



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Deliane Vilela de Oliveira**

**PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PERIFÉRICOS  
EM ADULTOS: DIVERSIDADE DE EXPERIÊNCIAS E  
REPRESENTAÇÃO SOCIAL**

Juiz de Fora  
2013

**Deliane Vilela de Oliveira**

**PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PERIFÉRICOS EM  
ADULTOS: DIVERSIDADE DE EXPERIÊNCIAS E  
REPRESENTAÇÃO SOCIAL**

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como critério do processo de qualificação.

**Área de Concentração:** “Cuidado em Saúde e Enfermagem”

**Linha de Pesquisa:** Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Arreguy-Sena

**Juiz de Fora  
2013**

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Elaborado no Guia de Apresentação de Trabalhos Acadêmicos na Universidade Federal de Juiz de Fora.

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) GPT/BC/UFJF**

Oliveira, Deliane Vilela de

Processo de punção de vasos periféricos em adultos: diversidade de experiências e representação social / Deliane Vilela de Oliveira  
- 2013

137f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

1. Enfermagem. 2. Veias. 3. Punções. 4. Infusões intravenosas. 5. Derivação arteriovenosa cirúrgica. 6. Testes diagnósticos de rotina. I. Título.

Pesquisa desenvolvida no Núcleo de pesquisa “**Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem**” – TECCSE -UFJF e inserida na linha “**Cultura e Comunicação em saúde e em enfermagem**”.

Esta pesquisa contou com o apoio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem e a autora foi bolsista do Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora.

A operacionalização financeira da investigação foi realizada com recursos da pesquisadora responsável.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

DELIANE VILELA DE OLIVEIRA

### **PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PERIFÉRICOS EM ADULTOS: DIVERSIDADE DE EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÃO SOCIAL**

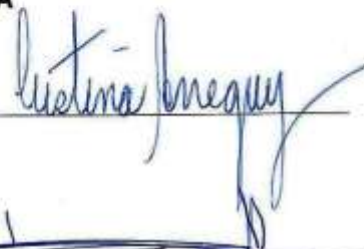
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Departamento de Enfermagem Aplicada da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Juiz de Fora em: 11 de Julho/ 2013.

#### **BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal  
de Juiz de Fora (FACENF-UFJF)

Assinatura: \_\_\_\_\_



Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro-  
(UERJ)

Assinatura: \_\_\_\_\_



Profa. Dra. Gírlene Alves da Silva  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal  
de Juiz de Fora (FACENF-UFJF)

Assinatura: \_\_\_\_\_



Suplemente 1: Prof. Dr. Pedro Miguel dos  
Santos Diniz Parreira  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra de  
Portugal (ESENC-- Portugal)

Assinatura: \_\_\_\_\_



Suplemente 2: Profa. Dra. Zuleyce Maria  
Lessa Pacheco  
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal  
de Juiz de Fora (FACENF-UFJF)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Juiz de Fora- 2013

*A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.*

*Paulo Freire*

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, orientadora desta dissertação, por todo empenho, sabedoria, compreensão e exigência. Por ter tido paciência de me ensinar quantas vezes fossem necessárias. E por ser, acima de tudo, um exemplo de dedicação à docência.

Às Professoras participantes da banca de pré-qualificação Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena, Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, Profa. Dra. Betânia Fernandes, Profa. Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco (suplente) pelos apontamentos pertinentes e pela rica contribuição para este trabalho.

Aos Professores Dra. Denize Cristina de Oliveira, Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco e suplentes Dr. Pedro Diniz Parreira e Dra. Betânia Fernandes pela contribuição acadêmica na banca de qualificação.

Aos Professores Dra. Denize Cristina de Oliveira e Profa. Dra. Girlene Alves da Silva, e aos suplentes Profa. Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco e Dr. Pedro Diniz Parreira pela disponibilidade em estar presente em nesta banca e pela generosidade em contribuir com meu crescimento acadêmico.

À coordenadora do Programa de Pós-Graduação do mestrado em enfermagem, Profa. Dra. Anna Maria Salimena, pela competência administrativa e por seus sábios conselhos.

Às instituições que foram campo de coleta de dados, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora e CTDR, em especial as enfermeiras responsáveis técnicas Mara Daldegan e Aline, sempre solícitas e facilitando meu acesso à instituição.

À responsável técnica do Hospital Regional João Penido, Doralice, por compreender, respeitar e facilitar esse momento final.

A todos os participantes desta pesquisa, minha imensa gratidão, por disponibilizarem seus tempos em me ajudar, mesmo em situações que necessitavam de ajuda.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Primeiramente a Deus, Pai de Bondade e Misericordioso que me deu a dádiva da saúde e da vida.

À minha mãe sempre viva e presente em meu coração que me deixou de herança a alegria de viver e a compreensão da importância do estudo. Ao meu pai, homem de fibra e batalhador que me mostra a cada dia que é possível mudar para melhor. Obrigado por terem me apoiado a estudar mesmo em momentos difíceis.

Aos meus irmãos, Dani e Vagner, e aos meus irmãos de coração Fontana e Paula, pela compreensão e apoio em tudo que faço.

Aos meus sobrinhos e afilhados por encherem minha vida de alegria.

Aos meus amigos, Katia e Rodrigo, Letícia e Beto, Marcele e Fabrício, Marcília e Mateus, Elisa e Fred, Paula e Jonas, Roberta e Alex e todos os outros que moram no meu coração. Obrigada por compreenderem minha ausência.

Ao meu marido Arnaldo pelo apoio acadêmico, profissional, espiritual, emocional e por ser um exemplo de professor que prima por uma educação igualitária, dialógica e libertadora. Você é o rochedo em que me apoio!

Aos amigos da Santa Casa, que acompanharam de perto esses momentos e que sempre me apoiaram e me ajudaram.



## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS  
LISTA DE GRÁFICOS  
LISTA DE QUADROS  
LISTA DE TABELAS  
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>8</b>
3.1	PUNÇÃO DE VASOS NUM ENFOQUE DOS APARATOS TECNOLÓGICOS E DO PROCESSO COMUNICACIONAL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA	8
3.2	PECULIARIDADES DO PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PARA COLETA DE SANGUE, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA	14
3.2.1	<b>Processo de coleta de sangue</b>	14
3.2.2	<b>Processo de uso dos vasos periféricos durante internação</b>	17
3.2.3	<b>Processo de punção do vaso na hemodiálise</b>	21
3.3	REPRESENTAÇÃO SOCIAL: PRESSUPOSTOS E APLICAÇÃO AO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	26
3.3.1	<b>Representação Social segundo a abordagem estrutural</b>	30
3.3.2	<b>Representação social da punção venosa em adultos enquanto objeto de pesquisa</b>	33
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>36</b>
	Gerais	36
	Específicos	36
<b>5</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	<b>36</b>
5.1	HIPÓTESES E PRESSUPOSTOS	38
5.2	CENÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO	39
5.3	POPULAÇÃO	40
5.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	43
5.5	PROCESSO DE COLETA DE DADOS	45
5.6	CONSOLIDAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	48
5.7	ASPECTOS ÉTICOS	53

<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>54</b>
6.1	PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS DE PESSOAS EM COLETA DE SANGUE: CARACTERIZAÇÃO E EXPERIÊNCIAS	54
6.1.1	<b>Caracterização sociodemográfica dos participantes</b>	54
6.1.2	<b>Vivências pregressas dos participantes que puncionaram a veia para coleta de sangue</b>	55
6.1.3	<b>Percepção dos participantes para as etapas do processo de punção de vasos durante a coleta de sangue</b>	58
6.1.4	<b>Sentimentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas que coletaram sangue</b>	62
6.1.5	<b>Comportamentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas que coletaram sangue</b>	63
6.2	PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS DE PESSOAS INTERNADAS: CARACTERIZAÇÃO E EXPERIÊNCIAS	64
6.2.1	<b>Caracterização sociodemográfica dos participantes</b>	65
6.2.2	<b>Vivências pregressas dos participantes que puncionaram a veia durante a internação</b>	66
6.2.3	<b>Percepção dos participantes para as etapas do processo de punção de vasos durante a internação</b>	70
6.2.4	<b>Sentimentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas internadas</b>	73
6.2.5	<b>Comportamentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas internadas</b>	75
6.3	PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS DE PESSOAS COM FAV: CARACTERIZAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÃO SOCIAL	76
6.3.1	<b>Caracterização sociodemográfica das pessoas em terapia renal substitutiva pela técnica de hemodiálise</b>	76
6.3.2	<b>Vivências pregressas e atuais dos participantes com o tratamento hemodialítico e a fístula arteriovenosa</b>	78
6.3.3	<b>Percepção dos participantes para as etapas do processo de punção da fístula durante o tratamento hemodialítico</b>	84
6.3.4	<b>Sentimentos que emergiram durante o processo de punção de Fístula arteriovenosa em pessoas em tratamento hemodialítico</b>	87
6.3.5	<b>Comportamentos que emergiram durante o processo de punção de Fístula arteriovenosa em pessoas em tratamento hemodialítico</b>	91
6.4	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PERIFÉRICO EM PESSOAS INTERNADAS, EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO E EM COLETA DE SANGUE AMBULATORIAL	92
6.5	CUIDADO DE ENFERMAGEM À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PUNÇÃO VENOSA	105
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>113</b>
<b>8</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>118</b>

