolar.	Os dados obtidos permitem dizer que as crianças que participaram neste estudo consideraram que a dor funciona como fator desencadeante de sofrimento e está associado a manifestações físicas como o choro e a sentimentos expressos perante a dor, como o medo e ansiedade. O grau de dor associado à punção venosa e apresenta variabilidade com fatores como a idade e as experiências anteriores.	A punção venosa é um procedimento doloroso e, segundo as crianças que participaram no estudo, provocam medo e ansiedade. No entanto, muitas evitarão ter comportamentos sugestivos de dor por vergonha de serem consideradas mais fracas ou por entenderem que é uma dor necessária. Daí o facto de, algumas crianças, associarem a dor à coragem que é necessário ter para suportá-la.

Fonte: A autora, 2018.

Foi identificada na literatura uma lacuna sobre a representação social da punção venosa pediátrica pelos acompanhantes das crianças e pela equipe de enfermagem pediátrica. Os estudos publicados versam predominantemente sobre técnicas da punção e complicações advindas do procedimento negligenciando o emocional, a individualização do cuidado e da humanização da assistência de enfermagem direcionados ao processo de punção venosa periférica. Esta lacuna aponta para uma falta de interação e diálogo entre criança-acompanhantes-enfermagem, representando uma barreira para um cuidado de enfermagem humanizado, de qualidade e que este se estabeleça de forma compartilhada.

A justificativa da realização da presente investigação se alicerça nas seguintes argumentações: a) ser a enfermagem tradicionalmente responsável pelo processo de punção de vasos periféricos nas instituições de saúde, sendo necessário conhecer as demandas de cuidados emergentes daqueles que têm seus vasos puncionados; b) atender a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde por focar na criança, considerando os aspectos do impacto do relacionamento com os acompanhantes como determinantes no desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011); c) haver necessidade do estabelecimento de uma relação dialógica e de interação entre o profissional de saúde e os acompanhantes da criança hospitalizada, visto que o cuidado deve ser de acordo com as necessidades dos indivíduos, congruente com o contexto no qual está inserido e as representações significativas para o indivíduo e seu grupo social; d) ser necessário a aproximação das percepções individuais e coletivas dos usuários com o procedimento de punção de vasos, visto que a punção periférica é um procedimento rotineiro nas terapêuticas pediátricas; e) compreender as consequências que este procedimento gera a nível psicológico e emocional nas crianças e nos acompanhantes envolvidos no processo de internação hospitalar f) pela necessidade de se identificar e analisar os significados, comportamentos e necessidades dos acompanhantes e dos profissionais de enfermagem que ocorrem no encontro do individual com o coletivo durante o processo de punção venosa, confrontando as habilidades e competências requeridas pelos profissionais de enfermagem para a punção venosa no público infantil com a variedade de característica dos profissionais, usuários e seus acompanhantes numa relação que requer cuidados complexos e multifatoriais.

Diante dessa revisão demonstra-se a originalidade do presente estudo e a relevância da realização da presente investigação na possibilidade de preencher a lacuna do conhecimento científico acerca das representações sociais elaboradas pelos

profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes sobre o processo de punção de vasos sanguíneos periféricos em crianças. Este estudo poderá trazer contribuições para assistência, pesquisa, ensino e extensão ao ampliar a visão do enfermeiro no entendimento dos significados e dos estressores da punção venosa pediátrica para os sujeitos envolvidos redimensionando sua atuação na busca da humanização, da individualização da assistência e melhoria do enfrentamento ao procedimento. Os resultados poderão ser aplicados na prática, extensão e ensino e replicados em outras pesquisas e motivar novos estudos sobre este conhecimento interdisciplinar de interesse da equipe multidisciplinar de saúde.

Cabe mencionar que ao realizar a atualização da revisão da literatura no mês de outubro de 2018 não foram encontrados novos estudos sobre a temática pesquisada nas bases de dados mencionadas anteriormente, reforçando a escassez de pesquisas produzidas atualmente.

## 2 OBJETIVOS

A seguir apresentamos os objetivos geral e específicos da presente pesquisa:

### a) Geral

- Compreender as representações sociais elaborados pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças sobre a punção venosa periférica realizada em crianças internadas num serviço de pediatria.

### b) Específicos

- Descrever comparativamente os conteúdos simbólicos e a sua alocação dentro do sistema hierárquico segundo os profissionais de enfermagem e os acompanhantes de crianças de um setor de pediatria;
- Identificar as dimensões representacionais dos conteúdos das RS dos acompanhantes das crianças e dos profissionais de enfermagem sobre a punção de veias periféricas em crianças;
- Refletir acerca das implicações das representações sociais sobre o processo de punção venosa em crianças pelos profissionais de enfermagem e acompanhantes das crianças internadas a luz da teoria dos sistemas de Betty Neuman.

### 3 REFERENCIAIS TEÓRICO-CONCEITUAIS, FILOSÓFICOS E METODOLÓGICOS

A seguir serão apresentados os referenciais teórico-conceituais, filosóficos e metodológicos que fundamentam a presente investigação, conforme apresentados na Figura 1.

Figura 1 – Referenciais teórico-conceituais, filosóficos e metodológicos que fundamentam o processo de punção venosa na criança



Fonte: A autora, 2018.

#### 3.1 Referencial teórico-conceitual

O referencial teórico-conceitual foi dividido em seis partes que serão apresentados a seguir, a saber: a) as fases do desenvolvimento infantil e implicação no

processo de punção venosa, b) a criança e o processo de hospitalização, c) O acompanhante e o processo de hospitalização, d) a evolução histórica do processo de punção venosa periférica pela enfermagem, e) a enfermagem no processo de punção venosa periférica e f) as particularidades pediátricas no processo de punção venosa periférica.

### 3.1.1 As fases do desenvolvimento infantil e implicações no processo de punção venosa

O processo de punção venosa em crianças é peculiar, sendo necessário conhecer a fase de desenvolvimento em que as crianças se encontram, suas experiências prévias, seus conhecimentos e fantasias e o tipo de interação que se estabelece entre as crianças e seus pais/responsáveis e profissionais de saúde nas ocasiões em que têm seus vasos sanguíneos puncionados. A fase de desenvolvimento infantil irá interferir diretamente em como irá enfrentar o procedimento de punção venosa e qual será a interpretação dada por ela; as experiências traduzirem como as crianças vivenciam as situações estressantes e a interação clientes-profissionais vai demonstrar a humanização e acolhimento à criança durante o procedimento (GOMES et al., 2010; GOMES et al., 2011).

O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, o crescimento físico, a maturação, a aprendizagem (cognitivo) e os aspectos psicossociais que se apresentam interligados e influenciam-se mutuamente. As teorias do desenvolvimento consideram que o comportamento é fruto tanto de características hereditárias quanto de outras aprendidas no meio ambiente em que se vive, como as influências da família, da escola, do bairro e valores culturais (PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006).

Portanto, o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, que delimitam e atribuem significados à sua realidade. A interação da criança com os membros de sua família e com a sua rede de apoio social assegura a sua sobrevivência e a sua relação com o mundo, contribuindo para o seu desenvolvimento psicossocial. Na sua relação com os adultos, ela assimila habilidades que foram construídas pela história social ao longo do tempo, tais como as habilidades de sentar, andar, falar, controlar os esfíncteres entre outros (PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006).

Além da família, não podemos nos esquecer da escola, que se transforma rapidamente em um importante contexto de socialização, que se encarrega, principalmente, da transmissão do saber organizado, que é o produto do desenvolvimento cultural. A escola é fundamental para o desenvolvimento físico, cognitivo, social e afetivo nesta fase. Propicia contato com a diversidade por meio de interação, aprendizagem de novos conhecimentos que a preparam para relacionar-se com o mundo real. Entretanto, a entrada na escola é uma mudança na vida da criança, que está mais sujeita a pressões psicológicas e a família tem papel significativo nesta fase de adaptação às novas exigências (PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006).

Considerando criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990), precisou dividir o seu desenvolvimento em períodos para facilitar a compreensão e entender como essas fases podem implicar no planejamento de enfermagem à criança submetida ao processo de punção venosa periférica durante sua internação hospitalar.

O desenvolvimento infantil é dividido em: a) Pré-natal (da concepção ao nascimento); b) Primeira infância (nascimento aos 18 meses); c) Segunda infância (18 meses a seis anos) e d) Terceira infância (6 a 11anos) e adolescência (de 11 a 18 anos) (PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006). Atentaremos-nos a descrição dos períodos da primeira infância ao início da adolescência (12 anos incompletos) por ser o foco da presente investigação.

O período compreendido entre o nascimento aos 18 meses caracteriza a primeira fase da criança que é marcado por novas situações, ambientes, intervenções e experiências que podem desequilibrar a rotina e se apresentar como estresses (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006).

O período compreendido entre 18 meses a seis anos caracteriza a segunda fase de desenvolvimento infantil. Nesta fase as crianças intensificam a interação com outras crianças de idades próximas, assim a hospitalização e toda vivência advinda desse processo são vistas como estímulos externos capazes de retroceder o desenvolvimento interpessoal, por ser um período marcado de insegurança, por medo de situações desconhecidas, novas e ameaçadoras, de pessoas estranhas e do ambiente (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006).

Os acompanhantes podem interferir diretamente no enfrentamento dessas situações pela criança. A forma como essas situações são enfrentadas pela criança e como as experiências dos acompanhantes são passadas para ela, vão refletir no enfrentamento futuro dessa vivência nova e assustadora, entendida como castigo pela

criança. É necessário entender que são os acompanhantes que escutam as aflições e inseguranças da criança e molda como ela irá enfrentar essas situações, pois ele é a pessoa significativa e quem a criança tem de referência e confia pelo vínculo estabelecido (PINTO; BARBOSA, 2007).

Já a criança com idade entre sete a 12 anos, em idade escolar, apresenta uma capacidade de raciocinar sobre o mundo de uma forma mais lógica, pois está em uma fase de grande avanço cognitivo, adquirindo a habilidade ao experimentar. Portanto esse processo é gradual, sendo influenciado pelo ambiente e pela cultura, crenças, valores, tradições e habilidades do grupo social ao qual pertence, se desenvolvendo com ajudas específicas de adultos significativos (pessoas mais velhas que convivem diretamente com a criança, como pais e professores) ou pares (irmãos, primos, colegas de escola) de seu ambiente social e cultural (PIAGET, 1960; VYGOTSKY, 1988).

O crescimento cognitivo possibilita que as crianças desenvolvam conceitos mais elaborados sobre elas mesmas, assim como maior controle emocional, capacidade de se conhecer, de saber ouvir, de se colocar no lugar do outro, da solidariedade e da convivência (BISQUERRA, 2012).

A imaturidade das crianças para vivências inovadoras, a exemplo daquelas da punção vascular periférica, é típico, por estarem em desenvolvimento físico, neurológico, cognitivo e comportamental, retratando a instabilidade na forma de reagir, pensar, sentir, explicando também a percepção da dor de forma diferenciada, mesmo entre crianças de faixas etárias semelhantes (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Essa instabilidade foi descrita por Erikson (1998) que enfatizou a natureza adaptativa e racional em oito estágios psicossociais: a) confiança básica *versus* desconfiança (de 0 a 1 ano), quando a principal tarefa é a de confiar no cuidador principal e, caso isso não ocorra em função do comportamento do cuidador, a criança pode ver o mundo como um lugar ameaçador e não confiável; b) autonomia *versus* vergonha e dúvida (de 1 a 3 anos), quando a principal tarefa da criança é ser capaz de fazer as coisas sozinhas e a falha em alcançar a autonomia gera a vergonha e a dúvida em sua própria capacidade; c) iniciativa *versus* culpa (de 3 a 6 anos), quando a criança deve aprender o equilíbrio entre ter iniciativa e respeitar os limites, e a falha na obtenção desse equilíbrio gera a culpa; d) produtividade *versus* inferioridade (de 6 a 12 anos), quando a criança, em idade escolar, desenvolve um domínio das habilidades sociais, e sua falha leva a sentimentos de inferioridade e baixa autoestima.

Tais contribuições constituem alerta os enfermeiros quanto à necessidade de reorientação de sua conduta e das demandas de cuidado de enfermagem oriundas de todo processo de punção vascular pautado na etapa de desenvolvimento infantil. Deve-se assegurar a qualidade do cuidado e a segurança física, emocional, social, psicológica e moral das crianças que têm seus vasos sanguíneos periféricos puncionados, identificando o conhecimento/vivência que possuem para o procedimento, e a partir de então, planejar o cuidado de enfermagem direcionado à criança hospitalizada.

### 3.1.2 A criança e o processo de hospitalização

Durante a infância, a criança desenvolve sua relação com o meio externo, estabelecendo vivências com familiares, amigos, conhecidos e inicia os vínculos sociais. Nesta etapa, as crianças apresentam limitações para compreender novas situações, se mostrando muitas vezes com comportamentos agressivos e de raiva (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

As crianças normalmente respondem negativamente ao estresse da hospitalização, pois interpretam este momento como situação ameaçadora, pois é afastada das pessoas do seu convívio, da privação da vida escolar, do ato de brincar, e são alterados seus costumes e hábitos, além de serem submetidas a situações geradoras de dor como na realização de punções venosas. Assim elas respondem com comportamentos agressivos como choro, gritos, retraimentos, chute, mordidas, tapas, resistência física aos procedimentos ou ignorando as solicitações da equipe de saúde ou de seus acompanhantes (MORAES; ENUMO, 2008; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

O adoecimento, a hospitalização e os procedimentos dolorosos advindos deste momento, é algo inesperado e indesejável para a criança, que é obrigada a mudar seu comportamento com privações e restrições impostas, constituindo um momento impactante no desenvolvimento da criança e na união familiar, podendo gerar reflexos no seu comportamento após a internação e provocar sofrimento psíquico e distúrbio emocional (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

O desconhecido pela criança deve ser considerado pela enfermeira ao identificar suas necessidades, expectativas, sentimentos e significados desse momento através de

uma comunicação efetiva, de forma a buscar a integridade do cuidado e o estabelecimento de vínculos e confiança. A enfermeira deve-se atentar para os fatores de risco para enfrentamento ineficaz frente à hospitalização e apoiar a criança no desenvolvimento de comportamentos de enfrentamento com intervenções de enfermagem individualizadas (MORAES; ENUMO, 2008; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Os ensinamentos reduzem os estresses e promove o enfrentamento, assim como a participação e envolvimento dos pais e o brincar terapêutico, momento em que a enfermeira pode identificar os pensamentos, sentimentos, medos, preocupações, corrigir conceitos errados e apoiar habilidades de enfrentamento (MORAES; ENUMO, 2008).

O brincar terapêutico é a atividade desenvolvida pela equipe de saúde que disponibiliza a possibilidade da criança manipular objetos utilizados no seu tratamento, como no caso da punção venosa, o equipo, o garrote ou o cateter em uma situação de brincadeira com o objetivo de fornecer conhecimento, controle, domínio e segurança (MEDEIROS et al, 2009).

Dessa forma, o brincar terapêutico pode fortalecer o enfrentamento das crianças e contribuir também para diminuir a ansiedade de separação que ocorrem em três fases durante uma internação hospitalar: a primeira é o protesto da separação e negação da equipe; a segunda é o desespero manifestado por tristeza ou apatia; e a terceira é a negação ou separação, momento em que se interessa pelo ambiente e pessoas novas, não percebendo a falta do pai/mãe (MEDEIROS et al, 2009).

Nesse sentido foi implementado com a Lei n ° 11.104/2005, a obrigatoriedade de brinquedotecas nas dependências hospitalares, oferecendo as crianças momentos de alegria, descontração e oportunidade de continuação de seu desenvolvimento social e cognitivo interrompidos pelo adoecimento e pela internação (BRASIL, 2005).

Dessa forma, o brincar tenta suprir a fase de negação, diminuindo o risco das crianças evoluírem com dificuldade para estabelecer futuros relacionamentos pela confiança comprometida com os pais, com déficits de atenção, comportamento autocentrado e funcionamento intelectual diminuído (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

É necessário conhecer os sinais e sintomas manifestados pelas crianças que indicam enfrentamento ineficaz frente à hospitalização. Nas crianças em idade pré-escolar é comum apresentarem febre, inquietação, hiperatividade, irritabilidade, vômito,

aumento da frequência urinária, diarreia e tonteira, e em idade escolar, manifestam medo do desconhecido e do inexplicado (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

No ambiente hospitalar, as crianças apresentam diversos medos como, por exemplo, de máquinas e dos equipamentos utilizados no cuidado, dos procedimentos invasivos, maioria por agulhas e injeções, de se machucarem, de situações inseguras, da dor e da morte. Estas são as principais queixas das crianças relacionadas aos medos durante a hospitalização (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Diante da complexidade que envolve a hospitalização de uma criança conforme descrito, entendemos a necessidade indispensável da comunicação e da humanização do cuidado da equipe de saúde com as crianças e com seus acompanhantes, para que estes sinais e sintomas possam ser identificados e considerados nas intervenções, para que medos irrealistas sejam contornados para diminuir o trauma das internações e dos procedimentos e para que reflexos da experiência de hospitalização não interfiram sobre o desenvolvimento saudável das crianças.

### 3.1.3 O acompanhante no processo de hospitalização

É preciso definir quem são os familiares e/ou acompanhantes da criança frente às mudanças dinâmicas na sociedade. Familiar é aquele que se estende para além da unidade dos pais e filhos, entendidos como aqueles que estabelecem relacionamentos significativos com a criança, incluindo os cuidadores principais e outras pessoas importantes designadas pelos cuidadores principais, ligados ou não por laços consanguíneos e/ou afetivos os quais a criança convive, quem tem afinidade ou afetividade, caracterizando quem acompanham as crianças internadas (BOWDEN; GREEMBERG, 2005; BRASIL, 1990).

A família é a base na vida da criança, é quem influencia constantemente, forma e a educa para o mundo. O apoio da família à criança durante todo o desenvolvimento infantil é extremamente importante, pois auxilia na cooperação infantil frente a situações e procedimentos desconhecidos ou dolorosos, no entendimento das situações estressantes e novas na vida da criança, na comunicação dos estressores identificados durante o enfrentamento dessas novas situações (BOWDEN; GREEMBERG, 2005; GOMES et al., 2013).

A participação dos pais no ambiente hospitalar e sua permanência com os filhos durante a hospitalização têm papel preponderante no processo de cuidado da criança, que sentirá maior segurança ao estar acompanhada neste momento diferenciado, por ser referência fundamental da criança, por representarem os mediadores da relação terapêutica, além de apoio imprescindível ao enfrentamento desta situação desafiadora que é a doença e a internação (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; BRASIL, 1990).

Durante os procedimentos dolorosos a presença de pessoa significativa também é fundamental e indispensável para a criança por oferecer apoio e segurança, dar sentido às experiências vivenciadas, tornar seguro os momentos difíceis e auxiliar a reconhecer o outro, adquirindo confiança para estabelecer relações futuras (PINTO; BARBOSA, 2007).

No Brasil, a preocupação com a permanência dos pais no hospital tornou-se mais efetiva após a promulgação da Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), determinando em seu Artigo 12 que: “os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação de criança ou adolescente” (BRASIL, 1990).

Com a presença dos pais nos cuidados com a criança eles se tornam corresponsáveis pelo tratamento e recuperação da mesma. O cuidado centrado na família é uma filosofia do cuidado que considera a unidade da família como foco fundamental das intervenções da atenção à saúde, pautado na individualidade de cada família e na influência da família como uma constante na vida da criança (BOWDEN; GREEMBERG, 2005).

A família também é afetada pela hospitalização e pelo sofrimento infantil pelo qual a criança passa ao ser retirada de seu cotidiano, de seus vínculos sociais e ao passar a seguir regras institucionais. Dessa forma a família passa a apresentar enfrentamento reduzido a hospitalização somada aos estressores financeiros, emocionais, relacionais ao trabalho ou pela necessidade de cuidar dos outros filhos e portanto deve ser foco de investigações para qualificar o cuidado (BOWDEN; GREEMBERG, 2005; MILIONI et al, 2011).

Dessa forma, a família pode desenvolver sintomas de falta de controle por perderem seus papéis normais como pais e assim podem responder com defesa e projeção da raiva os membros da equipe (BOWDEN; GREEMBERG, 2005).

A enfermeira precisa reconhecer e valorizar o vínculo entre acompanhantes e criança para que atue como mediadora entre a criança, a mãe e o procedimento, cabendo os esclarecimentos necessários e adaptados à necessidade do binômio com intuito de reduzir a ansiedade da família durante a hospitalização, aumentando o entendimento sobre a doença da criança, do prognóstico e das intervenções necessárias, explicando-as. É necessário identificar os fatores de risco que afetam o enfrentamento e os sinais de estresse e enfrentamento ineficaz (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; PINTO; BARBOSA, 2007; LIMA et al., 2010).

A enfermagem ao inserir a família/acompanhante no cuidado, aumenta as possibilidades da mãe e da criança de saírem fortalecidas da situação e aptas a enfrentarem novas experiências que ameacem a integridade física e mental, permitindo assim que a criança continue a explorar o mundo com confiança (PINTO; BARBOSA, 2007).

Dentre as justificativas da dificuldade da equipe de enfermagem em inserir a família no cuidado à criança está o fato de os profissionais não se sentirem preparados para dividirem com os acompanhantes de crianças internadas os mesmos espaços, percebendo a participação da família de forma ambígua, como um cliente em potencial, mas também fundamental no cuidado, na recuperação e acompanhamento da criança hospitalizada, como parceira do cuidado e promotora de autonomia (LEMOS; FERREIRA, 2010; BALTOR, 2012; PATRICIO, 2010; MARQUES et al, 2014).

As discussões acerca da presença dos acompanhantes no âmbito hospitalar são antigas e ainda geram controvérsias. Em 1951, a Organização Mundial da Saúde publicou um relatório apontando a privação da presença materna como um fator perturbador da saúde mental da criança, desencadeando impacto na assistência, o que gerou a implantação parcial de ideia de alojamento conjunto, com a liberação de visitas de acompanhantes à criança, por um tempo limitado, mas a equipe de saúde permanecia muito resistente em aceitar a dividir o espaço hospitalar com a família (COLET; OLIVEIRA, 1998).

Em 1980, começou após um forte movimento com vistas a garantir os direitos das crianças, com uma assistência mais integral, regulamentada pela Lei nº 8069, tornando universais os direitos das crianças e dos adolescentes em usufruírem do sistema de alojamento conjunto pediátrico devido à relevância da permanência das mães e acompanhantes durante a hospitalização para a evolução clínica da criança (BRASIL, 1990; GOMES, 2005).

Autores, ao abordarem essa temática, revelaram que a família é um dos principais precursores da amenização dos efeitos negativos acarretados pela dor, pelo medo e insegurança advindos da experiência da internação hospitalar (BORTOLOTE; BRÊTAS, 2008; BALTOR et al, 2012; PATRICIO et al, 2010; GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

Considerando a importância da presença dos acompanhantes no processo de hospitalização infantil, reitera-se que o enfermeiro deve considerar as necessidades da criança hospitalizada e da família cuidadora, considerando assim as opiniões, os sentimentos e os questionamentos, possibilitando o estabelecimento de interações efetivas com compartilhamento dos cuidados, considerando criança e família como um só cliente (RIBEIRO; GOMES, THOFEHRN, 2017; GOMES; ERDMANN; OLIVEIRA, 2014).

É importante que o enfermeiro tenha a sensibilidade de compreender os sentimentos vivenciados na situação de doença, internação e sofrimentos da criança, reconheçam os acompanhantes como integrantes do ciclo vital da criança, suas crenças e cultura e a adaptação dos cuidadores ao processo de hospitalização (WERNET; ÂNGELO, 2007; GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

Esta estratégia poderá facilitar a relação entre a equipe de enfermagem e a família, utilizando de técnicas didáticas para melhor comunicar a assistência de enfermagem no intuito de possibilitar ao assistido um cuidar qualificado, e assim garantir um cuidado efetivo e humanizado à criança. A compreensão dos sentimentos, comportamentos, pensamentos, julgamentos da díade criança- família pode subsidiar o enfermeiro para dar o apoio necessário para cuidar de forma a tornar a hospitalização menos traumática (GOMES et al., 2013; ROSAS et al, 2002).

A comunicação e a empatia são competências fundamentais para o estabelecimento da efetivação do cuidado de enfermagem e sua inadequada utilização na assistência à criança e seu acompanhante pode gerar conflitos interpessoais e comprometimento do cuidado compartilhado (FORMOZO GA, 2012).

### 3.1.4 A Evolução histórica do processo de punção venosa periférica pela enfermagem

O processo de punção venosa caracterizado como um procedimento médico desde a Segunda Guerra Mundial passou a ser realizado pela enfermagem devido ao reduzido número de profissionais que o realizassem e às demandas de cuidados decorrentes de sua execução. Hoje representa uma atribuição dos profissionais de enfermagem, um dos procedimentos mais executados pela categoria (PHILIPS; GORSK, 2014; GOTTSCHALL, 1999).

A evolução da construção da identidade profissional da enfermagem percorrendo pelos modelos caritativo, hegemônico e baseado no custo-benefício desde 1960 até o ano de 2015 foi acompanhando pelo procedimento de punção venosa. Os recursos tecnológicos utilizados para viabilizar o cuidado ao usuário no processo de punção venosa evoluíram inicialmente de formas disruptivas e revolucionárias seguidas de evolucionárias causando impactos nas práticas, nos processos de trabalho e na formação profissional considerando a humanização e os conhecimentos científicos. Essas mudanças foram pautadas na preocupação com a segurança profissional, com o controle das doenças transmissíveis pelo sangue impulsionadas pela pandemia do (a) HIV/AIDS (KREMPSER et al, 2017).

O processo de trabalho no período de 1960 a 1980 estava vinculado aos materiais e aos recursos tecnológicos e era realizado de forma artesanal e rudimentar. Os frascos dos soros eram de vidro e ficavam pendurados em suportes de madeira com auxílio de tecidos e os equipos eram de borracha da coloração dos garrotes. As agulhas eram de metais e afiáveis, os primeiros escalpes eram lavados, desinfetados com hipoclorito de sódio e/ou Germiquil® e reutilizados, assim como as seringas de vidros (KREMPSER et al, 2017).

A antisepsia da pele era feita com álcool iodado. Para a estabilização de estruturas corporais, usavam-se talas confeccionadas com revestimento de tecido impermeável ou improvisava-se com atadura e papelão. Já para a fixação do complexo de punção, utilizava-se esparadrapo comum. Os materiais eram desconfortáveis para os usuários, pesados e causadores de transfixação das veias. Todo esse processo era realizado pelos próprios profissionais de enfermagem e não havia coleta seletiva de lixo hospitalar (KREMPSER et al, 2017).

Já no período de 1980 a 2000 ocorreu o advento de materiais como *three way* de metal (dispositivo rotatório de três vias que possibilita a utilização alternada de infusão intravascular no acesso venoso), o escalpe, o uso obrigatório de luvas e seringas descartáveis e individuais que inicialmente continuavam sendo lavadas e o surgimento da antisepsia com álcool 70% ou clorexidina e prazos para troca dos dispositivos intravenosos motivando o registro em prontuário das práticas realizadas pelos profissionais de enfermagem. Tais mudanças foram relatadas pelos profissionais numa perspectiva positiva para os pacientes e capazes de gerarem dúvidas nos profissionais por ocasião da introdução das novas tecnologias (KREMPSER et al, 2017).

Entre os motivos atribuídos às mudanças tecnológicas vinculadas ao processo de punção de veias periféricas estão a presença de evidências decorrentes de investigações científicas e a acessibilidade/difusão do conhecimento, exemplificado pela pandemia do (a) VIH/SIDA e de doenças do sangue. Isso levou à padronização do uso de luvas descartáveis; modificação da técnica após remoção do cateter do interior da veia e à reconceituação dos processos de desinfecção/esterilização dos materiais, embora tenha havido resistência dos profissionais para aderir à nova proposta de processo de trabalho. As mudanças ocorreram devido à presença de infecções hospitalares, de acidentes com perfuro cortantes e devido o índice de flebites decorrentes do acesso venoso instalado (KREMPSER et al, 2017).

Os materiais utilizados após o ano de 2000 para o processo de punção de veias periférica foram o álcool 70% ou digliconato de clorexidina alcoólica 5%, seringa e jelco com dispositivo retrátil de segurança, extensores intermediários de duas a quatro vias e curativo transparente para fixação do cateter, sendo marcante a resistência pelos profissionais ao uso das inovações tecnológicas, dificuldade em seu manuseio e a coparticipação do usuário no cuidado. O processo de trabalho e a qualidade dos materiais utilizados eram definidos pelo vínculo do doente com a instituição (SUS/particular/convênio) e estes passaram a ser dispensados por centrais satélites de distribuição. Os perfuro cortantes e o lixo hospitalar eram recolhidos de forma seletiva (KREMPSER et al, 2017).

Aliado a essas mudanças observamos a cobrança da participação dos enfermeiros na corresponsabilidade/coparticipação no processo de decisão e realização do cuidado (manutenção do acesso venoso), sendo questionada sua inserção no processo de trabalho. A habilidade de realizar o procedimento de punção venosa diminuiu no decorrer dos anos durante o período de formação acadêmica, devido à diminuição de

oportunidades de praticar, o aumento do número de acadêmicos por grupo de estágio somado a diminuição de preceptores para acompanhar gerando uma redução de oportunidades de desenvolvimento da habilidade (KREMPSEK et al, 2017).

Dessa forma a inserção do enfermeiro em atividades “de natureza burocrática e administrativa” em detrimento de seu engajamento na prática assistencial é justificada na literatura pelo despreparo (GALIZA; BEZERRA; OLIVEIRA et al, 2016) e/ou insegurança ou sobrecarga de atividades a que estão expostos.

Nos dias atuais, as mudanças demonstram serem em prol de uma relação entre qualidade, custos do cuidado aliada aos avanços científicos. O processo de punção venosa, enquanto um procedimento invasivo, que requer habilidades técnicas, aliadas a competências cognitivas, comunicacionais, relacionais, de avaliação e tomada de decisão, apresenta contradições entre a forma como é executada, as recomendações do conselho de classe e as ideologias capitalistas das instituições de saúde (COFEN, 2003; SALVIANO et al, 2016).

Frente à evolução das tecnologias utilizadas para viabilizar o acesso venoso, identificamos a necessidade do enfermeiro se engajar na assistência prática, identificando estressores advindos do procedimento a partir dos comportamentos e atitudes manifestados pelos acompanhantes e pelas crianças como forma de humanizar o cuidado com o desenvolvimento de competências afetivas, comunicacionais e relacionais aliados à competência técnica e tecnológica.

### 3.1.5 A enfermagem nas particularidades pediátricas do processo de punção venosa periférica

A punção venosa periférica representa aproximadamente, 85% das atividades executadas pela equipe de enfermagem e 50% das pessoas internadas, têm, em algum momento, um cateter intravascular instalado (MARTINS et al, 2008). O acesso venoso possibilita administrar líquidos e eletrólitos intravenosos; realizar exames bioquímicos e diagnósticos; infundir princípios farmacológicos; ofertar suporte nutricional parenteral, realizar hemotransfusão, monitorar hemodinâmica e viabilizar terapia renal substitutiva (MARTINS et al, 2008; ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009).

O processo de punção vascular engloba todas as etapas que envolvem desde o processo decisório de seleção de material, a instalação e a permeabilidade de longa ou curta duração de um vaso sanguíneo por meio de um cateter intravascular até a avaliação clínica após a remoção do cateter intravascular incluindo o sítio de inserção do cateter, do vaso e suas áreas adjacentes (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2009).

A punção venosa é um procedimento invasivo que rompe a proteção natural da pele, comunicando o sistema vascular com o meio externo, portanto envolve complexidade técnico-científica para sua execução, competência profissional, conhecimento especializado, habilidade psicomotora, atualização com inovações tecnológicas e tomada de decisão (PHILIPS, 2014).

Para realizar o procedimento, é fundamental o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais devido ao risco de contaminação com agentes infecciosos, inerente à manipulação de materiais biológicos, potencialmente infectantes (ANDRIOLO et al, 2014). Os equipamentos que devem ser utilizados incluem os óculos; luvas descartáveis; jaleco de mangas longas, fechado até o pescoço e com presença de elástico ou sanfona nos punhos e uso de roupas e calçados que acobertem as pernas e os pés (BRASIL, 2010).

Os EPI's diminuem o risco de contaminação por contato direto com material contaminado em situações de transmissão direta como os acidentes com perfuro cortantes, os respingos de sangue em pele ou mucosas e a inalação de aerossóis, ou por transmissão indireta como o contato com superfícies e/ou objetos contaminadas (BRASIL, 2010).

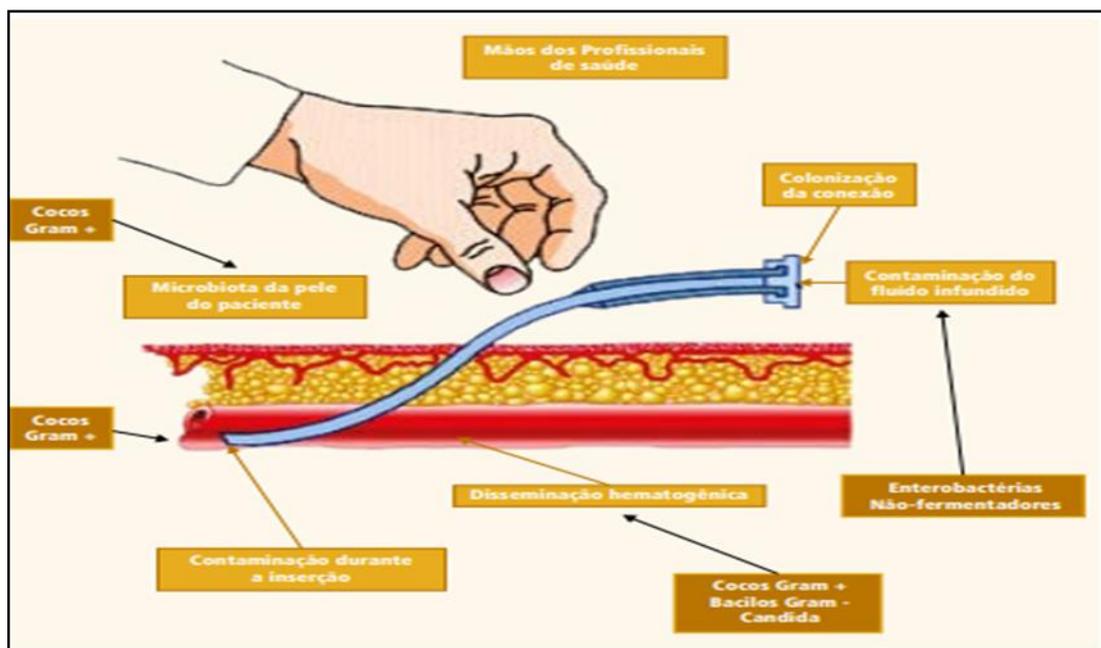
#### a) **Higienização das mãos**

O primeiro passo do profissional antes de iniciar o procedimento é realizar a higienização das mãos com água e sabão antisséptico e uso de preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%), sendo repetido o processo após o contato com o usuário e após risco de exposição a sangue ou materiais biológicos. A higienização das mãos é imprescindível antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, remover o cateter, manipular ou trocar curativos, com objetivo de diminuir o risco de infecções da corrente sanguínea (ICS), pois esta é a infecção associada aos cuidados em saúde de maior potencial preventivo que existe (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, 2014).

De acordo com uma revisão sistemática, 65 a 70% dos casos de ICS poderiam ser prevenidos com o conhecimento das formas de contaminação (Figura 2) e com a

adoção de medidas adequadas, como adesão aos “bundles” (pacotes de intervenções pautados em ações de baixo custo, fácil execução e alto impacto na redução de iatrogenias) de boas práticas de inserção que são propostos pelo Institute of Healthcare Improvement (IHI) e a otimização das práticas de manutenção dos dispositivos (UMSCHEID et al, 2011).

Figura 2 – Fisiopatogenia da infecção da corrente sanguínea



Fonte: SAFDAR; MAKI, 2004.

Após a higienização das mãos, o profissional deverá se apresentar ao paciente e explicar o procedimento justificando sua necessidade e proceder, após aceitação do mesmo, à inspeção do local de punção em busca do vaso mais adequado para o cateterismo periférico (OLIVEIRA, 2014).

#### b) A seleção do cateter e do sítio de inserção

Dentre os critérios que podem ser utilizados para definir o local da inserção do cateter intravascular, o profissional deve se basear no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso. Importante frisar que não é indicado o uso de cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes, para nutrição parenteral com mais de 10% de dextrose ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L, ou para qualquer solução com osmolaridade acima de 900 mOsm/L (BRASIL, 2017).

Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula por causarem menos flebite mecânica (irritação da parede da veia pela cânula) e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso, salvo em condições de emergência (BRASIL, 2017; GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

As veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços (Figura 3), que sejam flexíveis, íntegras e calibrosas, (BRASIL, 2010) não sendo indicado o uso das veias de membros inferiores, a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebites (BRASIL, 2017).

No público infantil, o processo de punção venosa periférica ocorre em etapas e com cuidados que se diferenciam em alguns aspectos do adulto/idoso, devido à vulnerabilidade e desenvolvimento em que se encontra este público. Nelas, os locais de punções a serem considerados, além dos membros superiores, as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila), sempre evitando a região antecubital; também são eleitos os membros inferiores (caso a criança não deambule) e a cabeça (crianças menores de três anos) (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016; BRASIL, 2017).