**Apêndices A:** Instrumentos de Coleta de Dados versão preliminar

**Apêndices B-D:** Instrumentos de Coleta de Dados versão aplicada

**Apêndice E:** Questões norteadoras para subsidiar a realização da entrevista

**Anexo 1:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Cateteres de agulhas rígidas e flexíveis de diversos calibres e apresentações que estão disponíveis no mercado de uma cidade de Minas Gerais e do interior de São Paulo. Juiz de Fora, Jun/2013.	19
<b>Figura 2</b>	Materiais utilizados no processo de punção de veias. Juiz de Fora, Jun/2013.	20
<b>Figura 3</b>	Estrutura esquemática de um átomo representando os prótons e os elétrons. Juiz de Fora, Jun/2013.	30
<b>Figura 4</b>	Programa SPSS versão 20 utilizado para consolidação e tratamento do survey dados. Juiz de Fora, Jun/2013.	49
<b>Figura 5</b>	Programas <i>Excel for Windows</i> e <i>Evoc</i> versão 2.0 utilizados para consolidação e tratamento os dados discursivos gravados obtidos pela técnica de evocação. Juiz de Fora, Jun/2013.	50
<b>Figura 6</b>	Esquema gráfico de um quadro de quatro casas. Juiz de Fora, Jun/2013.	51
<b>Figura 7</b>	Programa NVivo versão 10.0 utilizados para consolidação e tratamento os dados discursivos gravados obtidos pela técnica de recorte e colagem de gibi. Juiz de Fora, Jun/2013.	52
<b>Figura 8</b>	Imagens de gibis selecionadas pelos entrevistados que estavam em coleta de sangue, retratando sentimentos e comportamentos. Juiz de Fora, Jun/2013.	57
<b>Figura 10</b>	Imagens de gibi selecionadas pelos entrevistados que estavam internados, retratando tendências de enfrentamento positivo diante do processo de internação e/ou tratamento. Juiz de Fora, Jun/2013.	68
<b>Figura 11</b>	Imagens de gibi selecionadas pelos entrevistados que estavam internados, retratando tendências de enfrentamento conflituosos diante do processo de internação e/ou tratamento. Juiz de Fora, Jun/2013.	69
<b>Figura 12</b>	Imagens de gibis selecionadas pelos entrevistados com FAV retratando as formas de enfrentamento diante do tratamento hemodialítico. Juiz de Fora, Jun/2013.	81
<b>Figura 13</b>	Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença de dor e medo como ocorrência simultânea diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.	94
<b>Figura 14</b>	Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença de dor contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.	95
<b>Figura 15</b>	Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença de medo contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.	97

<b>Figura 16</b>	Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas ansiedade, rápido, ter êxito e agulha de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.	99
<b>Figura 17</b>	Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas Deus, normal, achar-veia, preocupado e sangue de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.	101
<b>Figura 18</b>	Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas alívio, tranquilo, hematoma de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.	102
<b>Figura 19</b>	Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas resultado, retirar-sangue, tipo-veia, habilidade profissional, passar-mal, sangrar, insegurança, quem-punciona e repuncionar de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.	104

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Histograma e curva de distribuição segundo o tempo de duração do preenchimento do questionário (fase tipo <i>survey</i> ) segundo grupo de participantes. Juiz de Fora, Jun/2013.	46
------------------	---	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Cateteres intravasculares para punção da FAV para fins hemodialíticos. Juiz de Fora, Jun/2013.	26
<b>Quadro 2</b>	Quadro de quatro casas contendo os elementos e estrutura e elementos da representação social de pessoas que tiveram seus vasos puncionados para coleta de sangue, terapia medicamentosa ou tratamento hemodialítico para o termo indutor “processo de punção de vasos/pegar veia”, segundo os termos evocados, a frequência e a ordem média de evocações. Juiz de Fora, Jun/2013.	93
<b>Quadro 3</b>	Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico no período que antecedeu a punção. Juiz de Fora, Jun/2013.	106
<b>Quadro 4</b>	Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico durante a introdução do cateter. Juiz de Fora, Jun/2013.	107
<b>Quadro 5</b>	Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico na manutenção do cateter no interior do vaso. Juiz de Fora, Jun/2013.	108
<b>Quadro 6</b>	Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico na remoção do cateter. Juiz de Fora, Jun/2013.	109
<b>Quadro 7</b>	Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico no pós-remoção do cateter do interior do vaso. Juiz de Fora, Jun/2013.	110

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Distribuição de participantes segundo categoria da razão de uso ou não do vaso sanguíneos e aplicação dos critérios de exclusão e inclusão. Juiz de Fora, Jun/2013.	43
<b>Tabela 2</b>	Caracterização dos 40 participantes que realizaram coleta de sangue segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos. Juiz de Fora, Jun/2013.	54
<b>Tabela 3</b>	Distribuição das 40 pessoas em coleta de sangue segundo profissão e ocupação. Juiz de Fora, Jun/2013.	55
<b>Tabela 4</b>	Caracterização dos 40 participantes em coleta de sangue segundo o histórico de punção de vasos ao longo da vida. Juiz de Fora, Jun/2013.	56
<b>Tabela 5</b>	Distribuição da percepção dos 40 participantes a respeito das etapas do processo de punção de vasos para coleta de sangue. Juiz de Fora, Jun/2013.	58
<b>Tabela 6</b>	Distribuição das ocorrências de complicações após a remoção da agulha na coleta de sangue. Juiz de Fora, Jun/2013.	60
<b>Tabela 7</b>	Sentimentos mencionados pelos participantes em coleta de sangue que adotam por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos. Juiz de Fora, Jun/2013.	62
<b>Tabela 8</b>	Comportamentos mencionados pelos participantes por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos para fins de coleta de sangue. Juiz de Fora, Jun/2013.	63
<b>Tabela 9</b>	Caracterização das 120 pessoas internadas segundo gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, presença e quantidade de filhos. Juiz de Fora, Jun/2013.	65
<b>Tabela 10</b>	Distribuição das 120 pessoas internadas segundo profissão e ocupação. Juiz de Fora, Jun/2013.	66
<b>Tabela 11</b>	Caracterização dos 120 participantes internados segundo o histórico de punção de vasos ao longo da vida. Juiz de Fora, Jun/2013.	67
<b>Tabela 12</b>	Distribuição da percepção dos 120 participantes internados a respeito das etapas do processo de punção de vasos. Juiz de Fora, Jun/2013.	71
<b>Tabela 13</b>	Distribuição das ocorrências de complicações após a remoção da agulha em 120 participantes internados. Juiz de Fora, Jun/2013.	72
<b>Tabela 14</b>	Sentimentos mencionados por 120 participantes internados por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos. Juiz de Fora, Jun/2013.	74
<b>Tabela 15</b>	Comportamentos mencionados por 120 participantes internados por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos. Juiz de Fora, Jun/2013.	75

<b>Tabela 16</b>	Caracterização dos 75 pessoas com FAV segundo gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, presença e quantidade de filhos. Juiz de Fora, Jun/2013.	77
<b>Tabela 17</b>	Distribuição dos 75 pessoas com FAV para fins de tratamento hemodialítico segundo profissão e ocupação. Juiz de Fora, Jun/2013.	77
<b>Tabela 18</b>	Caracterização das 75 pessoas com punção de fístula arteriovenosa (FAV) segundo tempo de hemodiálise, número de fístulas construídas, local de inserção, tempo de duração, motivo da perda, utilização de cateter duplo lúmen e o número de vezes em que o cateter foi utilizado. Juiz de Fora, Jun/2013.	78
<b>Tabela 19</b>	Distribuição da percepção dos 75 participantes a respeito das etapas do processo de punção da FAV. Juiz de Fora, Jun/2013.	84
<b>Tabela 20</b>	Distribuição das ocorrências que surgem após a retirada do cateter de uma fístula arteriovenosa. Juiz de Fora, Jun/2013.	85
<b>Tabela 21</b>	Sentimentos mencionados pelos portadores de FAV que adotam por ocasião da vivência com o processo de punção dos vasos sanguíneos para fins de tratamento hemodialítico. Juiz de Fora, Jun/2013.	87
<b>Tabela 22</b>	Comportamentos mencionados pelos portadores de FAV que adotam por ocasião da vivência com o processo de punção dos vasos sanguíneos para fins de tratamento hemodialítico. Juiz de Fora, Jun/2013.	91



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPD	Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua
EP	Elemento Periférico
FAV	Fístula Arteriovenosa
G	<i>Gauge</i> (unidade de medida de cateter)
HD	Hemodiálise
HDL	<i>High-density lipoprotein</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDL	<i>Intermediate density lipoprotein</i>
IN	Internados
IRC	Insuficiência Renal Crônica
IV	Intravascular
LDL	<i>Low-density lipoprotein</i>
NANDA I	<i>North American Nursing Diagnosis Association- International</i>
NC	Núcleo Central
NIC	<i>Nursing Intervention Classification</i>
OME	Ordem média de evocações
PMP	Por milhão da população
PSA	<i>Prostate-Specific Antigen</i>
PTFE	Politetrafluoretileno
RS	Representação Social
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
T4	Tetraiodotironina
TAP	Tempo de Ativação da Protrombina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TECCSE	Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem
TGO	Transaminase Glutâmico Oxalacética