Figura 3 – Locais de punção de veias nas crianças (continua)

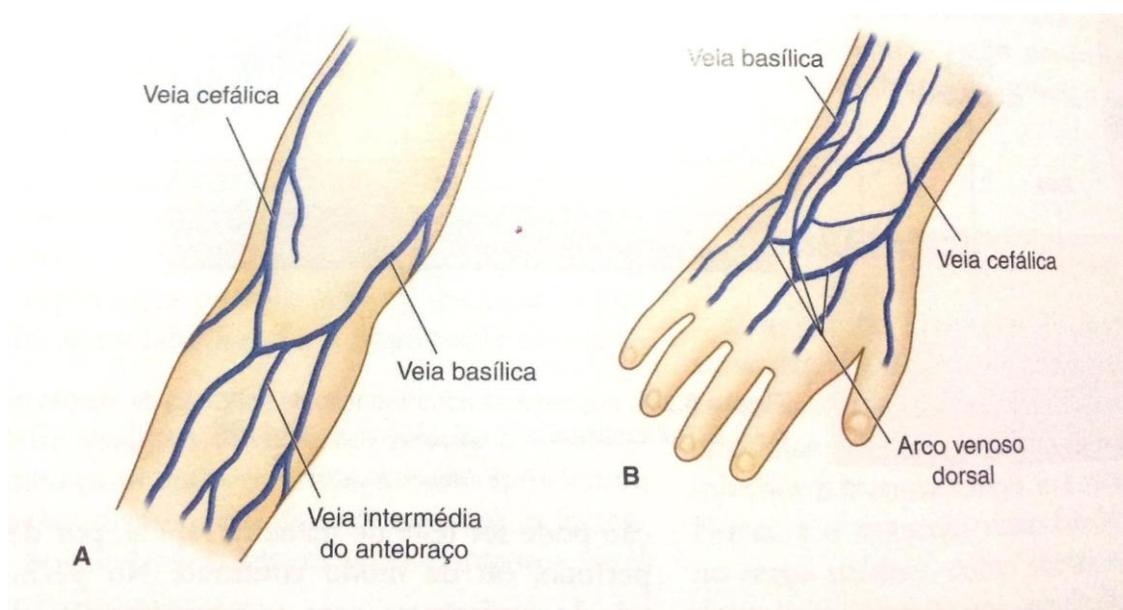
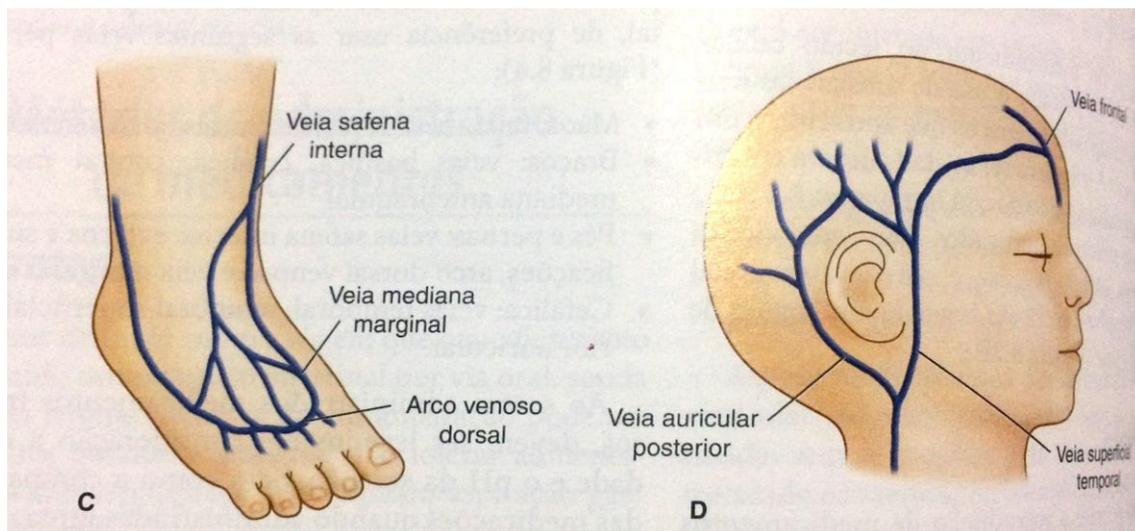


Figura 3 – Locais de punção de veias nas crianças (conclusão)

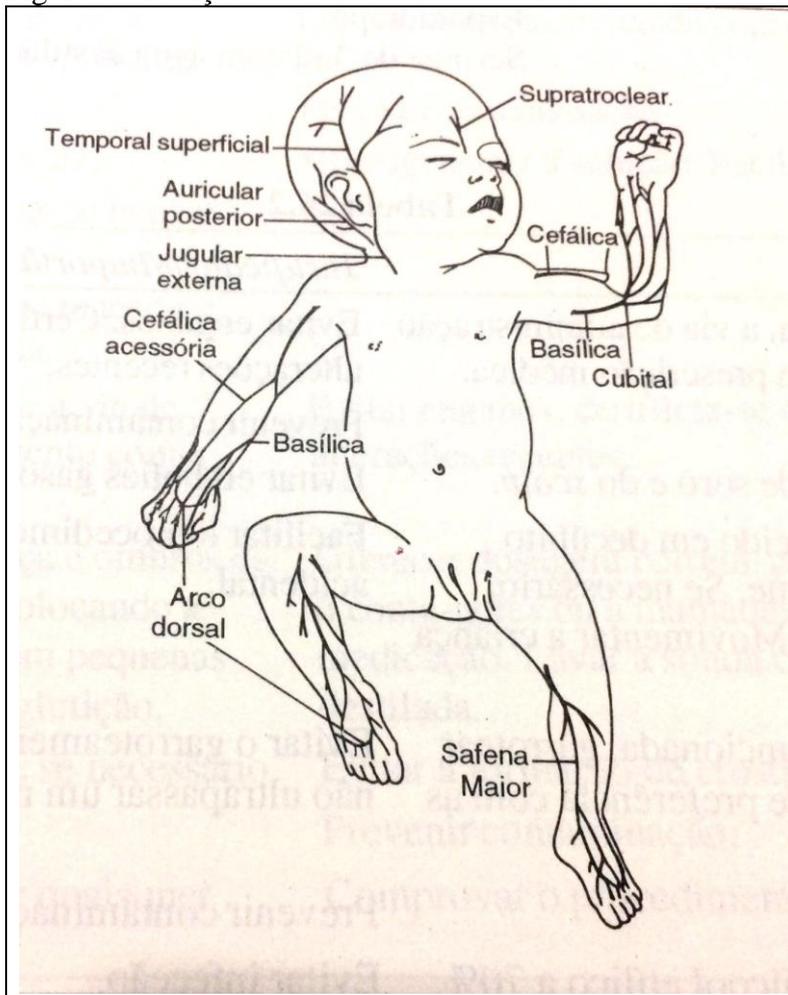


Fonte: TAMEZ, 2013.

É importante considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante, evitando região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite e necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios e áreas com outros procedimentos planejados (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

Os vasos que geralmente satisfazem essas condições são as veias da fossa cubital que podem apresentar trajetos variáveis para cada pessoa, com presença de veia cefálica acessória e/ou ausência de veia cubital mediana conforme ilustrado na figura 4 (BRASIL, 2010; GILROY, 2008).

Figura 4 – Posição das veias da fossa cubital



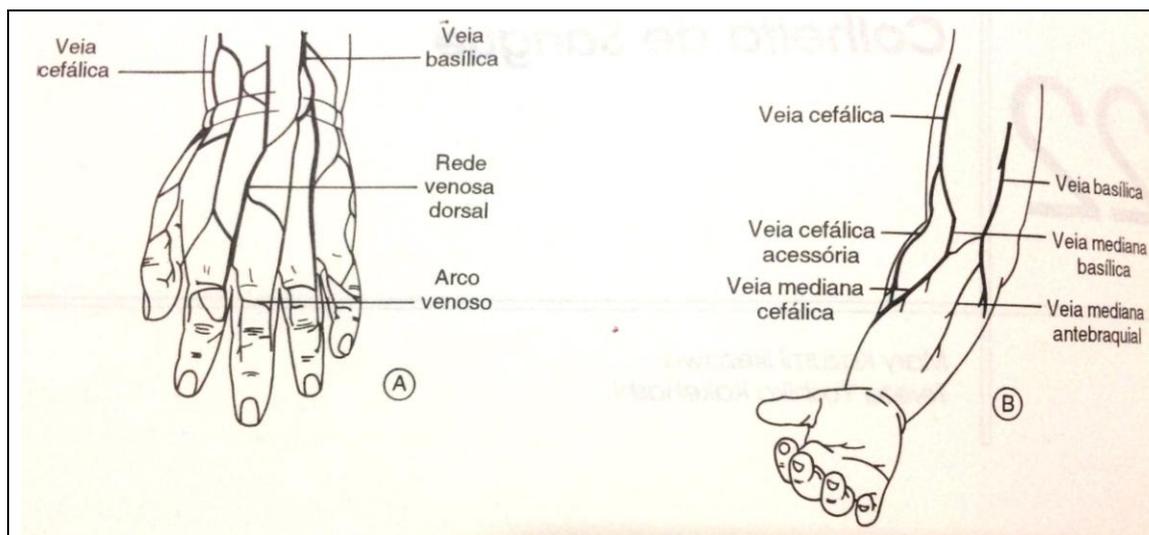
Fonte: NAGANUMA et al., 1995.

Para a punção venosa periférica, as veias de escolha preferenciais são a cubital mediana e a cefálica, que estão dispostas na região anterior do braço, próximo à dobra do cotovelo (Figura 5). A cefálica não deve ser a primeira tentativa devido ao maior risco de formação de hematomas. Se necessário a punção no dorso da mão recomenda-se a punção do arco venoso dorsal devido ao calibre maior. A veia dorsal do metacarpo pode ser puncionada, mas é um local doloroso devendo ser evitado se possível (BRASIL, 2010).

No público infantil é necessário avaliar a preferência da criança e de seu acompanhante, de forma que o cateter prejudique menos o conforto e o cotidiano da criança no ambiente hospitalar, não limite sua movimentação, não interfira na alimentação, no sono, na recreação e na higiene pessoal. A ausência desses cuidados poderá comprometer a segurança da terapia infusional, expondo a criança a eventos adversos e a novas punções (ALMEIDA et al, 2016).

Ao incentivar a participação da criança na escolha do local de punção venosa, além da promoção da humanização e individualização da assistência de enfermagem, a criança sentirá valorizada a sua opinião nas decisões de seu tratamento e poderá facilitar a realização do procedimento frente a uma melhor aceitação (ALMEIDA et al, 2016).

Figura 5 – Posição anatômica das veias utilizadas em punções venosas periféricas na pediatria



Fonte: NAGANUMA et al., 1995.

O próximo passo é calçar as luvas de procedimento, com cuidado para evitar rasgos imperceptíveis, prendendo as mangas do jaleco com as mesmas. O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos (BRASIL, 2010).

A visualização da veia pode ser facilitada posicionando o braço do usuário apoiado na braçadeira com um pequeno ângulo de inclinação para baixo sem dobrar o cotovelo, com um movimento de abrir e fechar as mãos, realizando uma massagem delicada no sentido punho-cotovelo ou garroteamento do membro (BRASIL, 2010).

O garrote utilizado no procedimento devem ser limpo e colocado 10 cm acima do local escolhido para a punção, com o laço ou fecho para cima por no máximo um minuto para evitar elevação da pressão dos vasos. Não se deve apertar excessivamente a fim de evitar a interrupção do fluxo arterial, que deve permanecer palpável durante a coleta (BRASIL, 2010).

Seguidamente à colocação do garrote, deve-se segurar com firmeza a pele abaixo da área e puncionar a pele suavemente em um ângulo de 15°, com o bisel da agulha para cima (BRASIL, 2010).

### c) Preparo da pele

O preparo da pele deve ser realizado com fricção da pele com solução a base de álcool como o gliconato de clorexidina > 0,5%, realizada por meio de movimentos de vai e vem por 30 segundos, ou com iodopovidona - PVPI alcoólico 10% ou álcool 70% que deve ser realizado com movimentos circulares (dentro para fora). Em caso de sujidade visível no local da punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico e remover os pelos, quando necessário, com tricotomizador elétrico ou tesouras, não utilizando laminas de barbear devido o risco de infecção. Sempre considerar o perfil de patógenos com a CCIH das instituições (BRASIL, 2017; GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

É necessário aguardar a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção e não se deve tocar o local de punção após a antisepsia e usando esta ação for extremamente necessário deve-se fazer uso de luvas estéreis (BRASIL, 2017).

O limite de tentativas de punção deve ser de duas tentativas por profissional e, no máximo, quatro no total devido à dor, o atraso do início do tratamento, o comprometimento do vaso, o aumento dos custos e os riscos de complicações (BRASIL, 2017; GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016). Após alcançar o limite de tentativas de punção venosa periférica em crianças e frente à avaliação do enfermeiro da impossibilidade de se estabelecer um acesso periférico justifica-se a necessidade de punção central para início/continuação da terapia venosa nas crianças (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

### d) Estabilização

Para preservar a integridade do vaso é necessário a correta fixação do cateter, prevenindo assim seu deslocamento e conseqüente perda do acesso. A estabilização dos cateteres deve ser com um cateter com mecanismo de estabilização integrado, produto constituído de poliuretano, com mecanismos de segurança passivo, válvula antirrefluxo e plataforma de estabilização integrada em sistema fechado, capaz de auxiliar na redução de irritações na pele do vaso e minimizar a movimentação do instrumento (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016; MENSOR; AGUIAR; SOUZA, 2016).

A estabilização integrada deve ser combinada com um curativo de poliuretano com bordas reforçadas ou uso de um cateter periférico tradicional combinado a um dispositivo adesivo específico para estabilização instalado de forma asséptica, nunca

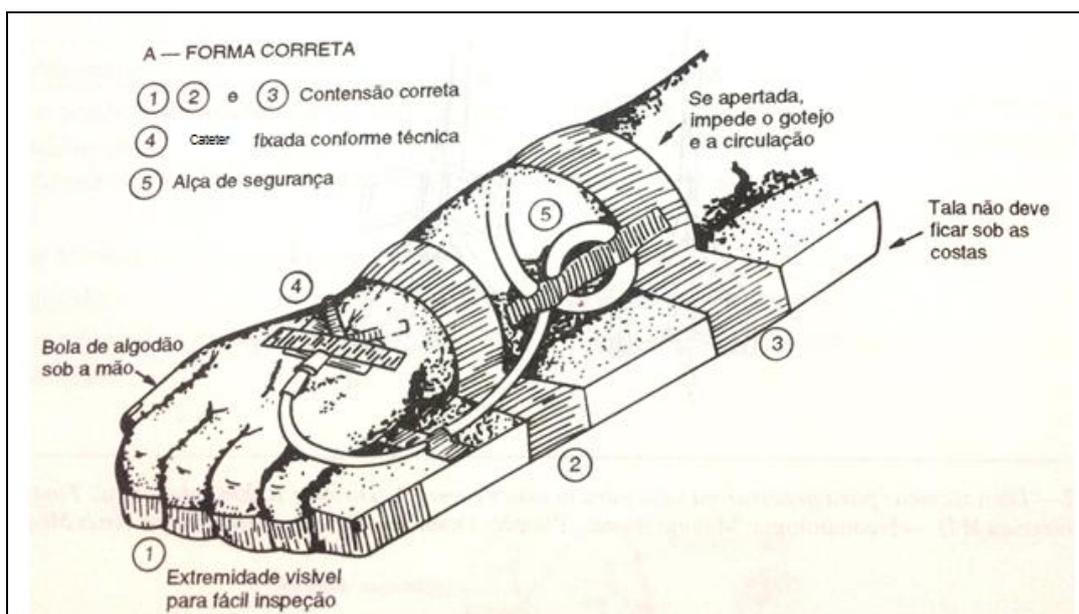
utilizando adesivos não estéreis para este fim (esparadrapos ou micropores comuns) (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

A cobertura deve possibilitar a avaliação e monitoramento do sítio de inserção, favorecer a infusão da terapia, proteger o sítio de punção, minimizar a possibilidade de infecção, fixar o dispositivo no local para prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso. A cobertura para cateter periférico deve ser estéril, podendo ser semioclusiva (gaze e fita adesiva estéril quando a permanência for < 48 hs pelo risco de perda do cateter durante sua troca) ou membrana transparente semipermeável (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

A cobertura deve ser trocada com técnica asséptica imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida (proteger com plástico durante o banho), solta, suja ou com a integridade comprometida (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

No público infantil também são encontrados peculiaridades na estabilização do cateter que deve ser realizada com uso de talas (Figura 6), pois este recurso está associado ao tempo de permanência do cateter no interior do vaso sanguíneo, auxiliando na prevenção da retirada acidental (ALMEIDA et al, 2016). Essas talas devem ser confeccionadas de material lavável, não poroso, que permita a higienização e ser de uso único. Deve ainda ter tamanho proporcional à região estabilizada, garantindo a posição anatômica da região e devendo ser protegida com gaze e estabilizada com fita adesiva hipoalérgica (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016; BRASIL, 2017; PHILLIPS; GORSKI, 2014).

Figura 6 – Recomendações para estabilização do cateter e da tala em crianças



Fonte: NAGANUMA et al., 1995.

Apesar das recomendações (inter) nacionais, a tala é confeccionada de forma improvisada com material não lavável como espátulas de madeira e esparadrapo e de tamanhos desproporcionais aos membros a serem utilizados, sendo assim a perda acidental do acesso venoso periférico o principal motivo para a retirada dos dispositivos (ALMEIDA et al, 2016).

#### e) Cuidados na manutenção do cateter periférico

Para a manutenção do cateter venoso periférico é necessário verificar o funcionamento do cateter com aspiração sanguínea (seringas de diâmetro de 10 ml para gerar baixa pressão no lúmen do cateter) comprovando o retorno venoso antes de cada infusão, realizar o *flushing* (volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a extensão para *flushing*, 5 ml de SF 0,9%) antes de cada administração medicamentosa para reduzir depósitos de fibrina, drogas precipitadas no lúmen e para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis e fechar o *clamp* após o *flushing* antes de desconectar a seringa para evitar o refluxo sanguíneo (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016, KREMPSER, 2014).

Apesar de o benefício do tratamento venoso uma pessoa que tem seu vaso puncionado pode apresentar trauma vascular que é o estado no qual o indivíduo apresenta “danos internos ou externos (lesando diretamente a estrutura do vaso ou desencadeando impacto sobre áreas próximas a ele, quer seja de origem química e/ou

bioquímica e/ou física e/ou biológica), em uma ou várias camadas teciduais, ou em tecidos subjacentes” (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2010). Assim é necessária a avaliação do sítio de inserção do cateter periférico e das áreas adjacentes a cada quatro horas (GORSKI; HALLOCK; KHUEHN et al, 2012).

A busca por evidências de desenvolvimento de tramas vasculares deve ser prontamente realizada pelo enfermeiro em sua avaliação e de sua equipe a fim de reduzir danos e maior sofrimento à pessoa. Dentre eles, podemos identificar: dor, crosta, púrpura, pápula, placa, nódulos, infiltrações, escleroses, vesículas, bolhas, espasmos vasculares, tromboflebite, equimose, hematoma, eritema, alteração da capacidade funcional, edema, sinal de cacifo positivo, endurecido, pústula, hipertermia e hipotermia locais, flebite mecânica e bacteriana (ARREGUY-SENA; CARVALHO, 2010; KREMPSEK; ARREGUY-SENA; BARBOSA, 2013).

Nas crianças, as avaliações do sítio de punção e de suas adjacências são indicadas de serem realizadas em intervalos mínimos de duas vezes a cada seis horas, para minimizar a instalação de efeitos adversos à infusão venosa devido à vulnerabilidade e agitação do público infantil (BRASIL, 2017; GORSKI et al, 2012).

Para segurança da terapêutica venosa, os cuidados também devem ser redobrados para evitar traumas vasculares e aumentar o tempo de hospitalização da criança. Dentre os traumas vasculares mais comumente encontrados no público infantil que devem ser rastreados podemos destacar: infiltração ou extravasamento, eritema, equimose, hematoma, flebite, dor e diminuição da capacidade funcional (ALMEIDA et al, 2016; AVELAR E SILVA; ARREGUY-SENA, 2013).

Os traumas vasculares são situações de estresses e de impacto emocional para criança, família e equipe de enfermagem, ao aumentar a dor da criança, a preocupação dos acompanhantes e intensificação dos cuidados de enfermagem com necessidade de nova punção venosa (ALMEIDA et al, 2016).

Somados aos cuidados técnicos de enfermagem, é necessário se atentar a humanização do cuidado de enfermagem durante a hospitalização infantil considerando o desgaste emocional que os procedimentos invasivos geram como a dor, o estresse e a insegurança nas crianças e em seus acompanhantes. Dentre os sofrimentos gerados pela punção venosa nas crianças destaca-se a dificuldade de acesso venoso nesse público, o que gera as incidências de 5% a 33% com mais de duas punções para se obter êxito no procedimento, podendo variar de um a oito tentativas, sendo diretamente influenciada

pela história clínica para dificuldade de punção, desnutrição, antecedentes de flebite, infiltração e uso de cateter central (DANIEL, 2009; KUENSTING et al., 2009).

Segundo estudos, crianças que são submetidas ao estresse das múltiplas punções venosas podem desenvolver sentimentos de medo e ansiedade gerando alterações nas áreas emocional, física e fisiológica, que interferem no processo do crescimento e desenvolvimento infantil (GOMES et al., 2010; GOMES et al., 2011).

A dor, um dos parâmetros identificados como estressantes à criança durante a punção venosa segundo relato da própria criança, está presente também nas demais etapas do processo de punção venosa, durante o uso do torniquete para melhor expor a veia e durante a infusão de medicamentos. O uso do garrote foi identificado como percussor de maior desconforto em 32,28% das crianças, seguido pela etapa de introdução da agulha em 29,03%. Houve também relato de momento de maior dor no momento da infusão de medicamentos em 16,12% das crianças (MORETE et al, 2010).

O sofrimento causado pela dor decorrente da punção venosa nas crianças está associado a manifestações físicas de choro e de sentimentos expressos como medo e ansiedade. O grau de dor varia com a idade e com as experiências anteriores que estão atreladas à relação com os acompanhantes/familiares que apoiam essa criança de forma a tornar o procedimento doloroso em uma vivência menos traumática (GUERREIRO; CURADO, 2012; GOMES et al., 2013).

Para a humanização e individualização do cuidado referente ao procedimento de punção venosa periférica é necessário redimensionar o cuidado direcionado as crianças e seus acompanhantes durante a internação hospitalar objetivando a melhoria da qualidade da assistência, de forma a refletirem sobre sua própria prática e experimentarem outras formas de cuidar, considerando a redução dos agravos e estresses voltados para a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças (GOMES et al, 2010).

É essencial que haja domínio das peculiaridades das crianças, das práticas que reduzem os riscos e do planejamento para se instituir a terapêutica de forma mais adequada possível. Dessa maneira, é possível proporcionar uma assistência de enfermagem qualificada para as crianças e suas famílias, que já vivem o estresse da hospitalização e, portanto, têm o direito de receber serviços de qualidade e com segurança (ALMEIDA et al, 2016).

#### f) **Remoção do cateter**

O cateter periférico deve ser retirado caso não haja medicação endovenosa nas últimas 24hs, quando for instalado em situações de emergência com comprometimento da técnica asséptica, caso se suspeite de contaminação, complicações ou mal funcionamento ou quando sua instalação ocorreu em período > 96 hs. Entretanto pode-se estender o tempo de permanência quando clinicamente indicado, desde que as boas práticas recomendadas para infusões venosas sejam aderidas pela equipe de saúde: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016; BRASIL, 2017).

Também diferenciado no público infantil é o tempo de permanência do cateter intravascular que deve ser pelo maior tempo possível devido à dificuldade de punção venosa, sendo indicada sua retirada quando houver a suspeita de traumas vasculares, quando instalados em situações de emergência ou quando a técnica asséptica não foi assegurada. Dessa forma se assegura punções desnecessárias, diminui a dor e o estresse infantil e de seus acompanhantes (BRASIL, 2017; GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

Ressalta-se que finalizada a punção, os materiais contaminados devem ser descartados nos recipientes identificados como risco biológico respeitando-se a capacidade máxima. Materiais perfuro cortantes jamais podem ser reencapados ou quebrados (ANDRIOLO et al, 2014).

Salienta-se que para contribuir com a diminuição do sofrimento das pessoas que têm seu vaso puncionado que o uso do *bundle* é considerado eficaz na redução de complicações locais advindas do processo de punção venosa e devem ser incentivados e implementados na assistência de forma a inserir tecnologias e conhecimentos científicos na prática clínica (KREMPSER, 2014).

### 3.2 **Referencial teórico filosófico: Modelo dos Sistemas de Betty Neuman**

Betty Neuman nasceu em 1924 em uma fazenda em Lowell Ohio, nos Estados Unidos. Em 1947 conclui seus estudos em enfermagem no Peoples Hospital School

Nursing em Akron, Ohio e em 1957 concluiu bacharelado em Enfermagem (Saúde Pública e Psicologia) pela Universidade da Califórnia, Los Angeles. Realizou mestrado em Saúde Mental (1966) também pela Universidade Califórnia de Los Angeles e doutorado em Psicologia Clínica na Universidade de Ohio (1985) (GEORGE,2000; WILLS, 2009).

Figura 7 – Autora do Modelo dos Sistemas



**Betty Neuman- Teoria do Sistemas**  
Fonte: NEUMAN SYSTEMS MODEL, Inc., 2018.

Em 1972 publicou seu modelo de sistemas de cuidado à saúde para ensino da abordagem total da pessoa a partir dos problemas do paciente influenciada por Bernard Max, que propõe que as propriedades das partes dependem, em certa medida do todo; Teillard de Chardin e Cornu com questões filosóficas da totalidade do sistema e integridade da vida; por Von Bertalanfy e Lazlo com as teorias de campo e teoria geral do sistemas; por Selye com a teoria do estresse- síndrome de adaptação geral; Caplan com a teoria dos sistemas e dos níveis de prevenção e por Lazarus com a abordagem do estresse e do enfrentamento (GEORGE, 2000; MCEWEN, M. WILLS, 2016).

A obra “Neuman System Model” foi publicada em cinco edições com consequentes aprimoramentos em sua teoria (NEUMAN,1982, 1989, 1995; NEUMAN E FAWCETT, 2002,2010).

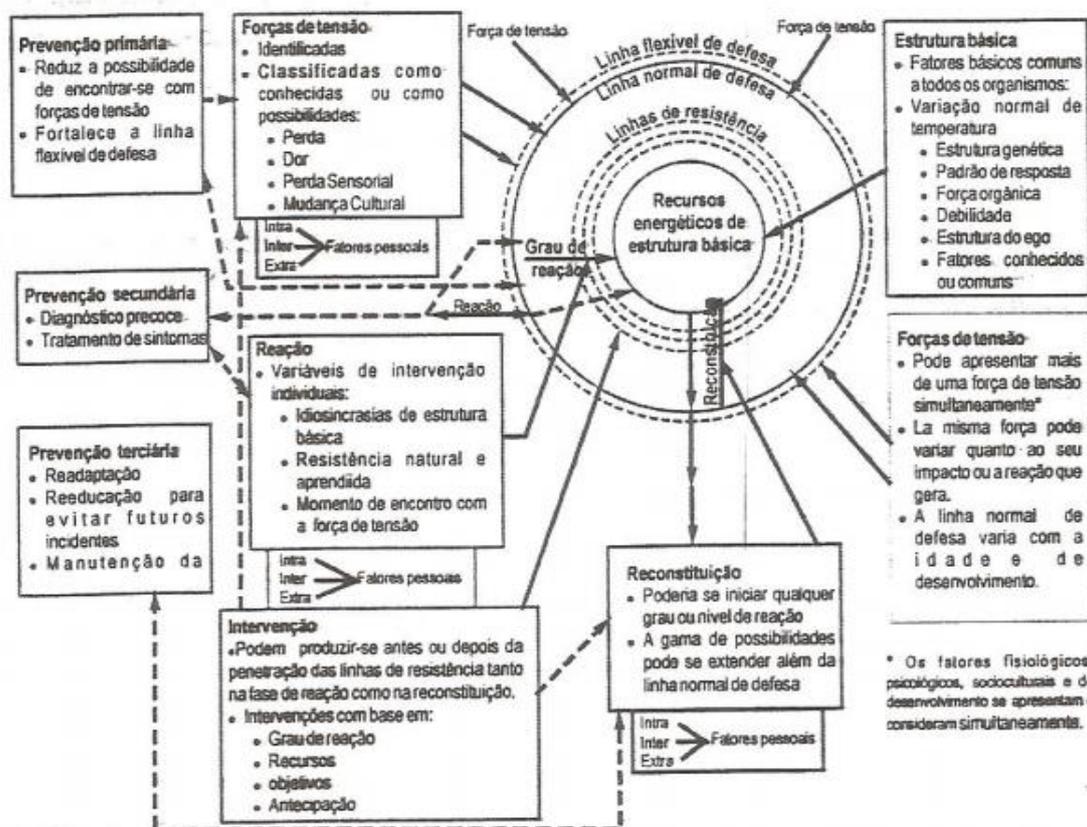
O modelo dos sistemas de Betty Neuman é abrangente aplicada a indivíduos de diversas culturas, dinâmica, com uma visão multidimensional do indivíduo (grupo ou comunidade) que interage constantemente com os estressores ambientais. Possui visão integral e holística em que o individuo é considerado como um todo cujas partes estão em uma interação dinâmica (TOMEY; ALLIGOOD, 2007; NEUMAN; FAWCETT, 2011).

O indivíduo é considerado um sistema aberto de forças composto por uma estrutura básica comum que é influenciada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e desenvolvimentais cujas situações/circunstâncias estressoras podem impactar no seu processo de saúde/doença, alterando o equilíbrio existente (MCEWEN; M. WILLS, 2016).

A interação entre o ambiente e essas cinco variáveis do indivíduo constituem o sistema cliente. Esse sistema é composto por:

- a) Estrutura básica do cliente – unidade central composta pelos fatores básicos da sobrevivência;
- b) Linhas de resistência – anéis de linha pontilhada ao redor da estrutura central que ajudam o cliente a se defender dos estressores, são os fatores internos que determinam a defesa contra os estressores e que estabilizam a pessoa a recuperar seu estado de bem estar, protegendo ou reservando a estrutura básica após a interferência de um estressor não limitado pela linha normal de defesa. (ex.: defesa do sistema imune);
- c) Linha normal de defesa – anel de linha contínua e dinâmica que representa um estado de estabilidade do indivíduo durante um período de tempo e é basicamente aquilo que a pessoa se torna durante um período da vida, estado estável ou normal de bem-estar. Composto pelas habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais que são utilizados pelo sistema para lidar com os estressores. Depende da experiência de vida de cada pessoa, construída por toda vida por conhecimentos adquiridos, padrões culturais e determinam a ação do indivíduo, a maneira que enfrenta frente a um fator estressante;
- d) Linha flexível de defesa – linha pontilhada mais externa dinâmica e rapidamente modificável num curto período de tempo (instável). Ela impede que os estressores atravessem a linha normal de defesa. Age como amortecedor para proteger contra os agressores para a linha normal de defesa quando o ambiente é estressante e filtro quando o ambiente oferece apoio, e serve como força positiva para facilitar o crescimento e desenvolvimento. Sua eficácia pode ser reduzida por mudanças nas Atividades da Vida Diária (AVD) (MCEWEN; M. WILLS, 2016) (Figura 8).

Figura 8 – Modelo dos Sistemas de Betty Neuman



Fonte: A autora, 2018 esquema traduzido a partir da referência NEUMAN, FAWCETT, 2011.

O foco da teoria é na reação do cliente aos estressores em uma troca constante e dinâmica de energia com o meio ambiente e aos fatores de reconstituição (retorno da estabilidade ao sistema cliente) ou adaptação aos estressores. Os estímulos aos estressores são interpretados por cada indivíduo de forma diferenciada e de acordo com a reação do indivíduo é possível verificar em que momento a enfermagem deve intervir para busca do bem-estar, a estabilidade do sistema (TOMEY; ALLIGOOD, 2007).

Os estressores são forças criadas pelo ambiente ou tensões que produzem alterações no fluxo normal do ambiente e quebram a estabilidade do sistema. As reações aos estressores são entendidas como a energia necessária para que o cliente se adapte ao elemento estressante. Os estressores podem ser: a) intrapessoal- quando ocorre dentro do indivíduo (homem ser espiritual e psico); b) interpessoal- quando ocorre entre um ou mais indivíduos (homem ser social) e c) extrapessoal- quando ocorre fora do indivíduo e inclui fatores ambientais. Os estressores são capazes de gerar equilíbrio ou desequilíbrio no organismo (NEUMAN; FAWCETT, 2011; MCEWEN; M. WILLS, 2016). (Figura 7).

Qualquer evento ou fenômeno que atinge a estrutura básica e que desestabilizam o sistema normal flexível ou de resistência são considerados estressores, nesta ordem, a depender da potencial influenciador sobre o sistema individual, grupal ou comunitário (NEUMAN; FAWCETT, 2011; MCEWEN; M. WILLS, 2016).

Os estressores são percebidos pelo cliente e pelo enfermeiro de forma interpretativa, ampla, ativa e conjuntamente para estabelecer os objetivos, identificar e definir as melhores intervenções baseado no conceito de prevenção, na proteção das necessidades humanas e alívio do estresse, mantendo ou alcançando a estabilidade do sistema. O enfermeiro deve agir de forma holística sobre as influências ambientais sobre a saúde do cliente (TOMEY; ALLIGOOD, 2007).

Em sua teoria, Betty Neuman adotou os seguintes pressupostos:

- a) cada indivíduo ou grupo é um sistema único, entretanto pode apresentar fatores comuns e inatos mesmo dentro de variações de respostas aos estressores;
- b) devido à existência de diversos estressores, cada qual apresenta diferenças em seu potencial de perturbação às variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais;
- c) cada cliente ou grupo desenvolve com o passar do tempo uma variação normal de respostas que é considerada a linha normal de defesa ou o estado normal da saúde, ela representa a mudança ao longo de diversos enfrentamentos entre os estressores, sendo utilizada como medida para os desvios de saúde;
- d) quando o efeito de “escudo” e “amortecedor” da linha flexível de defesa não são mais capazes de proteger o indivíduo, os estressores rompem a linha normal de defesa. E o inter-relacionamento das variáveis irá determinar o grau e o tipo de reação do sistema ao estressor que adentrou neste;
- e) O indivíduo esteja com saúde/doença, mantém em constantes interações suas variáveis - já citadas anteriormente. O bem-estar é a energia disponível capaz de sustentar o sistema como um todo em homeostasia;
- f) Cada sistema possui linhas de resistência, que têm como função a estabilização e o retorno do sistema ao seu estado normal de bem-estar após uma reação contra um estressor;
- g) as reações de enfrentamento aos estressores e a seus fatores de risco é

realizada através da prevenção primária, que visa a prevenir uma possível reação;

- h) a partir do aparecimento de sinais e sintomas, a prevenção secundária relaciona-se com a hierarquização das intervenções prioritárias a fim de reduzir os efeitos dos estressores e visando a reestabilização do equilíbrio do sistema do indivíduo;
- i) a prevenção terciária relaciona-se ao processo de ajustamento e adaptação para que o indivíduo inicie sua reconstituição a fim de retornar a homeostase e a partir daí a prevenção primária novamente;
- j) O cliente enquanto sistema aberto, este está em constante e dinâmica troca de energia com o ambiente (GEORGE; 2000, MELANIE; EVELYN, 2015).

Partindo desses pressupostos, surgem três níveis de prevenção para atuação do enfermeiro. No nível primário, ao suspeitar ou perceber um risco ao estressor sem reação, a intervenção de enfermagem visa evitar que o estressor penetre na linha normal de defesa, promovendo o bem-estar normal, atuando sobre a linha flexível de defesa para minimizar ou evitar que o estresse atinja a linha normal de defesa, protegendo-o, prevenindo estresse e redução de fatores de risco. O Enfermeiro age identificando os estressores suspeitados e propondo ações conjuntamente para que possam reduzir a possibilidade de encontro com os estressores através de ações de promoção da saúde (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

A prevenção a nível secundário ocorre quando a prevenção primária falhou e uma reação ocorreu. A reação ao estresse é reconhecida, trata-se da descoberta e do tratamento inicial dos sintomas com objetivo de atingir a estabilidade do sistema e conservação de energia. Nesse nível, a intervenção de enfermagem visa proteger a estrutura básica fortalecendo as linhas internas de resistência. O enfermeiro deve identificar os estressores já instalados e juntos buscar mecanismos para superá-los, usando do máximo de recursos internos e externos ao cliente existentes na tentativa de estabilizar o sistema e reduzir a reação (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

A nível terciário, a prevenção trata-se da readaptação e reeducação para evitar ocorrências futuras e manter a estabilidade do sistema, sendo que a intervenção de enfermagem se dá no sentido de manter a adaptação através do fortalecimento das linhas de resistência, prevenindo ocorrências futuras e para enfrentar situações de estresse. É a fase que segue após a prevenção secundária ser estabelecida para

reconstituição de estabilidade do sistema e retorno do bem estar após o tratamento (prevenção secundária) e conservando energia do sistema do cliente (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

A reconstituição é o estado de adaptação aos elementos estressores com o objetivo de estabelecer um novo padrão de bem-estar acima ou abaixo da linha normal de defesa antes da doença (NEUMAN; FAWCETT, 2011; MCEWEN; WILLS, 2016).

Na proposta teórico/filosófica de Neuman é possível extrair os seguintes metaparadigmas: a) enfermagem: profissional que realiza abordagem holística, baseado num sistema de forças. Este sistema é aberto permitindo o intercâmbio de informações e reações com outros fatores ao redor de uma pessoa. O enfermeiro utiliza de intervenções terapêuticas para equilibrar o sistema de forças que afetam um cliente a partir da abordagem das variáveis; b) cliente: indivíduo pertencente a um contexto individual, social ou da comunidade que possui um sistema aberto de forças funcionantes em conjunto com outras partes do seu corpo e interage com o meio ambiente. Possui variável (físico-fisiológica, psicológica, mental, social, cultural, de desenvolvimento, bem-estar e espiritual) que são protegidas pelas linhas de energia; c) processo saúde doença: a saúde é a condição de natureza dinâmica em que prevalece o nível de bem-estar e doença ocorre quando prevalece o desequilíbrio, o desconforto e o mal estar, sendo que o bem ocorrerá quando toda parte ou o sistema de uma pessoa estiver trabalhando em harmonia e d) meio ambiente: condição interna ou externa ao organismo (MCEWEN; M. WILLS, 2016).

Baseando nos conceitos da teoria de Betty Neuman, adotamos nessa investigação a adaptação dos metaparadigmas para responder as especificidades do objeto de pesquisa.

A ENFERMAGEM se preocupa com a pessoa em sua totalidade e com as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao estresse. A meta principal da enfermagem é manter estável o bem-estar do cliente, reduzindo os fatores de estresse e/ou condições adversas de intervenções planejadas para produzir reações positivas. Cabe-lhe a responsabilidade de estar atenta às necessidades além de orientar e organizar ações que amenizem o estresse das crianças e dos familiares que as acompanham durante o processo de punção venosa periférica. A enfermagem pode e deve ajudar a família da criança hospitalizada, apoiando-as e orientando-as para que assuma com mais segurança a coparticipação no cuidado com o processo de punção venosa (NEUMAN; FAWCETT, 2011; GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010).

A PESSOA na presente investigação é a criança que é submetida a punção venosa e o seu acompanhante que está presente durante todo o processo e vivencia junto com a criança o procedimento. A CRIANÇA é o cliente que está em processo de crescimento e desenvolvimento dinâmico e complexo, o qual cada ser em sua particularidade específica, transitando para o amadurecimento e independência gradual, em nível biológico, emocional, relacional, intelectual e social. Está inserido em uma FAMÍLIA e na sociedade, das quais demanda cuidados de saúde, educação, habitação e políticas públicas (PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006; NEUMAN B; FAWCETT, 2011).

A FAMILIAR-ACOMPANHANTE é pessoa ligada à criança por laços consanguíneos, de afetividade ou de responsabilidade, que o acompanha em tempo parcial ou integral durante a hospitalização. É o elo entre o ambiente hospitalar e o convívio familiar, apoiando emocionalmente a criança e participando dos cuidados básicos de higiene/conforto e alimentação para suprir suas limitações. Esse familiar acompanhante deve ser alvo de ações educativas da enfermagem na assistência a criança hospitalizada (BOWDEN; GREEMBERG, 2005; BRASIL, 1990).

A SAÚDE é considerada um processo de constante interação e adaptação com o ambiente, seja ele interno ou externo, buscando a estabilidade do sistema. No que diz respeito à criança e seu familiar acompanhante, o bem-estar deve ser oportunizado, procurando mecanismos que possam melhorar o enfrentamento de situações estressantes como a punção de veias, para que a estabilidade do sistema seja alcançada, considerando as limitações da criança e de seu familiar acompanhante (NEUMAN; FAWCETT, 2011; HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

O AMBIENTE inclui todos os fatores internos (fisiologia-orgânico, emoções, sentimentos, conhecimento) e externos (sangue, cateter, profissional, família, hospital...) que o rodeiam interagindo com o cliente e que podem desencadear estresse. O profissional de enfermagem é quem realiza o procedimento, quem assiste a criança e seu acompanhante e que pode ser causador de estresse externo à criança e ao acompanhante (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; NEUMAN; FAWCETT, 2011).

O ambiente interno é considerado como intrapessoal e ambiente externo é considerado inter ou extrapessoal abrangendo todas as interações que ocorrem fora do organismo do cliente, como o meio físico (a estrutura física do hospital, normas e rotinas da unidade de internação; falta de recursos para melhor acomodá-los, horários definidos para higiene, alimentação; exames e procedimentos médicos e de

enfermagem) e pessoas desconhecidas (profissionais de saúde, profissionais de apoio, crianças hospitalizadas e seus familiares) (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; NEUMAN; FAWCETT, 2011).

Os estressores são as situações/condições/forças do meio ambiente advindas das demandas de cuidado de crianças dependentes do cateterismo venoso periférico, de natureza física, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, que interferem negativamente na saúde/bem-estar da criança e seu familiar interferindo na estabilidade biopsicossocial do indivíduo (GEORGE, 2000).

Ao analisar a aplicabilidade da teoria de Neuman para a abordagem do acompanhante e da criança pela equipe de enfermagem na punção venosa em crianças será possível identificar fatores que causam (in) diretamente estresse e modificações na estrutura fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual destes sujeitos (criança, acompanhante e profissional de enfermagem).