TGP	Transaminase Glutâmico Pirúvica
TRS	Teoria da Representação Social
TRS	Terapia Renal Substitutiva
TSH	<i>Thyroid Stimulating Hormone</i>
TTPA	Tempo de Tromboplastina Parcialmente Ativada
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VLDL	<i>Very low-density lipoprotein</i>

# PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PERIFÉRICOS EM ADULTOS: DIVERSIDADE DE EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Deliane Vilela de Oliveira  
Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

OLIVEIRA, Deliane Vilela. **Processo de punção de vasos periféricos em adultos: diversidade de experiências e representação social**. 2013. 137p. Dissertação - Mestrado em Enfermagem: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

**Resumo:** Pesquisa quantiquantitativa cuja trajetória metodológica visou analisar as representações sociais da punção venosa entre indivíduos adultos que vivenciaram a experiência com o processo de punção de vasos periféricos. Adotou-se múltiplos métodos e técnicas. Na abordagem quantitativa foi realizado um *survey* e no delineamento qualitativo foram utilizadas entrevistas individuais com aplicação das técnicas de “recorte e colagem de gibi” e “evocação livre”. A aplicação destas técnicas visou captar as variáveis intervenientes sobre o processo de punção de vasos periféricos e subsidiar a identificação dos elementos e caracterizar a relevância da representação social sobre tal processo. Dados obtidos no período de outubro/2012 a fevereiro/2013, por meio de entrevistas individuais gravadas e registro cursivo em diário de campo, realizados numa instituição hospitalar (setor de internação convencional) e num serviço de terapia renal substitutiva. Amostra de seleção completa. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e exclusão, foram realizadas 365 abordagens de coleta de dados, tendo participado 235 pessoas na fase do *survey*, das quais 120 estavam internadas, 75 estavam em hemodiálise e 40 coletaram sangue. Houve abordagem individualizada do questionário com auxílio para preenchimento. Técnica de evocação aplicada a partir de entrevista com participação de 90 pessoas, sendo 30 delas internadas, em coleta de sangue ou em tratamento hemodialítico. Foram obtidas 444 palavras/expressões evocadas para cinco das solicitadas. Na aplicação da técnica de “recorte e colagem de gibi” e gravação do discurso explicativo participaram 60 pessoas, sendo 20 em cada situação abordada. Foi oferecido o mesmo material de figuras para os participantes desta etapa. Um mesmo participante integrou uma ou mais técnicas. Os dados do *survey* foram tratados em software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 com análise descritiva. Os dados provenientes da evocação formaram o corpus, sendo consolidados no software EVOC versão 2000 com análise pela técnica do quadro de quatro casas. E os conteúdos obtidos pela técnica de recorte e colagem de gibi foram consolidados no software NVivo versão 10 e analisados segundo similitude de expressões. Todas as informações foram abordadas com padrões de anonimato, utilizando nomes de flores, pedras ou cores. Foram atendidos todos os requisitos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos. No perfil dos participantes da fase *survey* predominou a participação de mulheres na coleta de sangue e de homens internados ou em tratamento hemodialítico; com idade mais nova entre mulheres que coletavam sangue; domínio de pele declarada como branca (40%), menos de nove anos de escolaridade (65%), união estável (55%) e filhos. Sendo o processo de punção de vasos um procedimento técnico/científico, os usuários, porém, se apropriam do mesmo de forma particular, havendo destaque de algumas etapas em detrimento de outras. Foi possível identificar as variáveis intervenientes (exposição às diferentes situações e ocasiões de ocorrência do processo de punção de vasos) comparando-as com as variáveis de desfecho, ou seja, com os sentimentos, percepções e comportamentos dos participantes diante do processo de punção de vasos sanguíneos. Houve modificação de percepções, de sentimentos e de comportamentos ao longo das etapas do processo de punção dos vasos. No período que antecedeu a introdução da agulha no interior do vaso houve domínio de sentimentos de medo, desconforto, ansiedade, indiferença e normalidade e foram adotados comportamentos de silêncio, colaboração, normalidade e de “acostumado”, embora

acompanhados pelo nervosismo das pessoas que fizeram hemodiálise. O período de introdução da agulha foi vivenciado com sentimentos de dor e desconforto e comportamentos de colaboração, silêncio e nervosismo, com ocasional desvio do olhar para não acompanhar o procedimento técnico realizado. Manter a agulha no interior do vaso gerou predomínio de sentimentos de limitação de movimento e desconforto quando o período foi prolongado e houve comportamento de colaboração. O sentimento de alívio e a sensação de ardência foram aqueles que predominantemente emergiram por ocasião da remoção do cateter do interior do vaso e os participantes mencionaram adotar comportamentos de colaboração e de indiferença frente à remoção. No período pós-remoção predominaram os sentimentos de indiferença, alívio, normalidade e nada e comportamentos de silêncio e colaboração, caracterizando a não percepção deste momento como uma etapa do processo, exceção feita às pessoas que realizaram hemodiálise. Os resultados evidenciaram que a estrutura das representações sociais do processo de punção de vasos foi composta pelos elementos centrais de dor e medo. Como elementos periféricos apareceram a insegurança, quem punciona, habilidade profissional, resultado, repuncionar e sangrar, configurando uma abordagem negativa ou neutra expressa em diferentes situações de punções que se apoiaram em experiências, informações, julgamento de valores, concepção de sua finalidade e percepção sensorial, o que foi reafirmado pela técnica de recorte e colagem. Captar as representações sociais através dos sentimentos e comportamentos, bem como, conhecimentos, valores e experiências das pessoas que possuem seus vasos puncionados para fins de coleta de sangue, terapêutica farmacológica ou hemodialítica durante o processo de punção possibilitou fazer uma releitura da punção de vasos. Enquanto atividade processual, evidenciaram-se demandas de cuidado para as quais o enfermeiro dispõe de oportunidades para imprimir ao cuidado orientações educacionais, ações terapêuticas e gerenciais e captar/utilizar evidências a partir da investigação. Foram caracterizadas respostas dos indivíduos para as quais o enfermeiro é capaz de minimizar sentimentos e comportamentos negativos e favorecer formas positivas de enfrentamento. Ao propor-se uma abordagem quantiquantitativa, utilizando múltiplos métodos e técnicas a partir de um recorte conceitual e metodológico, a presente investigação mostrou-se enriquecedora e criativa e trouxe como limite a não comparação entre os participantes enquanto grupos que possuem vivências peculiares no processo de punção de vasos sanguíneos.

**Descritores:** Enfermagem. Veias. Punções. Infusões intravenosas. Derivação arteriovenosa cirúrgica. Testes diagnósticos de rotina.

# PROCESS OF PERIPHERAL VESSELS PUNCTURE IN ADULTS: DIVERSITY OF EXPERIENCES AND SOCIAL REPRESENTATION

Deliane Vilela de Oliveira  
Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

OLIVEIRA, Deliane Vilela. **Process of peripheral vessels puncture in adults: diversity of experiences and social representation.** 2013. 137p. Master Thesis in Nursing: School of Nursing, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

**Abstract:** Quanti-qualitative research whose methodological route intended to analyze the social representations of venipuncture among adults who have experienced the peripheral vessels puncture. Multiple methods and techniques were adopted. During the quantitative approach a survey research was conducted, while in the qualitative approach individual interviews were taken, applying the techniques of "cutting and pasting of comics" and "free recall". The application of these techniques aimed to capture intervening variables on the process of puncturing peripheral vessels and support the identification of elements and characterize the relevance of the social representation of this process. Data obtained from October 2012 to February 2013 through individually recorded interviews and field diary, both conducted in a hospital (regular hospitalization area) and in a program of renal replacement therapy. Sample selection complete. After applying the eligibility and exclusion criteria, there were 365 approaches for data collection, 235 people participated in the phase of the survey, of whom 120 were hospitalized, 75 were on hemodialysis and 40 collected blood samples. There was individualized approach and help to fill the questionnaire. Evocation technique applied in the interviews, with participation of 90 people, 30 of them hospitalized for blood collection or hemodialysis. With the inductive term appointed (process of vessel puncture). We obtained 444 words/expressions evoked to five of the requested. In applying the technique of "cutting and pasting of comics" and recording the explanatory discourse 60 people participated, 20 in each situation addressed. The same comics were shown to the participants of this step. A participant joined one or more techniques. For the treatment of the survey data, with descriptive analysis, was used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20. Evocation data formed the corpus, consolidated in EVOC 2000 version, and were analyzed through the four-house board technique. The contents obtained by the technique of cutting and pasting the comics were consolidated into NVivo software version 10 and analyzed according to similarity of expressions. All information has been addressed with patterns of anonymity, using names of flowers, stones or colors. We met all ethical and legal requirements for research involving humans. In the survey phase participants profile predominated the participation of women in blood sample collection and men hospitalized or undergoing hemodialysis, with younger age among women who collected blood; predominance of skin declared as white (40%), less than nine years of education (65%), marital stability (55%) and children. As the process of vessel puncture is a technical/scientific procedure, users, however, interpret it in a particular way, featuring some steps over others. It was possible to identify the intervening variables (exposure to different situations and times of occurrence of vessels puncture processes) compared with the outcome variables, i.e., the feelings, perceptions and behaviors of the participants before the process of puncturing blood vessels. There was a modification of perceptions, feelings and behaviors throughout the stages of the process of vessels puncturing. In the period preceding the introduction of the needle inside the vessel there was a predominance of feelings of fear, discomfort, anxiety, indifference and normality and behaviors of

silence, collaboration, normality and "being used to" were adopted, although accompanied by the nervousness of those people in hemodialysis. The length of the needle insertion was experienced with feelings of pain and discomfort and behaviors of collaboration, silence and nervousness, with occasional gaze deviation, not to follow the technical procedure performed. Maintaining the needle in the vessel predominantly generated feelings of limitation of movement and discomfort when the period was extended. There was also the behavior of collaboration. The feeling of relief and burning sensation were predominantly those who emerged during the removal of the catheter inside the vessel and the participants mentioned to adopt behaviors of collaboration and indifference to the removal. In the post-removal time predominated feelings of indifference, relief, normality and nothing and behaviors of silence and collaboration, showing the non-perception of this moment as a step of the process, except to people who underwent hemodialysis. The results showed that the structure of social representations of vessel puncture was composed by the central elements of pain and fear. The peripheral elements appeared insecurity, who punctures, professional skill, result, repuncturing and bleed, setting a neutral or negative approach expressed in different puncture situations that relied on experience, information, value judgment, conception of its purpose and sensory perception, what was reaffirmed by the technique of cutting and pasting. To capture the social representations through the feelings and behaviors, as well as knowledge, values, experiences of people own their vessels punctured for the purpose of blood collection, drug therapy or hemodialysis during puncture, allowed to reread the puncture of vessels. While a procedural activity, care demands showed up for which the nurse has opportunities to print educational guidelines, therapeutic and management actions and to capture/use evidences from the investigation. Answers of individuals were characterized for which the nurse is able to minimize negative feelings and behaviors and to encourage positive ways of coping. In proposing a quanti-qualitative approach, using multiple methods and techniques from a conceptual and methodological framework, this research proved to be enriching and creative and brought as its limitation the not comparison of the participants while groups that have peculiar experiences in the process of blood vessels puncturing.

**Keywords:** Nursing. Veins. Punctures. Intravenous infusions. Arteriovenous shunt surgery. Routine diagnostic tests.

# PROCESO DE PUNCIÓN DE VASOS PERIFÉRICOS EN ADULTOS: DIVERSIDAD DE EXPERIENCIAS Y REPRESENTACIÓN SOCIAL

Deliane Vilela de Oliveira  
Orientadora: Profa. Dra. Cristina Arreguy-Sena

OLIVEIRA, Deliane Vilela. **Proceso de punción de vasos periféricos en adultos: diversidad de experiencias y representación social** 2013. 137p. Disertación, Maestría en Enfermería: Escuela de Enfermería, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

**Resumen:** Investigación quanti-cualitativa cuya trayectoria metodológica tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales de la punción venosa en adultos que han experimentado el proceso de perforación de los vasos periféricos. Hemos adoptado varios métodos y técnicas. En el enfoque cuantitativo se llevó a cabo un estudio tipo *survey*, en cuanto que en la investigación cualitativa se utilizó entrevistas con la aplicación de técnicas de "cortar y pegar el cómic" y "evocación libre". La aplicación de estas técnicas se propuso capturar variables que intervienen en el proceso de perforación de los vasos periféricos y apoyar la identificación de elementos y caracterizar la importancia de la representación social de este proceso. Datos de la época del Octubre/2012 hasta Febrero/2013, cogidos a través de entrevistas grabadas y diario de campo, en un hospital (sector hospitalario convencional) y un servicio de terapia de reemplazo renal. Selección de la muestra completa. Después de aplicar los criterios de selección y exclusión, se realizaron 365 aproximaciones para recogida de datos, 235 personas participaron en la fase de la encuesta *survey*, de las cuales 120 fueron hospitalizadas, 75 estaban en hemodiálisis y 40 colectaron muestras de sangre. Fue individualizado el abordaje con ayuda para llenar el cuestionario. Técnica de evocación aplicada de una entrevista con la participación de 90 personas, 30 de ellas hospitalizadas, en la extracción de sangre o hemodiálisis. Se obtuvieron 444 palabras/expresiones evocadas a cinco de la solicitud. En la aplicación de la técnica de "cortar y pegar de los cómics" y grabación del discurso explicativo 90 personas participaron, 20 en cada situación abordada. Fue ofrecido el mismo material de cómics para los participantes de este paso. Un mismo participante integró una o más técnicas. Los datos del *survey* fueron tratados en el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20 con el análisis descriptivo. Los datos de evocación formaron el corpus, consolidado en la versión EVOC 2000, con el análisis por la técnica del cuadro de cuatro casas. Los contenidos obtenidos por la técnica de cortar y pegar el cómic se consolidaron en la versión del software NVivo 10, analizados según la similitud de las expresiones. Toda la información ha sido tratada con los patrones de anonimato, utilizando nombres de flores, piedras o colores. Cumplimos con todos los requisitos éticos y legales de la investigación con seres humanos. En el perfil de los participantes de la fase *survey* predominó la participación de mujeres en recogida de sangre y de los hombres hospitalizados o sometidos a hemodiálisis, con una menor edad entre las mujeres que recogían la sangre; predominio de la piel declarada como blanca (40%), menos de nueve años la educación (65%), unión marital estable (55%) y los niños. En tanto que el proceso de punción de vasos sea un procedimiento técnico/científico, los usuarios, sin embargo, lo interpretan de una manera particular, destacando unas medidas sobre otras. Fue posible identificar las variables intervinientes (exposición a diferentes situaciones y momentos de la ocurrencia del proceso de punción de vasos) en comparación con las variables de resultado, es decir, los sentimientos, las percepciones y los comportamientos de los participantes antes de que el proceso de perforación de los vasos sanguíneos. Hubo una modificación de las percepciones, sentimientos y comportamientos

a lo largo de las etapas del proceso de punción de los vasos. En el período anterior a la introducción de la aguja en el interior del vaso había un predominio de los sentimientos de miedo, dolor, ansiedad, indiferencia y normalidad y conductas adoptadas de silencio, colaboración, normalidad y de "estar acostumbrado", aunque acompañados por el nerviosismo de la gente que hizo hemodiálisis. En la inserción de la aguja se experimentó los sentimientos de dolor y malestar y hubo conductas de colaboración, silencio y nerviosismo, con desviación de la mirada de vez en cuando para no seguir el procedimiento técnico realizado. El mantenimiento de la aguja en el recipiente generó mayor parte de sentimientos de limitación movimiento y incomodidad cuando el período ha sido extendido, y hubo comportamiento de colaboración. El sentimiento de alivio y la sensación de ardor son predominantemente los que han surgido durante la retirada del catéter de dentro del vaso y los participantes han mencionado adoptar comportamientos de colaboración y de indiferencia ante la extracción. En el post-retiro fueron sentimientos predominantes los de la indiferencia, alivio, normalidad y nada y comportamientos de silencio y colaboración, caracterizando la no percepción de este momento como una etapa del proceso, con la excepción de las personas que se sometieron a hemodiálisis. Los resultados mostraron que la estructura de las representaciones sociales de la punzadura del vaso estaba compuesta por el elemento central del dolor y el miedo. Como elementos periféricos aparecieron la inseguridad, quien punciona, destreza profesional, resultado, repuncionar y sangrar, estableciendo un enfoque neutral o negativa expresada en diferentes situaciones de punciones que se basaban en la experiencia, información, juicio de valor, la concepción de su propósito y la percepción sensorial, la cual fue confirmada por la técnica de cortar y pegar. Capturar las representaciones sociales a través de los sentimientos y comportamientos, así como los conocimientos, valores, experiencias de las personas que tienen sus vasos perforados con el fin de tomar muestras de sangre, tratamiento farmacológico o hemodiálisis permitió releer la punción de los vasos. Como una actividad procesal, se presentaron demandas de cuidado para los cuales el enfermero tiene la oportunidad de imprimir pautas de atención educativa, acciones terapéuticas y de gestión y de capturar/usar evidencias de la investigación. Se caracterizaron respuestas de las personas a las cuales el enfermero es capaz de minimizar los de sentimientos y conductas negativos y promover formas positivas de afrontamiento. Al proponer un enfoque cuantitativo, con el uso de múltiples métodos y técnicas desde un marco conceptual y metodológico, esta investigación resultó enriquecedora y creativa, y trajo como límites la no comparación entre los participantes como grupos que tienen experiencias propias en el proceso de punción de los vasos sanguíneos.

**Palabras clave:** Enfermería. Venas. Punciones. Infusiones intravenosas. Cirugía de derivación arteriovenosa. Pruebas de diagnóstico de rutina.