A teoria de Betty Neuman pode favorecer a apreensão de formas de enfrentamento diante das mudanças nos hábitos e rotinas; surgimento de conflitos internos, interpessoais e ambientais e reajustamento de como as situações são assimiladas, experimentadas e enfrentadas. O enfermeiro poderá utilizar do conhecimento profissional e da apreensão dos estressores na prática clínica, como demandas de cuidado nessa concepção teórica, para atuar sobre as variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais) que estruturam o ser humano (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

A hospitalização gera mudanças e limitações na rotina e hábitos infantis e dos acompanhantes, assim como a submissão a procedimentos estressantes e dolorosos como a punção venosagera ansiedade, desconforto, limitações físicas recreativas e sofrimento nas crianças e seus acompanhantes além de ameaçar o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças e sua integridade física e psíquica. (BOWDEN; GREEMBERG, 2005) Captar quais as reações (respostas) do indivíduo, segundo a percepção de Neuman, a esta situação equivale a identificar quando e como o profissional enfermeiro poderá se inserir terapêuticamente para ajustar o equilíbrio do sistema (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

Dessa forma cabe ao enfermeiro captar quais as ameaças na dimensão da criança hospitalizada e punccionada e seus familiares e auxiliá-los na manutenção e/ou reestabelecimento das linhas de defesa, que são linhas que permitem elas manterem-se

vivas e conviver com o mínimo de ameaças autopercebidas, a ponto de reestruturar o equilíbrio desse sistema de forças que é o indivíduo (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

Diante do exposto, foi possível verificar uma aproximação/aplicabilidade da Teoria de Betty Neuman para o perfil de crianças hospitalizadas e punccionadas, seus acompanhantes e para a equipe de enfermagem, considerando que estes são um sistema de forças protegidos pelas linhas de defesa e que a punção venosa traz consigo estressores que geram impacto sobre essas linhas que podem desequilibrar o sistema. O enfermeiro neste contexto constitui numa força de influência externa capaz de identificar e intervir para o reestabelecimento desse equilíbrio se faça para a pessoa que cuida (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

A Teoria das Representações Sociais aliada a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman poderá captar e analisar os estressores que crianças hospitalizadas submetidas a punção venosa e que seus acompanhantes estão expostos por meio do relato das percepções e comportamentos e assim o enfermeiro será capaz de redimensionar o cuidado de forma holística e humanizada além da prática tecnicista.

### **3.3 Referencial teórico metodológico: Teoria das Representações Sociais (TRS)**

O referencial teórico metodológico adotado na presente investigação foi a Teoria das Representações Sociais (TRS) na abordagem processual representada por Sérgio Moscovici e na abordagem estrutural cujo representante é Jean-Claude Abric.

#### **3.3.1 Teoria das Representações Sociais (TRS)**

Para captar as experiências vividas, adquiridas da coletividade e a percepção e comportamento dos participantes sobre o processo de punção venosa utilizou-se a TRS. A Teoria das Representações Sociais (TRS), Teoria do Senso Comum ou Teoria do Saber Ingênuo foi originada a partir do campo da psicologia social, tendo como ponto de partida o conceito de “representações coletivas” de Émile Durkheim sob o

pressuposto da sociologia e foi criada por Sérge Moscovici na década de 1960/1970 (RODRIGUES; RANGEL, 2013).

A evolução teórica de Moscovici sobre as representações sociais (RS) fez nascer o interesse de outros pesquisadores para o assunto. Segundo Moscovici (2009), Durkheim iniciou uma mudança radical na sociologia e antropologia que gerou avanços na RS quando definiu o coletivo como princípio de nossa vida mental, identificando as representações coletivas (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

A TRS já tem quase quarenta anos de existência e durante quase metade desses tempos e faz presente na psicologia social brasileira de forma crescente por influência da TRS na Europa e com a presença de Jodelet no Brasil a partir de 1982 (SÁ; ARRUDA, 2000).

A TRS tem sido utilizada de forma crescente na área da psicologia e na área da saúde, como auxílio para entender o significado social de algo, o seu impacto sobre o contexto social e quais são as informações que são capazes de influenciar o processo saúde-doença impactados pelos comportamentos, sentimentos e conhecimento prévios, caracterizando uma forma de interpretar a realidade para atuar nela (OLIVEIRA; GOMES, 2004). Por isso esta abordagem pode auxiliar na interpretação do contexto do procedimento de punção venosa em crianças para um direcionamento do planejamento das ações de intervenção da enfermagem numa perspectiva de intencionalidade orientando as práticas.

Através da TRS é possível investigar como comunidades diferentes, em diferentes contextos e com diferentes padrões culturais constroem saber sobre o mundo, as distintas formas que o conhecimento assume e as diversas racionalidades que o sustentam. Nesse sentido, os diferentes grupos produzem representações sociais diversificadas, mais ou menos próximas dos objetos representados, para o enfrentamento da vida cotidiana e as têm influenciado por esferas mais coercitivas e dominantes (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

Nesse sentido, a abordagem da TRS para a punção venosa em crianças por profissionais de enfermagem e acompanhantes das crianças internadas poderá gerar através da comunicação (entrevistas e evocações) as possíveis diferentes concepções das pessoas que cuidam das crianças (profissionais de enfermagem e acompanhantes das crianças punccionadas) no âmbito do contexto hospitalar de internação, permitindo conhecer a respeito de questões comuns ou não aos grupos em seus cotidianos para

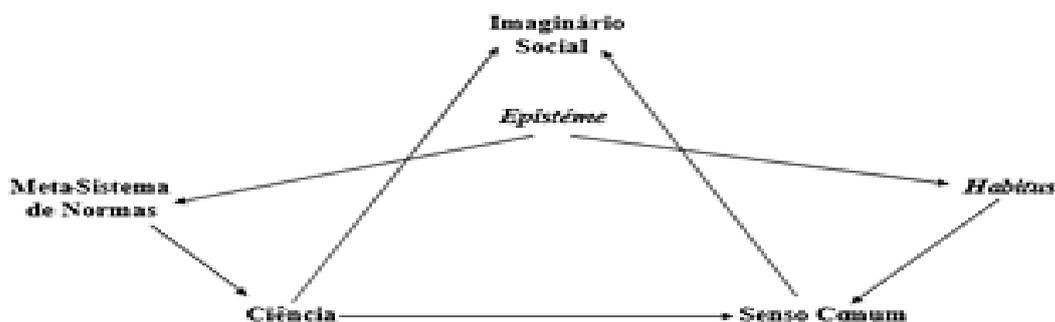
assim possibilitar prestar uma assistência individualizada e compatível com as reais necessidades das pessoas.

A RS é uma forma sistemática de observar, analisar e compreender um fenômeno do conhecimento do senso comum, podendo ser definida como um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que são compartilhados por um determinado grupo na vida social, para compreender ou explicar um fato (ABRIC, 2001). Uma representação social se forma a partir da dispersão de uma informação de interesse de um grupo social, algo significativo para um grupo, como forma de tornar algo estranho de seu cotidiano em familiar, um caminho para compreender a conduta dos grupos em sua complexidade acessando as dimensões afetivas, simbólicas, avaliativas e atitudinais (MOSCOVICI, 2009).

Ao nos relacionarmos com os objetos, com outras pessoas, com o ambiente criamos certas “teorias” para explicá-los por meio do discurso. Trata-se de um processo psicossociológico de produção de significados, ou seja, trata-se de maneiras de ver, de pensar, de representar o mundo a nossa volta, as quais envolvem elementos de ciência e elementos do senso comum (RODRIGUES; RANGEL, 2013).

As representações sociais são estruturadas por contextos sociais de curtos e longos alcances históricos como proposto no modelo da Figura 9. O imaginário social é o contexto social de longo alcance (GEERZ, 1978), caracterizado pelo conjunto cumulativo das produções culturais que circulam numa sociedade na forma de literatura, canções, provérbios e mitos. Estas são reinterpretadas pelo grupo (habitus) (Bourdieu, 1983), com disposições adquiridas em função de se pertencer a determinados grupos sociais e filtrados pelas representações hegemônicas constitutivas da epistême (Foucault, 1987), a visão de mundo de uma determinada época histórica. São também alimentados pela ciência que circulam publicamente pela mídia e em versões populares.

Figura 9 – As representações sociais no contexto da teia de significados construídos pelo homem ao longo da história



Fonte: SPINK, 1993.

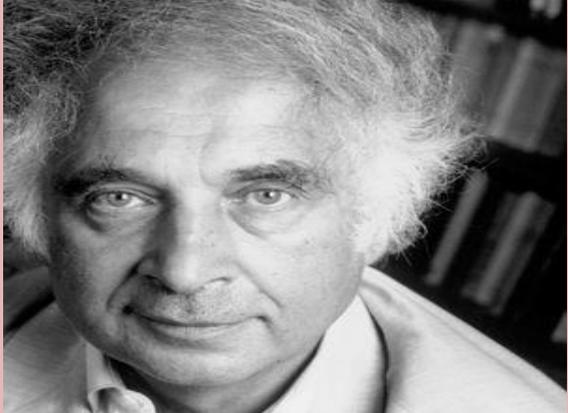
Segundo Abric (1998), as representações sociais possuem quatro funções: a) função de saber, que permite os sujeitos compreender e explicar a realidade pela comunicação; b) função identitária, que se refere às características que os grupos têm em comum, definindo sua identidade e suas especificidades compatível com o sistema de normas e valores historicamente determinados; c) função de orientação, que é o guia dos comportamentos e das práticas que interligam-se às relações concretas dando relevância ao campo simbólico e d) função justificadora, que os sujeitos justifiquem suas tomadas de posição, de atitude e seus comportamentos.

Para utilização dessa abordagem é necessário conhecer suas vertentes. O desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais gerou apropriações diferenciadas, sendo reconhecidas hoje três abordagens: a processual, a estrutural e a societária ou Escola de Genebra. Nesta pesquisa nos atentaremos para as abordagens processual e estrutural que serão o foco metodológico utilizado.

### 3.3.2 Teoria das Representações Sociais (TRS) na abordagem processual

A teoria das representações sociais segundo a abordagem processual é alicerçado pela busca da compreensão dos elementos simbólicos e a origem das representações sociais sendo representado por Sérge Moscovici e posteriormente por sua colaboradora Denise Jodelet.

Figura 10 – Correntes teóricas da Representação Social Processual, seus principais representantes e alicerces conceituais

Representantes: Sérgio Moscovici (2012)	Denise Jodelet (2001; 2005)
	
<p><b>Alicerce conceitual:</b> Busca compreender o fenômeno nos processos implicados das representações sociais e nas forças geradoras.</p>	
<p><b>Condições de produção:</b> Ancoragem, objetivação e núcleo figurativo. Origens e dimensões de uma representação.</p>	

Fonte: RIPEHP, 2015; EHESS, 2018.

Moscovici nasceu na Roménia, numa família judia, que se mudava frequentemente, tendo Moscovici vivido algum tempo em Bucareste e Bessarábia. Ele sofreu discriminação antissemita e em 1938 foi expulso de uma escola em Bucareste. Foi naturalizado francês e estudou psicologia em Paris e em 1961 terminou a sua tese, *La psychanalyse, son image, son public*, orientado pelo psicanalista Daniel Lagache (SÁ, 2015; RIBEIRO, 2016).

Denise Jodelet, Diretora e Professora do Laboratório de Psicologia Social na *École des Hautes Etudes en Sciences Sociales*, em Paris, foi a principal colaboradora de Moscovici, nas análises dos conceitos e adoção dos instrumentos metodológicos apropriados para o estudo das RS e interpretação da realidade (CARAVACA MORERA; PADILHA; SILVA, 2015).

Moscovici estudou como o conhecimento produzido pela ciência nas academias era “absorvido”, “aproveitado” ou “adaptado” pelo senso comum, modificado e direcionado para a vida prática (MOSCOVICI, 2003; SEGA, 2000). O autor apontou três pontos fundamentais da psicanálise: a) entre o que se acreditava cientificamente ser a psicanálise e o que a sociedade francesa entendia por ela, as representações sociais; b) essas representações não eram as mesmas para todos os membros da sociedade, pois dependiam tanto do conhecimento de senso e do contexto sociocultural em que os indivíduos estavam inseridos; e c) no caso de novas situações ou diante de novos

objetos, o processo de representar seguia uma seqüência lógica: tornar familiares objetos desconhecidos (novos) por meio da “amarração” – “amarrar um barco a um porto seguro”, conceito que evoluiu para “ancoragem” e “objetivação”, processo pelo qual indivíduos ou grupos identificam imagens reais, concretas e compreensíveis (OLIVEIRA; GOMES, 2004).

Para este fim foi descrito dois universos: o universo consensual e o universo reificado. O universo reificado é o conhecimento produzido a partir da ciência, do pensamento erudito em geral, com sua objetividade, seu rigor lógico, metodológico e sua teorização abstrata. No universo consensual, o conhecimento ocorre a partir do conhecimento reificado transformado no tecido social pelo senso comum em suas atividades intelectuais e culturais, na interação social cotidiana pelas quais são produzidas as representações sociais, ou seja, trata-se do conhecimento prático, mágico e supersticioso (MOSCOVICI, 2003).

Na RS, os sujeitos se apropriam do conhecimento científico para transformar aquilo que parece distante e que não entendem em algo próximo, prático e usual. Trata-se de um processo psicossociológico de produção de significados, de maneiras de ver, de pensar, de representar o mundo envolvendo elementos de ciência e do senso comum. É a popularização da ciência e a socialização do pensamento (RODRIGUES; RANGEL, 2013).

Segundo definição clássica apresentada por Jodelet (1985), as RS são modalidades de conhecimento prático socialmente produzido para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos e coletivamente partilhamos. Essas representações são construídas a partir do senso comum e orientadas pela comunicação, com ênfase nos discursos das pessoas e grupos, baseado nas relações do indivíduo com seu meio físico e social através de construções psicológicas e sociológicas que se manifestam como elementos cognitivos em imagens, conceitos, categorias e teorias (SEGA, 2000).

Jodelet descreve cinco características fundamentais da representação social: a) ela é sempre representada por um objeto; b) tem sempre caráter imagético; c) tem um caráter simbólico e significante; d) tem um caráter construtivo; e) tem um caráter autônomo e criativo (SEGA, 2000).

As representações servem de guia para que grupos e indivíduos compreendam novas situações, se insiram nas redes sociais e saibam se conduzir no mundo contribuindo na construção das visões de mundo de uma realidade (JODELET, 1985).

Além disso, auxiliam na compreensão de ações e posicionamentos e compreensão das pessoas acerca de um fenômeno, identifica as crenças e as opiniões que sustentam as representações sociais tornando mais fácil construir uma estratégia de comunicação (RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

Para que o conhecimento reificado se transforme em conhecimento consensual, existem dois mecanismos indissociáveis que são formadores das representações sociais, baseados na memória e conclusões passadas, a saber: processos de ancoragem e objetivação (MOSCOVICI, 2009).

Ancorar consiste em categorizar e dar nome a alguma coisa para assim se conseguir avaliá-lo, comunicá-lo e representá-lo. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas (MOSCOVICI, 2009). Segundo Jodelet, 2001, a ancoragem serve para a instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação do ambiente.

A ancoragem é compreendida no sentido de como o social intervém na nossa vida, por atribuir sentido, fortalecer a hierarquização de valores presentes em diferentes grupos da sociedade, e cria em torno do objeto uma rede de significações (CARAVACA et al, 2015).

Objetivar é descobrir a qualidade de uma ideia e reproduzir o conceito em uma imagem. Mas algumas palavras não se ligam a imagens e assim um complexo de imagens irá reproduzir um complexo de idéias no que o autor chama de “Núcleo Figurativo”. É atribuir uma figura, uma imagem, uma forma específica a um objeto de caráter figurativo (MOSCOVICI, 2009).

O processo de objetivação pode ser descrita em três fases: a) a construção seletiva- quando o sujeito, diante de um objeto, busca informações e saberes a seu respeito; b) a esquematização estruturante- quando o sujeito consegue apreender uma estrutura imaginante em uma imagem conceitual e coerente e de fácil comunicação baseado em seus sistemas de relações e c) a naturalização- resultado da construção seletiva e da esquematização estruturante, formando o núcleo figurativo, a concretização de um elemento como “ser da natureza” (ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Nós imaginamos um objeto continuamente, criamos uma imagem representacional de um conceito (objetivação) com a qual o identificamos e assimilamos totalmente, através da comunicação, classificamos e damos nome (ancoragem) e assim transformamos representações em realidade, e nos familiarizamos como que era

estranho. Expressamos primeiro a imagem e depois o conceito como se fosse realidade (MOSCOVICI, 2009).

Segundo Jodelet (1989), “as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm”. A memória e comunicação precisam estar juntas para que isso aconteça, pois nossa memória vive permeada pelo que gerações passadas nos comunicaram sendo assim capazes de reconstruir e compreendermos parte do que somos e do que pensamos (JODELET, 1985)

Na abordagem processual, o discurso individual é analisado para acessar os conteúdos grupais do objeto estudado na realidade social e assim apreender e compreender as representações sociais a partir de sua origem e entender os comportamentos, os conhecimentos, os valores e as representações (JODELET, 2009).

Cada RS pode ser vista sob três dimensões: a) informação (forma de organização dos conhecimentos de um grupo), b) atitude ou valoração (orientação global em relação ao objeto de representação social: favorável, desfavorável, neutra) e c) campo de representação ou imagem (ideia de imagem de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado de um aspecto preciso do objeto de representação). São por estas dimensões que se estabelecem as respostas dos sujeitos de um grupo social sobre o objeto de representação (LEME; BUSSAB; OTTA, 1989).

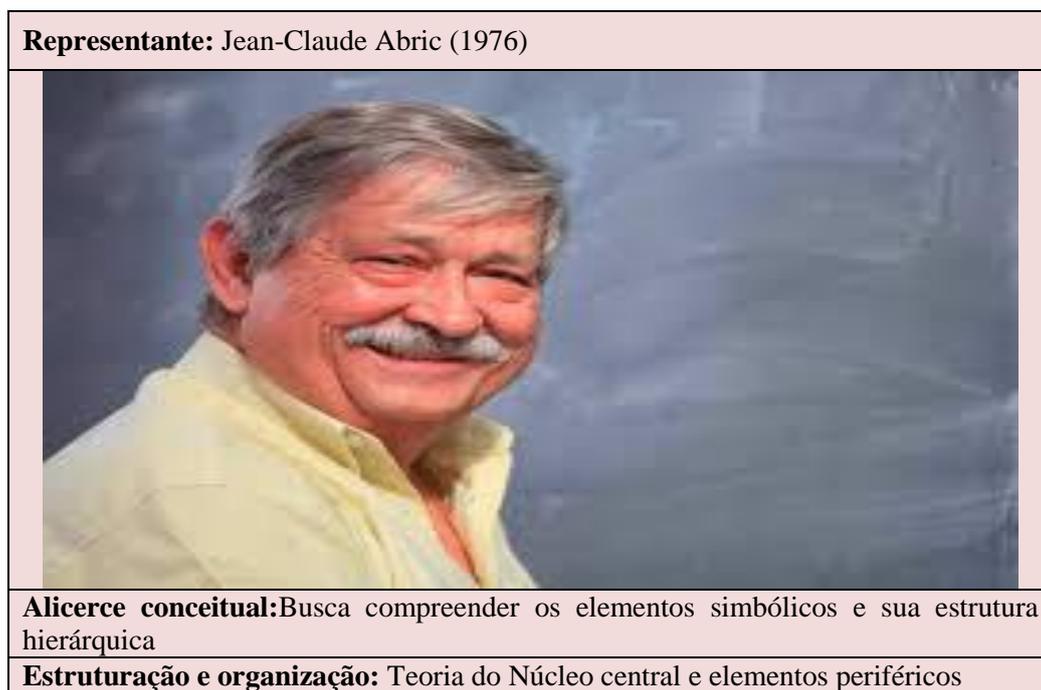
A aplicação da abordagem processual da TRS para a área da enfermagem permite reflexões de como o enfermeiro deverá direcionar sua atuação terapêutica na medida em que a compreensão dos conteúdos originados dos comportamentos dá foco à intencionalidade terapêutica.

Dessa forma, a TRS na abordagem do processo de punção venosa em crianças é importante para a identificação de atitudes, comportamentos, valores, conhecimentos e imagens que representam estressores e afetam a estabilidade do bem-estar das crianças e dos seus acompanhantes a ponto de impactarem em seu enfrentamento à hospitalização e ao procedimento considerado doloroso e ameaçador. A partir da identificação dessas RS, o enfermeiro poderá planejar sua assistência direcionada ao cuidado no momento da punção venosa nas crianças.

### 3.3.3 Teoria das Representações Sociais (TRS) na abordagem estrutural

A representação social na abordagem estrutural possui o alicerce conceitual baseado na busca de compreender os elementos simbólicos e sua estrutura hierárquica tendo como representante Jean-Claude Abric.

Figura 11 – Correntes teóricas da Representação Social Estrutural, seu principal representante e alicerce conceitual



Fonte: AP2S, 2012.

Jean-Claude Abric (falecido em 2012) foi professor de psicologia social e ex-chefe do Laboratório de Psicologia Social da Universidade de Aix-Marseille, na França. Ele teve uma grande contribuição para a teoria da representação social, ao construir a Teoria no Núcleo Central, identificando os elementos estruturais de uma representação social e distinguindo os elementos centrais dos periféricos. Seu primeiro estudo de representações sociais foi em 1984 e em 1994 publicou um livro em que ele dá uma visão mais ampla de sua Teoria.

Baseado nessa teoria, toda representação social possui um elemento (ou elementos) duro, consensual, resistente à transformação (núcleo rígido– matriz e abstrata) e possui elementos periféricos (sistema periférico – parte concreta e operacional), móveis, tolerantes às contradições, mais facilmente modificados; no

entanto, mesmo modificados, acabam por proteger o núcleo central de uma representação (RODRIGUES; RANGEL, 2013).

Na representação social estrutural, pela análise prototípica, as palavras/expressões evocadas são calculadas por frequência simples, por ordem média de evocações (OME) de cada palavra e por média das ordens de evocações (rang). Valores de rang próximos a um retratam que as palavras/expressões foram prontamente evocadas nas primeiras posições, traduzindo a importância delas para os participantes (SÁ, 2015; WACHELKE, 2011).

O conteúdo das expressões evocadas, ao ser interpretado quanto a sua frequência e ordem de citação, subsidia a divisão do conteúdo aproveitado do *corpus* em quatro posições distintas, quando se utiliza da técnica do quadro de quatro casas. Esta técnica consiste em analisar de forma combinada, a frequência das palavras e a média ponderada da ordem em que foi evocada pelos sujeitos da pesquisa, gerando quatro quadrantes representativos dos elementos segundo sua importância na representação do objeto no grupo social abordado (SÁ, 2015).

Vale ressaltar a existência da zona muda, também criada por Abric, na possibilidade de haver conteúdos das representações sociais que não são verbalizados, o qual o sujeito tem consciência, mas prefere não expressar, sendo considerado um tipo de representação escondida por conta das normas sociais e políticas “corretas” (MENIN, 2006).

Os conteúdos de uma representação versam sobre as dimensões atitudinal, informativa, valorativa ou simbólica. Tal fato dá à representação um caráter coletivo, uma vez que assegura um sentido estrutural de constância e consensualização entre os participantes. Dessa forma, seus elementos estão numa dinâmica em que significados, crenças e significações são estabilizados ou destituídos, sendo fruto de determinismos históricos, simbólicos e sociais particulares àqueles que participam de um grupo social. As representações sociais demoram a mudar, ocorrendo normalmente com revoluções históricas ou sociais (ABRIC, 2003; SÁ, 2015).

As mudanças das representações são especialmente difíceis, por tratar-se de um duplo sistema estável e rígido, determinado por um núcleo central (sistema central) profundamente ancorado no sistema de valores partilhado e consensualizado pelos membros do grupo histórico e ideológico, mas também móvel e flexível (sistema periférico), porque são construídas a partir das experiências individuais integrando os dados do vivido de situações específicas e contraditórias, das relações e das práticas

sociais nas quais se inserem os indivíduos e os grupos, sendo sensível ao contexto imediato protegendo assim o núcleo central (ABRIC, 1998).

Uma técnica utilizada para a coleta de dados da representação social é a técnica de associação livre de palavras, a qual consiste em solicitar que o indivíduo mencione palavras e/ou expressões que, primeiramente, lhe vêm à mente quando um termo indutor é acionado. Nesse procedimento, o objetivo é reduzir o controle social sobre o que se pensa acerca do termo evocado e auxiliar o sujeito a localizar, nas zonas de bloqueamento, os conteúdos da consciência, expressos por sentimentos, desejos, comportamentos e informações que, normalmente, um indivíduo não quer admitir, embora integrem parte da sua vida psíquica (NASCIMENTO; FROMMING, 2017).

A partir das evocações, os cognemas são analisados segundo sua frequência de evocação e ordem média das evocações e organizados no quadro de quatro casas conforme Figura 12.

Figura 12 – Esquema do quadro de quatro casas segundo alocação dos cognemas pela frequência e ordem de evocação



Fonte: A autora, 2018 elaborado a partir da referência de Oliveira, 2013.

Do ponto de vista da alocação dos elementos evocados, o núcleo fica protegido pelas “áreas de contraste” e “primeira periferia” (camadas protetoras da estrutura do núcleo da representação) e estas são protegidas pela “segunda periferia” (palavras menos mencionadas e lembradas nas últimas posições). As camadas mais periféricas

podem ser comparadas aos elétrons de um átomo que geram em seu entorno e lhe conferem proteção (SÁ, 2015).

O sistema central está ligado à memória coletiva e à história definindo a homogeneidade, sendo resistente a mudança do contexto imediato. Nesta concepção, estudar uma representação social é de início, buscar os constituintes de seu núcleo central (SÁ, 2015). Assim, quando as expressões evocadas foram muito frequentes e mencionadas nas primeiras posições, elas podem retratar os conteúdos da representação social.

O núcleo central pode ser dividido em três funções: a) função geradora- elemento que cria ou transforma uma representação e o significado dos outros elementos constitutivos da representação; b) função organizadora- determina a relação entre os elementos e c) função estabilizadora- elementos que mais resistem a mudanças (ABRIC, 1998).

Já os elementos periféricos estão relacionados às questões que podem ser mudadas e sugerem a flexibilidade, as transformações e as diferenças individuais. Os sistemas periféricos permitem a integração das experiências e das histórias individuais que se modificam de grupo a grupo. Por isso seus elementos são sensíveis ao contexto imediato a ponto de permitir a adaptação à realidade concreta e a diferenciação do conteúdo. Por isso, estes elementos podem se modificar sem afetar a estabilidade do sistema central. Tais características de flexibilidade têm a finalidade de proteger o conteúdo alocado no núcleo central (SÁ, 2015).

O sistema periférico possui cinco funções: a) concretização do núcleo central em termos ancorados na realidade, concretos, compreensíveis e transmissíveis (ancoragem da representação); b) regulação do núcleo central por adaptação às transformações do contexto do grupo e do meio ambiente, insere ou modifica novos elementos, constitui o aspecto móvel e evolutivo da representação; c) prescrição de comportamentos, orientando tomadas de decisão; d) proteção do núcleo central, absorvendo novas informações que podem questionar a significação central da representação (defesa da representação) e e) modulações individualizadas, representações relacionadas a histórias e experiências pessoais do sujeito (ABRIC, 1998; FLAMENT, 1994).

No quadrante superior esquerdo (QSE) do “quadro de quatro casas”, são alocados os cognemas que são evocados com uma frequência maior, menor *rang* (em ordem mais próxima da primeira palavra dita) e menor ordem média de evocação. Eles são considerados os termos do núcleo central, a representação social, aqueles poucos

cognemas que possuem menos interferência do meio externo, isto é que são mais densos e expressam o significado da situação pesquisada, os elementos consensualizados entre os participantes, o grupo social, no qual estão inseridos os sujeitos da pesquisa. O núcleo central possui estabilidade e permanência garantida até que o tipo de representação se modifique (SÁ, 2015).

No quadrante superior direito (QSD), também chamado de primeira periferia, estão localizadas as palavras/expressões evocadas de maior frequência, rang alto e alta OME. Estes elementos traduzem elementos evocados nas últimas posições pelos participantes (rang tendendo a cinco) configurando que a consensualização não alcança unanimidade. Eles configuram comportamentos, informações, valores ou objetos que traduzem posicionamentos individuais e não de grupo (SÁ, 2015).

No quadrante inferior direito (QID), também conhecido como segunda periferia, estão localizadas as palavras/expressões evocadas de baixa frequência, rang alto e OME alta. Isso equivale a dizer que foram palavras/expressões pouco citadas e, quando mencionadas, o foram nas últimas posições. Estes elementos possuem a função de dar estabilidade à representação, funcionando como amortecedores para garantirem a estabilidade do conteúdo do núcleo central (SÁ, 2015).

No quadrante inferior esquerdo (QIE), também conhecido como área de contraste, estão localizados os elementos com menores frequências, com menor rang e com menor OME. Constitui de elementos que divergem do núcleo central pelos valores de frequência, mas constituem-se em potenciais candidatos de ascensão ao núcleo da representação devido os valores de rang (SÁ, 2015).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Pesquisa qualitativa delineada no referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais (TRS) utilizando da triangulação de dados com a abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central segundo Jean Claude Abric, com a abordagem processual segundo Sérgio Moscovici e Denise Jodelet e alicerçada na teoria de enfermagem do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

A triangulação de dados ajuda na afirmação dos resultados trazendo crédito, riqueza e consistência para as análises, pela complementariedade dos diferentes métodos, reforçando o adensamento teórico do pensamento social que possui vieses das falas individuais, que nem sempre representa seu pensamento, dessa forma tentamos chegar o mais próximo possível do real com a pesquisa (APOSTOLIDIS, 2006).

### 4.1 Cenário da investigação

A presente investigação foi desenvolvida no setor de pediatria de um hospital geral do município de Juiz de Fora, no estado de Minas Gerais no período compreendido entre 05 de abril a 20 de setembro de 2018. A instituição hospitalar é filantrópica, de caráter misto e apresenta parte de seus leitos conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e outra parte destinada a convênios e atendimentos particulares.

A instituição foi fundada em agosto de 1954, sendo a terceira instituição mais antiga da cidade de Juiz de Fora e se expandiu no decorrer dos anos se tornando o maior hospital da Zona da Mata. A missão é proporcionar a todos os grupos sociais, ações de saúde e bem-estar, de forma humanizada e agindo com misericórdia.

Esta instituição disponibiliza 503 leitos, sendo 263 leitos de clínica médico-cirúrgicos destinados ao SUS e 177 ao convênio, destes 60 leitos são pediátricos e 10 são leitos cirúrgicos pediátricos. O perfil de atendimento no setor pediátrico abrange crianças, de zero a 12 anos incompletos de idade, para tratamento de patologias crônicas ou agudas e para procedimentos cirúrgicos.

A partir das anotações do diário de campo decorrentes da observação do ambiente e do processo de trabalho do setor de pediatria, foi possível identificar que as

equipes eram formadas por um enfermeiro por plantão e quatro técnicos e/ou auxiliares de enfermagem nos plantões noturnos e seis nos diurnos. No período de coleta de dados, dois técnicos se encontravam em licença médica sendo excluídos da participação da pesquisa. A divisão de trabalho das equipes do turno diurno é caracterizada pelo cuidado integral ao usuário e no período noturno é dividida por cuidados/atribuições. O enfermeiro é responsável pela supervisão indireta de três setores da instituição, incluindo a pediatria, segundo relatos dos profissionais.

Foi possível perceber também, que o setor de pediatria da instituição pesquisada, apesar de ser composta por 70 leitos, a média de ocupação dos leitos durante a coleta dos dados foi de 19,3. As enfermarias num total de oito eram todas compartilhadas possuindo cada uma um banheiro específico para as crianças; com acomodação para o acompanhante do tipo poltrona; com climatização do ambiente agradável, sem sol incidindo nos leitos, correntes de ar ou abafamento; enfermarias predominantemente organizada, mas com excesso de roupas pessoais e de cama.

A estrutura da pediatria conta com uma sala de médicos, dois leitos de isolamento, dois postos de enfermagem, duas salas de curativo onde são realizadas normalmente as punções venosas nas crianças; uma brinquedoteca com televisão, uma sala do enfermeiro, um refeitório, uma copa, dois lavabos médico, um departamento de material de limpeza, um banheiro para os funcionários, um banheiro masculino, um feminino e um especial para os acompanhantes e uma lavanderia.

O processo de punção venosa nas crianças, quando realizada na instituição, é feita na sala de exames com a presença do acompanhante da criança e com a participação de no mínimo dois profissionais de enfermagem para auxílio durante o procedimento. Após a realização do procedimento, as crianças são premiadas com o recebimento de um “certificado de coragem” frente ao enfrentamento ao estresse da punção venosa e como forma de incentivar uma postura de aceitação do procedimento.

A sala de exames conta com uma maca de altura apropriada para a realização do procedimento, com iluminação natural e também artificial focada, espaço que permite a movimentação necessária dos profissionais e do acompanhante e um armário que possui os materiais necessários para a realização do cateterismo venoso periférico. A existência dessa sala propicia a realização da punção venosa em local reservado, o que poupa as demais crianças da visualização do procedimento, como forma de diminuir o sofrimento e a ansiedade no momento de realização do procedimento.

## 4.2 Participantes da investigação

Participaram da pesquisa 118 acompanhantes das crianças hospitalizadas e submetidas à punção venosa e 22 profissionais de enfermagem que trabalhavam no setor de pediatria da instituição pesquisada nos diferentes turnos incluindo os enfermeiros, os técnicos e os auxiliares de enfermagem.

O número de participantes foi definido com base no que é recomendado para a realização de estudos em representações sociais na abordagem estrutural, ou seja, mais de 100 indivíduos para o grupo dos acompanhantes e o número total de profissionais de enfermagem que trabalhavam no setor de pediatria da instituição pesquisada no grupo dos profissionais (WOLTER, WACHELKE e NAIFF, 2016). Para a abordagem processual, o número de participantes foi definido pelo adensamento teórico, considerando satisfatório o coeficiente de Pearson  $> 0,7$  e a seleção ocorreu por conveniência do pesquisador atendendo aos critérios de inclusão e exclusão.

Nessa pesquisa está sendo concebida como acompanhante da criança internada, a pessoa que a esteja acompanhando durante o período de hospitalização, sendo considerada como a pessoa significativa para esta, seja por vínculo consanguíneo ou afetivo, configurando o cuidador principal naquele momento.

Os critérios de inclusão considerados foram: a) pessoas que estavam acompanhando as crianças internadas na instituição e b) enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam no setor de pediatria da instituição pesquisada em todos os turnos de trabalho.

Os participantes excluídos do estudo foram: a) aqueles indivíduos que não possuíam orientação e discernimento para responder a entrevista; b) os profissionais de enfermagem que estavam em período de férias ou licença médica; c) os menores de 18 anos; d) pessoas que não aceitaram participar de forma gratuita da pesquisa pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e e) os acompanhantes das crianças que não tenham presenciado a punção venosa na sua criança.

Os participantes foram recrutados individualmente e pessoalmente na instituição pelo investigador sendo convidados a integrar a investigação após apresentado o objetivo do estudo e os esclarecimentos das dúvidas. Não houve negação de participação na pesquisa nem desistências.

### 4.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi estruturado a partir de três eixos, a saber: a) caracterização dos participantes; b) evocações a partir dos termos indutores; c) entrevista gravada a partir de questões norteadoras e d) diário de campo e informações adicionais (APÊNDICE A).

Os termos indutores para os participantes foram: a) pegar veia em sua criança e b) manter a veia em sua criança e c) retirar a agulha da veia da sua criança.

As questões norteadoras para os acompanhantes das crianças foram: Conte um caso sobre pegar veia que tenha ocorrido com sua criança, que o (a) Sr. (a) se lembre. Como é para o (a)Sr. (a) quando pegam a veia da sua criança? Como se sente? O que pensa na hora? Como é para o (a) Sr. (a) manter a veia na sua criança. Como é para o (a)Sr. (a) retirar a agulha de dentro da veia de sua criança? O que acha de pegar veia no tratamento da criança? O que conhece sobre pegar veia em criança? Quem ou onde já ouviu/viu falar sobre pegar veia em criança? Se o (a) Sr. (a) fosse representar a punção de veia numa criança qual objeto o (a) Sr. (a) usaria para representa-la? Dê duas características positivas e duas negativas de usar a veia para tratamento. O que você espera da realização desse procedimento. Como sua criança reage quando pegam a veia dela? O que o (a) Sr. (a) acha que poderia melhorar quando pegam a veia de sua criança? Quer comentar mais alguma coisa sobre alguém ou algum acontecimento sobre uma história de pegar veias em crianças?

As questões norteadoras para os profissionais de enfermagem foram: Conte um caso sobre punção de veia que tenha ocorrido com o (a) Sr. (a). Como é para o (a)Sr. (a) puncionar uma a veia de uma criança? Como se sente? O que pensa na hora? Como é para o (a)Sr. (a) manter a veia na criança. Como é para o (a)Sr. (a) retirar a agulha de dentro da veia dessa ou de outra criança? O que acha da punção de veia no tratamento da criança? O que conhece sobre a punção de veia em criança? Quem ou onde já ouviu/viu falar sobre punção de veia em criança? Se o (a) Sr. (a) fosse representar a punção de veia numa criança qual objeto o (a) Sr. (a) usaria para representa-la? Dê duas características positivas e duas negativas de usar a veia para tratamento. O que você espera da realização desse procedimento. Como as crianças reagem à punção de veias? O que o (a)Sr. (a) acha que poderia melhorar na punção de veias? Quer comentar mais

alguma coisa sobre alguém ou algum acontecimento sobre uma história de punção venosa em crianças?

#### 4.4 Processo de coleta de dados

A primeira etapa da presente investigação foi a abordagem estrutural da TRS, que precedeu a coleta dos dados sociais e a abordagem processual da TRS, a fim de não causar interferências nos dados produzidos. Ela foi realizada a partir da aplicação da técnica da associação livre de palavras não hierarquizada que consistiu que os participantes fossem solicitados a mencionarem as cinco primeiras palavras que lhes viessem à mente quando o termo indutor era mencionado.

Os dados foram coletados pela pesquisadora principal, autora da presente tese, com experiência em coleta de dados prévios, no setor de pediatria da instituição em que foi realizada a pesquisa, após ter se apresentado aos participantes e esclarecidos os objetivos e a razão de realização da pesquisa, no caso dos acompanhantes foi realizado na presença da criança a qual estava acompanhando e no com os profissionais foi realizado individualmente em sala reservada.

A utilização da evocação se justificou por favorecer a identificação dos conteúdos a RS e sua hierarquia dentro do processo de punção de vasos sanguíneos.

Os dados referentes à abordagem estrutural e a seguir a caracterização sociodemográfica foram coletadas e registradas com auxílio do aplicativo *Open Data Kit* (ODK) que possibilitou excluir a necessidade de consolidação dos dados manualmente, reduzindo assim vieses de digitação. A caracterização dos participantes foi elaborada por meio de questões fechadas e semiabertas.

O aplicativo consiste em um conjunto de código aberto de ferramentas que ajudam no gerenciamento de soluções para coleta de dados móveis. Foi criado por pesquisadores do departamento de Ciência e Engenharia da Computação da Universidade de Washington e membros da *Change* e é um substituto para formulários em papel com suporte para respostas numéricas e textuais (HARTUNG, 2010).

Para a abordagem processual da TRS, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, com gravação de áudio, desencadeada a partir das questões norteadoras apresentadas anteriormente. Sua finalidade foi obter um conteúdo

discursivo acerca dos conhecimentos, informações, comportamentos, experiências, vivências, atitudes, objetos representacionais e valores atribuídos pelos participantes ao objeto investigado.

A gravação de áudio se justificou por permitir captar o discurso necessário à abordagem processual das representações sociais de modo a não perder nenhum dado, sendo acrescentados os dados provenientes do diário de campo com vistas à triangulação das informações. A coleta dos dados que abrangeu a entrevista, as evocações e o diário de campo teve média de 30 minutos de duração.

#### 4.5 Consolidação, tratamento e análise dos dados

Os dados de caracterização dos participantes e a abordagem estrutural da TRS, coletados com o auxílio do ODK, foram copiados eletronicamente e posteriormente transferidos para um servidor virtual (nuvem), de onde foi resgatado. As variáveis sociodemográfica quantitativas e os dados referentes às especificidades/perfil das crianças, dos acompanhantes e dos profissionais, foram consolidados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e tratados com estatísticas descritivas, utilizando de medidas de dispersão e centralidade. Os cognemas evocados na abordagem estrutural foram consolidados em Programa *Excel for Windows* e transferidos para programa *Word para Windows* para a elaboração do dicionário de termos equivalentes.

Na abordagem estrutural, os cognemas evocados pelos participantes, foram foco da elaboração do dicionário de termos equivalentes para posterior análise prototípica. Nessa etapa, foi realizada a análise lexigráfica, em que os termos evocados foram reunidos segundo sua categoria semântica de forma manual buscando a aproximação de termos equivalentes dos cognemas evocados pela homogeneização segundo grau, gênero, tempo verbal, sinônimos, além de remoção de alocução, de pronomes, de preposição e de artigos com o intuito de se fazer uma aproximação lexical sem as distorções provenientes de interpretação dos conteúdos (CAMARGO; BARBARÁ; BERTOLDO, 2007).

Cabe ressaltar que, por vezes, quando o participante utilizou mais de uma palavra ou de palavra composta cujo significado era peculiar à reunião das palavras, a expressão foi mantida e grafada com o uso de hífen.

Após fazer todas as reduções possíveis, sem comprometer o sentido original, as expressões consensualizadas serviram de base para a substituição dos cognemas evocados, mantendo-se a ordem em que elas foram mencionadas pelos participantes.

Nos casos em que o processo de substituição originou um mesmo cognema para um participante, houve a manutenção da sua primeira colocação, seguida da remoção da segunda vez em que o termo foi mencionado.

No resultado do dicionário, os cognemas evocados foram consensualizadas e substituídos pela variedade de palavras/expressões inicialmente mencionados pelos participantes. O produto dos cognemas homogeneizados resultou no conteúdo que foi introduzido no programa *Excel for Windows* e o *corpus* tratado no *Software EVOC*, proposto por Vèrges (VERGES, 2002), que forneceu o quadro de quatro casas. Neste quadro, houve a ordenação dos cognemas evocados a partir dos critérios de frequência e ordem média de evocação cuja alocação foi estruturada em quatro quadrantes possibilitando a interpretação do processo hierárquico e dos conteúdos a RS.

Para a análise dos termos evocados para a distribuição no quadro de quatro casas para ambos os grupos investigados, utilizou-se a Lei de Zipf de distribuição de palavras (CASSETTARI et al, 2015), que resultou no grupo dos profissionais de enfermagem a adoção de uma frequência mínima de três, frequência média de seis e a média das ordens médias (rang) de evocação igual a 2,6 numa escala de um a cinco. No grupo dos acompanhantes das crianças se adotou frequência mínima de 12, frequência média de 20 e rang também de 2,6.

No grupo dos 22 profissionais de enfermagem para o termo indutor “pegar veia”, o software EVOC contabilizou 105 palavras evocadas, destas 39 cognemas diferentes. Já as evocações citadas pelos 118 acompanhantes das crianças internadas na instituição, que participaram da pesquisa, contabilizaram 526 palavras evocadas, com 56 cognemas diferentes.

Ao analisar as evocações livres dos profissionais de enfermagem que trabalham no setor de pediatria pesquisado, para o termo indutor “manter veia”, o software EVOC contabilizou 102 palavras evocadas quando o termo indutor “manter veia em uma criança” foi evocado pelo pesquisador, destas 44 cognemas diferentes e no grupo dos acompanhantes das crianças, contabilizou 483 evocações, sendo 85 termos diferentes.

Ao analisar as evocações dos profissionais de enfermagem ao termo indutor “retirar agulha (cateter) da veia”, o software EVOC contabilizou 103 palavras evocadas sendo destas 55 cognemas diferentes. No grupo dos acompanhantes das crianças, foram contabilizadas 469 palavras evocadas com 74 diferentes.

Dessa forma foram excluídas do quadro de quatro casas para as evocações referentes aos termos indutores “pegar veia”, “manter veia” e “retira agulha (cateter) da veia” as palavras evocadas em número menor que a frequência mínima estabelecida para cada grupo.

A análise prototípica permite visualizar os cognemas com objetividade, de forma quantitativa e baseada no contexto em que foram mencionadas. A alocação dos termos na estrutura hierárquica do quadro de quatro casas, no possível núcleo central, na área de contraste ou nas periferias, diferencia a interpretação dos elementos representacionais quanto a sua consensualização ou individualização. Em cada quadrante ficaram alocados os cognemas segundo a OME e as frequências das palavras (WACHELKE, 2011).

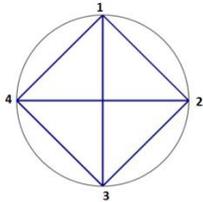
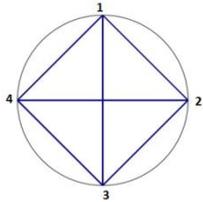
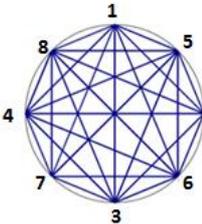
Na abordagem processual, o conteúdo discursivo apreendido no processo de coleta de dados por meio de entrevistas individuais de áudios gravadas foi transcrito na íntegra em programa *Word for Windows*, sendo separada cada entrevista num arquivo com vistas a introduzi-los no Programa Nvivo11 Pro® para o tratamento dos dados.

No Programa Nvivo11 Pro®, o conteúdo das entrevistas inseridas são categorizadas de acordo com as etapas de Bardin para a análise de conteúdo em categorias definidas previamente e os dados são selecionados manualmente conforme detalhado a seguir. A análise de conteúdo segundo Bardin compreende três etapas: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2006).

Na pré-análise foi realizada uma leitura flutuante para as primeiras impressões e orientações acerca do tema abordado nas entrevistas. A seguir, na fase de exploração do material, foi realizada a definição das categorias (codificação e categorização) norteadas pelo objetivo do estudo e similitude dos conteúdos, decompondo ou reagrupando as unidades de significados em nós e clusters no intuito de contextualizar e reunir os dados afins. Na fase de tratamento dos resultados obtidos, os dados foram tratados e condensados com destaque para as informações que permitiram interpretações inferenciais para análise crítica e reflexiva (BARDIN, 2006).

O adensamento teórico foi aferido por meio dos valores da correlação de Pearson  $\geq 0,7$  expressos numericamente (NASCIMENTO, 2018), pelo gráfico de círculo e no cômputo geral para as dimensões e as origens representacionais (Quadro 2).

Quadro 2 – Quadro esquemático contendo critérios adotados para definição da saturação dos dados, segundo categorias emergentes de acordo com as dimensões representacionais de cada grupo social e na comparação, número de participantes (fonte), número de fragmentos extraídos de cada discurso (referências) e esquema de forças de correlações entre as categorias expressas pelo gráfico de círculo. Juiz de Fora, Out/2018

Referencial		Fonte	Referências	Gráfico de Círculo	
Dimensões	Profissionais	1. Comportamental e Atitudinal	22	215	
		2. Informativa e Cognitiva	22	46	
		3. Objetiva	22	63	
		4. Valorativa	22	135	
	Pearson= 0,963903 a 0,862267				
	Usuários	1. Comportamental e Atitudinal	58	280	
		2. Informativa e Cognitiva	57	169	
		3. Objetiva	58	353	
		4. Valorativa	58	300	
	Pearson= 0,968860 a 0,766052				
Síntese comparativa entre grupos sociais	Profissionais	1.Comportamental	22	215	
		2.Informativa	22	46	
		3.Objetiva	22	63	
		4.Valorativa	22	135	
	Acompanhantes	5. Comportamental	58	280	
		6.Informativa	57	169	
		7.Objetiva	58	353	
		8.Valorativa	58	300	
Pearson= 0,964381 a 0,722308*					

Nota dos autores: \*exceção da Dimensão objetiva dos profissionais com Dimensão Informativa dos acompanhantes (Pearson= 0,698544); \*\*exceção da In\_formação profissional com Intuições de saúde e práticas profissionais (Pearson= 0,671211) e In\_formação profissional e vivências com Adoecimento , experiências e informações (Pearson= 0,651557); \*\*\* origens recategorizadas. Conteúdo extraído do programa Vivo versão 10.

Fonte: A autora, 2018.

Após a análise segundo a abordagem da TRS estrutural e processual, foi realizada uma interpretação das evocações e das entrevistas dos acompanhantes e dos profissionais, à luz da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, de forma a identificar quais representações elaboradas pelos participantes da pesquisa de ambos os grupos representavam estressores intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais, presentes durante o processo de punção venosa em crianças.

A partir da identificação dos estressores, foi realizada uma busca na literatura sobre as intervenções de enfermagem que respondesse as necessidades presentes no processo de punção venosa nas crianças em busca do bem-estar e a estabilidade do sistema dos indivíduos.

#### **4.6 Aspectos éticos**

A presente pesquisa atendeu aos princípios éticos de acordo com a Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012).

A presente investigação foi submetida e aprovada sob parecer nº 2.543,592 do Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ por ser a instituição preponente do estudo e pela Direção Geral e de Enfermagem do Hospital Santa Casa de Juiz de Fora e de seu Comitê de Ética em Pesquisa, por ser o cenário em que foi realizada a pesquisa.

Cabe mencionar que o título constante no momento de submissão do projeto de pesquisa aos Comitês de Ética em Pesquisa foi modificado como forma de atender ao número de palavras preconizadas para títulos (máximo 15) e abranger o máximo de informações da pesquisa (tema, local, participantes e método) contemplando uma síntese do conteúdo do estudo de forma clara, concisa e objetiva (MARCANTONIO; SANTOS; LEHFELD, 1993).

Atendendo as orientações dessa Resolução 466/2012, os participantes da presente investigação foram convidados a participarem da pesquisa expressando sua voluntariedade por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de forma autônoma, consciente, livre de vícios, dependência, subordinação ou

intimação e esclarecida (APÊNDICE B), sendo somente após a assinatura que se iniciou a coleta dos dados.

No TCLE (APÊNDICE B), apresentamos os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, o direito de desistência da pesquisa a qualquer momento, acesso aos resultados do estudo, o acesso às pesquisadoras (em caso de dúvida ou esclarecimentos acerca do estudo), a autorização para o uso dos discursos como resultados da pesquisa na academia e nos meios de comunicação científicos, assim como o comprometimento da pesquisadora com uma atitude eticamente responsável com a geração de novos resultados.

Os participantes foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que podiam lhes acarretar, na medida de sua compreensão, esclarecendo todas as dúvidas que houve e respeitados em suas singularidades.

As questões éticas de pesquisa que envolve os seres humanos (Resolução CONEP 466/2012) foram detalhadamente explicadas aos participantes do estudo no que tange aos benefícios; riscos; garantia de consentimento dos participantes da pesquisa, esclarecidos sobre seu sentido e implicações e esclarecimento de dúvidas dos sujeitos participantes da pesquisa conforme descrito a seguir.

#### 4.6.1 Benefícios

O estudo poderá trazer benefícios à qualidade da assistência da enfermagem e da equipe de saúde, pois poderá levar a compreender os sentimentos e significados da punção venosa periférica pediátrica na visão dos acompanhantes com a possibilidade de gerar uma reflexão acerca das ações e atitudes dos profissionais de saúde durante uma punção venosa e redimensionar este cuidado pautado na humanização do cuidado valorizando cada sujeito em sua individualidade.

#### 4.6.2 Riscos

A participação na pesquisa classificou-se em nível de risco e desconforto mínimos, pois o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados (entrevista gravada) constituem em atividades que equivalem ao cotidiano.

#### 4.6.3 Garantia de consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre seu sentido e implicações

Os participantes do estudo foram informados que sua participação na pesquisa seria de forma livre e de espontânea vontade e somente poderia participar da investigação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo o mesmo desistir a qualquer momento de participar do estudo, sem qualquer ônus ou constrangimento. O pesquisador garantiu que o participante não fosse identificado em nenhuma etapa da pesquisa ou em qualquer publicação que resulte dela.

Foi respeitado o participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida.

O anonimato foi garantido sendo utilizado com estratégia códigos compostos por duas letras para indicar o participante (AC para acompanhantes e PR para designar os profissionais) seguido de um número contendo três dígitos sequenciais para exprimir a ordem que retrata o participante (ex: AC001 a ACXXX e PR001 a PRXX).

#### 4.6.4 Esclarecimento de dúvidas dos sujeitos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram informados que a qualquer momento da entrevista, se sentirem necessidade poderiam esclarecer qualquer dúvida em relação à pesquisa ou fazer qualquer questionamento.

Após a entrevista o contato da pesquisadora responsável foi disponibilizado no TCLE podendo ser realizado através do telefone (21)2868-8236 ramal 210 ou no endereço do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF – UERJ) Boulevard 28 de Setembro, nº 157, Vila Isabel, assim como disponibilizado o contato do Comitê de Ética.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa investigação estão apresentados em quatro tópicos distintos conforme descrito a seguir:

- a) **Caracterização dos participantes** – Está apresentado o perfil dos dois grupos de participantes da pesquisa: os profissionais de enfermagem do setor de pediatria e posteriormente os acompanhantes das crianças internadas.
- b) **Representações sociais sobre punção venosa em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças** – Foram apresentados comparativamente os conteúdos das RS e a sua alocação dentro do sistema hierárquico para os termos “pegar veia”, “manter veia” e “retirar acesso” na sua/em uma criança, na perspectiva de ambos os grupos de participantes da pesquisa com a identificação de suas respectivas dimensões representacionais e a exemplificação por fragmentos dos discursos dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças.
- c) **Implicações das representações sociais segundo Neuman: planejando o cuidado de enfermagem** – Por fim, os conteúdos das RS elaboradas pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças hospitalizadas foram analisados à luz da teoria dos sistemas de Betty Neuman, como forma de identificar os estressores presentes durante o processo de punção venosa em crianças e assim propor intervenções para subsidiar o planejamento do cuidado de enfermagem e consequente melhora do enfrentamento dos sujeitos envolvidos nesse procedimento recorrente e indispensável no setor de pediatria.

## 5.1 Caracterização dos participantes

A seguir estão apresentados as caracterizações dos participantes da presente investigação, os profissionais de enfermagem e os acompanhantes das crianças internadas no setor de pediatria da instituição no período de coleta de dados.

### 5.1.1 Caracterização dos profissionais de enfermagem

O grupo dos profissionais de enfermagem, participantes da presente investigação, foi composto por 22 participantes, sendo abordados todos os profissionais presentes no setor de pediatria no período pesquisado. O perfil dos profissionais de enfermagem foi predominantemente do sexo feminino (90,9%), com idade média de 42 anos, variando entre 23 a 57 anos, casados (50%), católicos (63,6%), com filhos (68,2%) e média de um filho por profissional. As cores de pele autodeclaradas abrangeram a cor branca (36,4%) parda (36,4%) e negra (27,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos profissionais de enfermagem quanto ao sexo, idade, cor de pele, estado conjugal, religião e filhos. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=22 participantes)

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>
Feminino	20	90,9	23 a 30anos	3	13,6	
Masculino	2	9,1	31 a 40anos	10	45,5	
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	41 a 50anos	3	13,6	
			51 a 57anos	6	27,3	
			<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>42</b>

<b>Cor de pele</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Estado conjugal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Branco	8	36,4	Solteiro	11	50,0
Negro	6	27,3	Casado	10	45,5
Pardo	8	36,4	Separado	1	4,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

<b>Religião</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>
Católico	14	63,6	Sim	15	68,2	
Protestante	1	4,5	Não	7	31,8	
Evangélico	4	18,2	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>1,14</b>
Espírita	3	13,6				
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>				

Fonte: A autora, 2018.

Quatro eram enfermeiros (18,2%), 15 eram técnicos de enfermagem (68,2%) e três eram auxiliares de enfermagem (13,6%), com tempo de atuação de 2 a 48 anos, com média de 17,13 anos e no setor de pediatria de um mês a 39 anos com média de 12,75 anos.

Dos participantes, dezoito (81,8%) relataram possuir somente um emprego. A escala de trabalho na instituição pesquisada se configura por esquema de plantão (12x36hs) para os técnicos e auxiliares de enfermagem; diarista (6hs diárias) para os enfermeiros do dia e plantonista (12x 36hs) para os do período da noite. O tempo de atuação na enfermagem foi de 1 a 50 anos, com média de 17,1 anos e no setor de pediatria foi de período menor que um ano a 40 anos, com média de 12,7 (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização dos profissionais de enfermagem quanto à categoria profissional, número de empregos, escala de trabalho e tempo de atuação na enfermagem e na pediatria. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=22 participantes).

<b>Categoria Profissional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade de empregos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Escala de Trabalho</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermeira	4	18,2	1	1	81,8	Diarista	2	9
Téc. Enfermagem	15	68,2	2	4	18,2	Plantonista	20	90,9
Aux. Enfermagem	3	13,6	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>		<b>2</b>				
<b>Tempo de atuação na enfermagem (anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Tempo de atuação na pediatria (anos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	
1--- 10	5	22,5		0 --- 1	2	9		
10 I--- 20	10	45		1 I--- 10	7	31,8		
20I--- 30	4	17		10 I--- 20	8	31,6		
30 I--- 40	2	9		20I--- 30	3	13,6		
41 I--- 50	1	4,5		30 I--- 40	2	9		
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>17,1</b>	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>12,7</b>	

Fonte: A autora, 2018.

Ao analisar o perfil dos profissionais de enfermagem descrito anteriormente, é possível contextualizar os sujeitos participantes da pesquisa como pessoas socialmente inseridas no contexto da punção venosa em crianças, por atuarem por longo período na enfermagem e a maior parte desse tempo na pediatria. Cabe ressaltar que os

profissionais declararam que o maior período de tempo quando não exclusivamente, sua atuação foi na instituição onde foi realizada a pesquisa e como público infantil.

### 5.1.2 Caracterização dos acompanhantes e das crianças internadas

O grupo dos acompanhantes das crianças internadas foi composto por 118 pessoas que estavam presentes no momento da coleta de dados e estavam acompanhando a criança em seu processo de internação hospitalar. Os acompanhantes eram predominantemente do sexo feminino (87,3%), com média de idade de 32 anos, oscilando entre 18 a 65 anos, a maioria solteira (44,9%), católica (45,8%), com filhos (97,5%) e média de 2,33 filhos por acompanhantes, e em sua maioria, os acompanhantes eram a mãe da criança (72,8%). A cor de pele abrangeu as cores branca (24,6%), negra (33,9%), parda (38,1%) e amarela (3,3%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização dos acompanhantes das crianças internadas quanto ao sexo, cor de pele, idade, estado conjugal, religião, se possui e o número de filhos e seu vínculo com a criança. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes)

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Estado conjugal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	103	87,3	18--- 21	18	15,1		Solteiro	53	44,9
Masculino	15	12,7	21 I---30	42	35,6		Casado	31	26,3
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	31 I---40	32	34,1		Viúvo	2	1,7
			41 I---50	18	15,1		Mora junto	26	22
			51 I---59	6	5		Separado	6	5,1
			60 I---65	2	1,7		<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
			<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>32,0</b>			
<b>Religião</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Cor de pele autodeclarada</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		<b>Vínculo com a criança</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Católico	54	45,8	Branca	29	24,6		Mãe	86	72,8
Ateu	12	10,2	Negra	40	33,9		Pai	14	11,9
Evangélico	49	41,5	Parda	45	38,1		Avó/Avô	7	5,9
Espírita	3	2,5	Amarela	04	3,4		Tio(a)	7	5,9
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>118</b>			Amigo	1	0,8
							Primo(a)	1	0,8
							Cuidador(a)	1	0,8
							Irmãos	1	0,8
							<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Tem filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Quantidade de filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>			
Sim	115	97,5	0	3	2,5				
Não	3	2,5	0 I--- 3	96	81,4				
			3 I--- 6	19	16,1				
			<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>2,33</b>			

Fonte: A autora, 2018.

Quanto à formação, a maioria possuía ensino médio completo (35,9%). A profissão e ocupação dos acompanhantes, integrantes da pesquisa, eram predominantemente do lar (30,5% e 40,7% respectivamente), comerciantes (37,3% e 30,5% respectivamente) ou nos serviços gerais (22% e 20,3%). Os acompanhantes declararam não possuir renda (34,7%) ou com baixa renda ganhando até um salário mínimo (49,1%) e renda familiar mensal de um salário mínimo (44,9%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização dos acompanhantes das crianças internadas quanto à formação, profissão e ocupação; renda pessoal e familiar. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes)

<b>Formação (anos)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Profissão</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0	1	0,9	Do lar	36	30,5
0 I--- 9	41	34,7	Nível superior	03	2,5
9 I--- 12	68	57,7	Nível técnico	01	0,8
12 I--- 16	8	6,7	Serviços gerais	26	22
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	Comerciantes	44	37,3
			Estudante	08	6,8
			<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Ocupação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Renda Pessoal (salários mínimos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Do lar	48	40,7	0 --- 1	49	41,7
Biscate	1	0,8	1 I--- 2	58	49,1
Nível superior	1	0,8	2 I--- 4	11	9,2
Nível técnico	1	0,8	<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
Serviços gerais	24	20,3			
Comerciantes	36	30,5			
Estudante	7	5,9			
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>			
<b>Renda familiar (salários mínimos)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
0	6	5,0			
1 I--- 3	106	90,0			
3I--- 6	6	5,0			
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>			

Fonte: A autora, 2018.

Quanto à experiência própria dos acompanhantes com o processo de internação e punção venosa, podemos dizer que apesar de poucas vivências com internações próprias, nenhuma internação (30,5%), uma internação (26,3%) e duas internações (17,8%), a maioria já teve a experiência de ter uma veia puncionada para coleta de sangue (11,9%) ou terapia venosa (86,4%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Caracterização dos acompanhantes das crianças internadas quanto às punções prévias e número de internações. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes)

<b>Número de internações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Punção Prévia</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0	36	30,5	Nunca	2	1,7
0I--- 3	52	44,1	Coleta de sangue	14	11,9
3I--- 9	21	11,6	Terapia venosa	102	86,4
10	9	7,5	<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>			

Fonte: A autora, 2018.

As crianças acompanhadas eram predominantemente do sexo masculino (52,5%), com idade média de 3,26 anos, oscilando entre recém-nascidos até 12 anos, sem irmãos (19,3%), com um irmão (32,2%) ou dois irmãos (28,8%) e morando com mais incidência com os pais (30,7%), com os pais e irmãos (38,2%) ou somente com a mãe (10,2%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Caracterização das crianças internadas e acompanhadas quanto ao sexo, cor de pele, idade, número de irmãos e pessoas com quem mora. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes)

<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Cor de pele</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Feminino	56	47,5	Branco	44	37,3
Masculino	62	52,5	Negro	30	25,4
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	Pardo	42	35,6
			Amarela	2	1,7
			<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Número de irmãos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0 I--- 18 m	50	42,3		0	24	19,3
18 I--- 6 a	36	30,5		0 I--- 3	73	71,5
6 I--- 11 a	25	21,1		3 I---11	11	9,2
11 I--- 12 a	7	5,9		<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	3,26			

<b>Mora com quem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Pais e irmãos	80	68,9
Mãe	13	11
Pais e outros parentes	11	9,2
Mae e outros parentes	8	6,7
Parentes	5	4,1
Tutor de proteção	1	0,8
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora, 2018.

As crianças que eram acompanhadas vivenciavam juntamente com seus acompanhantes a primeira internação hospitalar (56,8%) com o objetivo de realizar tratamento clínico de alguma patologia (55,9%), já internadas no momento da coleta dos dados a mais de dois dias (77,2%) e com vivência prévia de punção venosa seja para coleta de sangue (10,2%) ou terapia venosa (52,5%) e algumas estavam vivenciando sua primeira experiência com o processo de punção venosa (37,3%) na internação atual durante o período de coleta dos dados (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização das crianças internadas e acompanhadas quanto ao motivo, número e período da internação e punções prévias. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018 (n=118 participantes)

<b>Número de internações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Motivo da internação atual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Única internação	67	56,8	Tratamento clínico	66	55,9
1I--- 3	30	25,4	Tratamento cirúrgico	14	11,9
3 I---6	21	13,5	Diagnóstico	29	24,6
6 I---	5	4	Exame	6	5,1
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	Tratamento de acidente	3	2,5
			<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>
<b>Período da internação atual (dias)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Punção prévia à atual</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0 I---1	7	5,9	Não teve	44	37,3
1I--- 7	91	77,2	Para coleta de sangue	12	10,2
7 I--- 60	20	16,9	Terapêutica	62	52,5
<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>118</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora, 2018.

Ao analisar o perfil dos acompanhantes e das crianças descritos anteriormente, é possível contextualizar os sujeitos participantes da pesquisa como pessoas socialmente inseridas no contexto da punção venosa em crianças, por estarem vivenciando esta situação no momento da coleta das informações. Os acompanhantes das crianças, integrantes da pesquisa, usuárias do serviço de saúde do sistema único de saúde da instituição pesquisada possuíam vivência com o processo de internação própria ou de sua criança e a maioria teve a experiência de ter uma veia puncionada e acompanharam a punção de veia em sua criança.

## 5.2 Representações sociais sobre punção venosa em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças

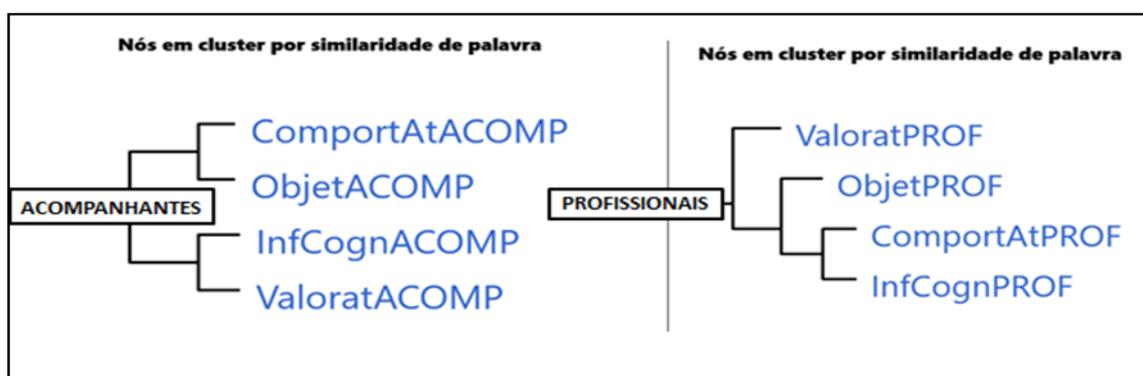
A seguir estão apresentados e descritos comparativamente os conteúdos a RS e sua alocação dentro do sistema hierárquico do quadro de quatro casas, construídos a partir das evocações elaboradas pelos profissionais de enfermagem que cuidam das crianças internadas no setor de pediatria e pelos acompanhantes das crianças punccionadas num setor de pediatria.

Posteriormente estão detalhadas as dimensões representacionais (informativa/cognitiva, comportamental/atitude, valorativa e os objetos/imagética) identificadas em cada etapa do processo de punção venosa (pegar, manter veia e retirar acesso venoso nas crianças) pela análise construída a partir do software Nvivo na abordagem processual da TRS, sendo exemplificadas com fragmentos dos discursos dos participantes para elucidar e corroborar os achados da abordagem estrutural da TRS.

Para finalizar, estão apresentadas e exemplificadas com fragmentos dos discursos dos participantes também as categorias das origens das representações sociais de ambos os grupos sociais investigados, emergidas na abordagem processual da TRS.

As dimensões identificadas nas RS e suas correlações são apresentadas no dendograma e no gráfico seguir para grupo dos profissionais de enfermagem (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Dendograma obtido a partir das dimensões representacionais sobre punção venosa pelos profissionais de enfermagem (n=20) e pelos acompanhantes das crianças (n=118). Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018



Nota: Programa NVivoPro 11®.

Fonte: A autora, 2018.

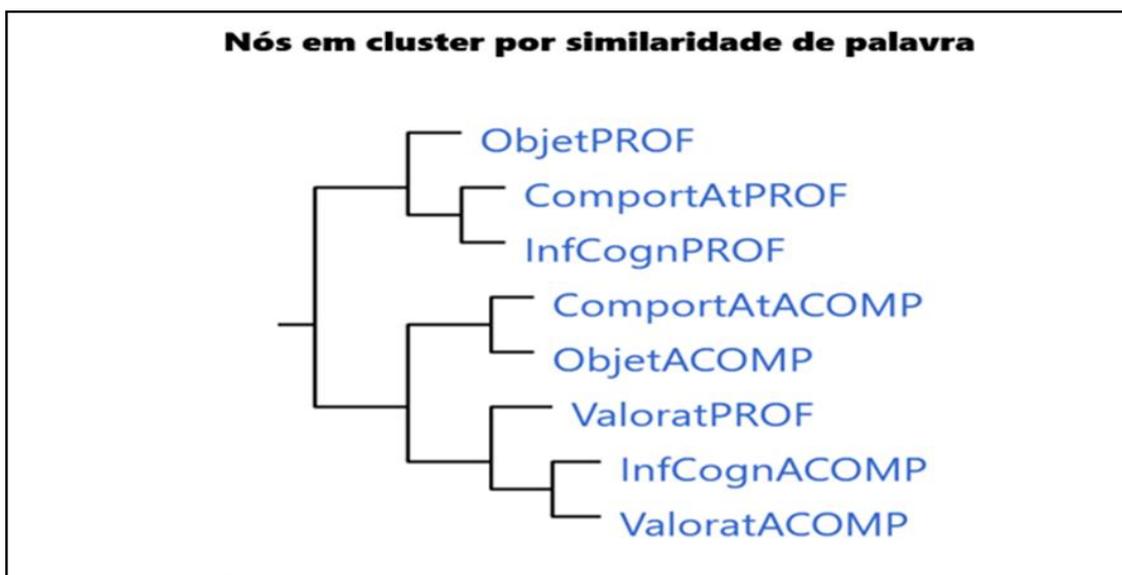
Os profissionais de enfermagem ao mencionarem seus comportamentos e atitudes acerca do processo de punção venosa em crianças e as informações e conhecimentos que possuem sobre, exprimiram os valores e identificaram imagens (objetos) que representavam a punção venosa em crianças.

Ao analisar o dendograma apresentado anteriormente (Gráfico 1) compreendemos que os comportamentos dos profissionais de enfermagem estão alicerçados nas informações e conhecimentos que possuem acerca do procedimento, e estes em conjunto geram a valoração do cuidado e a identificação das imagens que possuem sobre a punção venosa em crianças.

Ao analisar o dendograma das dimensões representacionais do grupo dos acompanhantes das crianças, identificamos que os valores que os acompanhantes possuem do objeto representacional estão alinhados com as informações que possuem acerca do processo de punção venosa nas crianças e que seus comportamentos e atitudes estão relacionados com os objetos identificados para realizar o procedimento.

A análise comparativa das dimensões representacionais identificadas em ambos os grupos sociais é apresentada conforme consta no dendograma e no gráfico abaixo (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Dendograma da análise comparativa das dimensões representacionais sobre punção venosa pelos acompanhantes das crianças internadas (n=118) e pelos profissionais de enfermagem (n=22). Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018



Nota: Programa NVivoPro 11®.  
Fonte: A autora, 2018.

Ao analisarmos a relação estabelecida entre as dimensões representacionais dos grupos sociais analisados nessa investigação percebemos que é dividida em dois eixos, a saber: a) dimensões objetiva, comportamental e informativa dos profissionais de enfermagem e b) dimensões comportamental, objetiva, valorativa dos acompanhantes e dimensão valorativa dos profissionais de enfermagem.

Entendemos que a valoração da punção venosa pelos acompanhantes está associada às informações que possuem acerca do procedimento que advém dos valores compartilhados pelos profissionais de enfermagem durante o cuidado realizado nas assistências de saúde nas instituições. Esses valores e informações impactam no comportamento e nas atitudes que os acompanhantes das crianças têm durante a internação hospitalar e é a partir dessas vivências e experiências que identificam os objetos representacionais utilizados para realizar o procedimento e que impactam sobre seus comportamentos.

Essa relação é exemplificada pelos trechos dos discursos dos participantes conforme apresentado abaixo:

#### **Dimensão valorativa dos Profissionais:**

Eu acho muito melhor porque é um tratamento muito mais eficaz, muito mais rápido que um oral, porque cai direto na corrente sanguínea e responde muito mais rápido ao tratamento. **PR003**

#### **Dimensão valorativa dos acompanhantes:**

O que eu entendo é que eles falam geralmente é que faz mais efeito, pelo acesso da veia que é bem mais rápido. **AC024**

#### **Dimensão informativa dos acompanhantes:**

Não conheço muita coisa não. A gente só conhece de ver eles fazendo mesmo, mais de informação a gente não tem não. **AC002**

#### **Dimensão comportamental dos acompanhantes:**

Quando fala, eu sempre reajo bem porque como ele precisa... Eu não sou de ficar muito apavorada não, eu sempre reajo bem. Aceito e não questiono não. Tem que fazer isso e aquilo... Eu sempre concordo. Porque eu sei que é pro bem!**AC001**

#### **Dimensão objetiva dos acompanhantes:**

Age mais rápido o medicamento. **AC002**

Os conhecimentos e informações que os profissionais de enfermagem que cuidam das crianças e convivem com os acompanhantes possuem acerca do

procedimento, não são identificados pelos acompanhantes para a construção da RS da punção venosa nas crianças, que também não compreendem os comportamentos e não identificam os objetos representados pelos profissionais de enfermagem.

#### **Dimensão informativa dos profissionais:**

A veia da criança é difícil ou às vezes a criança está desidratada, a veia some, ou a criança está com febre e fica mais difícil de achar a veia. **PR003**

#### **Dimensão objetival dos profissionais:**

Se a criança está com uma bomba de infusão que não tá puxando... Avisar a gente e deixar a grade do berço elevado. [...] A gente usa um curativo em acesso central no intracath e hoje no venoso a gente usa um curativo transparente e é melhor que o curativo com gaze e micropore. **PR004**

#### **Dimensão comportamental dos profissionais:**

A gente nunca vai sozinha sempre vai mais uma ou três e a mãe. A gente nunca punctiona uma criança sozinha. A mãe geralmente não gosta não e fica falando: vai furar de novo? Você vai ficar furando meu filho quantas vezes? **PR003**

A seguir serão detalhadas essas dimensões representacionais de cada grupo social de cada etapa da punção venosa nas crianças associados aos conteúdos da RS identificados no quadro de quatro casas de forma a corroborar com a estrutura estabelecida no dendograma apresentado acima (Gráfico 2).

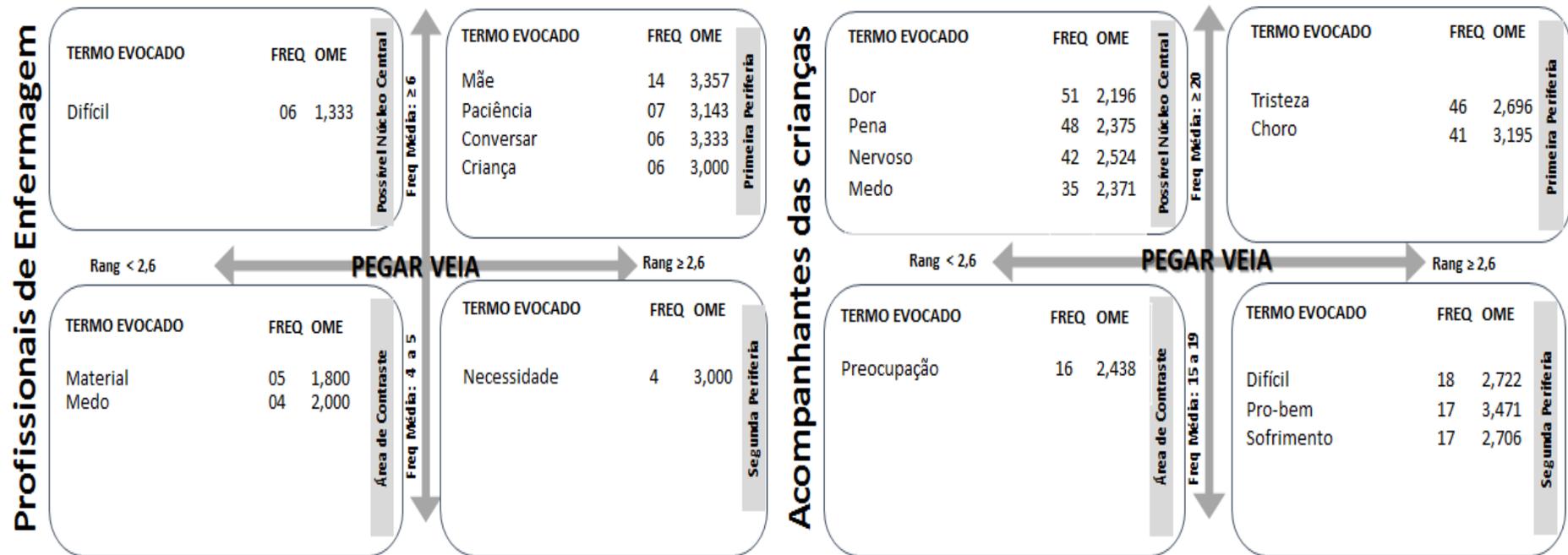
#### 5.2.1 Conteúdos da representação social sobre “pegar veia” em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças e suas dimensões representacionais

Nesta etapa serão apresentados os conteúdos da RS identificados a partir da análise das evocações livres relatadas pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças internadas, na abordagem estrutural das representações sociais, quando o termo “pegar veia de uma criança” e “pegar veia da sua criança” foram ditos respectivamente aos participantes pelo pesquisador.

Posteriormente é realizada uma análise da alocação dos termos evocados pelos participantes da pesquisa dentro do sistema hierárquico do quadro de quatro casas, comparando-as nos dois grupos em análise nesse estudo.

Os quadros de quatro casas sobre “pegar veia” para ambos os grupos investigados são apresentados no Quadro 3, organizados segundo a frequência e ordem de evocação pelos participantes.

Quadro 3 - Quadros de quatro casas comparativo dos conteúdos evocados pelos profissionais de enfermagem (n=22 participantes) e dos acompanhantes das crianças internadas (n=118 participantes) ao termo indutor “pegar veia de uma criança”. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018



Nota: Programa EVOC, 2000.

Fonte: A Autora, 2018.

Ao analisar o quadro de quatro casas do grupo dos profissionais de enfermagem, identificamos que no quadrante superior esquerdo está o termo “difícil” que pela combinação dos critérios de frequência ( $> 6$ ) e de ordem média de importância ( $< 2,6$ ), isto é, o cognema que combina o que mais foi evocado nas primeiras posições de evocações, que provavelmente compõe o provável núcleo central da representação social do grupo, a parte mais estável da representação e que resiste a mudanças.

O termo “difícil” exerce dimensão valorativa por determinar a avaliação ou julgamento do procedimento. O conceito socialmente compartilhado pelos profissionais de enfermagem que puncionam as crianças é que se caracteriza por um procedimento difícil execução.

Essa constatação foi identificada e corroborada pelos fragmentos dos discursos dos profissionais de enfermagem pela abordagem processual da TRS que elucidam os achados da abordagem estrutural, conforme demonstrado a seguir:

#### **Dimensão valorativa:**

Uma criança difícil de veia é muito ruim, você vê que ela está precisando do acesso e você não consegue. Isso tem acontecido bastante aqui! [...] É um procedimento um pouco mais demorado, por que a gente precisa de uma pessoa pra segurar, e muitas vezes, a mãe tem que estar junto, por que a criança não fica quieta e se for uma criança maior, tem que estar para segurar as perninhas, outra segura o bracinho e tem alguém ali pra poder fazer a punção, e no momento que está fazendo a punção, a criança mexe o braço, então tem que estar sempre alguém pra poder ajudar e depois que puncionou também, uma das pessoas que está ajudando a segurar, acaba fixando pra gente também. Uma pessoa sozinha não consegue. **PR011**

Tem até uma criança no 3037, uma criança com dreno de tórax que está a 28 dias já de antibiótico, tem uns 2 ou 3 aninhos, ficou com dreno de tórax, aí foi cortado e precisa de mais 35 dias... O acesso periférico perdeu hoje e tentamos várias vezes e não conseguimos. Está sem acesso! Ligamos pra médica assistente e ela falou que tem que puncionar. A gente faz revezamento (equipe). Olha... A noite que passaram foram 12 tentativas, até agora com a gente lá foram 6, não tem condição mesmo, não tem, tem que pegar porque precisa da veia antes de ir embora. **PR005**

Se o médico pedir pra tentar, a gente tenta quantas vezes o médico pedir. E quando é assim, a gente pede para o médico ficar presente, conversa com a mãe, explica que é para o bem da criança, que é necessário, deixa a criança descansar um pouco e tenta de novo. **PR003**

O ato de pegar a veia de crianças pelos profissionais de enfermagem é avaliado como difícil, mas necessário e é influenciado por diversos fatores como a presença, aceitação e nervoso dos pais, choro e dor da mãe e da criança, sofrimento, diversas tentativas para êxito, idade e a agitação da criança.