# 1 APRESENTAÇÃO

No cotidiano do Enfermeiro de um hospital geral de grande porte observa-se que o ensino, a pesquisa, a gerência, a assistência e o convívio constituem dimensões do cuidado presentes em proporções diferenciadas, de acordo com o perfil das pessoas e do atendimento prestado. A percepção das atividades assistenciais desenvolvidas no âmbito das instituições de saúde possui visibilidade diferenciada por parte das pessoas que recorrem aos serviços e dos profissionais dependendo do respaldo teórico/filosófico/científico que possuem, fato que repercute sobre o embasamento e sustentação das práticas laborais que executam.

Nas instituições de grande porte, a mecanização de procedimentos e de condutas aliadas à alta rotatividade de casos favorece a automatização do fazer, dificultando o uso do raciocínio clínico e crítico por parte do Enfermeiro em determinadas questões.

Como enfermeira assistencial, os assuntos e os enfoques que me inquietavam emergiam da prática clínica. Vivenciando situações clínicas que envolvem o uso dos vasos sanguíneos para fins diagnósticos, terapêuticos, hemoterápicos e hemodinâmicos foi possível constatar a variedade de respostas emitidas pelas pessoas e seus acompanhantes diante do uso, manuseio, monitoração, manutenção, remoção dos cateteres vasculares e dos cuidados pós-remoção.

A oportunidade de ingressar no Mestrado em Enfermagem e integrar o grupo de pesquisa "Tecnologia, cultura e comunicação em Saúde e em Enfermagem- TECCSE" possibilitou que eu percebesse o processo de punção de vasos e a ocorrência de traumas como potenciais problemas de pesquisa.

Conciliar o processo de punção de vasos periféricos com um possível diagnóstico de enfermagem constituiu para mim num novo paradigma que possibilitou refletir sobre uma atividade que anteriormente era considerada corriqueira e frequente em minha atuação laboral.

A busca por um objeto de investigação, na perspectiva de releitura de minhas próprias práticas, motivou a adoção do processo de punção de vasos na perspectiva do usuário como um objeto de investigação, tendo em vista que minha atuação profissional se dirige às respostas dos mesmos a situações e circunstâncias de vida do *continuum* saúde/doença, quer sejam em curso, potenciais, imaginárias, de bem estar ou promoção de saúde.

O presente trabalho constitui-se como resultado da aliança entre a prática e a pesquisa, na medida em que pretende analisar a realidade apresentada a partir da percepção das pessoas e compreender a diversidade de experiências por que passam aqueles que vivenciaram o processo de punção de vasos e os significados culturalmente atribuídos por eles.

O foco da presente investigação foi centrado na percepção e na representação do processo de punção feita por pessoas que tiveram seus vasos periféricos puncionados para fins terapêuticos farmacológicos, hemodialíticos e diagnósticos. A repercussão dos resultados desta pesquisa possibilitou abordar o resgate das dimensões individual e sociocultural do cuidado a partir dos sujeitos, uma vez serem estas dimensões fundamentais, a partir das quais se deve estruturar o cuidado de enfermagem.

Para isto foram utilizados múltiplas técnicas e métodos no intuito de captar as variáveis intervenientes sobre o processo de punção de vasos periféricos e apreender o(s) significado(s), as crenças, os valores e as informações mencionados por pessoas que tiveram seus vasos puncionados e que por isto constituem um grupo social a partir do qual foi possível identificar suas representações para o objeto da investigação.

Foram ultrapassadas as barreiras e as amarras metodológicas que delimitam os terrenos qualitativos e quantitativos, pois o que se pretendeu foi buscar evidências capazes de compreender as respostas das pessoas diante do processo de punção de vasos periféricos a ponto de possibilitar que o cuidado de enfermagem pudesse ser refletido na perspectiva de uma relação dialógica social e culturalmente construída e contextualizada.

## 2 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

O processo de punção venosa periférica é um procedimento executado com frequência no ambiente terapêutico das instituições hospitalares, com a finalidade de possibilitar a operacionalização das terapias intravenosas<sup>1; 2; 3</sup>. Embora seja feito rotineiramente, ele configura-se como sendo uma atividade complexa, pois requer competências e habilidades embasadas em fundamentos técnico-científicos capazes de permitir que o profissional realize o raciocínio clínico e a tomada de decisão acerca do processo de cuidar<sup>4</sup>.

Dentre as competências e habilidades requeridas para a realização do processo de punção venosa periférica, as diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem no Brasil preveem que o Enfermeiro seja capaz de atender as necessidades de: atenção à saúde - desenvolvendo ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação; tomada de decisão para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada; comunicação verbal, não-verbal, habilidades de escrita e leitura para facilitar a comunicação dialógica entre enfermeiro e usuário; liderança da equipe de enfermagem; administração e gerenciamento da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação; e educação permanente, tendo compromisso com o treinamento e reciclagem da equipe<sup>5</sup>.

Cabe mencionar que na literatura há várias estratégias relatadas para que estas habilidades sejam trabalhadas durante a formação acadêmica, diante das demandas de serviço e/ou como conteúdos abordados na capacitação continuada dos trabalhadores<sup>6; 7</sup>.

A execução do processo de punção de vasos periféricos, na prática clínica brasileira, inclui a participação do Enfermeiro, do técnico e de auxiliares de enfermagem diferentemente de outras realidades internacionais<sup>8</sup>.

A composição da equipe de enfermagem no Brasil e a dicotomia entre o pensar e o fazer discutida desde a década de 1980<sup>9</sup> são motivos que podem explicar por que auxiliares e técnicos, na prática clínica, estão inseridos na instalação dos cateteres intravasculares (punção do vaso) e por que a atividade de ministração de drogas é delegada aos técnicos e auxiliares de enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro<sup>10; 11</sup>.

Outro fator que não pode ser desconsiderado é a remuneração do técnico e do auxiliar ser menor que a do Enfermeiro. Isso faz com que instituições hospitalares, visando maior lucratividade, tenham apenas um Enfermeiro coordenando uma equipe de enfermagem, na maioria das vezes responsável por diversos pacientes. Tal fato impede que o Enfermeiro faça o cuidado direto a todos os pacientes, tendo, dessa forma, que priorizar os mais graves, que estarão sob sua supervisão direta<sup>12</sup>.

De acordo com a lei brasileira do exercício profissional de enfermagem<sup>13</sup>, caberá aos enfermeiros responsabilizarem-se pela condução do processo terapêutico. Isto equivale a dizer que eles deverão responder pelo planejamento e execução do cuidado, instrumentalizando-se com evidências provenientes de investigações científicas e adotando parâmetros científicos para estruturar sua prática laboral, seja ela de ensino, pesquisa, assistência ou gerência<sup>14</sup>.

É possível identificar na prática clínica que a inserção de técnicos e auxiliares na execução da punção de vasos ocorre com maior frequência quando os enfermeiros priorizam as atividades gerenciais e de supervisão em detrimento da prestação de assistência direta aos usuários. Entretanto, nestes casos a responsabilidade legal pelo direcionamento do cuidado e de condutas terapêuticas continua sendo do enfermeiro, seja ou não a atividade da punção delegada aos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem<sup>11</sup>;

14.

Há três enfoques dados para o cuidado na evolução da enfermagem que podem ser transpostos para a punção dos vasos periféricos: como uma técnica; como uma ação fundamentada em princípios científicos e como um procedimento operacionalizado por meio da intervenção profissional interativa, envolvendo usuário e profissional e baseada em modelos ou teorias de enfermagem<sup>15</sup>; <sup>16</sup>. Independente da concepção adotada pelas pessoas, na presente investigação buscou-se apreender qual foi a resposta dos participantes diante da punção do vaso sanguíneo periférico e quais foram os sentimentos e/ou comportamentos emergentes que identificaram em si mesmos.

A busca pela identificação de sentimentos e/ou comportamentos permitiu inicialmente que a investigadora se aproximasse do conhecimento, dos valores, das crenças e dos significados atribuídos pelos participantes ao processo de punção venosa. Isto porque a construção de um significado para o processo de punção venosa pode ocorrer tanto a partir das experiências e impressões de um indivíduo em relação ao objeto a ser representado, quanto em sua aproximação direta ou indireta com o cuidado profissional e/ou com as reações, comportamentos e atitudes de outras pessoas.

Todas estas vivências são capazes de influenciar o indivíduo a ponto dele incorporar tais impressões no seu cotidiano e/ou compartilhá-las socialmente. Diante do exposto, a busca pela identificação de variáveis intervenientes sobre o processo de punção de vasos constitui estratégia fundamental para permitir a apreensão das dimensões da resposta do indivíduo frente ao cuidado e ao processo de punção de vasos periféricos propriamente dito.

Isto porque a resposta do indivíduo remete o Enfermeiro para as situações de sua competência, quer sejam técnicas, relacionais, éticas, biológicas, sociais, e pode ser denominada de diagnóstico de enfermagem<sup>17</sup>.