Acesso intravenoso difícil é aquele em que o profissional qualificado e experiente, não consegue estabelecer a cateterização venosa periférica de paciente pediátrico após múltiplas tentativas e por mais de um profissional. A dificuldade está relacionada também a questões físicas do paciente, psicológicas do profissional e do paciente, ao material utilizado e a terapêutica instituída (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

Este resultado vai ao encontro com a literatura, pois os profissionais de enfermagem se sentem inseguros de realizar o procedimento de punção venosa diante da dificuldade, caracterizada pelas especificidades da rede venosa de difícil visualização e palpação; a pouca idade, sendo maior a dificuldade quanto menor for a criança; acrescido do período de desenvolvimento cognitivo que a criança se encontra o que gera agitação, não aceitação e agressões físicas e verbais aos profissionais que executam o cateterismo somado a presença dos acompanhantes que podem ajudar ou não na imobilização e convencimento (FREIRE; ARREGUY-SENA; MULLER, 2017; BISQUERRA, 2012).

No grupo dos acompanhantes das crianças, ao analisar o QSE, identificamos os cognemas, “dor”, “pena”, “nervoso” e “medo”. Todos os termos exercem dimensão comportamental e compõem o provável núcleo central nesse grupo.

Essa RS que retrata a dimensão comportamental é descrita pelos acompanhantes das crianças em seus discursos na abordagem processual conforme apresentado abaixo:

### **Dimensão comportamental:**

É ruim quando não consegue e tem que ficar espetando a criança e você fica olhando assim e dá dó e vontade de sair correndo. **AC005**

Eu fico nervosa porque eles (crianças) ficam nervosos e me colocam nervosa. O que eles sentem eu sinto. Não brigo nem nada não porque muita mãe não tem paciência. Eu procuro ser o mais tranquilo possível. **AC008**

Vem muito sangue! Tenho medo de não conseguir pegar veia e ficar sangrando... **AC010**

Eu reagi muito mal porque a moça não estava conseguindo pegar a veia e estava insistindo e eu fiquei muito nervosa. Teve que transferir ela para a outra moça tirar. Eu fiquei muito nervosa porque eu estava falando com ela que ela não estava conseguindo e ela tentando e a menina chorando e eu mais nervosa ainda. Tentaram umas duas vezes e ficou mexendo com a agulha dentro da menina. Nossa... É muito ruim isso. Ficar tentando... A criança sofre... **AC023**

Da pena, vontade de pedir pra não fazer. **AC015**

Mas eu me sinto mal. Se você vê que ele tá chorando é porque tá doendo. Aí me sinto mal de ver ele sofrendo, né? **AC016**

Foi bem difícil. Tentaram várias vezes. No braço, na mãozinha...Tentaram em um monte de lugares e conseguiram só lá no pé. Aí aquilo me cortou o coração. Foram 4 ou 5 vezes, foram bastante. Ficou 15 dias e teve que puncionar de novo. **AC008**

Os acompanhantes das crianças internadas relatam que seus comportamentos são consequência do auxílio para tentar o êxito da punção venosa nas crianças, dessa forma, tentam controlar e/ou superar os sentimentos e as reações negativas das crianças manifestadas por dor e medo frente à necessidade da realização do procedimento, mas que os comportamentos das crianças refletem nos acompanhantes que reagem com sentimentos de pena e nervoso quando avaliam a pouca competência do profissional e diante de certas atitudes atreladas à dificuldade de execução do procedimento.

A dor, uma reação ao medo e ao ato de perfurar a veia com uma agulha, é identificada incidente e sua prevenção deve ser encorajada, pois esse sentimento é complexo e engloba elementos de dimensões referentes à própria criança, aos profissionais de saúde e aos pais (MOUTINHO; ROCHA, 2016; FERREIRA et al, 2012).

Pena, como está nos dicionários, significa misericórdia, um sentimento de cuidado, preocupação com o outro estando presente no momento da punção venosa diante do medo e do choro das crianças descrito nessa investigação, mas também na atuação de profissionais de enfermagem que assistem pacientes internados para tratamento de patologias diante de seus sofrimentos (ROMANZINI; BOCK, 2010).

O nervoso é outro sentimento do acompanhante frente ao sofrimento repetitivo da criança e pela perda do papel de cuidador da criança ao ser hospitalizada, o que gera comportamentos agressivos ao profissional, negação dos procedimentos quando surpreendido por procedimentos desconhecidos levando ao distanciamento de sua função de familiar de proteger a criança (SAMPAIO et al, 2014).

O termo “medo” tem dimensão comportamental e aparece no provável núcleo central do grupo dos acompanhantes e na zona de contraste do grupo dos profissionais de enfermagem, caracterizando uma representação presente em ambos os grupos, mas com importâncias diferenciadas, fortalecendo o núcleo central da representação do grupo dos profissionais, acrescentando dificuldade ao realizar a punção em crianças.

O medo se refere ao sentimento da criança relacionado ao procedimento, que gera comportamentos e atitudes como agitação, choro e negação ao procedimento, O medo é relatado como sentimento mais relatado pelos profissionais de enfermagem ao puncionar crianças em outro estudo (FREIRE; ARREGUY-SENA; MULLER, 2017;

BISQUERRA, 2012; FERREIRA; CHAVES; FARIAS et al, 2012), o que vem de encontro com a representação social aqui identificada.

O medo é definido como uma resposta produzida por uma informação que vem do mundo externo (o procedimento de punção) ou interno às crianças (sentimento) que nesse caso é um sentimento negativo, automático, inconsciente e preparam a criança para agir diante do perigo e estresse da necessidade do cateterismo periférico. As crianças dependendo da idade ainda não sabem lidar e controlar suas emoções e reagem de formas inadequadas, muitas das vezes agressivas, seja de forma verbal ou física, contra quem está puncionando ou a imobilizando para a realização do procedimento como forma de negar a ocorrência dessa situação desconhecida e desconfortável para ela (BISQUERRA; 2012).

O medo da criança frente ao procedimento de punção de veia emerge do desconhecimento dos materiais que são usados na punção de veias direcionado para seu tratamento e por não compreenderem a importância do procedimento a ponto de aceitarem (LEININGER; MCFARLAND, 2006).

Outro termo presente na zona de contraste no grupo dos profissionais de enfermagem, além do “medo” já descrito anteriormente, é o “material” que tem dimensão objetival/representacional e demonstra o caráter de cientificidade do procedimento, remetendo a técnica de realização quando os profissionais são levados a pensar no mesmo, caracterizando a preocupação inicial, o qual se tem que ter atenção, conforme demonstrado nos fragmentos abaixo.

Tem uma salinha própria de punção e curativos e aí leva pra lá, a não ser que a criança não possa sair do leito, aí a gente leva o material até ela, fora isso é tudo lá. Fora do leito é melhor, porque os berços são muito baixos, numa posição bem mais difícil, e lá não, a mesa já é mais alta tem uma visão muito maior e a claridade também. **PR005**

Só mesmo, o escalpe ou o cateter venoso. Eu falo escalpe por que tem lugares que não são padronizados, aqui mesmo não é padronizado... Mas o escalpe é usado por que é mais rápido. **PR011**

Nós preparamos o material e a primeira pergunta quando eles falam, já estão falando, é se dói. A gente fala que dói um pouquinho **PR004**

Os materiais utilizados para viabilizar a cateterização venosa ou facilitar sua execução, identificados pelo cateter, escalpe, leito/maca, berço, mesa, sala de punção.

Para realização da punção venosa é necessário, primeiramente, o preparo do material evitando idas e vindas durante o procedimento por esquecimento de algo o que

pode gerar a insegurança ao cliente, uma imagem de desorganização do serviço, o desgaste físico do profissional e prolongar o tempo para a realização do procedimento (CHAVES; AMORIM; MARTINS, 2009).

Esta representação vem de encontro com a literatura em um estudo de revisão integrativa realizada com objetivo de caracterizar os passos da técnica de punção venosa periférica por profissionais de saúde. Ele aponta que em 12 estudos identificados sobre a temática, sete citavam o “material” como item presente nas observações iniciais dos profissionais na etapa anterior a punção venosa periférica (OLIVEIRA, 2014). Este dado confirma o fato do material ser uma evocação lembrada nas primeiras posições (OME=1,8), pela importância que possui no grupo dos profissionais de enfermagem quando vão puncionar uma veia.

Ao analisar a zona de contraste do grupo dos acompanhantes das crianças identificamos o termo “preocupação” que assume dimensão comportamental conforme apresentado no relato abaixo.

Preocupada! Porque eu nunca tinha visto e ela chorando me desesperou...  
**AC010**

A preocupação é mais um sentimento dos acompanhantes frente à desinformação dos procedimentos e tratamentos realizados em sua criança durante a internação hospitalar. Dessa forma reforça a necessidade de inclusão do familiar no cuidado à criança, compartilhando as informações necessárias para o enfrentamento eficaz e informado do procedimento de punção venosa (SAMPAIO, 2014).

Na primeira periferia, QSD, no grupo dos profissionais de enfermagem, estão os termos “mãe”, “paciência”, “conversar” e “criança” e no grupo dos acompanhantes das crianças está presente o termo “tristeza” e “choro” que foram os cognemas que também tiveram frequência alta (>6) porém não foram prontamente evocados (OME>2,1). Estes elementos periféricos reforçam o elemento central, mas retratam representações individuais. Os termos “conversar”, “paciência”, “tristeza” e “choro” estão na dimensão comportamental e na dimensão objetiva são identificadas “criança” e “mãe”.

Existe na representação estrutural a possibilidade dos elementos na zona da primeira periferia serem centrais, por seu caráter quantitativo, quando empregados critérios como conexidade ou afinidade com outros elementos centrais (SÁ, 2015). Nesse sentido, o termo “mãe” é identificado como o cognema com maior frequência de

evocação (63% representando 14 participantes), configurando sua importância na representação social de pegar veia pelos profissionais.

Dessa forma, a presença do termo “mãe”, como possível núcleo central, complementaria o significado de representação de pegar veia como um procedimento difícil que tem a mãe como presente em todo o processo. Nesse sentido, identificamos que a RS de pegar veia pelos profissionais de enfermagem é objetivado por identificarem uma imagem ao objeto representacional e ancorado ao classificar o procedimento como difícil.

Para exemplificar essa RS, constam a seguir alguns fragmentos dos discursos dos profissionais de enfermagem.

Porque puncionar a veia de uma criança já é um pouquinho mais complicado e se a mãe não tiver ajudando... Aí a coisa é pior. **PR001**

A mãe já está chorando, então a criança já está vendo a mãe chorar por causa de puncionar a veia e atrapalha. [...] Dificuldade que existe mesmo é o nervosismo até dos pais que atrapalha. **PR006**

A gente sente um pouquinho de receio, né? Porque, às vezes, a mãe fica olhando pra gente com uma cara... Nosso Deus! É um pouco desconfortável pra gente da enfermagem. **PR003**

Além de você puncionar, o que a gente comenta muito aqui é que você lida com a ansiedade da criança, com choro, com o medo e o pior, as mães. Elas (as mães) acham que você está fazendo a criança chorar, judiando. **PR004**

Bom... Criança... Vou ser honesta com você. Criança não é o problema para a gente. O problema nosso é a mãe! Tem mãe que maltrata muito a gente. **PR014**

Os profissionais identificam a mãe uma presença durante o procedimento concomitantemente como favorável e desfavorável. Houve relatos de ajuda e de reações negativas durante o procedimento (negação, resistência e desmaios) que reforça a dificuldade de realização do procedimento, o que corrobora com a literatura relatada na dificuldade de inserir a família no cuidado às crianças, mas visto também como fundamental a presença de pessoa significativa para apoiar a crianças (LE MOS; FERREIRA, 2010; PINTO; BARBOSA, 2007; BAL TOR, 2012; PATRICIO, 2010; MARQUES et al, 2014).

Os demais termos da primeira periferia confirmam o termo central por caracterizar a punção como um procedimento difícil que precisa ter paciência para conversar com a mãe e com a criança para que o procedimento possa ser realizado com mais facilidade.

A presença dos termos “conversar”, “paciência” e “criança” são corroborados na abordagem processual conforme fragmentos abaixo.

Tem que prestar atenção na criança e também na mãe como ela tá se sentindo. Teve uma vez que a gente estava puncionando e a mãe desmaiou e aí a gente não sabia se acudia a criança em cima da maca ou se acudia a mãe. **PR002**

A gente orienta a mãe e desde que ela entre na sala e não fique atrapalhando, querendo pegar a criança na “cachola”, falando que já chega, que está furando muito, geralmente elas usam bem esses termos, né? Então, a gente já previne bem antes pra não ter transtorno lá dentro. Aquelas (mães) que ajudam a segurar com calma que a gente já sabe a gente já nem fala mais nada e deixa entrar tranquilamente e quando aquela que a gente já sabe que é um pouquinho alterada a gente tenta deixar do lado de fora. **PR004**

A gente chama até a enfermeira para conversar, a gente tenta conversar primeiro, mas quando elas não escutam, a gente chama a enfermeira pra conversar, aí quando não deixa mesmo, pede o médico para mandar medicação via oral. **PR013**

Ah, as crianças, os grandinhos são mais... A gente tem um pouco mais de trabalho né? Tem que ter um diálogo bom, muita paciência... Muita paciência! Não pode pegar logo, pegar o braço, pegar e furar e pronto não, sabe? Tem que conversar, tem que ter muita paciência. **PR009**

Ao analisar os comportamentos e atitudes dos profissionais de enfermagem ao puncionar veia de crianças, identificamos que são permeadas pela paciência que a enfermagem deve possuir ao lidar com o medo das crianças e dos acompanhantes do procedimento. Essa intervenção é relatada como uma ação que deve ser permeada pela paciência ao se considerar que no procedimento, a enfermagem deve lidar com a criança conjuntamente com seu acompanhante, pois a equipe de enfermagem é contraditória ao analisar a presença dos pais durante a punção venosa.

Para realizar a punção venosa nas crianças, os profissionais relatam a necessidade de conversar com a criança de forma a esclarecer a necessidade de realizar o procedimento e tentar acalmar a criança com auxílio da mãe, mas que muitas vezes as mães e as crianças são identificadas como fatores dificultadores.

O ato de conversar e explicar o procedimento às crianças e aos acompanhantes pelos profissionais de enfermagem com paciência tem papel facilitador na aceitação e entendimento da realização da punção venosa, configurando como um planejamento da assistência de enfermagem frente ao medo das crianças ao procedimento e considerado pelas crianças como uma estratégia facilitadora de enfrentamento da hospitalização que gera humanização do cuidado, mas que ainda não é priorizado pela equipe de

enfermagem, sendo necessária uma reavaliação da assistência de enfermagem (MORAES; ENUMO, 2008; SILVA, OLIVEIRA; SÁ, 2015).

As crianças, identificadas na primeira periferia do quadro de quatro casas dos profissionais de enfermagem, são caracterizadas mais um dificultador da realização da punção venosa, termo que fortalece e protege o núcleo central. As crianças vivenciam períodos de desenvolvimento psicossocial e cognitivo que geram comportamentos instáveis e imprevisíveis frente à necessidade de punção venosa, pois cada criança apresenta velocidade de desenvolvimento diferenciado, individual a cada ser que pode ser influenciado pela sua cultura, ambiente, estímulos e genética (PAPALIA; OLDS; FIELDMAN, 2006).

Dessa forma, identificamos que a enfermagem compreende o conjunto enfermagem-pais-acompanhantes, uma relação que gera desafios diários em busca do estabelecimento de vínculos e confiança pautados no diálogo e na paciência, também identificado como termo da primeira periferia, para uma assistência humanizada (GONÇALVES et al, 2017).

Ao analisar os termos da primeira periferia no grupo dos acompanhantes das crianças identificamos sentimentos novamente negativos, na dimensão comportamental, frente ao ato de pegar veia nas crianças: “tristeza” e “choro”.

Foi só uma que eu chorei porque tentou e foi muitas vezes e ele não estava nem chorando mais, de não estar aguentando. **AC001**

Ele chora e faz muita força e pra segurar ele precisa de umas 3 ou 4 pessoas, porque ele pede socorro e pede ajuda e pra não deixar fazer e fica desesperado. **AC002**

Eu fiquei um pouco apavorada em relação a ela, mesmo por ela ser novinha e me arrasou. Chorei junto com ela e fiquei chateada e triste. **AC003**

Para te falar a verdade, tive vontade na hora de pegar ela e ir embora. A hora que vi ela chorando, desesperada e tremendo e teve uma hora que a enfermeira precisou pegar ela e abrir a mão dela e ela fechou a mão gritando e chorando, porque ela é brava...Eu tive vontade de pegar ela e as coisas dela e ir embora, mas a gente tem que pensar no bem estar, né? **AC003**

As crianças choram devido à dor e ao medo do desconhecido que sentem decorrentes do procedimento de punção venosa e esses sentimentos são refletidos nos acompanhantes que se emocionam frente dificuldade de cateterização venosa e do sofrimento de sua criança e sofrem junto com elas.

Os pais que acompanham as crianças hospitalizadas experimentam sentimentos de tristeza e sensação de perda, e o enfermeiro deve contribuir para o desenvolvimento de estratégias que contribua a melhor adaptação da família às situações vividas (ANTÃO et al, 2018).

O ato de chorar é um comportamento relacionado ao enfrentamento das situações geradoras de estresse no hospital pelas crianças, somado a outros como: tomar remédio (punção), conversar, rezar e ficar triste, além de caracterizar um procedimento que gera dor fisiológica a todos os envolvidos no processo configurando a forma que as crianças possuem de expressar/enfrentar esta sensação (MORAES; ENUMO, 2008).

Analisando a segunda periferia localizada no quadrante inferior direito onde estão os termos menos frequentes ( $F < 6$ ) e que foram mais tardiamente evocados ( $OME > 2,1$ ) identificamos o termo “necessidade” para os profissionais de enfermagem e “difícil”, “pro-bem”, e “sofrimento” para os acompanhantes das crianças. Estes são considerados os menos importantes para a determinação do significado da representação abarcando aspectos relativos à realidade dos sujeitos individuais baseado em suas vivências (ABRIC, 2003; OLIVEIRA; GOMES, 2015). Os termos “necessidade” “difícil” e “pro-bem” tem dimensão valorativa e “sofrimento” dimensão comportamental.

O termo necessidade é identificado nos discursos dos profissionais conforme apresentado abaixo.

A gente sabe que está fazendo para o bem da criança, por necessidade, né?  
**PR001**

Às vezes a mãe fica olhando pra gente com uma cara... Nosso Deus! É um pouco desconfortável para a gente da enfermagem. Mas infelizmente é para o bem da criança. **PR003**

Apesar da extrema necessidade de se conseguir um acesso venoso numa criança hospitalizada para seu pronto reestabelecimento e pela identificação pela equipe de enfermagem e pelos acompanhantes dessa importância, as crianças repulsam o procedimento por ser fonte de sofrimento e sua necessidade ser desconhecida e conseqüentemente os familiares manifestam seus sentimentos de proteção e sofrem junto. A orientação do enfermeiro reduz tensões, estimula o cuidado e a aceitação do tratamento caracterizando um momento de assistência humanizada que contribui para tranquilizar o acompanhante e sua criança (FERREIRA et al, 2012; SAMPAIO et al, 2014).

Os termos “difícil”, “pro-bem” e “sofrimento” identificados no quadro de quatro casas dos acompanhantes foram corroborados nas entrevistas. Segue os fragmentos dos discursos abaixo.

Negativo é de ficar furando e a dor que eles sentem, é o trauma que eles ficam e acaba trazendo trauma até para os pais mesmo. **AC002**

É horrível! Ah... É muito triste! Você não pode fazer nada e sua filha está sentindo dor. **AC006**

Não tem outro jeito, né? Se tivesse outra forma que não tivesse que furar ele seria melhor. Criança não está acostumada com isso! Não sabe controlar a dor e entender isso. Se tivesse outra forma seria melhor, mas se não tem e for a melhor solução pra sarar mais rápido... Melhor sofrer rapidinho agora do que ficar sofrendo pra sempre, né? **AC004**

Não conseguiram pegar a veia dele e tentaram, nossa... Umas 5 ou dez vezes... Tentaram de noite e de dia umas 4 ou 5 profissionais. Tentaram de noite e deu e aí de dia a veia dele arrebentou e perdeu e aí eu falei desisto tadinho. Ele ficou todo inchadinho por causa disso. Ele sofreu pra caramba, aí eu falei: Ah não, eu não quero que meu filho sofra não! Chega! Chega! Tá doido! **AC043**

Os acompanhantes das crianças reconhecem a necessidade de pegar a veia para melhora da saúde, pro-bem das crianças, mas relatam também a dificuldade de acesso nas crianças associando-a a real competência do profissional de enfermagem para execução do procedimento o que na visão deles aumenta o sofrimento das crianças.

Ao analisar a RS de pegar veia para ambos os grupos sociais investigados, entendemos que a identificação da caracterização da dificuldade de pegar veia na criança pelos acompanhantes não é consensualizado no grupo social como está presente no grupo dos profissionais de enfermagem, sendo o termo “difícil” identificado na segunda periferia do quadro de quatro casas dos acompanhantes das crianças. Isso é devido aos acompanhantes atribuírem às várias tentativas de punção venosa no público infantil, aos despreparo e inexperiência dos profissionais e não identificarem as características cientificamente comprovadas de dificuldade de acesso venoso e assimilação cognitiva e agitação próprias das crianças.

Concluimos que a representação social de pegar veia em crianças pelos profissionais de enfermagem que trabalham em um setor de internação de pediatria se estrutura sobre a dificuldade em vários aspectos de realização do procedimento principalmente na inserção da mãe como acompanhante no cuidado com a criança e para o grupo dos acompanhantes das crianças internadas, o ato de pegar veia de sua criança possui um caráter de impacto psicológico para o grupo social, gerando medo, pena dor e nervoso. Cabe ressaltar que o sentimento de medo das crianças e dos

acompanhantes é identificado pelos profissionais de enfermagem, fato que dificulta também a instalação o cateter intravascular.

A RS dos profissionais de enfermagem que puncionam veias em adultos é embasado no procedimento, no ato de pegar uma veia com êxito, nas técnicas e nos materiais utilizados para viabilizar um acesso venoso (MELO, 2017). Identificamos uma aproximação com RS dos profissionais que puncionam crianças pela preocupação com os materiais durante a execução do procedimento, mas que se diferenciam o que diz respeito à preocupação, no público infantil, com a presença da mãe e a dificuldade que enfrentam neste contexto.

Portanto devido o procedimento de punção venosa nas crianças ser caracterizado como de difícil execução pelos profissionais de enfermagem com várias tentativas para estabelecer o acesso, isso gera reações de negação nos acompanhantes e nas crianças com manifestações de medo da agulha, de dor física na criança e psicológica no acompanhante, acompanhada de nervoso frente às várias tentativas e a pena do acompanhante frente ao sofrimento da criança.

A RS própria dos acompanhantes das crianças seria a pena frente ao sofrimento experimentado/vivenciado pela criança ao puncionarem sua veia. Os comportamentos e sentimentos dos acompanhantes expressos por medo, nervoso e dor, aproximam a representação social de punção venosa identificado em outros grupos sociais, em pessoas adultas, em crianças escolares e agora nos acompanhantes de crianças, aproximando o significado da introdução da agulha no interior do vaso sanguíneo por clientes diferentes, mas diferenciado no público infantil pela presença do sentimento de pena que está presente na RS de pessoas sobre pegar veia de outra pessoa (CAMPOS et al, 2016; GUERREIRO; CURADO, 2012; DURÃO, 2017; PERES, 2016).

Estes dados nos levam a refletir que os sentimentos de sofrimento estão presentes nas RS das pessoas que possuem seu vaso puncionado e o sentimento de pena quando a pessoa puncionada é uma terceira pessoa com vínculo ou não (DURÃO, 2017; OLIVEIRA, 2013).

Em estudo que buscou identificar a RS da punção venosa em crianças escolares e outro que descreveu a percepção da criança hospitalizada da punção venosa, através dos relatos de seus sentimentos, encontrou os mais citados: a dor, o medo e a ansiedade, sendo citado também com menor frequência o sofrimento (GUERREIRO; CURADO, 2012; FACCIOLI, 2017). Isso nos remete a compreensão de que os acompanhantes das crianças identificam as representações sociais de punção venosa pelas crianças, (dor,

medo) seja por transferirem valores e experiências próprias a elas e/ou por vivenciarem conjuntamente este procedimento.

Os sentimentos dos acompanhantes acerca da introdução da agulha no vaso sanguíneo são resultados novos, não sendo encontrados na literatura outros estudos que avaliasse a RS dos acompanhantes de crianças. Isso aponta a necessidade de incorporação de pesquisas que incorporem o acompanhante como indivíduo presente no cuidado compartilhado em uma internação pediátrica, presente no ambiente hospitalar desde 1990 e até hoje é negligenciado pela ciência da enfermagem.

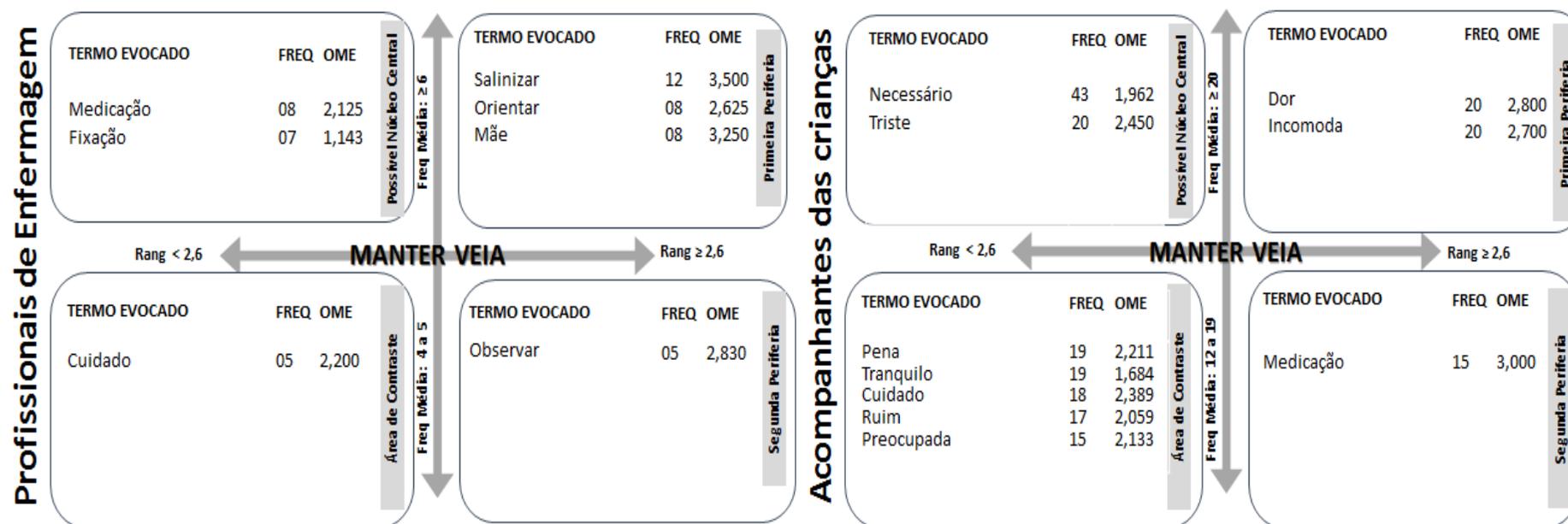
Observamos que a relação entre os profissionais que puncionam e o acompanhante da criança puncionada é de percepções permutadas, isto é, as múltiplas punções característica no público infantil, devido à dificuldade de realizar o procedimento gera o conteúdo das representações sociais dos acompanhantes de sentimentos negativos como o que ocorre no grupo social de adultos puncionados (CAMPOS, 2016).

Os dados revelam que a RS da punção venosa pelos profissionais de enfermagem se reduz as técnicas de cateterismo intravenoso, negligenciando o cuidado centrado na família, ausentes desde sua formação profissional, o que acarreta desgaste emocional para as crianças, para a equipe e família, e dificulta a assistência integral da enfermagem à criança e seu acompanhante, por se sentirem despreparados, apontando a necessidade da inclusão da dimensão cuidadora da enfermagem durante a punção de veias em crianças (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012; ONISHI et al, 2017).

### 5.2.2 Conteúdos da representação social sobre “manter veia” em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças e suas dimensões representacionais

Ao analisar as representações sociais sobre “manter veia” para ambos os grupos investigados na abordagem estrutural da TRS, baseada na Lei de Zipf resultou na organização dos conteúdos apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Quadro de quatro casas comparativo dos conteúdos evocados pelos profissionais de enfermagem (n=22 participantes) e dos acompanhantes das crianças internadas (n=118 participantes) ao termo indutor “manter veia de uma (sua) criança”. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018.



Nota: Programa EVOC, 2000.

Fonte: A autora, 2018.

Ao analisar o quadro de quatro casas sobre as representações sociais dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre manter cateter na veia de uma criança, identificamos que o provável núcleo central, isto é, os termos mais evocados nas primeiras posições pelos participantes se encontram no quadrante superior esquerdo, no provável núcleo central da representação social. Os termos evocados pelos profissionais de enfermagem foram “fixação” com função comportamental e “medicação” a dimensão objetiva, demonstrando este, o objeto que representa o significado de manter veia para os profissionais de enfermagem. O fato de haver objeto entre as dimensões da representação indica que o processo de punção de vasos, é incorporado no senso comum pelos participantes, a RS é ancorada e objetivada. Para o grupo dos acompanhantes das crianças, os termos evocados foram “necessário” com dimensão valorativa e “triste” com dimensão comportamental.

A medicação é identificada pelo grupo dos profissionais de enfermagem por caracterizar o objetivo pelo qual se mantém um acesso venoso em uma criança, para que assim se possa estabelecer a terapia necessária que responda de forma eficaz gerando uma recuperação rápida no quadro clínico da criança, conforme descrito nos fragmentos dos profissionais abaixo.

Cuidado ao fazer uma medicação para criança, para melhorar e você não levar uma infecção pra criança. **PR004**

O lado bom é que a criança vai tomar a medicação que está na veia, você vai fazer a medicação ali e a criança vai melhorar rápido. **PR016**

A gente sabe que está pegando para poder administrar os antibióticos que o médico prescreveu para melhorar a saúde das crianças... **PR009**

A medicação que é mais rápido e no caso de uma urgência, as veias têm prioridade. **PR017**

A terapia das crianças menores de seis anos hospitalizadas, portadoras de doenças agudas ou crônicas, é preferível que seja por via venosa, pois as mesmas não utilizam medicações em cápsulas ou comprimidos pela dificuldade de deglutição e rejeição perdendo, muitas vezes as doses, e por vezes a maceração para administração oral não são indicados (PETERLINI; CHAUD; PEDREIRA, 2003).

Esta representação social dos profissionais de enfermagem vai de encontro com a literatura que aponta que a administração de medicamentos via venosa, representa dois terços das atividades diárias de atribuição da equipe de enfermagem, indicando a

consensualização de se administrar medicação em um acesso venoso pela equipe de enfermagem, ou seja, esta prática está inserida em seu cotidiano (GOMES, 2011).

O termo “fixação” do quadro de quatro casas dos profissionais é relatado pelos profissionais de enfermagem nas entrevistas da abordagem processual da TRS conforme apresentado abaixo.

A gente tem tido dificuldades com o curativo transparente que coloca, eu falo assim porque, às vezes, ele dobra... **PR021**

A colega gostou de colocar o adesivo. Eu já não gosto desse adesivo. Eu não acho legal para criança, porque ela fica vendo aquilo ali, volta o sangue e eles já começam a chorar, e não fixa assim tão bem. Mas é uma coisa que acho que é normal porque todo hospital tem. O esparadrapo tem risco de infecção muito alto, aí é para o bem do paciente. A gente vai acostumando, né? **PR022**

A gente usa um curativo em acesso central, no intracath, que hoje usa também no venoso. A gente usa um curativo transparente que é melhor que o curativo com gaze e micropore. **PR004**

A gente continua usando o esparadrapo, só que é mais aqui nas bordas que é pra firmar mesmo, agora na parte onde tá a punção, é com o transparente. **PR005**

Utilizo muita tala, porque movimenta muito, né? A gente coloca em todas as crianças. **PR005**

O que a gente tinha de curativo pra posicionar mesmo a veia, pra prender tudo direitinho até que foi melhorado, agora é um adesivo que a gente usa transparente. Mas tem criança que não dá pra usar, às vezes, o membro é muito pequenininho e o adesivo é maiorzinho e o membro é muito pequeno. Tem criança que é muito agitada e é ruim de veia e a acaba que quando você consegue pegar e coloca o esparadrapo mesmo porque tem veia que a gente perde por tentar colocar esse adesivo que já demora mais um tempinho e a criança mexendo acaba perdendo a veia que a gente já tentou muitas vezes. **PR008**

A gente usa mais a fixação no bracinho, porque no pezinho mexe mais, né? Aí, coloca mais esparadrapo ainda. Na época colocava muito esparadrapo, muito algodão, colocava atadura... Atadura tem que colocar, porque se ficar sem atadura... **PR009**

São identificados os materiais utilizados para manter o acesso venoso como a seringa e o soro fisiológico, utilizados para a salinização do cateter, o micropore, o esparadrapo e a gaze utilizados no decorrer dos anos para fixação do cateter e que vem sendo substituídos pelo curativo transparente na instituição investigada, além da tala, da atadura e do algodão. Os profissionais identificam, portanto a importância da fixação do cateter venoso a manutenção de um acesso venoso e em crianças.

Avaliam também o advento da nova forma de fixar o acesso venoso, com curativo transparente, que tem provocado pareceres controversos entre a equipe de

enfermagem como forma de manter o acesso por maior período de tempo. Salienta-se que no período de coleta de dados, conforme registro do diário de campo e ambiência realizados no setor investigado pelo pesquisador que ocorria a implantação do uso do curativo transparente estéril, o que parece estar associado à aparição/reforço do termo “fixação” como provável núcleo central para manter o acesso venoso em crianças pelos profissionais de enfermagem, pois apesar de representar uma mudança recente na forma de manter um cateter na criança, ela possui impacto determinante por mudar a forma a qual o procedimento era realizado historicamente, assim representa o impacto dessa inovação tecnológica no cuidar de enfermagem.

O curativo transparente estéril é o apropriado, pois possui a função de manter o local de inserção do cateter limpo e seco prevenindo traumas mecânicos ou infecciosos, sendo utilizado desde 1970 devido à necessidade de remover o curativo para inspecionar o local de inserção dos cateteres (PHILIPS; GORSKI, 2015; GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016). A literatura confirma os dados da presente investigação ao indicar a fita adesiva não estéril como material ainda utilizado para curativos e fixação de cateteres intravenosos periféricos em algumas instituições de saúde (MACHADO; PEDREIRA; CHAUD, 2005).

Ao analisar os termos evocados que compõe o provável núcleo central da representação social para o grupo dos acompanhantes das crianças ao termo indutor “manter veia”, identificamos que apesar de permanecer o lado do impacto emocional que o procedimento gera, relatado na forma de tristeza, os acompanhantes identificam a necessidade de se manter o acesso venoso na criança no intuito de melhorar a saúde da mesma. Esses termos também foram identificados na fase de pegar veia nas crianças, porém representados como menos importantes (> OME).

Os termos “necessário” e “triste”, na etapa de manter o acesso venoso nas crianças, descritos pelos acompanhantes são identificados também nos fragmentos dos discursos dos mesmos conforme apresentado a seguir.

Agora eu estou bem tranquila porque a gente fica tensa, mas agora que já sabe o que ela tem, que ela está com aquilo no braço que é para ela melhorar, é tranquilo, mas de início a gente fica bem preocupada. Aquilo ali agora é uma coisa necessária e enquanto ela precisar ela vai ficar, é para o bem. **AC044**

Ela ainda olha para o bracinho e fica sentida ainda porque ela gosta muito de ficar pegando e mexendo nas coisas. Dá muita dó. Ela fala que dói quando faz remédio, deve dor mesmo. **AC049**

O valor de se manter o acesso venoso nas crianças na percepção dos acompanhantes se alicerça sobre a necessidade da terapia venosa para a melhora do quadro clínico da criança, identificada a terapia venosa como a forma mais rápida da ação da medicação

No quadrante inferior esquerdo está a área de contraste representada pelo termo “cuidado” em ambos os grupos de participantes da pesquisa e assume a dimensão comportamental dos profissionais e dos acompanhantes. Este termo reforça os termos do núcleo central, complementando os cuidados de enfermagem que devem ser direcionados ao acesso venoso com o objetivo de mantê-lo pérvio e a ação que os acompanhantes devem direcionar as crianças para que o acesso não seja perdido já que existe a necessidade de se medicar na veia.

O termo “cuidado” é identificado nas entrevistas dos profissionais de enfermagem conforme apresentado a seguir.

Ó... (para manter acesso venoso) Bem fixada mesmo e orientando a mãe a não ficar pegando a criança muito no colo, só em extrema necessidade mesmo e o tempo todo a gente está olhando, porque, às vezes, perde e a mãe não observa. Orienta mais são as mães, elas acatam bem, elas são bem entendidas, elas não reclamam não, é o fato de pegar, né? Porque quando é na hora da visita vem aquele monte de pessoas, aí pega a criança e costuma agarrar o extensor na grade e aí solta tudo... **PR005**

A criança se ela tiver no soro direto ela só vai tirar mesmo pra tomar banho quando é no chuveiro, aí a gente pausa e saliniza pra manter a veia ali, coloca um plástico na mão pra não molhar e encaminha e a mãe ajuda Voltou, a gente coloca a hidratação de novo e caso esteja salinizado, após a medicação a gente saliniza de novo, lavando o acesso direitinho. **PR006**

Acabou de puncionar a gente imobiliza com a tala e se sujar e não tiver jeito, aí a gente troca, mas a gente tenta não, orienta a mãe a não deixar molhar porque se não vai acabar ficando muito ali na pele da criança. A gente coloca uma compressa para a própria compressa ir secando aquela tala aí depois a gente troca a compressa, mas se não tiver jeito claro que a gente vai tirar, vai trocar quando tiver sujo. Se a gente tirar aquela tala corre o risco de perder a veia da criança que talvez a gente nem ache outra, nem consiga pegar outra, entendeu? **PR008**

Os profissionais de enfermagem para manter o acesso venoso nas crianças relatam cuidados dos profissionais direcionados para que o acesso dure pérvio o maior tempo possível frente à dificuldade de se estabelecer a cateterização venosa nesse público. Esses cuidados são descritos como a fixação e a salinização do cateter e a observação diária com atenção aos sinais flogísticos.

Outros cuidados são direcionados aos acompanhantes das crianças com orientação dos cuidados que devem possuir no cotidiano com a criança nas atividades da vida diária voltados para o cateter venoso para que a perda do acesso não ocorra por acidente, como a forma de proteger o acesso ao tomar banho, manter a tala limpa e seca, cuidados ao pegar no colo para não racionar o cateter ou prender na grade do leito, técnica para trocar roupa da criança e orientação quanto a observação do acesso pelos acompanhantes que devem comunicar qualquer alteração à equipe de enfermagem.

O cuidado com o acesso venoso nas crianças deve ser redobrado pelos profissionais de enfermagem para que seja mantido pelo tempo necessário da terapêutica. Os profissionais de enfermagem devem assumir alguns cuidados como a observação e a avaliação diária do local da punção venosa e áreas adjacentes em busca de sinais flogísticos e das condições do complexo de fixação; a instrução dos cuidados diários direcionados às crianças e aos familiares para evitar a perda acidental do cateter e evitar condições que geram risco de infecção, além da instalação de tala para diminuir o alto risco de remoção acidental do cateter que são favorecidas nesse público devido suas características naturais de desenvolvimento (MOTA et al, 2015; AVELAR-SILVA; ARREGUY-SENA, 2013; BATALHA et al, 2010).

Dessa forma, identificamos a importância do cuidado compartilhado entre os profissionais de enfermagem e os acompanhantes das crianças configurando a necessidade do contínuo dos cuidados durante todas as etapas do processo de punção venosa como forma de manter o acesso pelo maior tempo possível e que os acompanhantes estejam conscientizados o impacto de suas ações e da sua importância para a terapia, no reestabelecimento da saúde da criança e no fortalecimento de enfrentamento aos estressores típicos desse procedimento (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010)

O termo “cuidado” também é identificado nas entrevistas dos acompanhantes das crianças conforme apresentado a seguir.

Toda hora você tem que ficar falando: Olha o braço! Na hora de dormir quase que não dorme, porque em hospital você já não dorme, né? Mas pra dormir você tem que pensar: Será que ela vai mexer? Será que ela vai tirar? Porque ela tira... Ela tira! Ela puxa. Fico preocupada de tirar e ter que furar de novo.  
**AC036**

Então ela fica a maior parte do tempo deitada porque eu não fico com ela no colo porque eu tenho medo. **AC040**

A gente tem que ficar atenta pra não mexer muito e não bater o braço na grade do berço, essas coisinhas assim, na hora do banho colocar um plástico com uma fitinha. **AC050**

Para mim tirar a roupa dele, sempre tiro devagar, sempre tiro aquele lado primeiro e o de cá (com acesso) eu tiro depois, e ele é calminho e aí ajuda bastante. **AC042**

Os acompanhantes identificam alguns cuidados que devem possuir para que a criança não retire ou perca acidentalmente o que os deixa preocupados e atentos aos movimentos. Os cuidados que realizam para manter o acesso venoso nas crianças se permeiam pelos cuidados que devem possuir nas atividades diárias como alimentar, ao dormir ao tomar banho, na higiene, nas brincadeiras e nos movimentos bruscos.

Os outros termos identificados na área de contraste no grupo dos acompanhantes das crianças foram “pena” e “preocupado” na dimensão comportamental e “tranquilo” e “ruim” na dimensão valorativa.

Os termos “pena” e “preocupado” são identificados pelos acompanhantes das crianças nas fases de pegar veia e manter o acesso venoso nas crianças, revelando os sentimentos negativos também na fase de manter o acesso nas crianças, caracterizando outra etapa do processo de punção venosa que demonstra o desconhecimento frente ao procedimento, que deixa o acompanhante preocupado por falta de informações necessárias ao enfrentamento desse procedimento distante de sua realidade, com pena frente ao sofrimento da criança e que gera incômodo, dor e tristeza caracterizando uma etapa ruim.

O acompanhar a criança durante sua internação hospitalar e os procedimentos dolorosos, caracteriza-se uma experiência difícil para os acompanhantes das crianças que apresentam desgaste físico e emocional manifestado por sentimentos negativos, como a pena, e ocorrem de acordo com o significado que eles atribuem à doença, à sua gravidade e à experiência de internação (SANTOS et al, 2013)

Estes sentimentos negativos podem ser atribuídos à preocupação sobre os procedimentos e o estado de saúde da criança decorrente da desinformação que possuem, pois a equipe de saúde não se aproxima das questões culturais apresentadas pela família para assim tecer os cuidados e as informações necessárias à criança hospitalizada e seu acompanhantes para que gere entendimento (SANTOS, 2012).

Esses termos são identificados na abordagem processual conforme apresentado a seguir.

Ela está com aquilo no braço que é para ela melhorar, mas de início a gente fica bem preocupada. **AC35**

É difícil a gente ver o filho da gente desse jeito (com acesso venoso). Dá muita pena! Porque se incomoda e dói nele, incomoda e dói na gente também. **AC011**

A preocupação dos acompanhantes é devido a falta de conhecimento acerca de como manter o acesso como ocorre na etapa de punção propriamente dita e o sentimento de sofrimento da criança é refletido nos acompanhantes novamente nessa etapa.

O cognema “tranquilo” é identificado como contraste ao núcleo central, pois representa um significado oposto a todos os outros termos evocados pelos acompanhantes das crianças, sendo mencionado sempre após um sentimento negativo.

Agora eu estou bem tranquila porque a gente fica tensa, mas agora que já sabe o que ela tem, que ela está com aquilo no braço que é para ela melhorar, é tranquilo, mas de início a gente fica bem preocupada. Aquilo ali agora é uma coisa necessária e enquanto ela precisar ela vai ficar, é para o bem. **AC044**

Eu fico tranquila porque eu sei que precisa. **AC020**

A indiferença frente a manutenção do acesso venoso, relatado como uma situação tranquila, também foi identificada em estudo representação social da autopunção venosa para uso de drogas em adultos, reforçando a importância da necessidade do procedimento ultrapassar todos os estressores enfrentados pelos indivíduos, o que gera a aceitação do procedimento, demonstrando que diante da necessidade de manter o acesso na criança para a melhora de seu quadro clínico, o acompanhante aceita, mesmo que isso lhe traga sofrimento, conforme apresentado abaixo. (QUEIROZ et al, 2014)

Na primeira periferia do grupo dos profissionais de enfermagem, estão presentes os termos “mãe” com função representacional, “orientar” e “salinizar” com dimensão comportamental. A salinização pode ser um termo com tendência ao núcleo central devido sua maior frequência no quadro de quatro casas e estar em consonância com a temática da representação social dos profissionais em manter o acesso venoso nas crianças (cuidados com o acesso). Já no grupo dos acompanhantes, identificamos na análise prototípica do quadro de quatro casas os cognemas “dor” e “incomoda” na dimensão comportamental. Estes são os termos com maior frequência de evocação, porém nas últimas posições.

O termo “mãe” é identificado também na etapa de pegar veia, porém com maior importância (< OME) podendo ser atribuído a ajuda durante esta etapa ou ao aumento de estresse quando não há colaboração, estando muito presente nessa etapa. Na fase de manter o acesso, a mãe é identificada, porém não lhe é atribuída a importância que ela deveria representar no cuidado compartilhado com a equipe de enfermagem, conforme descrito a seguir.

A gente tenta ao máximo possível segurar na criança (veia puncionada), pra tentar prolongar ao máximo aquele acesso. A mãe auxilia bastante. **PR001**

É o que eu falo oriento aos pais pra ter cuidado, né? Na hora de tirar, de fazer a troca de uma fralda, de alguma coisa, pegar pra amamentar ou pra dar uma comida, chamar a gente se for preciso... Se tiver que carregar a bomba de infusão... **PR006**

Tem aquelas mães mais cuidadosas e tem outras que deixam de qualquer maneira. **PR012**

A importância da mãe, quando nos referimos à manutenção do acesso venoso aos profissionais de enfermagem, assume papel significativo ao ser quem está presente com a criança na maior parte do tempo de internação e a quem será necessário orientar sobre os cuidados durante a estadia da criança na internação hospitalar para que as AVD das crianças não representem um risco de perda acidental ou infecciosa do cateter. O ato de brincar, tomar banho, trocar de roupa, alimentar entre outras atividades somadas a inexperiência de coordenação motora das crianças devem ser orientados a serem executados de forma mais harmônica para um cuidado compartilhado entre a equipe de enfermagem, os acompanhantes/familiares e a criança direcionados a manutenção do cateter venoso periférico (GOMES et al, 2011; RIBEIRO et al, 2017).

Os termos “orientar” e “salinizar” são descritos na abordagem processual conforme demonstrado abaixo.

Tem criança que você faz muitas tentativas pra conseguir, então se por um descuido ou uma falta de orientação nossa, uma criança perde essa veia, é ruim pra criança e é ruim pra gente também em relação às medicações também que perde, então tem que ter orientação nossa, não é só ir lá e puncionar. **PR004**

Tem que ter orientação nossa. Não é só ir lá e puncionar! Tem que ter orientação, acompanhamento, sempre passar e dar uma olhada, orientar e olhar... **PR003**

Pra manter é assim, a gente fala com a criança e com a mãe, pra manter mais no leito, se for passear, passear no corredor com cuidado, não ficar batendo muito o braço, se tiver no periférico, não ficar batendo o braço. Se tiver no pezinho tem que ficar de repouso, tem que ficar de repouso mesmo, senão perde. **PR013**

Normalmente a gente vai, passa e dá uma olhada, leva uma seringa e passa um soro fisiológico se tiver obstruído, né? **PR002**

Os profissionais frisam a importância de orientar os acompanhantes dos cuidados para que não ocorra a perda acidental do acesso venoso e do ato de salinizar o cateter como forma de mantê-lo por maior tempo.

Para a manutenção da permeabilidade do cateter esse necessita ser salinizado (“flush”) entre uma medicação e outra e ao final do procedimento, este procedimento consiste em administrar, sob pressão positiva, solução salina (Soro fisiológico a 0,9%) ou heparinizada visando prevenir a formação de trombos e fibrina, evitar incompatibilidade de drogas infundidas, garantir a infusão de todo o medicamento e evitar retorno sanguíneo mantendo o cateter pérvio para a próxima infusão (MONCAIO; FIQUEREDO, 2009; OLIVEIRA; SILVA, 2006).

A não salinização do cateter venoso aumenta o risco de exposição do profissional de saúde a sangue, e a obstrução do cateter gerando novas punções ou ainda a tentativa de desobstrução e seus riscos inerentes para o paciente e mais sofrimento às crianças e seus familiares. Entretanto, sua execução para a manutenção da permeabilidade do cateter não está incorporada na rotina diária da enfermagem (MONCAIO; FIQUEREDO, 2009).

Ao analisar os termos “dor” e “incomoda” da primeira periferia do grupo dos acompanhantes concluímos que são justificadores do provável núcleo central, caracterizando o motivo da tristeza de se manter o acesso venoso devido à dor e o incomodo que causa. A dor, identificada na fase de pegar veia é novamente identificada pelos acompanhantes ao manter o acesso venoso na criança, porém com importâncias diferentes por estarem alocadas em casas mais ou menos representacionais, portanto menos importante e menos identificado para os acompanhantes na fase de manter o acesso na criança (OME=2,8, F=20) do que na fase de pegar a veia (OME=2,1, F=51).

Os termos “dor” e “incomoda” são identificados nos discursos dos acompanhantes das crianças, corroborando os dados acima conforme descrito abaixo.

Mais é pra amamentar e para dormir também que parece que incomoda bastante. **AC054**

É bem difícil, pra dar banho, pra comer, pra alimentar, pra tudo, é bem ruim... Incomoda! **AC028**

Ela fala que dói quando faz remédio e deve doer mesmo! **AC002**

É complicadinho ficar com isso no pé porque ele não gosta de nada no pé e ele quer tirar tudo do pé... Aí dá trabalho e a gente segura. **AC005**

Ele disse: eu estou me sentindo um preso, um animal enjaulado, não posso sair da cama por causa da bomba! Mas o doutor já tinha falado que não era necessário ele continuar no soro, mas só teve que manter para não obstruir o PICC. Aí ontem que ele estava muito agitado de só poder ficar aqui na cama, não podia ir em lugar nenhum. **AC039**

Os acompanhantes das crianças relatam que para manter o acesso venoso nas crianças é incômodo, pois restringe os movimentos e as brincadeiras das crianças o que deixam as crianças tristes, além da dor que causa ficar com o cateter no membro e ao fazer as medicações.

Devido as naturais características de desenvolvimento das crianças (incompreensão e não aceitação voluntária de restrições, pouca noção de perigo, necessidade de atividade e recreação, e menor coordenação motora), ao se instalar um cateter venoso se faz necessário a imobilização do membro puncionado para aumentar ao máximo o tempo de permanência do cateter no interior do vaso sanguíneo porém essa ação é fonte de desconforto, com evidência para a sensação de imobilidade e de interferência nas AVD das crianças também descrito pelos seus acompanhantes caracterizados por não poder brincar, divertir-se, vestir-se e comer/ beber as atividades mais afetadas (BATALHA et al, 2010)

Na segunda periferia do grupo dos profissionais de enfermagem está o termo “observar” que possui dimensão comportamental e reforçam os cuidados de enfermagem direcionados ao acesso venoso quando o objetivo é mantê-lo pérvio pelo maior tempo, conforme descrito nos discursos abaixo.

A gente tem que estar sempre atento a uma veia. Por que às vezes a criança queixa dor e você vê que está vermelhinho e aí você fala: Segura mais um pouquinho que não está doendo... Se a criança queixou dor e se tá vermelhinho não fica com preguiça... Não adia... Não deixa para depois! Por mais que vá te atrasar um pouquinho a medicação porque uma flebite é terrível Porque a criança que às vezes veio pra tratar uma diarreia, que tem que tomar um soro e ter que entrar no antibiótico porque deu uma flebite ou deu uma bacteremia porque ficou com um acesso que infeccionou ou ficou com um acesso que infiltrou um soro e ficou ali muito tempo por falta de troca. **PR003**

Então sempre olhar sinais flogísticos, se está com inchaço, com rubor, com calor, se está sujo o curativo e a fixação e procurar trocar. **PR003**

Hoje no acesso venoso a gente usa um curativo transparente que é melhor que o curativo com gaze e micropore porque dá uma visão melhor do acesso. Está sendo para nós e para a criança uma coisa melhor, dura mais e traz mais segurança para gente, fixa melhor, e a gente vê melhor. **PR004**

Agora estamos com aquele fixador transparente que é uma coisa muito boa porque você está vendo o que está acontecendo, né? Está em observação total. Mas tenho a sensação que não está preso, dá uma sensação de que não está fixado direito. E na criança a gente tem que prender muito mesmo. Nossa Coloca muito esparadrapo, e não sei o que, mas tem que colocar porque criança arranca e fica bambo, né? **PR020**

Hoje tem esse adesivo transparente que ajuda muito, a gente tem uma visão muito melhor que dá pra ver direitinho como é que está e se tem algum carocinho, algum edema, se tá vermelhinho. **PR009**

Para que o enfermeiro e sua equipe possa manter o acesso venoso pérvio é necessário que observe atentamente os sinais de traumas vasculares e os sintomas declarados pelas crianças. A aparição do termo “observar” na segunda periferia, por representar um dos quadrantes que sofrem influência quando ocorre uma mudança imediata no contexto do grupo social, parece estar associado à implantação do curativo transparente estéril na instituição no período de coleta dos dados, reforçando assim o núcleo central “fixação”, pois se deve a uma mudança provocada no ambiente “natural”, uma nova prática que mudou de forma irreversível a prática realizada há décadas e o ato de observar pode estar relacionado pela condição que o curativo transparente possibilita de acompanhamento do sítio de punção venosa e adjacências em busca de sinais flogísticos ou perda do acesso venoso.

Isto somente é possível com uso de curativo transparente que permita a visualização do sítio de punção e áreas adjacentes e que a tala de imobilização também não dificulte essa avaliação diária. Essa avaliação no público infantil deve ser redobrada devida muitas vezes não serem as crianças capazes de identificar e relatar dores, queimação, ardência ou sinais de infecção ou de infiltração (KREMPSER; AREGUY-SENA; BARBOSA, 2013).

Cabe ressaltar que apesar da importância de se avaliar/observar o acesso para verificar seu funcionamento e complicações, este foi uma técnica menos lembrada e por poucos profissionais nos levando a indagar se realmente é realizado com frequência ou somente após alguma queixa do acompanhante/criança e durante a administração de medicações. Ou ainda, se com a utilização excessiva de complexo de fixação do tipo esparadrapo impedem a inspeção do sítio de punção e suas áreas adjacentes (ALMEIDA; MIRANDA; SANTOS, 2016).

Estes fatores nos levam a refletir sobre o reflexo da atuação do enfermeiro na segurança do paciente, pois ao restringir a observação e avaliação do sítio de punção e das áreas adjacentes poderá impactar diretamente no atraso de diagnóstico de traumas

vasculares, de infecções e de perda de acesso o que impacta no tempo de internação da criança, na terapêutica e no aumento do sofrimento dos sujeitos envolvidos no cuidado (GORSKI et al, 2012)

Apesar da implantação do curativo transparente na instituição pesquisada, a fixação com adesivo não transparente e não estéril é predominava, pois apesar da indicação científica do uso do curativo transparente e do relato de uso pelos profissionais de enfermagem da instituição, o mesmo foi identificado em poucos acessos, muitas das vezes encoberto por esparadrapo e atadura.

No grupo dos acompanhantes identificamos o termo “medicação” com dimensão representacional, termo que também foi evocado pelos profissionais no provável núcleo central, o que indica a apropriação do conhecimento reificado dos profissionais pelos acompanhantes no cotidiano de suas experiências com a punção venosa nas instituições de saúde. Este termo na etapa de manter o acesso pelos acompanhantes é exemplificado a seguir.

A medicação era toda na veia. **AC001**

A medicação direto na veia deve ser mais rápido. **AC004**

Que é mais eficaz, que é mais rápido. Porque se não tivesse tomando o antibiótico ele não podia nem ter feito a drenagem ainda. Então, é pro bem dele. **AC014**

O tratamento age mais rápido, o remédio, porque acho que vai direto onde tem que ir. Não sei se estou certo, né? Vai direto no local que está precisando. **AC016**

A medicação é representada pelos acompanhantes das crianças avaliada pela rapidez de eficácia.

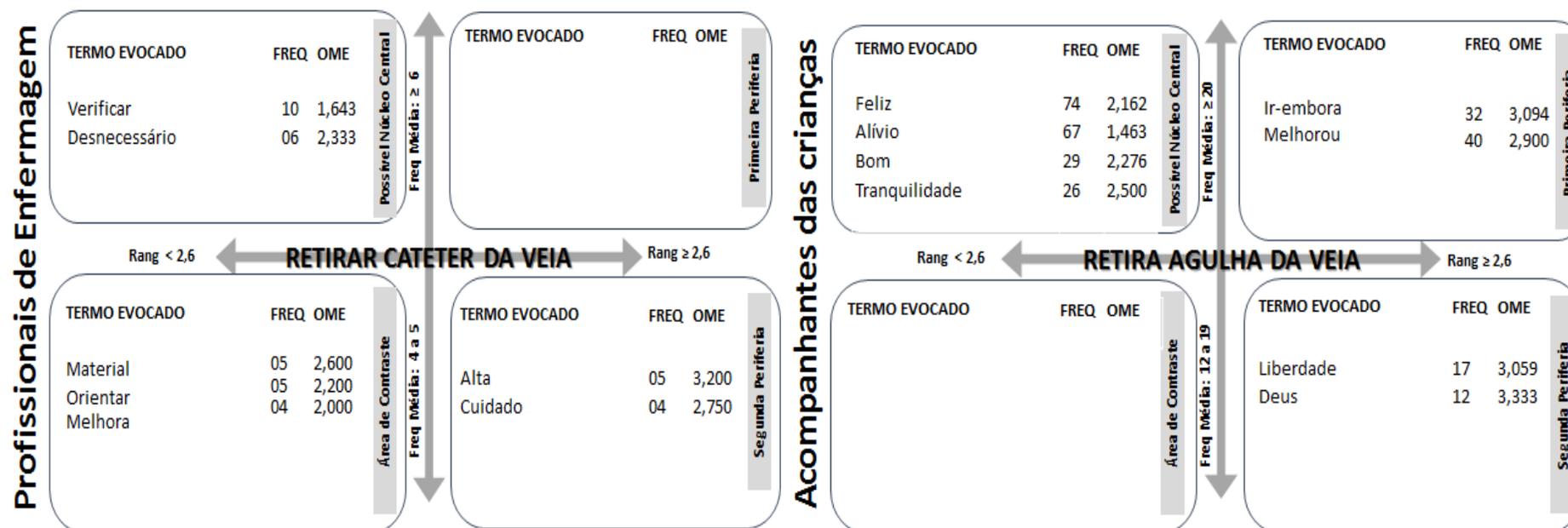
A representação social dos profissionais de enfermagem sobre manter o cateter na veia de uma criança é caracterizada pelos comportamentos técnicos capazes de manterem o acesso venoso em uma criança, que inclui segundo declaração deles, o ato de fixar e salinizar o cateter periférico, caracterizando a medicação como o motivo pelo qual se mantém a via intravenosa na criança hospitalizada que diferenciam pela RS de manter um acesso em adultos pelos profissionais de enfermagem que se demonstra vinculados a etapa de puncionar uma veia (MELO, 2017). Já para os acompanhantes das crianças internadas, a representação social de manter o acesso venoso em suas crianças significa um sentimento de tristeza, mas que é necessário para a melhora da saúde da criança.

O significado de manter um acesso venoso em crianças pelos acompanhantes e pelos profissionais de enfermagem é um dado novo na literatura, mas que é aproximado pela RS de outro estudo com adultos puncionados que identificou nessa etapa a limitação de movimentos, desconforto e colaboração, reafirmando o incômodo identificado no conteúdo periférico da RS dos acompanhantes das crianças, apesar da representação social dos grupos sociais serem diferentes (OLIVEIRA, 2013).

### 5.2.3 Conteúdos da representação social sobre “retira cateter/agulha da veia” em crianças pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças e suas dimensões representacionais

A seguir é apresentada a casa de quatro casas segundo a análise combinada das frequências mínimas, médias e OME para ambos os grupos sociais ao termo indutor “retirar agulha (cateter) da veia” (Quadro 5).

Quadro 5 – Quadro de quatro casas comparativo dos conteúdos evocados pelos profissionais de enfermagem (n=22 participantes) e dos acompanhantes das crianças internadas (n=118 participantes) ao termo indutor “retirar cateter da veia de uma criança”. Juiz de Fora, MG, Brasil, 2018



A análise das evocações dos profissionais de enfermagem sobre retirar cateter da veia de uma criança ordenados no quadro de quatro casas pelo programa EVOC, permitiu identificar como termos do provável núcleo central: “desnecessário” com função informativa/normativa e “verificar” que assume dimensão comportamental. No grupo dos acompanhantes, os termos alocados no provável núcleo central foram “feliz”, “alívio”, “bom” e “tranquilidade” na dimensão comportamental.

A necessidade de verificação do motivo da retirada do cateter no público infantil é relatada devida, por vezes, ser motivada devido o pedido pessoal das próprias crianças e/ou de seus acompanhantes.

A retirada do acesso venoso é valorado pelos profissionais de enfermagem como algo que ocorre devido a desnecessidade de continuação da terapia venosa motivado pela melhora clínica da criança com conseqüente alta hospitalar ou devido perda do acesso acidentalmente ou motivada por sinais flogísticos. Estes termos mostram o caráter técnico de retirar o acesso pelos profissionais de enfermagem, conforme descrito nos discursos abaixo.

Tem que conferir a prescrição, ver se tem que tirar mesmo (acesso venoso) e avisar a mãe que está tirando, chamar a mãe que vai estar presente, avisar a criança também e ter todo cuidado. **PR020**

Quando você tira (o acesso), que terminou o tratamento com o antibiótico, depois de 20 ou 30 dias e que você vê que a criança está bem e que aquele acesso está tranquilo, sem risco de infecção é muito bom. É aquilo que te falei: dever cumprido! **PR004**

É um alívio (retirar o acesso venoso), né? Porque geralmente quando a gente tira a criança já recebeu a medicação toda ou já está boa para ter alta, geralmente assim... **PR006**

Para retirada do acesso é quando está de alta ou perdeu mesmo por alguma hiperemia e edemaciado e aí a gente faz a retirada. **AC006**

Eu acho que é bom porque quando vou retirar é porque não está precisando mais, né? **PR021**

Identificamos na necessidade de verificação das ordens médicas a desnecessidade de continuação do acesso como motivador de retirado do acesso venoso o modelo biomédico predominante na instituição, que demonstra o cuidado de enfermagem orientado pelo distanciamento do profissional de um perfil autônomo pautado nas suas avaliações e tomadas de decisão (FONSECA; ROCHA, 2012), fato reforçado devido ao distanciamento do profissional enfermeiro da execução do procedimento que deve ser repensado

O término da terapia venosa como motivo da retirada do acesso venoso é atribuído à alta hospitalar conforme é vivenciado no cotidiano da equipe de enfermagem no público infantil

Ao analisar os termos do núcleo central do grupo dos acompanhantes identificamos sentimentos positivos com a retirada do acesso venoso expressos por “feliz”, “alívio”, ”bom” e “tranquilidade”.

Nessa etapa, de retirar o acesso venoso das crianças, ao contrário das outras etapas do processo de punção venosa, é caracterizado por sentimentos positivos, mas com a permanência da predominância da dimensão comportamental expressos por sentimentos. A retirada do acesso para os acompanhantes das crianças é representada por sentimento de tranquilidade ao acabar com a restrição de movimentos que influenciam nas atividades diárias de autocuidado e recreação das crianças e diminuição da vigilância do acesso pelos acompanhantes como forma de evitar a perda acidental do acesso, o que gera alívio e felicidade aos mesmos, contrastando com as demais etapas do processo de punção venosa. Estes termos são identificados também na abordagem processual abaixo.

Eu fico mais feliz ainda porque eu sei que a gente vai embora (ao retirar o acesso). **AC011**

Aí foi uma alegria que só Deus. **AC010**

Quando tira é tranquilo, é alívio pra eles. **AC009**

Eu fico mais feliz ainda porque eu sei que a gente vai embora (ao retirar o acesso). **AC011**

Eu ia ficar bem tranquila (retirar o acesso venoso). Ficar feliz que o neném ia poder voltar pra casa, brincar com o irmãozinho e ver o papai e a mamãe todo dia, voltar pra creche e ver os amiguinhos. Ia ficar bem feliz e ia dar um alívio. **AC004**

É um alívio (retirar o acesso) porque sabe que ele está melhorando e já pode sair do hospital ou vai tomar oral que é bem melhor e porque não está precisando mais, que não está tão grave que precise colocar remédio na veia. **AC017**

Na área de contraste, aparecem os termos menos evocados, porém com rang baixo (primeiros a serem lembrados) configurando sua importância na representação social, são eles no grupo dos profissionais de enfermagem: “material”, “orientar” e “melhora”. O termo “material” tem dimensão objetivo/representacional, “orientar” possui função comportamental e “melhora” na dimensão valorativa. No grupo dos acompanhantes das crianças não foi alocado termos na área de contraste, o que nos

remete a ideia de que retirar o acesso venoso da criança pelos acompanhantes é consensualizado a ponto de não possuir ideias contrárias aos sentimentos positivos.

Os termos evocados pelos profissionais sobre retirar o acesso venoso de crianças são descritos nas entrevistas como apresentado abaixo.

Devagarzinho a gente vai retirando a fita, observa o local, anota, evolui como que ficou o braço da criança onde estava o acesso direitinho e orienta a mãe que se tiver edemaciado aquilo vai saindo aos poucos o próprio organismo vai retendo, mas que se apresentar alguma outra coisa por conta daquilo é pra falar com a gente ou com o médico. **PR006**

Tem que conferir a prescrição, ver se tem que tirar mesmo (acesso venoso) e avisar a mãe que está tirando, chamar a mãe que vai estar presente, avisar a criança também e ter todo o cuidado. **PR020**

Você sabe que é um momento de melhora (quando retira a agulha), que não tem mais necessidade do acesso. **PR001**

Na hora da visita vem aquele monte de pessoas, aí pega a criança e costuma agarrar o extensor na grade e aí solta tudo. **PR005**

Acaba grudando no cabelinho deles essa fita, a gente vai umedecendo e vai tirando devagar e é bem traumático pra eles porque eles choram pra caramba. **PR006**

Os profissionais relatam a importância de orientar a mãe a sua retirada, para que ela esteja presente e sobre os possíveis sinais de infecção, inflamação ou extravasamento de sangue, para serem observados após a retirada do cateter do interior do vaso sanguíneo. Os profissionais identificam como objetos, os materiais que costumam causar a perda do acesso como o extensor, além do curativo (fita) que é um fator estressor ao retirar o acesso por causa da dor que gera ao grudar nos pelos da criança e ser de difícil remoção.

O material é lembrado durante a punção da veia e na sua retirada configura a preocupação dos profissionais em reunir tudo de que necessita para a realização dessas etapas do procedimento de forma que não gere esquecimento e consequente desorganização de sua atuação frente aos familiares, prorrogação do tempo de execução e aumento do estresse da criança, acompanhantes e equipe de enfermagem (ALMEIDA et al, 2016).

A orientação e conversa com os acompanhantes e crianças estão presentes nas três etapas investigadas do processo de punção venosa periférica. Nas etapas de pegar e manter a veia, a evocação aparece na primeira periferia e na fase de retirar o acesso na área de contraste, o que nos remete a ideia da importância dada pelos profissionais à

orientação na fase de retirar o acesso (< F e > OME) em detrimento nas etapas de pegar e manter a veia (> F e < OME), por valorizarem nessas fases a técnica propriamente dita do procedimento frente à dificuldade de se estabelecer um acesso venoso nas crianças.

Este fato nos leva a questionar areal humanização do cuidado durante todo o processo de punção venosa nas crianças, como a coparticipação dos sujeitos cuidados e a necessidade da articulação da técnica (avaliações e material) com o cuidado humanizado como complementares na assistência de enfermagem de modo a não reduzir o cuidado ao procedimento ou para mantê-lo, mas ao ser biopsicossocial somado a significativa presença da mãe durante todo o processo de punção venosa periférica como já descrita no estudo corroborado na literatura (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012; SÁ, 2014).

O termo melhora identificado na área de contraste do quadro de quatro casas do grupo dos acompanhantes das crianças também aparece na primeira periferia do grupo dos profissionais de enfermagem, caracterizando o motivo pelo qual se retira o cateter venoso em ambos os grupos sociais.

Na primeira periferia do grupo dos profissionais de enfermagem não foram alocados termos podendo ser compreendido devido se tratar de um procedimento técnico que é consensualizado na equipe, possuindo pouca dispersão de importância. No grupo dos acompanhantes das crianças são identificados os termos “ir-embora” e “melhorou” na dimensão valorativa, conforme corroborado nos trechos a seguir.

Se for tirar é porque melhorou e que não precisa mais. **AC023**

Para mim é ótimo e maravilhoso. Porque é sinal que já foi medicado e já está bem (sentimento ao retirar o acesso venoso). **AC019**

É um alívio (retirar o acesso) porque sabe que ele está melhorando e já pode sair do hospital ou vai tomar oral que é bem melhor e porque não está precisando mais, que não está tão grave que precise colocar remédio na veia. **AC017**

A retirada do acesso venoso das crianças pelos acompanhantes é sinônima de melhora clínica e de alta hospitalar com conseqüente volta para casa e para rotina familiar, coincidindo neste ponto com a valoração dos profissionais de enfermagem.

A alta hospitalar, a melhora clínica ou término da terapêutica venosa, como também a perda acidental do cateter do interior do vaso sanguíneo devido agitação da criança, mau manuseio pelos acompanhantes ou devido manifestação de traumas vasculares são os motivos da retirada do acesso venoso no público infantil sendo

confirmado em outros estudos (MAGEROTE; LIMA; BASTONI, 2011; AVELAR; ARREGUY-SENA, 2013).

Na segunda periferia do grupo dos profissionais de enfermagem estão alocados os termos “alta”, “cuidado” e “perdeu”. Os termos “alta” e “perdeu” reforçam o núcleo central “desnecessário” e “motivo” e apresentam dimensão valorativa e o termo “cuidado” na dimensão comportamental.

Pra mim é uma satisfação quando vai embora ou então terminou o remédio e sabe que está boa. **PR002**

É um alívio, (retirar o acesso venoso) né? Porque geralmente quando a gente tira a criança que já recebeu a medicação toda né? Já tá boa pra alta, geralmente assim... Então é um alívio mesmo, né? **PR006**

Quando tira tem que ter todo cuidado, para poder não machucar, danificar, porque fica ruim na hora que vai tirar, tirar com todo carinho, todo cuidado.[...] Agora o que eu acho de negativo são essas perdas de veia, quando a criança toma muito medicamento você tem que estar puncionado direto. **PR020**

Para retirada do acesso é quando está de alta ou perdeu mesmo por alguma hiperemia e edemaciado. **PR008**

Os profissionais na etapa de retirar o acesso venoso de crianças relatam que ela é motivada por melhora clínica e consequente alta hospitalar ou motivado devido perda acidental do cateter ou por sinais de infecção/inflamação e assim a enfermagem devem realizar com cuidados para não causar mais dor nas crianças, pois o curativo gruda nos pelos e pode doer ao retirar.

Os cuidados realizados durante a retirada do cateter venoso nas crianças ilustram como essa prática está restrita aos conhecimentos e fundamentos teóricos dos profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem, sujeitos estes que corriqueiramente realizam o procedimento, que adquirem as habilidades e conhecimentos na própria prática clínica, o que limita os conhecimentos e fundamentos teóricos necessários para as tomadas de decisão, fundamental à prevenção e tratamento dos estressores no público infantil. Este cuidado deve ser repensado diante da complexidade que a punção venosa nas crianças representa e o nível de conhecimento e atualização científica que o profissional deve possuir além da técnica propriamente dita (AVELAR-SILVA, 2012).

Somado aos cuidados dispensados às crianças no momento de retirada do acesso, identificamos que o motivo de retirada do acesso ilustra o cotidiano vivenciado pelos profissionais de enfermagem na assistência do processo de terapia venosa nas crianças que se caracteriza principalmente pela perda acidental do acesso seguido pela

alta hospitalar em crianças com consequente término da terapia venosa (ALMEIDA et al, 2016).

No grupo dos acompanhantes das crianças identificamos os termos “liberdade” com a dimensão valorativa e “Deus” na dimensão imagética.

Aí ela podia relaxar, dormir tranquila, grudar no meu peito, se alimentar melhor. **AC010**

Vai ficar alegre porque vai poder colorir, brincar e ir na TV com os coleguinhas. **AC002**

Glória a Deus! É um alívio. **AC012**

Para se realizar a punção venosa em crianças, com segurança, devem ser considerados vários fatores diante das peculiaridades desse público, e entre eles está a mobilidade, o nível de atividade da criança, habilidade motora fina e grossa da criança, habilidade cognitiva da criança e preferências de local de punção como forma de a restrição imposta pela presença do cateter venoso e uso de tala para imobilização do cateter represente o menor impacto possível referente a liberdade nas AVD (BATALHA et al, 2010; NASCIMENTO ; SOUZA, 2007).

A presença da citação de Deus na representação dos acompanhantes remete a uma forma utilizada por eles na busca de conforto emocional e bem estar psíquico, e exerce influência positiva na diminuição dos impactos resultantes do enfrentamento da hospitalização e dos procedimentos advindos dessa experiência, caracterizando assim que a presença da religiosidade influencia a adesão ao tratamento e à terapêutica necessária (TAVARES et al, 2018).

O significado de retirar o acesso venoso das crianças para os acompanhantes é de liberdade, por possibilitar as atividades diárias sem restrição e com tranquilidade como alimentar, dormir, brincar, higienizar.

Ao analisar as representações sociais dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças em todas as etapas do processo de punção venosa (pegar, manter e retirar acesso venoso) nas crianças, identificamos que na etapa de retirar o acesso, a representação social de alta hospitalar/ir embora está presente para ambos os grupos sociais, caracterizando a aproximação do motivo pelo qual se retira o acesso venoso.

Já a preocupação com material é identificada durante a etapa de pegar a veia e durante a retirada do acesso caracterizando os momentos em que o material deve ser

critérios selecionado para não gerar prorrogação do tempo para realização do procedimento e maior ansiedade e sofrimento da criança e de seu acompanhante. Nestes momentos devido a maior manipulação do acesso da criança, as mesmas são lembradas por serem os momentos em que ocorrem as reações das crianças frente à possibilidade de nova dor, o que aumenta a dificuldade de realização da punção.

Outra evocação que se repete nas representações sócias de ambos os grupos sociais é o cuidado durante a etapa de manter a veia e retirar o acesso com maior importância na fase de manter a veia (<OME). Podemos atribuir essa ocorrência ao fato dos profissionais se preocuparem com a possibilidade de perda do acesso o que gera a repetição de todo o procedimento com novas tentativas e conseqüentemente mais estresses caracterizando uma etapa primordial para manter o acesso pelo maior tempo necessário. O cuidado durante a retirada do acesso referindo-se a observação de sinais flogísticos, o motivo da retirada confirmando sempre a real necessidade junto com a equipe de saúde. Indagamos a falta do termo cuidado ao pegar veia como e etapa que se reduz à técnica propriamente dita frente a dificuldade de se estabelecer um acesso venoso nas crianças o que gera preocupação frente a atuação da enfermagem.

O termo liberdade no quadro de quatro casas do grupo dos acompanhantes reforça o núcleo central da RS de retirar o acesso venoso da criança, por trazer tranquilidade e alívio aos acompanhantes que podem deixar a criança mais livre para suas atividades cotidianas e conseqüente diminuição da agitação da criança e vigilância do acompanhante.

Concluimos que a representação social de retirar o cateter da veia de uma criança pelos profissionais de enfermagem abrange a necessidade de verificação na prescrição médica e com a equipe do plantão a existência do pedido de retirada do acesso, pois sua retirada é realizada quando não há mais a necessidade de medicação venosa. Para os acompanhantes das crianças, o significado de retirar o acesso venoso é representado por sentimentos bons, de felicidade e de alívio, devido à tranquilidade que o término da terapia venosa irá gerar no seu cotidiano e cuidado junto com a criança.

O sentimento de alívio frente à remoção do cateter do interior do vaso sanguíneo é identificado também em estudo com adultos puncionados, aproximando com o significado de alívio dos acompanhantes ao retirar o acesso venoso de sua criança, mas com as representações dessa etapa do processo de punção venosa diferentes nos públicos devido os demais termos da RS serem diferentes (OLIVEIRA, 2013).

Portanto a retirada do acesso representada pelos profissionais é permeada pelo término do tratamento venoso, sendo que quando ocorre a perda do cateter ou sinais de infecção é necessário uma nova punção, não sendo identificado para o grupo este motivo como uma retirada do acesso, mas como uma necessidade de nova punção, o que contradiz a literatura que atribui a infiltração, como o principal motivo de retirada do acesso venoso nas crianças, seguido da alta do tratamento (MACHADO; PEDREIRA; CHAUD, 2008; MARGEROTE et al, 2011).

Não foram encontrados outros estudos que abordassem a RS de retirar acesso pelos profissionais de enfermagem ou pelos acompanhantes o que demonstra a originalidade dessa investigação.

Ao analisar os resultados obtidos com a abordagem estrutural e processual das TRS dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças foi possível identificar qual a representação que os grupos têm das etapas do processo de punção venosa nas crianças e identificar as dimensões representacionais dessas RS.

### **5.3 Implicações das representações sociais sobre punção venosa em crianças elaboradas pelos grupos sociais para a enfermagem à luz de Betty Neuman**

A seguir serão apresentados a presença e os tipos de estressores identificados nas RS dos acompanhantes das crianças e dos profissionais de enfermagem durante o processo de punção venosa periférica à luz do referencial teórico de Betty Neuman.

Posteriormente será analisado o quanto as respostas humanas emitidas pelos acompanhantes podem ser percebidas pelos profissionais de enfermagem e discutiremos quais as possíveis intervenções do enfermeiro para evitar que o estressor penetre na linha normal de defesa, de acordo com os níveis de atuação (primário, secundário ou terciário) ou para fortalecer a linha flexível de defesa ou resistência.

### 5.3.1 Estressores identificados a partir das representações sociais dos acompanhantes das crianças sobre punção venosa nas crianças

Ao analisar as representações sociais dos acompanhantes das crianças acerca das etapas do processo de cateterismo venoso periférico em crianças foram identificadas situações consideradas estressoras de origem intrapessoais (vivenciadas internamente), interpessoais (nas relações) e transpessoais (advindas do ambiente) que desequilibram o sistema energético da criança e de seu acompanhante e que necessitam de abordagem terapêutica do enfermeiro conforme apresentado na tabela abaixo (Quadro7).