Embora a abordagem da punção de vasos na concepção de procedimentos ou de processo pareça uma diferença semântica, ela retrata as concepções filosóficas e tecnológicas da ação do cuidar, contemplando ou não a aplicação das bases científicas do pensamento e do raciocínio clínico e diagnóstico, fundamentais à estruturação do cuidado individualizado, científico e de qualidade. Esta concepção constitui a base estruturante do pensar científico da prática do processo de punção vascular e caracteriza e distingue a ação do Enfermeiro da ação dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Na presente investigação a punção de vasos está sendo concebida como uma atividade processual, tendo em vista que nesta perspectiva a punção contempla o fazer propriamente dito, a dimensão do usuário e a repercussão do fazer sobre o binômio profissional/usuário na avaliação dos resultados da prática de punção dos vasos para fins diversificados. Isto equivale a dizer que se busca um enfoque da dimensão das pessoas que tiveram ou não experiências com o processo de punção de vasos periféricos para, a partir daí, compreender as necessidades daqueles que têm seus vasos puncionados por vários motivos terapêuticos e tomar decisões em favor de um cuidado emancipatório, individualizado e de qualidade.

O processo de punção de veias, enquanto uma ação terapêutica de caráter técnico-científico, traz para as pessoas que têm seus vasos puncionados o contato com pensamentos e ações profissionais estruturadas em conteúdos, científicos, cujo enfoque envolve a objetividade e a hierarquização de ações e dos fazeres profissionais.

Outra dimensão é a do universo consensual, que, ao retratar pensamentos e ações dos leigos a respeito do processo de punção de vasos periféricos, permite que sejam formadas as impressões a partir das experiências e das interações que se estabelecem no cotidiano. Tal entendimento pode explicar como ocorre o processo de construção de um senso comum sobre a temática e favorecer que um conteúdo técnico-científico seja aproximado e representado.

Neste contexto, a percepção das pessoas que experienciam o processo de punção de vasos compõe uma dimensão do processo de punção de vasos periféricos. Ela pode advir de ideias preconcebidas; das experiências pessoais ou das opiniões de terceiros. Os motivos podem variar de acordo com a frequência da punção dos vasos; com o tempo em que um vaso foi utilizado; com a maneira como o vaso foi manipulado, com o motivo da utilização do vaso e o contexto de saúde/doença, bem como com a participação no processo de inserção do cateter intravascular, dentre outras variáveis.

Superar a compreensão do processo de punção, alicerçada no excesso de explicações e formas intelectuais capazes de gerar no usuário uma representação advinda de crenças, ideias ou emoções a ponto de produzir uma representação (representação coletiva), em favor de uma perspectiva

do conhecimento da vida cotidiana possibilita a comunicação entre os sujeitos que estão envolvidos no processo de punção de vasos e orienta o comportamento a partir da representação consensual sobre o fato<sup>18</sup>.

Do ponto de vista da enfermagem, as alternativas que permitem ao Enfermeiro conhecer e esclarecer quais são as concepções dos usuários para o cotidiano do processo de punção das veias puncionadas possibilitam a ele, enquanto profissional, compreender e significar a comunicação com os usuários, captar suas necessidades e identificar quais são as suas respostas diante de uma conduta terapêutica rotineiramente usada.

Neste contexto, a conciliação de referenciais de enfermagem e propostas advindas de outras áreas de saber é capaz de incrementar a abordagem do processo de punção de vasos periféricos e constituir ferramentas para a presente investigação, uma vez que pode auxiliar o Enfermeiro a compreender as dimensões do cuidado e das necessidades dos usuários.

No caso da busca por referenciais de enfermagem, pretende-se dar visibilidade ao objeto de atuação dos enfermeiros e propiciar uma releitura de como os usuários percebem a punção de vasos periféricos.

Com a utilização de referenciais provenientes de outras áreas de conhecimento, pretende-se recolher contribuições para a compreensão das dimensões do cuidado em vários perfis de usuários, a ponto de retratar como eles incorporam ou ancoram o processo de punção de vasos periféricos e quais as influências das experiências, do uso de diferentes práticas terapêuticas na significação atribuída ao processo de punção venosa periférica e na formulação da representação social sobre as práticas desenvolvidas pela equipe de enfermagem<sup>19</sup>.

A aproximação, a utilização e a conciliação de referenciais da Psicologia e da Sociologia com a área da Enfermagem e em especial com a temática do processo de punção de vasos possibilita ao Enfermeiro instrumentalizar sua prática a partir da apreensão das experiências das pessoas a respeito deste procedimento.

Diante do exposto, a presente pesquisa teve como objeto de investigação a análise das variáveis intervenientes sobre o conhecimento, os valores e as experiências com o processo de punção de vasos periféricos na perspectiva de indivíduos adultos e a representação social com seus respectivos componentes. Isto equivale a dizer que se pretende saber quais as variáveis intervenientes sobre o processo de punção de vasos em diferentes situações e sua influência sobre representações nucleares e/ou periféricas entre os diferentes grupos de participantes.

A justificativa para a realização desta investigação se alicerça nas seguintes argumentações: 1) para que uma assistência de enfermagem seja considerada humanizada e

individualizada, ela necessita apreender as respostas do indivíduo para as estratégias de operacionalização do cuidado; 2) o fato de a punção dos vasos constituir uma prática usual no processo terapêutico das instituições de saúde faz com que os indivíduos tenham uma aproximação com este procedimento e possam representá-lo internamente e/ou coletivamente a partir de suas vivências e experiências; 3) o cuidado de enfermagem, sendo um evento comunicacional dialógico com finalidade terapêutica, constitui-se a partir da percepção dos usuários no cuidado prestado, vivido, sentido e percebido pelos usuários; 4) a possibilidade do Enfermeiro e da equipe de enfermagem modificarem as concepções preconcebidas e as percepções negativas ou dolorosas advindas do processo de punção de vasos periféricos pode favorecer a aceitação e o enfrentamento das pessoas diante do cuidado de enfermagem; e 5) a construção da corresponsabilidade do indivíduo com seu tratamento inclui sua adesão às propostas terapêuticas, sendo sua concepção a respeito da necessidade e da razão para o uso do processo de punção de vasos fundamental na consolidação de sua participação.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A estruturação do enquadramento teórico utilizou os seguintes alicerces: o processo de punção de vasos num enfoque tecnológico e dialógico comunicacional, que está contextualizado a partir dos avanços históricos e tecnológicos do aparato de punção das veias e da representação social.

#### 3.1 PUNÇÃO DE VASOS NUM ENFOQUE DOS APARATOS TECNOLÓGICOS E DO PROCESSO COMUNICACIONAL: UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

A utilização de vasos sanguíneos para terapia medicamentosa, datada do séc. XVII, teve em Sir William Harvey uma abordagem pioneira. Em 1628, Sir William descobriu o fluxo da circulação, imprimindo nova compreensão a respeito de como o sangue fluía nas veias. Ele acreditava que a circulação fluía e refluía seguindo o ritmo da respiração, fato divulgado em suas aulas pela Europa que possibilitou disseminar o conhecimento de que o coração além de músculo também era uma bomba propulsora que funcionava por meio da contração e do relaxamento, fazendo fluir o sangue dentro das veias<sup>20</sup>.

Em 1657, o arquiteto Christopher Wren injetou substâncias no vaso sanguíneo de um cão utilizando para isto uma pena de ave e uma bexiga de borracha. Este foi considerado o protótipo de agulha hipodérmica. Utilizando o conceito de agulha hipodérmica, anteriormente desenvolvido, um médico francês Jean Baptiste Denis injetou substâncias impuras em humanos, e teve como consequência a infecção do sítio de inserção do protótipo de agulha ocasionando a morte da pessoa<sup>20</sup>.

Em 1665, um animal à beira da morte apresentou melhora após receber infusão de sangue proveniente de outro animal da mesma raça. Todavia, em 1667, quando um menino parisiense doente recebeu sangue de carneiro teve como evolução a morte. A repercussão de tal episódio suscitou discussão na sociedade científica e o posicionamento da igreja católica que proibiu que qualquer tipo de transfusão sanguínea fosse realizada novamente<sup>20</sup>.

Somente após 150 anos o médico Brooke O`Shaughnessy, ao estudar sobre a cólera, concluiu que pessoas com diarreia intratável apresentavam perda de água e substâncias do sangue, suspeitando ser esta a causa da debilidade progressiva em curto espaço de tempo. Mais tarde, o Dr. Thomas Latta, utilizando-se dessa fundamentação empírica, realizou um tratamento venoso à base de água e sal para vinte cinco pessoas que estavam acometidos pela cólera, sendo



que oito deles sobreviveram. Embora a melhora e a sobrevida, fato inédito na ocasião, o tratamento continuou sendo rejeitado<sup>21</sup>.

Na metade do séc. XIX, os estudos de Semmelweis, Pasteur e Lister culminaram em avanços nas técnicas assépticas<sup>21</sup>. A lavagem das mãos, o uso de luvas e a utilização de processo estéril contribuíram para reduzir as taxas de mortalidade por causas infecciosas<sup>22</sup>.

A iniciativa de infundir solução contendo leite de vaca, gordura e açúcar por via gástrica possibilitou o desenvolvimento do aparato tecnológico dos tubos que viabilizaram tal infusão, fato considerado o protótipo da nutrição parenteral e dos equipos<sup>21</sup>.

Em 1860, tem-se o registro de um ensino formal para enfermeiros numa escola de enfermagem dirigida pela enfermeira Florence Nightingale, quando a abordagem enfatizava que os enfermeiros deveriam ter conhecimento sobre a preparação, dosagem, efeitos desejados e colaterais das medicações administradas<sup>23; 24</sup>.