Quadro 6 – Estressores identificados a partir das representações sociais dos acompanhantes das crianças sobre punção venosa pediátrica. Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018

<b>ESTRESSORES DOS ACOMPANHANTES DAS CRIANÇAS</b>		
<b>Estressores intrapessoais</b>	<b>Estressores interpessoais</b>	<b>Estressores transpessoais</b>
Dor física na criança	Imobilização da criança	Perda do acesso
Medo da criança	Dificuldade de punção	Sala de punção
Choro da criança	Agitação da criança	Presença do acesso venoso
Dor psicológica no acompanhante	Atenção no acesso	Bomba infusora e soro
Raiva do acompanhante	Movimentação da agulha interior vaso	Sangue
Medo do acompanhante	Restrição de movimentos	Agulha
Choro do acompanhante		Garrote

Legenda:  Estressores identificados em ambos os grupos sociais.

 Estressores identificados somente nesse grupo social.

Fonte: A autora, 2018.

Os estressores intrapessoais nas crianças, relatado pelos acompanhantes das mesmas, identificados foram: dor física decorrente do ato de puncionar sua veia; o medo do procedimento e da agulha; e o choro da criança como uma reação a dor e ao medo sentidos. No acompanhante da criança identificamos: a dor psicológica frente ao sofrimento da criança expresso por sentimento de sofrimento, tristeza e pena da criança; o medo do procedimento e do tratamento expressos por evocações de apreensão e preocupação; choro do acompanhante como reação à dor psicológica e medo; e raiva do profissional de enfermagem expressos nas evocações de nervoso frente às várias tentativas de punções, pela movimentação da agulha julgada como desnecessária no interior do vaso durante a punção venosa.

Estas reações frente à punção venosa nas crianças ilustram a dificuldade em enfrentar situações consideradas ameaçadoras devido a fase de desenvolvimento psicossocial e comportamental típico das crianças, que assim reagem como forma de negar os procedimentos dolorosos e desconhecidos, típico desse público (HOCKENBERRY; WILSON, 2014)

Os estressores interpessoais, isto é, decorrentes da relação criança-acompanhante-enfermagem, identificados nas RS dos acompanhantes foram: ato de imobilizar a criança para ser possível a cateterização venosa e também para manter o acesso venoso como uma das formas da criança não retirar o acesso; a restrição de movimentos quando a criança possui um acesso instalado, o que dificulta as atividades diárias como banho, alimentação/amamentação, trocar de roupa, pegar no colo, entre outras; a agitação da criança devido o incômodo da presença do cateter em seu membro que restringe seus movimentos e suas brincadeiras e que fica tentando retirar o cateter; e a atenção que o acompanhante tem que ter com o acesso para mantê-lo na criança de forma que ela não retire; o ato dos profissionais de enfermagem de movimentarem a agulha no interior vaso sanguíneo após punção em busca da cateterização e de retorno venoso no cateter que gera sensações de raiva e nervoso no acompanhante da criança por entender que este ato gera mais dor na criança; e a dificuldade de punção caracterizada pelos acompanhantes como as várias tentativas de sucesso o que aumenta a dor nas crianças.

Os estressores transpessoais, referentes ao ambiente em que é realizada a punção venosa e aos objetos utilizados para viabilizar o acesso, identificados nas RS dos acompanhantes sobre a punção venosa nas crianças foram: o uso do garrote que gera dor nas crianças e nervoso nos acompanhantes frente à dor provocada; a sala destinada à realização da punção venosa que a criança associa como um local de sofrimento e medo ao ser encaminhada; a presença do cateter venoso que configura uma situação de preocupação e medo no acompanhante da criança que deve se atentar aos movimentos da criança para que a mesma não retire ou ocorra a perda acidental do acesso e que na criança gera restrição dos movimentos e incomoda; a presença da bomba infusora e do frasco de medicação (soro fisiológico ou similares) que é assimilado pela criança, segundo relatos dos acompanhantes, como uma “prisão”, restringindo-a ao leito; a presença de sangue e da agulha que gera fobias nos acompanhantes e crianças; e a perda do acesso visto como estressor no sentido de gerar um novo sofrimento a criança e

consequentemente ao acompanhante que devem enfrentar novamente os estresses decorrente de todo o processo de punção venosa.

Todas essas situações são consideradas condições capazes de afetar as linhas de defesa flexíveis, normais ou, por vezes, de resistência. Do ponto de vista da análise da atuação do enfermeiro e da sua equipe, essas situações constituem em evidências de respostas humanas capazes de sinalizarem situações em que as atuações do profissional enfermeiro e de sua equipe se fazem necessárias.

### 5.3.2 Percepção de estressores pelos profissionais de enfermagem a partir de suas RS sobre punção venosa pediátrica

A seguir são apresentados os estressores identificados nas RS elaboradas pelos profissionais de enfermagem durante o cateterismo periférico nas crianças (Quadro 8).

Quadro 7 – Estressores identificados a partir das representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre punção venosa nas crianças. Juiz de Fora, (MG). Outubro/2018

<b>ESTRESSORES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>		
<b>Estressores intrapessoal</b>	<b>Estressores interpessoal</b>	<b>Estressores transpessoal</b>
Dor física das crianças	Imobilização da criança	Perda do acesso
Medo das crianças	Dificuldade de acesso	Tala
Choro das crianças	Agressões da criança	Curativo transparente
Dor psicológica do acompanhante	Mãe	
Dor psicológica do profissional		

Legenda:  Estressores identificados em ambos os grupos sociais.  
 Estressores identificados somente nesse grupo social.

Fonte: A autora, 2018.

As RS da punção venosa em crianças pelos profissionais de enfermagem, conforme analisado no capítulo anterior, é construído focado na preocupação com a técnica da punção venosa como podemos comprovar pela escassez de estressores identificados pelo grupo em todo o processo do cateterismo periférico, não sendo capazes de enxergarem todos os estressores relatados pelos acompanhantes das crianças

na abordagem das RS. Nesse grupo social identificamos estressores intrapessoais, intrapessoais e transpessoais.

Nas RS dos profissionais identificamos estressores próprios dos profissionais como a dor psicológica frente à necessidade de punção venosa na criança e as várias tentativas que gera pena ao ver o sofrimento da criança.

São identificados também estressores intrapessoais nas crianças pelos profissionais de enfermagem: o medo das crianças frente à necessidade de realização de uma punção venosa; o choro das crianças reagindo à dor e ao medo decorrente da punção; e a dor física das crianças. Os profissionais somente relatam quando se referem aos acompanhantes a sua dor psicológica. Esses estressores foram relatados pelos acompanhantes e são visíveis aos profissionais de enfermagem que cuidam das crianças no setor de pediatria, constituindo em respostas humanas das crianças e acompanhantes percebidas pela enfermagem, configurando reações das crianças frente aos estressores e que necessitam de intervenção para estabilização do sistema energético e assim fortalecimento ao enfrentamento aos estresses.

Ao analisar os estressores interpessoais presentes nas RS dos profissionais de enfermagem identificamos: a imobilização da criança para a realização da punção e para manter o acesso venoso; a dificuldade de punção que gera várias tentativas para o sucesso do procedimento. Esses estressores são relatados tanto pelos acompanhantes como para os profissionais de enfermagem, mas apesar de identificados pela equipe de enfermagem necessitam de intervenções para amenizar as reações presentes nesse processo.

Alguns estressores interpessoais são identificados nas RS dos profissionais que não estão presentes nas RS dos acompanhantes, são eles: as agressões das crianças relatadas, nas evocações e nas entrevistas gravadas, como chutes, cuspidas, xingamentos, gritos ao profissional, sendo, portanto visto com diferenciação pelos acompanhantes que é caracterizado como agitação da criança com inquietude para pegar e manter o acesso como as tentativas de retirar o cateter; e a presença da mãe que é vista pelos profissionais, muitas vezes, como estressor, pois algumas não deixam realizar o procedimento, ou reclamam das várias tentativas, são agressivas, ficam nervosas chegando a chorar e até a desmaiar o que aumenta a dificuldade da realização do procedimento.

Identificamos também os estressores transpessoais: a perda do acesso que também está presente nos relatos dos acompanhantes e o uso da tala e do curativo

transparente que somente são identificados pelos profissionais. Ao mencionarem o uso do curativo transparente é relatado o advento recente da tecnologia do cuidar no setor de trabalho que gerou dificuldade de instalação e julgamento de dificultar a fixação do cateter como estresse aos profissionais, e devido possibilitar a visualização da inserção do cateter como um estresse às crianças que possuem medo da agulha e do sangue.

Ao analisar os estressores identificados nas RS dos profissionais, entendemos que os estressores dos acompanhantes são pouco percebidos pelos profissionais de enfermagem, mostrando a invisibilidades desse cliente em potencial para a enfermagem que focam seu cuidado direcionado à criança, demonstrando a necessidade de uma atenção ampliada às necessidades da criança e da família desenvolvendo uma atenção integral que favoreça a inclusão da família e da criança por meio de estratégias de humanização (SILVA et al, 2015).

É necessário que a enfermagem reconheça a importância da díade (criança/acompanhante), e forneça atenção integral com a inclusão da família e da criança no cuidado por meio de estratégias de humanização, com relações interpessoais, pois a assistência de enfermagem de maneira técnica e formal ocasiona dificuldades na comunicação e na efetivação do cuidado (GONÇALVES et al, 2017; AZEVÊDO; JÚNIOR; CREPALDI, 2017).

### 5.3.3 Planejando o cuidado de enfermagem durante o processo de punção venosa em crianças

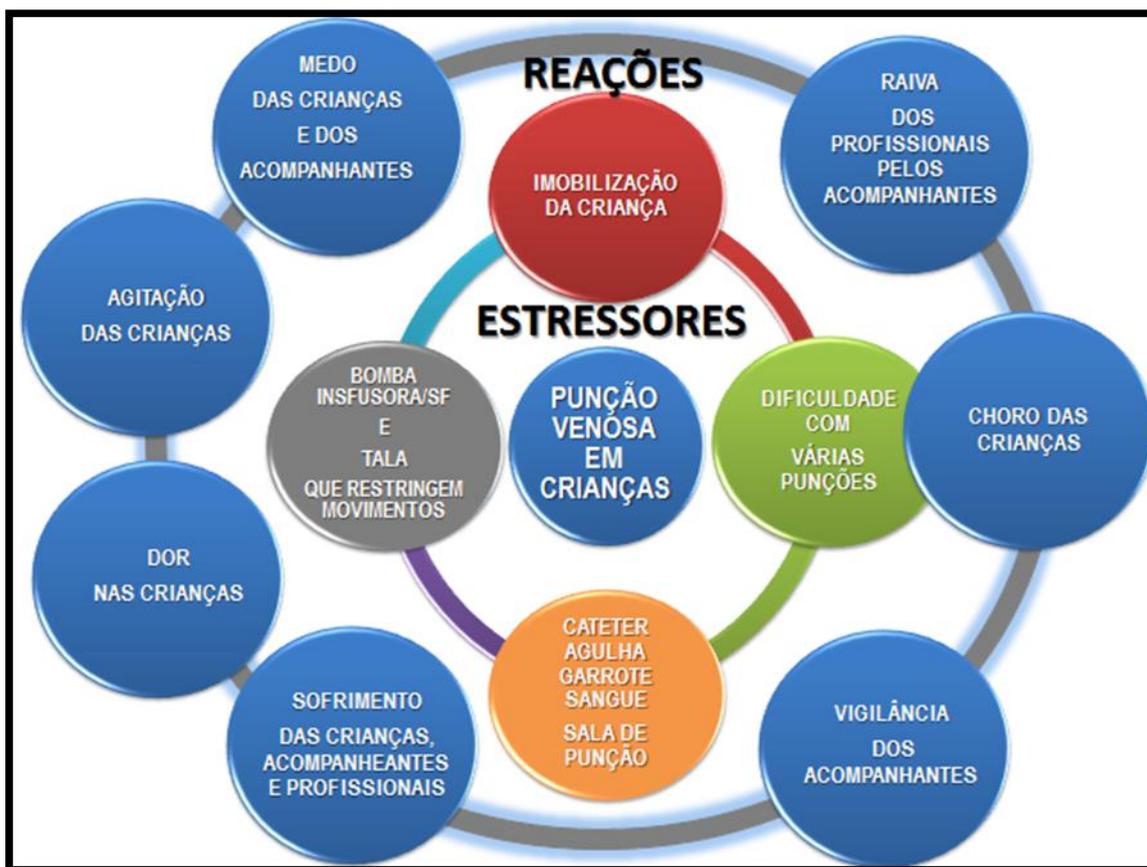
Ao analisar as RS dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre punção venosa pediátrica, foi possível identificar estressores intrapessoais, interpessoais e transpessoais presentes no processo de punção venosa em crianças que dificultam a execução do procedimento pelos profissionais de enfermagem e o enfrentamento desse procedimento durante uma internação hospitalar pelas crianças e seus acompanhantes. Muitas das vezes estes estressores não são identificados/representados pela enfermagem, e assim aumentam o risco de gerarem alteração no crescimento e desenvolvimento infantil se uma intervenção de enfermagem não ocorrer para controlar e/ou prevenir as quebras das linhas de defesa, fortalecer o sistema do indivíduo e/ou prevenir novos estressores.

Identificamos que os estressores presentes durante o processo de punção venosa em crianças estão intimamente relacionados às RS da punção venosa pelos acompanhantes das crianças e pelos profissionais de enfermagem, representando assim foco das prescrições da enfermagem, isto é, as RS dos acompanhantes são baseadas nos comportamentos, sentimentos e reações frente ao processo de punção venosa que ocorrem devido as RS dos profissionais de enfermagem acerca da dificuldade de ser estabelecer um acesso venoso numa criança e de inserir a mãe neste contexto e os cuidados necessários para manter o cateter instalado.

Dessa forma, as intervenções de enfermagem devem ir além da e abranger o gerenciamento do cuidado com a incorporação de conhecimentos científicos, e tecnologias apropriadas para que este procedimento seja menos doloroso e traumático para as crianças e seus acompanhantes, assim como mais facilitado para os profissionais de enfermagem, contribuindo para uma humanização da assistência com mais ética, qualidade e benefícios e menores custos e riscos, além da promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável para as crianças egressas de uma internação hospitalar (RODRIGUES; CUNHA; GOMES, 2012).

Para o planejamento da assistência de enfermagem é necessário que o enfermeiro identifique a origem dos estressores que gerou os comportamentos e reações das crianças e de seus acompanhantes frente a realização da punção venosa (Figura 13).

Figura 13 – Identificação dos estressores e das reações das crianças e dos acompanhantes decorrentes da punção venosa nas crianças



Fonte: A autora, 2018.

A RS dos profissionais de enfermagem sobre a punção venosa em crianças de dificuldade de estabelecer um acesso venoso gera várias tentativas de punção o que aumenta a dor nas crianças que reagem com choro e gera raiva no acompanhante e sofrimento no profissional e nos acompanhantes.

A presença dos objetos utilizados para viabilizar o cateterismo venoso como o cateter venoso, a agulha, o garrote, e por envolver a presença de sangue e ser realizado em uma sala destinada ao procedimento, geram reações de medo no acompanhante e nas crianças, uma variável emocional que as crianças sentem a respeito dos profissionais que realizam o procedimento, visto como quem as machuca e da agulha que perfura sua pele e que gera dor, o desconhecido, estressor este que age desestabilizando a linha normal de defesa da criança que se manifesta através do choro. O choro da criança é uma reação da criança frente aos seus medos e a dor, que causa desestabilização em seu sistema e retrata sua reação frente ao medo do procedimento, caracterizando uma reação reconhecida pela enfermagem que deve agir no nível de prevenção secundária

fortalecendo as linhas internas de resistência para reduzir as reações da criança e assim gerar a acomodação de um cuidado cultural socialmente compartilhado nos e entre os grupos sociais.

Para manter o acesso na criança é necessário o uso de estressores caracterizados pela bomba infusora, frascos de medicações e uso de tala que restringem os movimentos das crianças que reagem com agitação e que exige dos acompanhantes uma vigilância aumentada de modo que evite a perda do acesso e conseqüentemente mais sofrimento.

A imobilização da criança para conter sua agitação e ser possível a cateterização venosa aumentam o medo das crianças que reagem chorando e sofrimento das crianças, acompanhantes e profissionais.

A partir do diagnóstico desses estressores e das reações das crianças e dos acompanhantes frente ao processo de punção é possível identificar as possíveis intervenções de enfermagem direcionadas a restabelecer o equilíbrio de forças do sistema e fortalecer o enfrentamento das crianças, dos acompanhantes e da enfermagem ao procedimento, conforme é apresentado na Figura 14.

Figura 14 - Síntese dos estressores decorrentes do processo de punção venosa em crianças e possíveis intervenções da equipe de enfermagem



Fonte: A autora, 2018 releitura da temática a luz da Teoria de Betty Neuman.

A atuação da enfermagem a nível primário tem o objetivo de reduzir a possibilidade de encontro das crianças e dos acompanhantes com os estressores e assim existe a necessidade de fortalecimento da linha flexível de defesa através de atividades de prevenção voltada para a educação em saúde aos acompanhantes e as crianças de forma a aumentarem o entendimento e conhecimento a respeito do procedimento de punção venosa e dos objetos utilizados para tal.

Para a aproximação das crianças com a punção venosa, o uso do brinquedo contextualiza o cuidar no público infantil, tornando o ato ameaçador em algo próximo de sua vivência somada a educação também dos familiares quanto à importância do procedimento em linguagem acessível (MEDEIROS, 2009; PAPALIA; OLDS; FELDEMAN, 2006).

O uso o brinquedo terapêutico como forma de explicar à criança a realidade brincando, isto é, na sua linguagem, pode favorecer o aprendizado, usando o brincar

como forma de educar para a saúde, explicando os materiais utilizados, a razão do tratamento e seu funcionamento facilitando assim o entendimento da criança em uma linguagem acessível ao seu mundo (BISQUERRA, 2012, NEUMAN; FAWCETT, 2011; MEDEIROS, 2009).

Com o uso do brinquedo terapêutico, uma forma de incluir o brincar no cotidiano da criança hospitalizada de acordo com a idade e fase de desenvolvimento, é uma tentativa de gerar mudanças nas reações das crianças que não são receptivas e nem interagem com o profissional de enfermagem anteriormente à punção venosa, pode facilitar a comunicação e o estabelecimento do relacionamento da criança com o profissional de enfermagem, diminuindo a ansiedade e o medo das crianças (SANTOS et al, 2013).

Em recém-nascidos objetivando a diminuição da dor é apontado a importância da sucção e o uso da glicose; do posicionando e contenção do de forma confortável e cuidadosa; promovendo acalento e aconchego (PACHECO et al, 2010.)

Após o contato das crianças e dos acompanhantes com os estressores com manifestações e reações frente ao procedimento é necessário que o enfermeiro trate os sintomas e reduza essas reações de agitação, medo, choro, sofrimento e raiva. Dessa forma o enfermeiro deve incentivar a presença do acompanhante durante todo o processo de punção venosa periférica, apesar de ser visto por este como um estressor interpessoal, pois o acompanhante representa segurança e apoio as crianças em momentos estressantes e pode ser um auxílio no cuidado, desde que bem informado e educado para a saúde.

Dessa forma, os acompanhantes conjuntamente com os profissionais podem praticar o cuidado compartilhado ao ajudar a criança a entender os motivos da realização da punção venosa periférica buscando uma melhor aceitação e a diminuição do estresse. O medo nesse caso advém pela escassez de conhecimentos por se tratar de um procedimento socialmente desconhecido pela criança e seu acompanhante.

O ato de conversar e explicar o procedimento às crianças maiores e aos acompanhantes pelos profissionais de enfermagem, com paciência e em linguagem acessível ao seu entendimento e nível social, tem papel facilitador na aceitação e entendimento da importância da realização da punção venosa para estabelecimento de um acesso venoso para o pronto reestabelecimento da saúde da criança. Essa educação para a saúde configura um planejamento da assistência de enfermagem frente ao medo das crianças ao procedimento e é considerado pelas crianças como uma estratégia

facilitadora de enfrentamento da hospitalização pela humanização do cuidado, mas que ainda não é priorizado pela equipe de enfermagem sendo necessário um redimensionamento de sua assistência (MORAES; ENUMO, 2008; SILVA; OLIVEIRA; SÁ, 2015).

É necessário que a equipe de enfermagem esteja conscientizada e capacitada para realizar educação em saúde para poder explicar às crianças e aos familiares os cuidados que devem ter com o acesso venoso (ALMEIDA et al, 2016).

A importância da educação em saúde é reforçada ao se identificar que os acompanhantes das crianças não possuem conhecimento acerca da importância de tal procedimento para o reestabelecimento da saúde da criança na instituição pesquisada, diante da análise de seus discursos.

No nível terciário, o enfermeiro deve buscar a readaptação de sua atuação para prevenir novos casos de estresses às crianças e aos acompanhantes evitando novos casos de desequilíbrio de energia dos sistemas. Nesse momento o enfermeiro deve redimensionar sua atuação baseado em técnicas, tecnologias comprovadas cientificamente para reduzir a dificuldade de realização e facilitar a manutenção do acesso venoso.

A dor é aumentada devido às várias punções necessárias decorrentes da dificuldade de execução do procedimento no público infantil, aumentada pela movimentação da agulha no interior do vaso sanguíneo e pelo uso do garrote.

Outra fonte causadora de dor é a perda do acesso venoso que abala a linha flexível de defesa das crianças e dos familiares no momento em que o acesso for perdido. Este estressor gerará reações e sintomas de medo e choro nas crianças penetrando assim na linha normal de defesa, portanto cuidados para a manutenção do acesso devem ser avaliados e considerados pela enfermagem a fim de diminuir o risco da perda do acesso com intervenções de prevenção a nível primário evitando reações (NEUMAN; FAWCETT, 2011).

Para esses estressores, a dor, a dificuldade de punção, a perda do acesso venoso e as várias tentativas de punção, alguns cuidados e tecnologias devem ser incorporados no cotidiano da assistência e gerenciamento do cuidado de enfermagem para diminuir as várias tentativas e consequentemente a dor.

Na literatura há relatos do uso de calor seco e úmido e o uso de anestésico local como formas de amenizar a dor inevitável gerada pelo procedimento de punção venosa aliado também ao uso da ultrassonografia para guiar a punção e assim aumentar o êxito

do cateterismo na primeira tentativa com conseqüente diminuição do tempo para realização do procedimento e diminuição do sofrimento da criança e de seu familiar (RIBEIRO; CRUZ, 2013). Dessa forma a enfermagem baseado em evidências pode contribuir na qualificação da assistência de enfermagem direcionado para o procedimento de cateterismo venoso periférico em crianças.

O uso do calor como forma de dilatar os vasos sanguíneos também poderá facilitar na execução da técnica e constituem em tecnologia econômica e segura, que torna o procedimento menos desconfortante para os pacientes e diminui a probabilidade de várias tentativas de inserção do cateter e conseqüente tempo do procedimento que é extremamente considerável no público infantil (FINK et al, 2009). Dessa forma o enfermeiro deve redimensionar sua atuação pautado em evidências científicas com boas práticas aplicadas à assistência clínica como forma de facilitar seu processo de trabalho.

O limite de tentativas de punção deve ser de duas tentativas por profissional e, no máximo, quatro no total devido à dor, o atraso do início do tratamento, o comprometimento do vaso, o aumento dos custos e os riscos de complicações. Estes fatores devem ser considerados pelos enfermeiros para indicar a necessidade de acesso central na criança quando avaliado a impossibilidade de se estabelecer um acesso venoso periférico (BRASIL, 2017; GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016).

A enfermagem precisa utilizar recursos tecnológicos e científicos para facilitar a execução do cuidado. O uso do escore de dificuldade de punção pode auxiliar a técnica de punção venosa em crianças ao reconhecer os itens que realmente tornam o procedimento difícil (FREIRE; ARREGUY-SENA; MULLER, 2017).

Outra estratégia é uso de ultrassom permite a visualização do vaso sanguíneo facilitando a introdução do cateter no interior da veia, dessa forma possibilita a realização do procedimento com mais segurança após a capacitação para seu uso, facilitando o trabalho, e proporcionando qualidade ao atendimento da criança e sua família ao aumentar a taxa de sucesso da punção e conseqüente diminuir o sofrimento (AMARAL; PATTENGILL, 2010; OLIVEIRA; DANSKI; PEDROLO, 2016).

Outro cuidado de enfermagem direcionado para a diminuição do sofrimento da criança, diminuindo/evitando o risco de perda do acesso venoso, seja acidental, retirado pela criança ou decorrente de instalação de traumas é seguir as recomendações da INS (*Standards Infusion Nursing*) evitando punções em áreas de flexão, para não limitar a movimentação do paciente, visto esta restrição de movimentos como um estressor interpessoal para os acompanhantes e para as crianças, e indicam para canulações

periféricas as veias da região dorsal das mãos, metacarpo, cefálica e basílica, sendo criteriosamente avaliadas, pois podem interferir na rotina da criança no hospital, principalmente a recreação e alimentação, quando o membro puncionado for o dominante, aumentando o risco de perda acidental (GORSKI; HADAWAY; HAGLE, 2016; AVELAR, 2011).

O uso de curativo transparente e estéril e uso de tala também ajuda a manter a estabilidade do cateter no interior do vaso sanguíneo pelo tempo necessário da terapêutica venosa diminuindo sofrimentos. (KREMPSER; ARREGUY-SENA, 2013)

Somado a essa intervenção da enfermagem é necessário frisar a obrigatoriedade dos profissionais de enfermagem da aquisição de conhecimentos científicos e habilidades manuais para a inserção, manutenção, avaliação diária e retirada do cateter intravascular, sendo desafiador lidar com o acompanhamento e avaliação do sítio de punção e áreas adjacentes em busca de sinais e sintomas precoces de traumas vasculares e a escolha adequada do sítio de venopunção periférica como quesito para manutenção do cateter (KREMPSER; ARREGUY-SENA, 2013).

O enfermeiro ao conhecer os estresses que crianças e acompanhantes estão submetidos durante o processo de punção venosa poderá planejar sua assistência e de sua equipe objetivando prevenir, diminuir ou evitar o desequilíbrio do sistema energético dos sistemas cliente criança-acompanhante, facilitando sua atuação frente à punção venosa considerada de difícil execução.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível identificar e compreender as representações sociais elaborados pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes das crianças sobre a punção venosa periférica realizada em crianças internadas num serviço de pediatria.

Ao analisar as representações sociais de pegar veia para ambos os grupos, concluímos que para os profissionais de enfermagem que trabalham em um setor de internação de pediatria, a punção se estrutura sobre a dificuldade em vários aspectos de realização do procedimento e de inserção da mãe como acompanhante no cuidado com a criança e para o grupo dos acompanhantes das crianças internadas, possui um caráter de impacto psicológico negativo para o grupo social representado pela dor que gera pena, medo e nervoso decorrente da dificuldade dos profissionais de puncionar as veias das crianças.

A representação social dos profissionais de enfermagem de dificuldade de estabelecer um acesso venoso também é um dado novo e que precisa de um redimensionamento de sua atuação e gerenciamento de seu cuidado, para que os fatores identificados como dificultadores possam ser amenizados/eliminados para uma assistência de enfermagem qualificada.

A representação social dos profissionais de enfermagem sobre manter o cateter na veia de uma criança é caracterizada pelos comportamentos técnicos capazes de manterem o acesso venoso em uma criança, como fixar e salinizar o cateter periférico e sendo a medicação como o motivo pelo qual se mantém a via intravenosa na criança hospitalizada. Já para os acompanhantes das crianças internadas, a representação social de manter o acesso venoso em suas crianças significa um sentimento de tristeza, mas necessário para a melhora da saúde da criança.

E o significado de retirar o cateter da veia de uma criança pelos profissionais de enfermagem é o fim da terapia venosa comprovada pela verificação na prescrição médica, o que representa para os acompanhantes sentimentos positivos expressos por felicidade e alívio devido o término da terapia venosa que irá gerar tranquilidade no seu cotidiano de cuidado junto com a criança.

Ao analisar os resultados obtidos com a abordagem processual das Teorias das Representações Sociais, foi possível detalhar as dimensões representacionais

mencionadas na abordagem estrutural (informativa/cognitiva, comportamental/atitudinal, valorativa e os objetos/imagética) da punção venosa periférica em crianças mencionadas pelos profissionais de enfermagem e pelos acompanhantes de crianças internadas num setor de pediatria. A partir dessas dimensões foi possível confirmar o pressuposto do estudo ao identificar as vivências, comportamentos, experiências, informações, conhecimentos e a objetivação dos participantes referentes ao processo de punção venosa em crianças numa instituição hospitalar num serviço de pediatria.

As RS dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças sobre punção venosa pediátrica se apresenta permeada por estressores de origem nas ações e nos objetos necessários para a realização do procedimento pelos profissionais de enfermagem e que geram reações nas crianças e nos acompanhantes das crianças que muitas vezes são invisíveis à equipe de enfermagem o que aumenta a dificuldade de realizar a punção e o enfrentamento desse momento pela criança e seu acompanhante.

Esses estressores são identificados como estressores intrapessoais, intrapessoais e transpessoais presentes no processo de punção venosa em crianças que podem gerar alteração no crescimento e desenvolvimento infantil requerendo assim um redimensionamento da atuação dos profissionais de enfermagem de forma a adequar sua assistência considerando os estressores presentes.

Essas intervenções vão além da assistência de enfermagem e abrangem o gerenciamento do cuidado com a incorporação de conhecimentos científicos, e tecnologias apropriadas para que este procedimento seja menos doloroso e traumático para as crianças e seus acompanhantes, assim como mais facilitado para os profissionais de enfermagem, reduzindo ou eliminando os estressores presentes durante o processo de punção venosa nas crianças, nos acompanhantes e nos profissionais, assim como na relação necessária entre eles.

O limite da presente investigação constitui a impossibilidade de transposição para outra realidade e se justifica pela opção do delineamento adotada, como também o reduzido número de participante do grupo dos profissionais de enfermagem, pois todos os participantes do setor investigados que estavam dentro dos critérios de inclusão e exclusão participaram da pesquisa.

A presente investigação trouxe como contribuição, a identificação dos significados e sentimentos do processo de punção venosa nas crianças na visão coletiva dos profissionais de enfermagem e dos acompanhantes das crianças e a reflexão sobre

estressores presentes no processo de punção venosa nas crianças com propostas de abordagem profissional/investigativa capazes de reduzir situações desconfortantes e estressantes durante a assistência de enfermagem qualificando seu cuidado durante a terapia venosa nas crianças conferindo a originalidade do presente estudo.

As contribuições emergidas devem ser aplicadas na assistência, pesquisa, ensino e extensão como forma de ampliar a visão do enfermeiro no entendimento dos significados e dos estressores da punção venosa pediátrica para os sujeitos envolvidos redimensionando sua atuação na busca da humanização, da individualização da assistência e melhoria do enfrentamento das crianças e de seus acompanhantes ao procedimento. Os resultados deverão ser aplicados na prática, extensão e ensino e replicados em outras pesquisas como forma de ampliar e complementar este conhecimento interdisciplinar de interesse da equipe multidisciplinar de saúde.

**REFERÊNCIAS**

- ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.), *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.
- \_\_\_\_\_. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Eds). *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.
- \_\_\_\_\_. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Ed.). *Estudos interdisciplinares de representações sociais*. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- ALMEIDA, T. J. C et al. Acessos venosos periféricos em crianças hospitalizadas: um estudo fotográfico. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v. 10, (Supl. 2), p.701-7, fev. 2016.
- AMARAL, M. C. K; PETTENGILL, M. A. M. Uso do ultra-som para guiar a punção venosa periférica em crianças: significado para a enfermeira. *Acta Paul Enferm.*, v. 23, n. 4, p. 472-8, 2010.
- ANDRIOLO, A. et al. *Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML): coleta e preparo da amostra biológica*. Barueri (SP): Manole, 2014.
- ANTÃO, C.; RODRIGUES, N.; SOUSA, F. et al. Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD. Revista de Psicologia*. v. 2, n.1, p. 125-132, 2018.
- APOSTOLIDIS, T. Representations Sociales et Triangulation: Une Application en Psychologie Sociale de la Sante. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 2, p. 211-226, Mai-Ago. 2006.
- AP2S. Homenagem à Jean-Claude Abric. Disponível em: <<http://www.ap2s.org/NewsLetters/Newsletter%20Speciale%20Abric.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. D. Risco para trauma vascular: proposta do diagnóstico e validação por peritos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62. p. 71-78, 2009.
- AVELAR, A. F. M. Inserção de cateteres intravenosos periféricos. In: HARADA, M. J. C. S., Pedreira, M. L. G. (Org.). *Terapia intravenosa e infusões*. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2011. p. 179-201.
- AVELAR E SILVA, R. N; ARREGUY-SENA, C. Survey de evidências clínicas de trauma vascular periférico em crianças internadas em pediatria. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 12, n. 3, 2013.

- AZEVÊDO, A. V. S.; JÚNIOR, A. C. L.; CREPALDI, M. A. Interação equipe de enfermagem, família e criança hospitalizada: revisão integrative. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 11, p. 3653-3666, 2017.
- BALTOR, M.R.R. et al. Autonomia da família e a relação com os profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude*, v.11, n.1,p.44-50, Jan./Mar. 2012.
- BATALHA, L. M. C., et al. Fixação de cateteres venosos periféricos em crianças. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*,v. 14, n. 3, p.511-518, 2010.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Ed 7º. 2006.
- BISQUERRA, R. (Org.). *Como educar las emociones: la inteligencia emocional en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu. 2012.
- BORTOLOTE, G. S.; BRETÃS, J.R.S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Rev Esc Enf USP*, v.42, n. 3, p. 422-9, 2008.
- BOURDIEU, P. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero. 1983.
- BOWDEN, V. R.; GREENBERG, C. S. *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Tradução Claudia Lúcia Caetano de Araújo, Ivone Evangelista Cabral, Márcia Tereza Luz Lisboa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- BRASIL. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde*. Brasília: Anvisa, 2017.
- \_\_\_\_\_. Lei n° 8069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o estatuto da criança do adolescente e dá outras providências*. Brasília (DF). 1990.
- \_\_\_\_\_. Lei n° 11.104, de 21 de Março de 2005. *Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação*. 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Coleta de sangue :Diagnóstico e monitoramento das DST, Aids e Hepatites Virais*. Brasília: 2010. (Série TELELAB). Disponível em: <telelab.aids.gov.br/moodle/mod/resource/view.php?id=723>.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde*. 2. ed., 3. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde)
- \_\_\_\_\_. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. *Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Conselho Nacional de Saúde 2012.
- CAMARGO, B. V.; BARBARÁ, A.; BERTOLDO, R. B. Pragmatic and scientific conceptions of adolescents about AIDS. *Psicologia em estudo*, v. 12, n. 2, p. 277-284, 2007.

- CAMPOS et al. Experiências de pessoas internadas com o processo de punção periférica. *Esc Anna Nery*, v. 20, n. 3, jul-set 2016.
- CARAVACA, M. A. J. et al. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157-1165. Out-Dez. 2015.
- CASSETTARI, R. R. B., ET AL. Comparação da lei de *zipf* em conteúdos textuais e discursos orais. *El profesional de la información*, v.24, n.2, 2015.
- CHAVES, A. L., et al. A lavagem das mãos como expressão do cuidado de enfermagem junto aos pré-escolares de escolas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Enferm UFPE on line* [periódico na Internet].;v.3, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/279/275>.
- COLLET, N; OLIVEIRA, B.R.G. Criança hospitalizada sem acompanhante: experimentando o sofrimento. *Texto Contexto Enferm*, v. 7, p. 255-67, 1998.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN- 276/2003 – Revogada pela Resolução COFEN-314/2007. *Regula a Concessão de inscrição provisória ao auxiliar de enfermagem* [Resolução na internet]. COFEN, 16 jun 2003. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4312>.
- COSTA, T.S., MORAIS, A. C. Child hospitalization: child living from graphical representations. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, v. 11, n.(Supl. 1),p.358-67, jan., 2017.
- DANIEL, R. Peripheral Difficult Venous Access in Children. *Clinical Pediatrics*, v. 48, n. 9, p. 895-901, 2009.
- DANSKI, M. T. R. et al. Efetividade da ultrassonografia na punção venosa periférica: revisão integrativa. *Enfermeria Global*; n 44, p. 368-381 out. 2016.
- DE OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; v. 21, p. 276-86, 2013.
- DURÃO, M. M. C. *Processo de punção de vasos e trauma vascular periférico na Atenção Primária à Saúde: gerando tecnologia assistencial*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2017. 133p.
- EHESS. Academia. 2018. Disponível em: <http://ehess.academia.edu/denisejodelet>. Acesso em: 28 nov. 2018
- EVANGELISTA C. B. et al. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Esc. Anna Nery*; v. 20, n. 1, p.176-182, 2016.
- FACCIOLI et al. Punção venosa periférica: o olhar da criança hospitalizada. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 9, n. 4, p. 1130-1134, 2017.
- FELDEMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FINK, R. M. et al. *The Impact of Dry Versus Moist Heat on Peripheral IV Catheter Insertion in a Hematology-Oncology Outpatient Population*. Oncology Nursing Forum.; v. 36, n. 4, p.198-204, 2009. Disponível em: <http://ons.metapress.com/content/f3434k6423428153/fulltext.pdf>

FERREIRA, M et al. Care of nursing team to children with peripheral venous puncture: descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*. v. 11, n. 1, April 2012.

FLAMENT, C. Aspects péfipheriques des representation sociales. In: GUIMELLI, C (Ed.). *Structures et transformations sociales*. Lausanne, Delachaux e Niestlé, 1994.

FONSECA, M. G.; ROCHA, A. L. F. Perspectivas do trabalho em saúde. Uma visão do modelo biomédico e o trabalho interdisciplinar. *Revista Digital*. Buenos Aires, Año 17, Nº 173, Octubre de 2012.

FORMOZ, O G. A. et al. Relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro; v. 20, n. 1, p. 124-7, jan/mar 2012.

FOUCAULT, M. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FREIRE, M. H. S., ARREGUY-SENA, C., MÜLLER, P. C. S. Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the Difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, n. 2920. 2017.

GALIZA, F.T. et al. Gerência do cuidado de enfermagem na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFPE on line*[on-line]; v. 10, n. 11, p. 4075-81, nov. 2016.. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30155>

GEERZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

GEORGE, B. J. E. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: 2000.

GOMES, G. C. et al. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, Abr-Jun. 2014.

GOMES, A.V.O et al. A atuação do enfermeiro frente aos sentimentos e atitudes das crianças hospitalizadas submetidas a punção venosa periférica. *Rev. Enf. UFPE*, v.4, n.1, p. 375-80, 2010.

\_\_\_\_\_. Punção venosa pediátrica: uma análise crítica a partir da experiência do cuidar em enfermagem. *Enfermería Global*, v.23, n. 296, jul, 2011.

GOMES, G.C et al. Percepções da família acerca das dificuldades de adaptação da criança à hospitalização: subsídios para a enfermagem. *Cogitare Enferm*, v. 18, n.4, p. 767-74, out./dez, 2013.

GOMES, G.C. *Compartilhando o cuidado: construindo, através da vivência da internação hospitalar da criança, um novo modo de cuidar*. [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.

GOMES, G.C; ERDMANN, A.L; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. *Rev. enferm. UERJ*, v.18, n. 1, p.143-7, jan./mar, 2010.

GONÇALVES, K. G. et al. Criança hospitalizada e equipe de enfermagem: opinião de acompanhantes. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v. 11,(Supl. 6), p. 2586-93, jun., 2017.

GORSKI, L. A. et al. INS position paper: recommendations for frequency of assessment of the short peripheral catheter. *J Infus Nurs*, v. 35, p. 290-2, 2012.

GORSKI, L. et al. *Infusion therapy: standards of practice*. [S.I.]: Journal of Infusion Nursing, Infusion Nurses Society, v. 39, n. 1, 159 p., 2016.

GOTTSCHALL, C. A. M. A maior descoberta do milênio. *Arq Bras Cardiol.*,v. 73, n. 3, p. 309-30,ago. 1999.

GUERREIRO, M. R., CURADO, M. A. Picar... Faz doer! Representações de dor na criança, em idade escolar, submetida a punção venosa. *Enfermería Global*, n. 25, Enero, p. 75-91, 2012.

HARTUNG, C. et al. Open data Kit: Tools to build information services for developing regions. Proceedings of the 4th ACM/iEEE International Conference on Information and Communication Technologies and Development. ACM: Londres: 18 p. Dec 2010.

HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D. W. *Wong- Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*.9. ed. São Paulo: Elsevier; 2014.