No séc. XX, a evolução da terapia intravenosa enfocou a transfusão sanguínea. As guerras (Espanhola, do Vietnã, 1ª e 2ª Guerras) foram molas propulsoras para a busca por alternativas que favoreceram os avanços científicos na área. Houve a criação do banco de sangue e a descoberta do citrato de sódio proporcionou o armazenamento dos hemoderivados, evitando a doação direta entre doador-receptor<sup>21</sup>.

Landsteiner descobriu que o sangue humano apresentava peculiaridades que possibilitaram classificá-los em quatro grupos. Neste século, os enfermeiros passaram a ter grande responsabilidade sobre as infusões intravenosas, isso porque havia poucos médicos na assistência hospitalar em virtude do deslocamento dos homens para as frentes de batalha, fato evidenciado com a 2ª Guerra Mundial. Nesta ocasião os enfermeiros começaram a desempenhar atividades que antes eram realizadas e restritas aos médicos. Entre elas estavam as infusões, as suturas, a administração de terapia venosa e a aferição da pressão arterial.

Em um hospital de referência em Massachusetts, os enfermeiros responsáveis pelas infusões e higienização das agulhas e pelos dispositivos intravasculares foram denominados de *IV Nurses* (Enfermeiros Intravenosos), retratando uma mudança de paradigma na qual as atribuições e o perfil profissional foram redefinidos<sup>25</sup>.

Na metade do séc. XX, as infusões eram realizadas com agulhas de aço reutilizáveis, de calibre 16 e 18 G e a fixação do dispositivo intravascular no interior do vaso era feita com o auxílio de atadura de couro, havendo recorrentes infiltrações e traumas vasculares. Em 1950, foi desenvolvido um dispositivo cuja composição do canhão era de resina e da agulha, metálica. O

aprimoramento dos cateteres de agulha flexível bem como das soluções intravenosas motivaram investimento em tecnologia para viabilizar sua utilização<sup>20</sup>.

Os avanços obtidos com a modificação dos *designs* e da funcionalidade dos cateteres intravasculares, dos equipos de infusão, dos extensores de vias, das coberturas destinadas a fixar o cateter junto à estrutura corporal, das soluções e de seus recipientes são frutos de um somatório de esforços e de tentativas. Alguns resultados obtidos foram bem sucedidos e outros desastrosos<sup>20</sup>. Isto por que os trabalhadores, familiares e curiosos, movidos pela busca científica de proporcionar êxito nas intervenções infusionais, aliados ao contexto em que estavam envolvidos e à determinação em salvar vidas, agiam de forma empírica galgando os primeiros degraus para a evolução das ciências da vida<sup>20</sup>.

Atualmente os dispositivos venosos são materiais cilíndricos, canulados e perfurantes, destinados (exclusivamente ou simultaneamente) a viabilizar a drenagem de elementos do tecido sanguíneo e/ou infusão de soluções, para fora do corpo ou para o interior dos vasos<sup>3</sup>.

Eles possuem uma extremidade destinada à perfuração e à penetração do vaso sanguíneo e outra ao plug adaptador, com a finalidade de promover conexões com seringas e/ou equipos. A diversidade de calibre que esses dispositivos possuem possibilita adaptá-los às peculiaridades anatômicas. Tais variações devem estar especificadas na embalagem ou no invólucro do material. Tendo em vista que esse material entra em contato com estruturas corporais assépticas, ele apresenta-se estéril, contendo tal informação na embalagem, bem como a recomendação de uso único<sup>3</sup>.

Vários equipamentos hospitalares são conhecidos pelo nome do fabricante ou por denominações populares. Portanto, na presente pesquisa, com o intuito de padronizar a linguagem, serão utilizadas as seguintes denominações: 1) cateteres venosos de agulha hipodérmica com agulha rígida e sem abas; possuem uma estrutura cônica; antigamente as punções eram realizadas com estes materiais por falta de materiais mais adaptados; 2) cateteres venosos periféricos com agulha rígida e com hastes extensoras flexíveis, destinadas à empunhadura no momento da punção e 3) cateteres venosos de agulhas flexíveis sem hastes, associados a um mandril de estrutura metálica que serve como guia para introdução na rede venosa, sendo retirados após retorno venoso do mesmo.

As duas últimas classificações serão designadas, a partir deste momento, como “cateteres de agulhas rígidas” e “cateteres de agulha flexíveis”, respectivamente, visando adotar uma abordagem ética, evitando assim usar o nome dos fabricantes.

Os dispositivos de agulhas flexíveis são compostos por diversos materiais, dispendo de novas tecnologias que incluem maior mobilidade do dispositivo, características antiplaquetárias e termoadaptativos. Tais avanços têm como objetivo evitar o trauma periférico vascular e permitir maior vida útil, evitando sua troca e, conseqüentemente, nova punção.

A escolha do tipo de dispositivo e seu calibre dependem de alguns fatores como: localização anatômica da inserção (periférica ou profunda), finalidade do uso (tratamento, coleta de sangue, hemodiálise e outros), habilidade da equipe e perfil da população usuária (idade, peso, estado nutricional). A finalidade e o tempo previsto também influenciam na escolha do tipo de vaso, do tipo de cateter que será usado, na sua localização e fixação. As escolhas do sítio de inserção dos cateteres podem variar de acordo com o tipo de vaso a ser puncionado<sup>26</sup>.

As escolhas dos locais de punção venosa são definidas considerando a idade, a droga a ser infundida, a patologia instalada e a habilidade do profissional. Existem várias situações, circunstâncias, finalidades ou perfis que justificam ou requerem a punção de um vaso sanguíneo periférico, como em urgência e emergência, pré e pós-operatório, tratamento quimioterápico, uso de drogas não legalizadas endovenosas, tratamento de doenças crônicas, antibioticoterapia e reposição hidroeletrólítica.

Adequar a conduta terapêutica às necessidades emergentes de cada indivíduo implica em considerar as variações anatômicas, a correspondência do calibre ao cateter intravascular, a existência de comorbidades e em contemplar peculiaridades identificadas durante a coleta de dados.

Atualmente existe uma diversidade de materiais hospitalares e farmacêuticos, de origem nacional e internacional, que são utilizados em uma punção venosa periférica<sup>3</sup>.

A diversidade de materiais e equipamentos disponíveis no mercado para a operacionalização do processo de punção de vasos e sua inserção na prática clínica requer que os profissionais se adaptem às rápidas transformações tecnológicas do mercado e as incorporem em sua prática laboral. A apropriação tecnológica destes equipamentos e materiais pelos profissionais de enfermagem requer que estes atualizem seus fazeres profissionais<sup>27</sup>.

A repercussão das modificações tecnológicas sobre as pessoas que possuem seus vasos puncionados é capaz de gerar uma reestruturação na representação social sobre o processo de punção de vasos a ponto de transformar representações anteriormente realizadas (estáticas) em representações dinâmicas e de caráter plástico<sup>27</sup>.

Dentre esses materiais, pode-se citar os dispositivos de agulha rígida ou flexíveis, extensores, tree way, equipos de infusão (microgotas, macrogotas, fotossensíveis), adesivos de

fixação (esparadrapo comum, hipoalergênicos, filme transparentes e cirúrgicos), recipientes para soluções parenterais de grande volume, algodões e gazes, garrote e soluções para realização de assepsia da pele. Tendo como opção essa variedade de materiais cabe ao profissional de enfermagem avaliar o usuário e sua condição e tomar a decisão para realizar o procedimento com o material mais adequado<sup>28</sup>.

O cateter intravenoso do tipo agulha de aço (*butterfly/scalp*) é indicado nas terapias intravenosas periféricas, para infusões de curta duração, com permanência de até 24 horas. Eles são utilizados, também, para procedimentos de coleta de sangue por se adequarem a veias de difícil acesso. Possuem as numerações de 19, 21, 23, 25 e 27G; possuem extensor de PVC ou vinil possibilitando a esterilização no óxido de etileno; possuem abas flexíveis, de cores variadas, indicando o diâmetro da agulha; e alguns possuem tampa Luer Lock, impedindo o extravasamento sanguíneo quando desconectado do extensor.

O cateter intravenoso do tipo cateter plástico sobre agulha (*abocath*®) é indicado nas terapias intravenosas periféricas, para infusões de média duração, com permanência de até 72 horas na veia. Seu calibre segue a seguinte numeração de 14, 16, 18, 20, 22 e 24G<sup>25; 29</sup>.

A agulha é de parede fina e ponta oblíqua, o que tende a facilitar a punção e a diminuição de traumas. Possui material flexível em polietileno sendo biocompatível e radiopaco. Alguns cateteres possuem um filtro hidrofílico que evita o vazamento de sangue e a exposição do profissional<sup>25</sup>.

O canhão do cateter possui várias cores e cada uma está associada com diâmetro da agulha. A parte inicial do canhão é translúcido o que permite a detecção de refluxo sanguíneo. Alguns possuem uma trava de segurança, em que ao travar não há o retorno da agulha metálica, diminuindo o risco de acidentes de trabalho<sup>25</sup>.