JODELET, D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.), *Psicología Social*. Barcelona: Paídos.1985. p. 469-494.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito coletivo e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e Estado*, v.24, p.679-712, 2009.

KREMPSEER, P., ARREGUY-SENA, C., BARBOSA, A. P. S. Defining characteristics of peripheral vascular trauma in emergency and emergency: occurrence and types. *Esc. Anna Nery*, v. 17, n. 1, p. 24-30, 2013.

KREMPSEER, P. et al. Evolução do processo de punção venosa periférica e dos recursos tecnológicos segundo profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saude*,v. 16, n. 3, 2017.

KREMPSEER, P. *Trauma vascular periférico em urgência: impacto após implantação de bundle*. 2014. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/773> >.

KUENSTING, L. L. et al. Difficult Venous Access in Children: Taking Control. *Journal of Emergency Nursing*, v. 35, n. 5, p. 419-424, 2009.

LEININGER, M. M., MCFARLAND, M. R. *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*: Jones & Bartlett Learning; 2006.

LEME, M. A. V. S; BUSSAB, V. S. R; OTTA, E. A representação social da Psicologia e do Psicólogo. *Psicologia: ciência e profissão*, v.9, n.1, p.29-35, 1989.

LEMOS, I.P; FERREIRA, E.A.P. Comportamento de Crianças, Acompanhantes e Auxiliares de Enfermagem Durante Sessão de Punção Venosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*; V. 26 n. 3, p. 433-443, jul./set, 2010.

LIMA, A.S et al. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. *Texto Contexto Enferm*, v. 19, n. 4, p. 700-8, out./dez, 2010.

LOPES et al. Organização do trabalho de Enfermagem diante da inserção dos cuidados familiares com a criança hospitalizada. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v.16, n. 2, mar-abr 2015.

MACHADO, A. F., PEDREIRA, M. L. G., CHAUD, M. N. Prospective, randomized and controlled trial on the dwell time of peripheral intravenous catheters in children, according to three dressing regimens. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 291-8, maio-junho 2008.

MAGEROTE, N. P., LIMA, M. H. M., BASTONI, J. Associação entre flebite e retirada de cateteres intravenosos periféricos. *Texto & Contexto Enferm*, v. 20, n. 3, p. 286-92, 2011.

MAKI, D. G. Infections due to infusion therapy. In: Bennett JV, Brachman PS (eds): *Hospital Infections*, 3rd ed. Boston, Mass: Little, Brown and Company; 1992, p.849-898.

MARCANTONIO AT, SANTOS M, LEHFELD, NAS. Elaboração e divulgação do trabalho científico. São Paulo: Atlas; 1993.

MARIANO, L. R. A et al.. Significado da internação hospitalar pediátrica na perspectiva de profissionais e familiares. *Cogitare Enferm.*, v. 16, n. 3, p.511-516, 2011.

MARQUES, C.D.C. et al. O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.13, n.3, p.541-48, Jul./Set.2014.

MARTINS, K. A. et al. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 7, n. 4, p. 485-92, out/dez. 2008.

MARTINS, P. A. D. F.; ALVIM, N. A. T. Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, p. 368-373, 2012. ISSN 0034-7167.

MCEWEN, M.; EVELYN, M. W. *Bases teóricas de enfermagem*. 4 . ed. - Porto Alegre: Artmed, 2016 . p. 569.

MEDEIROS, G. et al. Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro. *Acta Paul Enferm*; v.22(Especial 70 Anos), p. 909-15, 2009.

MELO, L. D. *O processo de envelhecimento para pessoas idosas: estudo de representações sociais e crenças de Rokeach*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2015.

MELO, M. N. *Processo de punção de vasos e trauma vascular periférico em uma unidade de pronto atendimento*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. 2017. 203p.

MENEZES, M.; MORÉ, C. L. O.C.; BARROS, L. As Redes Sociais dos Familiares Acompanhantes durante Internação Hospitalar de Crianças. *Rev Esc Enferm USP* ; v. 50(n.esp),p. 107-113, 2016.

MENIN, M. S. D. S. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, p. 43-51, 2006.

MENSOR, L. L.; AGUIAR, DG; SOUZA, CPR. Custo-efetividade de cateteres periféricos com plataforma de estabilização integrada sob a perspectiva hospitalar no Brasil. *J Bras Econ Saúde*; V8, n. 1, p. 16-23, 2016.

MERHI, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

MILIONI DB et al. Enfermagem familiar: o conhecimento produzido para além das fronteiras nacionais. *UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 650-6, out/dez 2011.

MORAES, E.O., ENUMO, S.R.F. Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *Psico-USF*, v. 13, n. 2, p. 221-231, 2008.

MORETE et al. Avaliação da dor do escolar diante da punção venosa periférica. *Rev. Dor*, v.11, n. 2, p.145-149, 2010.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: DUVEEN, G. (Org.). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 29-109.

\_\_\_\_\_. *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOTTA, A. B. et al. Comportamentos de coping no contexto da hospitalização infantil. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, p. 331-341, 2015.

MOUTINHO, C. S. F.; ROCHA, A. P. A dor na criança submetida a punção venosa periférica. Prevenção com eutectic mixture of local anesthetics. *Millenium*,v. 50, p. 253-265, jan/jun 2016.

NAGAUNUMA, M. et al. Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

NASCIMENTO, A.; FROEMMING, L. Técnicas projetivas e a sua importância para os estudos do branding sensorial e constituição de imagem de marca: a utilização do zmet. *Revista de Administração e Comércio Exterior*, v. 3, n. 1, p. 60-78, 2017.

NASCIMENTO, M. A. D. E. L.; SOUZA, E. DE F. A criança no hospital: a síndrome da criança com o membro superior imobilizado para infusão venosa. Rio de Janeiro: Atlântica editora, 2007.

NASCIMENTO, LCN et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, n. 1, 2018.

NEUMAN, B, YOUNG, R. J. A model for teaching total person approach to patient problems. *Nursing Research*, v. 21, p. 264–269, 1972.

NEUMAN, B. *The Neuman Systems Model*. Connecticut, Appleton-Lange. 1982.  
\_\_\_\_\_. The Neuman systems model: A theory for practice. In: M.E Parker (Ed), *Nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing Press. 1990, p. 241 – 261.

\_\_\_\_\_. *The Neuman Systems Model*. 2nd ed. Connecticut, Appleton-Lange. 1989.

\_\_\_\_\_. *The Neuman Systems Model*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange. 1995.

NEUMAN, B; FAWCETT, J. *The Neuman Systems Model*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall. 2002.

NEUMAN, B; FAWCETT, J. *The Neuman Systems Model*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc. (2009).

NEUMAN, B.; FAWCETT, J. *The Neuman Systems Model*. 5 th ed. Prentice Hall; 2011.

Neuman Systems Model, Inc. Disponível em:

<<https://www.neumansystemsmodel.org/home-1/>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. M.;DANSKI, M. T. R.; PEDROLO, E. Punção venosa guiada por ultrassonografia: prevalência de sucesso e fatores associados. *Cogitare Enferm*, v. 3, n. 22, 2017.

OLIVEIRA, A. K. A. E. A. Passos da técnica de punção venosa periférica: revisão integrativa. Rio Grande do Norte: *Arq. Ciênc. Saúde*, p. 88-95, 2014.

OLIVEIRA, D. C., GOMES, A. M. T. O processo de coleta e análise dos conteúdos e da estrutura das representações sociais: desafios e princípios para a enfermagem. In M. R. LACERDA, & R. G. S. Costenaro (Orgs). *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática* (pp. 351-386). Porto Alegre, RS: Moria Editora, 2004.

OLIVEIRA, D. V. *Processo de punção de vasos periféricos em adultos: diversidade de experiências e representação social*. Dissertação - Mestrado em Enfermagem: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013. 137p.

OLIVEIRA, F. T., SILVA, L. D. Uso da solução salina para manutenção de acessos venoso em adultos: uma revisão. *Rev Bras Enferm*, v. 59, n. 6, p. 787-90, nov-dez. 2006.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 180-186, June 2004.

ONISHI, J. Y. T.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, M. C. F. C. R. et al. Alunos do curso técnico em enfermagem interagindo com familiares da criança hospitalizada. *Ver. Bras. Enferm.* V. 70, n. 6, p. 1202-9, nov-dez 2017.

PACHECO, S. T. A. et al. O cuidado pelo enfermeiro ao recém-nascido prematuro frente à punção venosa. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 306-11, jul/set. 2012.

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W., FELDMAN, R. D. *Desenvolvimento humano*. 8. Ed., D. Bueno, (Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed. 2006.

PERES, A.A. *Processo de punção venosa na captação e transfusão de sangue e trauma vascular periférico na perspectiva do binômio usuário-profissional*. [Dissertação] Juiz de Fora: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu. Mestrado em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. 2016. 334p.

PATRICIO, R.A. et al. Percepções da equipe de enfermagem sobre a presença de familiares - acompanhantes durante a punção venosa infantil. *R. Pesq.: cuid. Fundam. Online*. 2 Ed. (Supl.), p.488-491, Out./dez. 2010.

PETERLINI, M. A. S.; CHAUD, M. N.; PEDREIRA, M. L. G. Órfãos de terapia medicamentosa: a administração de medicamentos por via intravenosa em crianças hospitalizadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 88-95, Feb. 2003 .

PHILLIPS, L. D.; GORSKI, L. *Manual of IV therapeutics: evidence-based practice for infusion therapy*. 6. ed. Philadelphia (PA): F.A. Davis, 2014.

PIAGET, J. A construção do real na criança. Rio de Janeiro; Zahar. *Rev Latino-am Enferm*; v. 20, n. 1, jan./fev, 2007.

QUADROS, J. S.; COLOMÉ, J. S. Metodologias de ensino-aprendizagem na formação do enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016.

QUEIROZ et al. Triangulação de métodos na representação social: autopunção de drogas em (ex)usuários soropositivos para HIV. *R. Enferm. Cent. O. Min.*, v. 3, n. 4, p. 1229-1247, set-dez 2014.

RIBEIRO, J. P. et al. Criança hospitalizada: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, [S.l.], v. 7, n. 3, p. 350 - 362, out. 2017.

RIBEIRO, L. P. & ANTUNES-ROCHA, M. I. História, abordagens, métodos e perspectivas da Teoria das Representações Sociais. *Psicologia & Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 407-409, 2016.

RIBEIRO, L. V.; CRUZ, I. Cuidado (ou protocolo) de enfermagem recomendado para prevenção da dor associada às inserções iv periféricas no paciente crítico - revisão sistematizada da literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, V. 6, n. 3, 2013.

RIPEHP. Uma homenagem póstuma a Serge Moscovici. 2015. Disponível em: <<https://ripehp.com/2015/03/06/uma-homenagem-postuma-a-serge-moscovici/>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

RODRIGUES, E. C., CUNHA, S. R., GOMES, R. "Perdeu a veia" - significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. *Ciência & Saúde Coletiva*; v. 17, n. 4, p. 989-999, abr, 2012.

RODRIGUES, J. N., RANGEL, M. A Teoria das Representações Sociais: Um esboço sobre um caminho teórico-metodológico no campo da pesquisa em educação. *Revista Inter Ação*.;v.38, n. 3, p. 537-54, 2013.

ROMANZINI, E. M., BOCK, L. F. Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a formação profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 2, [08 telas], mar-abr 2010.

ROSAS, A. M. M. T. F. Laboratório de ações didático-pedagógicas no curso de licenciatura em enfermagem: uma experiência para comunicar. *An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm.* May. 2002.

ROSSI CS, RODRIGUES BMRD. Típico da ação do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da criança hospitalizada. *Acta Paul Enferm.*,v.23, n.5, p.640-5, 2010.

SÁ, C. P. *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória*. Rio de Janeiro, RJ: eduerj. 2015.

SAFDAR, N., MAKI, D.G. The pathogenesis of catheter-related bloodstream infection with noncuffed short-term central venous catheters. *Intensive Care Med.*; v. 30, n. 1, p. 62-7, Jan. 2004 .

SALVIANO, M. E. M. et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. *Rev Bras Enferm.*, n. 69, v. 6, p. 1240-5, Dec. 2016.

SAMPAIO, C. E. P.; SILVA, R. V.; COMINO, L. B. S. ET AL. Nível de ansiedade dos acompanhantes de crianças em cirurgia ambulatorial: contribuições da consulta de enfermagem. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 233-8, mar/abr 2014.

- SANTOS, L. F. et al. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 66, n. 4, p. 473-8, jul-ago. 2013.
- SANTOS, L. M. et al. Reações apresentadas por crianças pré-escolares durante a punção venosa periférica: um estudo com brinquedo terapêutico. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, v13, n 1, 2013.
- SANTOS, R. R. F. *Acompanhante no cuidado a criança hospitalizada em clínica pediátrica: percepção da equipe de enfermagem*. Dissertação – Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2012. Salvador, 2012. 74 f.
- SEGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Rev do Programa de Pós-Graduação em História da UFRGS*, v 8, n.13,2000.
- SILVA, F. L. F. et al. Humanização dos cuidados de enfermagem em ambiente hospitalar: percepção de usuários. *Cienc Cuid Saude*; v. 13, n. 2, p. 210-218, Abr/Jun 2014.
- SILVA, L. S.; BARBATO; M. H. S.; VALENTE, G. S. C. Produção dos enfermeiros a respeito dos cateteres venosos periféricos utilizados em pediatria: revisão sistemática. *Rev Enferm UFPE on line.*, Recife, v. 7, n.4, p.1195-203, abr. 2013.
- SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. *Rev Bras Enferm.*; v. 67, n. 1, p. 111-8, jan-fev. 2014.
- SILVA, R. N. A; ARREGUY-SENA, C. Survey of clinical manifestations of peripheral vascular trauma in children admitted to pediatric wards. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [S.l.], v. 12, n. 3, p. 451-61, aug, 2013. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a14.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a14.pdf).
- \_\_\_\_\_. Trauma vascular periférico em crianças: fatores relacionados pelo método de regressão logística. *Rev Eletrônica Enferm.*; v. 16, n. 1, p. 117-24, 2014. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a14.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a14.pdf).
- SPINK, M. J. P. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul/set, 1993.
- TAMEZ, R. N. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- TAVARES, M. M., GOMES, A. M. T., BARBOSA, D. J. et al. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. *Rev enferm UFPE on line*. Recife, v. 12, n. 4, p1097-102, abr., 2018 .
- TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. *Modelos y teorías em enfermería*. Madri: Elsevier, 2007.

UMSCHEID, CA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the associated mortality and costs. *Infect Control Hosp Epidemiol*; v. 32, n. 2, p. 101-114. Feb. 2011.

VERGÈS, P. *Conjunto de programas que permitem a análise de evocações*. EVOC, Manual, v. 5, 2002.

VYGOTSKY, L. S. et al. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Icone/EDUSP, 1988.

WACHELKE, J.W.R. Critérios de construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2011.

WILLS, E. Grandes teorias de Enfermagem baseadas nas necessidades humanas. In: MCEWEN, M. e WILLS, E. M. (Ed.). *Bases teóricas para Enfermagem*. 2. Porto Alegre (RS), 2009, p.156-185.

WOLTER, R. P., WACHELKE, J., NAIFF, D. The basic cognitive schemes: theoretical perspectives and empirical research. *Temas Psicol.*; v. 24, n. 3, p. 1139-52, Set. 2016.

## APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

IMPRESSO DESTINADO A COLETA DE DADOS DO ACOMPANHANTE DA CRIANÇA					
<b>CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>			DATA:		Código:
<b>Dados referentes à criança</b>					
Idade: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> vermelha <input type="checkbox"/> outras especificar	
Grau de escolaridade (em anos): _____			Tem irmã(o)s: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qtos: _____		
Mora com quem: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Avós <input type="checkbox"/> Outros. Especificar _____					
<b>Dados referentes ao acompanhante da criança</b>					
Idade: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
Religião: <input type="checkbox"/> católico(a) <input type="checkbox"/> protestante <input type="checkbox"/> assembleia de Deus <input type="checkbox"/> testemunha de geová <input type="checkbox"/> evangélico(a) <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> candomblé <input type="checkbox"/> macumba <input type="checkbox"/> agnóstico <input type="checkbox"/> ateu <input type="checkbox"/> outros especificar					
Grau de relação com a criança: <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> irmã(o) <input type="checkbox"/> avó(ô) <input type="checkbox"/> tio(a) <input type="checkbox"/> primo(a) <input type="checkbox"/> vizinho(a) <input type="checkbox"/> amigo(a) <input type="checkbox"/> cuidador(a) <input type="checkbox"/> outros especificar					
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> companheiro(a)					
Cor da pele autodeclarada: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> vermelha <input type="checkbox"/> outras especificar					
Tem filhos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qtos: _____					
Escolaridade (em anos de estudo): _____		Profissão: _____		Ocupação: _____	
<b>EVOCAÇÕES SOBRE PUNÇÃO DE VASOS EM CRIANÇAS POR SEUS ACOMPANHANTES</b> (Técnica da evocação: Solicitar ao participante que mencione as cinco primeiras palavras que lhe vierem à mente ao mencionar os termos indutores)					
<b>Pegar veia da criança</b>		<b>Manter a veia da criança</b>		<b>Retirar a agulha da veia da criança</b>	
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
<b>História da internação e adoecimento da criança</b>					
Motivo da Internação atual: _____					
Internações anteriores: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qtas: _____			Motivo: _____		
Punções anteriores <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Qual a reação de criança ao ser puncionada? <input type="checkbox"/> não presenciou <input type="checkbox"/> presenciou <input type="checkbox"/> chorou <input type="checkbox"/> ficou calma <input type="checkbox"/> reclamou <input type="checkbox"/> lidou com tranquilidade <input type="checkbox"/> ficou estática/passiva <input type="checkbox"/> se agitou <input type="checkbox"/> resmungou <input type="checkbox"/> gritou <input type="checkbox"/> pediu Socorro <input type="checkbox"/> pediu para não fazer <input type="checkbox"/> bateu <input type="checkbox"/> cuspiu <input type="checkbox"/> mordeu <input type="checkbox"/> xingou <input type="checkbox"/> escondeu <input type="checkbox"/> saiu correndo <input type="checkbox"/> virou o rosto <input type="checkbox"/> puxou o braço <input type="checkbox"/> outras especificar					
Qual sua reação diante da reação da criança: <input type="checkbox"/> ficou com pena/dó <input type="checkbox"/> apoiou <input type="checkbox"/> fingiu reclamar com o profissional diante da criança <input type="checkbox"/> obrigou <input type="checkbox"/> explicou <input type="checkbox"/> seguiu a criança <input type="checkbox"/> somente observou <input type="checkbox"/> saiu de perto <input type="checkbox"/> ficou perto <input type="checkbox"/> consolou <input type="checkbox"/> ameaçou castigar <input type="checkbox"/> bateu <input type="checkbox"/> acalmou a criança <input type="checkbox"/> gritou <input type="checkbox"/> pediu para ela deixar <input type="checkbox"/> não deixou a criança olhar <input type="checkbox"/> chorou <input type="checkbox"/> ficou tranquila <input type="checkbox"/> ameaçou a repunção se não ficasse quieta <input type="checkbox"/> justificou ser para o bem dela <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> outras especificar.					
<b>História da internação e adoecimento do acompanhante</b>					
Já esteve internada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Qtas: _____			Motivo: _____		
Já teve sua veia puncionada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N					
Qual sua reação ao ser puncionado(a)? <input type="checkbox"/> não presenciou <input type="checkbox"/> presenciou <input type="checkbox"/> chorou <input type="checkbox"/> ficou calma <input type="checkbox"/> reclamou <input type="checkbox"/> lidou com tranquilidade <input type="checkbox"/> ficou estática/passiva <input type="checkbox"/> se agitou <input type="checkbox"/> resmungou <input type="checkbox"/> gritou <input type="checkbox"/> pediu Socorro <input type="checkbox"/> pediu para não fazer <input type="checkbox"/> bateu <input type="checkbox"/> cuspiu <input type="checkbox"/> mordeu <input type="checkbox"/> xingou <input type="checkbox"/> escondeu <input type="checkbox"/> saiu correndo <input type="checkbox"/> virou o rosto <input type="checkbox"/> puxou o braço <input type="checkbox"/> outras especificar					
Informações adicionais: _____					
<b>ABORDAGEM PROCESSUAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ACOMPANHANTES</b>					
<b>Questões norteadoras principais (Dimensões representacionais)</b>					

Conte um caso sobre punção de veia que tenha ocorrido ou que tenham te contado com essa ou outra criança que o Sr(a) lembre.
Como se sente/pensa quando pegam a veia de uma criança e você está perto? O que faz? (comportamento e a atitude)
Como é para o(a)Sr(a)quando essa ou uma criança ficam com a veia puncionada? (comportamento e a atitude)
Como é para o(a)Sr(a) retirar a agulha de dentro da veia dessa ou de outra criança? (comportamento e a atitude)
O que acha da punção de veia no tratamento da criança (valor)
O que conhece sobre a punção de veia em criança? (informação)
Quem ou onde já ouviu falar sobre punção de veia em criança? (informação)
Onde viu punção de veia em crianças (local ou pessoa-origem) (informação)
Se o(a) Srs(a) fosse representar a punção de veia numa criança qual objeto o(a) Sr(a) usaria para representa-la? (representação)
Dê duas características positivas e 2 negativas de usar a veia para tratamento
<b>Questões norteadoras secundárias</b>
O que você espera da realização desse procedimento.
Como sua ou outra criança reage quando pegam a veia dele(a) ? (comportamento e a atitude)
O que o(a)Sr(a) acha que poderia melhorar na punção de veias? (valor)
Quer comentar mais alguma coisa sobre alguém ou algum acontecimento sobre uma história de punção venosa em crianças?
<b>Registros de diário de campo</b>
<b>Interação acompanhante-criança, acompanhante-profissionais</b>
Como ele estava quando você chegou? <input type="checkbox"/> conversando com a criança <input type="checkbox"/> caminhando com a criança <input type="checkbox"/> ao lado da cama <input type="checkbox"/> deitado com a criança <input type="checkbox"/> sentado na cama <input type="checkbox"/> conversando com outro(a) acompanhante <input type="checkbox"/> conversando com outra criança <input type="checkbox"/> teclando ao celular <input type="checkbox"/> lendo <input type="checkbox"/> dormindo <input type="checkbox"/> andando <input type="checkbox"/> outros especificar
Qual a impressão que teve da interação da(o) acompanhante com a criança: <input type="checkbox"/> próxima <input type="checkbox"/> distante <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> atencioso <input type="checkbox"/> preocupada <input type="checkbox"/> tranquila <input type="checkbox"/> chorosa <input type="checkbox"/> nervosa <input type="checkbox"/> calma <input type="checkbox"/> carinhoso <input type="checkbox"/> impaciente <input type="checkbox"/> cansada <input type="checkbox"/> bem disposta <input type="checkbox"/> exausta <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> insatisfeita <input type="checkbox"/> satisfeita <input type="checkbox"/> outras especificar
Qual a impressão que teve da interação da(o) acompanhante com os profissionais: <input type="checkbox"/> próxima <input type="checkbox"/> distante <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> atencioso <input type="checkbox"/> preocupada <input type="checkbox"/> tranquila <input type="checkbox"/> chorosa <input type="checkbox"/> nervosa <input type="checkbox"/> calma <input type="checkbox"/> carinhoso <input type="checkbox"/> impaciente <input type="checkbox"/> cansada <input type="checkbox"/> bem disposta <input type="checkbox"/> exausta <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> insatisfeita <input type="checkbox"/> satisfeita <input type="checkbox"/> outras especificar
<b>Contextualização do ambiente hospitalar da criança-acompanhante</b>
Ambiente? <input type="checkbox"/> enfermaria compartilhada.se sim, quantos leitos? <input type="checkbox"/> quarto individual <input type="checkbox"/> quarto coletivo com bloqueio de leito <input type="checkbox"/> quarto coletivo sozinho na enfermaria
Proximidade: <input type="checkbox"/> próximo ao posto de enfermagem <input type="checkbox"/> distante do posto de enfermagem
Onde é puncionada a veia? <input type="checkbox"/> na enfermaria <input type="checkbox"/> em sala de exame <input type="checkbox"/> na sala de recreação <input type="checkbox"/> outros especificar
Acomodação para acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Conhece qual(is) profissional(is) cuida da criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

IMPRESSO DESTINADO A COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM					
<b>CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>		DATA:		Código:	
<b>Dados referentes ao profissional de enfermagem</b>					
Idade: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> vermelha <input type="checkbox"/> outras especificar	
Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a) <input type="checkbox"/> união estável <input type="checkbox"/> companheiro(a)					
Religião: <input type="checkbox"/> católica(o) <input type="checkbox"/> protestante <input type="checkbox"/> assembleia de Deus <input type="checkbox"/> testemunha de geová <input type="checkbox"/> evangélico(a) <input type="checkbox"/> espírita <input type="checkbox"/> candomblé <input type="checkbox"/> macumba <input type="checkbox"/> agnóstico <input type="checkbox"/> ateu <input type="checkbox"/> outros especificar					
Categoria profissional: <input type="checkbox"/> auxiliar <input type="checkbox"/> técnico(a) <input type="checkbox"/> enfermeiro(a)					
Tem especialização <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Área:					
Tempo de atuação (em anos):					
Tempo de atuação no setor de pediatria:			Número de empregos:		
Tem filhos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qtos:					
<b>EVOCAÇÕES SOBRE PUNÇÃO DE VEIAS EM CRIANÇAS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b> (Técnica da evocação: Solicitar ao participante que mencione as cinco primeiras palavras que lhe vierem à mente ao mencionar os termos indutores)					
<b>Pegar veia da criança</b>		<b>Manter a veia da criança</b>		<b>Retirar o cateter da veia da criança</b>	
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
<b>Questões norteadoras principais</b>					
Conte um caso sobre punção de veia que tenha ocorrido com o Sr(a) que se lembre ou que tenha ouvido falar ou que alguém lhe contou.					
Como se sente/pensa quando punciona a veia de uma criança? Como faz? (comportamento e a atitude)					
Como é para o(a) Sr(a) manter a veia puncionada em uma criança? (comportamento e a atitude)					
Como é para o(a) Sr(a) retirar o cateter de dentro da veia de uma criança? (comportamento e a atitude)					
O que acha da punção de veia no tratamento da criança (valor)?					
O que conhece sobre a punção de veia em criança? (informação)					
Quem ou onde já ouviu falar sobre punção de veia em criança? (informação)					
Onde viu punção de veia em crianças (local ou pessoa-origem) (informação)					
Se o(a) Srs(a) fosse representar a punção de veia numa criança qual objeto o(a) Sr(a) usaria para representa-la? (representação)					
Dê duas características positivas e 2 negativas de usar a veia para tratamento					
<b>Questões norteadoras secundárias</b>					
O que você espera da realização desse procedimento.					
Como sua ou outra criança reage quando pegam a veia dele(a) ?					
O que o(a)Sr(a) acha que poderia melhorar na punção de veias? (valor)					
Quer comentar mais alguma coisa sobre alguém ou algum acontecimento sobre uma história de punção venosa em crianças?					
<b>Contextualização do ambiente hospitalar do profissional de enfermagem</b>					
Descrição da equipe de trabalho por plantão: equipe completa <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Número de profissionais por leito:					
Número de profissionais enfermeiros por leito:					
Número de profissionais técnicos por leito:					
Número de profissionais auxiliares por leito:					
<b>Interação profissional-acompanhante, profissional-criança</b>					
Como ele(a) estava quando você chegou?					
<input type="checkbox"/> conversando com a criança <input type="checkbox"/> conversando com o(a) acompanhante <input type="checkbox"/> conversando com outra profissional <input type="checkbox"/> teclando					

ao celular <input type="checkbox"/> lendo <input type="checkbox"/> em descanso <input type="checkbox"/> andando <input type="checkbox"/> em procedimento <input type="checkbox"/> outros especificar
Qual a impressão que teve da interação com acompanhante: <input type="checkbox"/> próxima <input type="checkbox"/> distante <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> atencioso <input type="checkbox"/> preocupada <input type="checkbox"/> tranquila <input type="checkbox"/> chorosa <input type="checkbox"/> nervosa <input type="checkbox"/> calma <input type="checkbox"/> carinhoso <input type="checkbox"/> impaciente <input type="checkbox"/> cansada <input type="checkbox"/> bem disposta <input type="checkbox"/> exausta <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> insatisfeita <input type="checkbox"/> satisfeita <input type="checkbox"/> outras especificar
Qual a impressão que teve da interação com a criança: <input type="checkbox"/> próxima <input type="checkbox"/> distante <input type="checkbox"/> indiferente <input type="checkbox"/> atencioso <input type="checkbox"/> preocupada <input type="checkbox"/> tranquila <input type="checkbox"/> chorosa <input type="checkbox"/> nervosa <input type="checkbox"/> calma <input type="checkbox"/> carinhoso <input type="checkbox"/> impaciente <input type="checkbox"/> cansada <input type="checkbox"/> bem disposta <input type="checkbox"/> exausta <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> feliz <input type="checkbox"/> insatisfeita <input type="checkbox"/> satisfeita <input type="checkbox"/> outras especificar
Duração da entrevista:
<b>REGISTROS DE DIÁRIO DE CAMPO</b>
<b>Estrutura física do setor pediátrico</b>
Número de enfermarias: Número de quartos individuais: Número de sala de exames: Número de banheiros para crianças: Número de banheiros para acompanhante: Fluxo de atendimento: Número de leitos para internação: Regime de trabalho: Equipe de saúde que viu no setor: Duração da entrevista:

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da “Representação social de acompanhantes e da equipe de enfermagem sobre punção venosa pediátrica durante internação segundo Modelo dos Sistema de Neuman”. Nesta pesquisa objetivamos compreender as representações sociais elaboradas pelos acompanhantes de crianças e pelos profissionais de enfermagem na atenção secundária sobre o processo de punção de veias.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é devido a necessidade de avaliar as consequências que a punção venosa gera a nível psicológico e emocional nas crianças, declarado por seus acompanhantes e pelos profissionais de enfermagem.

**Dentre os benefícios identificados na realização da presente pesquisa destacamos** compreender a representação social da punção de veias em crianças para o acompanhante e para a equipe de enfermagem que a esteja acompanhando auxiliando o planejamento do cuidado que a criança receberá.

A presente pesquisa **classifica-se em nível de risco e desconforto mínimos**, uma vez que o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados (entrevista gravada) constituem em atividades que equivalem ao cotidiano. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento/indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

**Sua participação consistirá em:** responder uma entrevista sobre a punção venosa realizada e mantida nas crianças. Para participar deste estudo, você deverá assinar esse termo de consentimento

**Sua participação é voluntária**, estando livre para participar ou recusar-se a participar **e mesmo depois de aceitar a participar, a qualquer momento você poderá desistir**. A sua recusa em participar não acarretará em nenhuma penalidade ou modificação na forma em que você é atendido(a) pelas pesquisadoras. Aceitando a participar, tudo que for dito por você durante a realização deste estudo será gravado em mídia digital e somente as pessoas envolvidas diretamente na pesquisa (a pesquisadora e a orientadora do estudo) terão acesso ao conteúdo. Para participar deste estudo o(a) Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, uma vez que não está previsto financiamento para tal finalidade.

O(A) Sr(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que necessitar e a qualquer momento, sendo disponibilizado contato ao final desse impresso.

Sua identidade não será divulgada em nenhum momento da pesquisa. Os resultados da serão divulgados em periódicos e meios científicos e estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo, garantindo o sigilo e anonimato. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora durante cinco anos, e após serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com a pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e o poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar dessa investigação. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

**Assinatura do participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Pesquisador:** \_\_\_\_\_

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos, consulte:  
**CEP- Comitê de Ética em Pesquisa**  
 End.: Av. Barão do Rio Branco, 3353 – Passos – Juiz de Fora –  
 MG. CEP: 36021-630/Tel: (32) 3229-2311  
 Email: comiteetica@santacasajf.org.br

**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Enf. Ms. Paula Krempser  
 End.: Rua Belo Horizonte, 313/906 B- São Mateus- Juiz de  
 Fora- MG. CEP: 36016-430  
 Tel: (32) 98841-1944  
 E-mail: [paula@krepser.com.br](mailto:paula@krepser.com.br)

## APÊNDICE C – Cronograma de atividades

A previsão de realização da operacionalização do estudo consta do cronograma a seguir.

Quadro 8 – Cronograma de atividades. Juiz de Fora, (MG). Maio/2017

ATIVIDADES	2017								2018								2019							
	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	
Levantamento bibliográfico	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Submissão e apreciação do projeto ao Comitê de Ética							x	x	x	x	x													
Captação das entrevistas											x	x	x											
Transcrição das entrevistas											x	x	x	x										
Análise das entrevistas														x	x	x	x							
Discussão compreensiva das entrevistas															x	x	x	x						
Elaboração do relatório															x	x	x	x						
Pré-banca da tese de doutoramento																		x	x					
Divulgação dos resultados à instituição pesquisada																				x	x			
Apresentação dos resultados em eventos																				x	x	x	X	
Publicação do artigo científico em periódicos																				x	x	x	X	
Defesa da tese de doutoramento																					x			

Fonte: A autora, 2018.

## APÊNDICE D – Orçamento

A responsabilidade do financiamento da pesquisa caberá a coordenadora do mesmo.

Quadro 9 – Orçamento para realização da pesquisa. Juiz de Fora, (MG). Maio/2017

Recursos	Descrição	Quantidade	Valor R\$	Subtotal R\$
Material de consumo	Pacote de 500 folhas A4	5	15,00	75,00
	Tinta de computador p/b	2	40,00	80,00
	Tinta de computador colorida	1	50,00	50,00
	Passagens urbanas	120	3,80	456,00
	Viagens	2	200,00	400,00
	Internet	23 meses	80,00	1840,00
	Publicação pesquisa	1	1320,00	1320,00
<b>Total</b>				4281,00

Fonte: A autora, 2017.

## ANEXO – Aprovação do projeto de pesquisa no CEP

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p><b>SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA/MG</b></p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>								
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>								
Elaborado pela Instituição Coparticipante								
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>								
<b>Título da Pesquisa:</b> REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE PUNÇÃO VENOSA PEDIÁTRICA DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE A PARTIR DO MODELO DOS SISTEMAS DE NEUMAN								
<b>Pesquisador:</b> Paula Krempser								
<b>Área Temática:</b>								
<b>Versão:</b> 1								
<b>CAAE:</b> 82382117.9.3001.5139								
<b>Instituição Proponente:</b> Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora/MG								
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio								
<b>DADOS DO PARECER</b>								
<b>Número do Parecer:</b> 2.543.592								
<b>Apresentação do Projeto:</b>								
A punção venosa periférica constitui um procedimento de atribuição da equipe de enfermagem utilizado de modo frequente no atendimento às crianças hospitalizadas sendo fonte de dor, estresse e complicações graves. A participação familiar no cuidado com a criança hospitalizada durante procedimentos estressantes é um desafio para a enfermagem quando se almeja um cuidado de qualidade sendo necessário se dar voz aos grupos sociais envolvidos no processo de punção venosa para proporcionar um entendimento das respostas dos indivíduos, suas sensações, comportamentos e vivências em relação a este procedimento. Esse estudo é uma pesquisa qualitativa delimitada no referencial teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais utilizando da triangulação de dados com a abordagem processual, estrutural ancorada na teoria de enfermagem do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Serão realizadas entrevistas gravadas com os acompanhantes de crianças internadas e punçionadas e com os profissionais de enfermagem no setor de pediatria de uma instituição hospitalar. Com o presente estudo espera-se preencher uma lacuna da literatura sobre as especificidades que caracterizam o processo de punção de vasos em crianças na perspectiva de aproximação de um procedimento técnico com uma realidade social e culturalmente contextualizada através da busca da identificação das percepções pessoais e coletivas sobre o processo de punção de vasos em crianças pelos acompanhantes das crianças e pelos profissionais de enfermagem.								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Endereço:</b> Av. Barão do Rio Branco 3353</td> <td style="padding: 2px;"><b>CEP:</b> 38.021-630</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Bairro:</b> xxx</td> <td style="padding: 2px;"><b>Município:</b> JUIZ DE FORA</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>UF:</b> MG</td> <td style="padding: 2px;"><b>E-mail:</b> <a href="mailto:comitedeetica@santacasajf.org.br">comitedeetica@santacasajf.org.br</a></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><b>Telefone:</b> (32)3229-2311</td> <td></td> </tr> </table>	<b>Endereço:</b> Av. Barão do Rio Branco 3353	<b>CEP:</b> 38.021-630	<b>Bairro:</b> xxx	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA	<b>UF:</b> MG	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:comitedeetica@santacasajf.org.br">comitedeetica@santacasajf.org.br</a>	<b>Telefone:</b> (32)3229-2311	
<b>Endereço:</b> Av. Barão do Rio Branco 3353	<b>CEP:</b> 38.021-630							
<b>Bairro:</b> xxx	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA							
<b>UF:</b> MG	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:comitedeetica@santacasajf.org.br">comitedeetica@santacasajf.org.br</a>							
<b>Telefone:</b> (32)3229-2311								
<small>Página 01 de 02</small>								

SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE  
FORA/MG



Continuação do Parecer: 3.543.592

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos são apresentados de forma clara. O estudo tem como objetivo conhecer os componentes representacionais da punção venosa em crianças e analisar como as experiências e percepções podem representar estressores e demandas de cuidado além da dimensão técnica a ponto de nortear e redimensionar a atuação laboral da enfermagem ao punccionar veias em crianças.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os pesquisadores elencam que esse estudo poderá trazer benefícios à qualidade da assistência da enfermagem e da equipe de saúde, pois poderá levar a compreender os sentimentos e significados da punção venosa periférica pediátrica na visão dos acompanhantes das crianças hospitalizadas e dos profissionais de enfermagem com a possibilidade de gerar uma reflexão acerca das ações e atitudes durante uma punção venosa e redimensionar este cuidado pautado na humanização do cuidado valorizando cada sujeito em sua individualidade. E em relação aos riscos definem que a participação na pesquisa não oferecerá riscos físicos ou psicológicos, tendo em vista que o presente estudo classifica-se em nível de risco e desconforto mínimos, pois o método e a técnica utilizados durante a coleta de dados (entrevista gravada) constituem em atividades que equivalem ao cotidiano.

Ao realizarmos a avaliação ética desse protocolo de pesquisa não evidenciamos riscos além dos citados pelos pesquisadores desde que os participantes deem o seu consentimento para a participação da entrevista bem como autorizem que a mesma seja gravada. Em relação aos benefícios pontuamos que esse estudo pode corroborar para uma abordagem mais sensível à criança hospitalizada bem como a sua família igualmente fragilizada pela doença de seu ente querido.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A relevância desse estudo reside no fato de que, após a publicação dos resultados obtidos no mesmo poderão contribuir para uma maior humanização e sensibilização dos profissionais de saúde na assistência Integrativa à criança enferma.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados de forma concisa com as Normas éticas propostas pela Resolução 466/2012.

Folha de Rosto assinada pela direção a Santa Casa ?

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353

Bairro: xxx

CEP: 36.021-630

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)3229-2311

E-mail: comitedeetica@santacasajf.org.br

SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE JUIZ DE  
FORA/MG



Continuação do Parecer: 2.543.592

**Recomendações:**

Recomenda-se com veemência que seja entregue um Relatório a esse CEP , ao final do estudo. Essa recomendação se deve a um anseio ético de se conhecer os resultados dos Estudos que foram analisados e autorizados pelo nosso CEP, analisando a Beneficência dos referidos estudos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Opina-se pela aprovação do presente estudo pelo mesmo atender as Normas éticas da Resolução 466/2012 e ainda estar de acordo com as premissas éticas de nossa Instituição.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_ajustado.pdf	06/02/2018 14:58:50	Paula Krempser	Acelto
Outros	Instrumentocoletadados_CEP.pdf	24/11/2017 13:54:56	Paula Krempser	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_TRS_CEP.pdf	24/11/2017 13:43:15	Paula Krempser	Acelto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 14 de Março de 2018

Assinado por:  
Maria José Guedes Gondim Almeida  
(Coordenador)

Endereço: Av. Barão do Rio Branco 3353  
Bairro: xxx CEP: 38.021-830  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)3229-2311 E-mail: comitedeetica@santacasaf.org.br