O *vacutainer* é um equipamento destinado à coleta de sangue em que o profissional não tem contato com o material biológico. Nesse caso, a coleta é feita pelo vácuo existente no tubo, que pode conter aditivos destinados a estabilizar e manter a amostra antes do ensaio analítico. Os tubos estão disponíveis com ou sem um fecho de segurança e em cores padronizadas, em que dependendo do tipo de exame há um aditivo ou coagulante apropriado<sup>30</sup>.

Se por um lado os avanços tecnológicos são inegáveis e constituem fator desencadeador de ajustamento profissional e dimensionamento da prática laboral, por outro sua operacionalização contempla uma dimensão relacional.

Na operacionalização da técnica de punção de vasos periféricos é possível identificar três fases e 15 etapas, a saber: 1) fase que antecede à punção do vaso propriamente dita, composta pelas

seguintes etapas: verificar e analisar a prescrição médica da terapia intravenosa, realizar higienização das mãos conforme protocolo institucional, avaliar e preparar os materiais e equipamentos que serão utilizados, verificar a identificação do indivíduo, realizar a avaliação e o preparo do usuário para o procedimento e selecionar o local da punção e realizar o processo de evidenciamento do vaso; 2) fase vinculada ao momento da punção que possui as seguintes etapas: selecionar o cateter adequado, higienizar as mãos e colocar as luvas de procedimento, realizar o preparo do local a ser puncionado, inserir o cateter com o bisel da agulha voltado para cima, quer seja aplicando o método direto ou indireto de introdução da agulha, e realizar o curativo e a estabilização do cateter; e 3) fase compreendida pelos momentos após a punção cujas etapas são: identificar o local da punção, organizar o ambiente, orientar o usuário, o familiar e/ou acompanhante, realizar os cálculos de gotejamento das infusões, documentar o procedimento no prontuário do usuário e higienizar as mãos<sup>20</sup>.

Técnica pode ser entendida como “a descrição do procedimento de enfermagem a ser executado, passo a passo, e especificamente também a relação do material que é utilizado” <sup>16:29</sup>, cuja concepção prioriza a execução do procedimento em detrimento do cuidado propriamente dito aos usuários e que constitui um primeiro enfoque dado pela enfermagem brasileira para o ato de utilizar os vasos como estrutura capaz de viabilizar o cuidado no ambiente hospitalar<sup>15</sup>.

O enfoque da década de 50 para a punção das veias baseou-se em alicerces científicos e tecnológicos que buscaram uma explicação para que à realização da técnica fossem acrescentados os fundamentos científicos. Nesta abordagem a preocupação dos profissionais da enfermagem era não transgredir os princípios de contaminação e de respeito ao usuário, dentre outros<sup>15; 16</sup>.

Outra perspectiva de abordagem da punção é aquela que compreende tal ação como uma atividade processual. Nesta perspectiva a punção de vasos inclui: os meios, as técnicas, os materiais, o contexto, a interação e a filosofia do cuidado que faz com que o Enfermeiro busque alicerçar sua prática em referenciais da própria categoria, a ponto de compreender qual é a resposta do indivíduo que ele cuida com vistas a estruturar suas práticas laborais para que elas sejam resolutivas, individualizadas, científicas e de qualidade<sup>17; 31</sup>.

Neste contexto, a compreensão do processo de punção venosa extrapola a dimensão técnica, na medida em que possibilita a inclusão da dimensão relacional terapêutica que deve existir entre usuário e profissional. Um exemplo da bidimensionalidade do processo de punção dos vasos pode ser percebido no estado emocional do usuário, que influencia seu enfrentamento. Outro exemplo pode ser percebido na experiência e nas habilidades profissionais, fatores determinantes para a efetivação de sucesso do processo<sup>32</sup>.

Os problemas advindos do processo de punção de vasos foram concebidos na presente investigação como potenciais diagnósticos de enfermagem, segundo a proposta taxonômica da *North American Nursing Diagnosis Association International* - NANDA Internacional<sup>17</sup>. Foram considerados ainda a diversidade de experiência e de aparatos tecnológicos, as razões e a frequência com que as punções foram realizadas, bem como o significado atribuído por diferentes grupos para o processo de punção vascular periférica segundo a teoria das representações sociais.

Para realizar uma assistência humanizada e que prime pelo cuidado de qualidade e individualizado, faz-se necessário que o Enfermeiro estabeleça uma relação dialógica capaz de captar o significado atribuído pelo usuário para as ações de cuidado propostas e/ou realizadas<sup>33</sup>.

Do ponto de vista dos usuários, é necessário que o Enfermeiro identifique as demandas de necessidades emergentes, de forma a contemplar valores, crenças, comportamentos e a autonomia para o gerenciamento do autocuidado. O Enfermeiro deverá captar a percepção que os usuários possuem de suas necessidades e avaliar o empenho que dedicam para atendê-las<sup>34</sup>.

Do ponto de vista do Enfermeiro, é necessário compreender o grau de percepção e de recursos que disponibiliza para planejar o cuidado e a forma como articula a construção da relação terapêutica, dando visibilidade e razão que justifique a adesão dos usuários para submeter-se ao processo de punção de vasos<sup>35</sup>.

“A identificação da ‘visão de mundo’ que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e para tomar posição, é indispensável para compreender a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais”<sup>36:27</sup> e do processo comunicacional que envolve o cuidado na perspectiva do binômio usuário/Enfermeiro.

### 3.2 PECULIARIDADES DO PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PARA COLETA DE SANGUE, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Existem várias situações clínicas que justificam o fato de um vaso ser puncionado. Dentre elas estão finalidades diagnósticas, terapêuticas, hemotransfusionais, dentre outras. Na presente investigação será abordado o uso do processo de punção de vasos periféricos para fins de coleta de sangue, tratamento farmacológico e tratamento hemodialítico, conforme discutido a seguir.

#### 3.2.1 Processo de coleta de sangue

A coleta de sangue venoso pode ocorrer em vários cenários, dentre os quais estão: o ambiente de internação convencional, a internação-dia, os serviços de laboratório, as clínicas

especializadas, os domicílios, hemocentros, serviços de testagens sorológicas e em centros de orientação, unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, dentre outros<sup>30</sup>.

O processo de coleta de sangue pode ser realizado ao longo do ciclo da vida, sendo que a operacionalização, o motivo que a gerou ou o local em que foi realizada é capaz de gerar lembranças que perduram até a fase adulta<sup>37</sup>.

Coletar sangue consiste em uma prática recorrente, utilizada como indicador sensível para prevenção, promoção de saúde, reabilitação e identificação de morbidades. Sua utilização faz com que o processo de punção dos vasos sanguíneos seja um evento vivenciado pela maioria das pessoas até a fase adulta. A coleta de sangue consiste num procedimento técnico realizado por enfermeiros e sua equipe e técnicos de laboratório com o intuito de recolher amostras de sangue designadas para diferentes fins.

Diversos são os exames, na atualidade, realizados a partir de amostras de sangue e que servem de subsídios complementares para reafirmar diagnóstico, possibilitar acompanhamento da evolução clínica e identificar agravos à saúde<sup>38</sup>.

As análises realizadas em amostras de sangue podem ser assim divididas: hematológicas, bioquímicas, sorológicas e imunológicas e englobam diversos exames<sup>38</sup>.

Na análise hematológica é utilizada amostra de sangue total, podendo ser realizada avaliação de hemograma, de leucograma e de coagulograma. A rotina de avaliação hematológica inclui exames para avaliar hemácias, hematócrito, leucócitos, plaquetas, tempo de tromboplastina parcialmente ativada (TTPA) e tempo de ativação da protrombina (TAP)<sup>38</sup>.

Na análise bioquímica do sangue é utilizada amostra de soro ou plasma. Os exames mais frequentes na rotina clínica incluem a dosagem de: glicose; colesterol total, ureia, creatinina; Transaminase Glutâmico Oxalacética (TGO) e Transaminase Glutâmico Pirúvica TGP; eletrólitos; *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) e Tetraiodotironina (T4); ácido úrico, *Prostate-Specific Antigen* (PSA) e albumina<sup>38; 39</sup>.

São várias as razões que justificam a solicitação de uma avaliação bioquímica do sangue, a exemplo do que ocorrem com a ureia, creatinina e ácido úrico que possibilitarão a avaliação da função renal. O perfil lipídico que fornecerá as frações parciais e/ou totais de *High-density lipoprotein* (HDL), *Low-density lipoprotein* (LDL), *Very low-density lipoprotein* (VLDL) e *Intermediate density lipoprotein* (IDL) e triglicérides. O TGO e o TGP servirão para indicar lesões hepáticas de origem viral, isquêmica ou medicamentosa. O TSH e T4 constituem parâmetros que retratarão a função glandular da tireoide. Os eletrólitos tais como sódio, potássio, cálcio, magnésio e fósforo, ao serem mensurados darão uma visão panorâmica da hemodinâmica eletrolítica do organismo<sup>38</sup>. Por

sua vez, o PSA, glicoproteína produzida pelas células da glândula prostática utilizada como marcador de sua função, e a albumina, proteína sintetizada no fígado, subsidiarão a avaliação da função hepática e marcador nutricional<sup>38; 39</sup>

A análise sorológica possibilitará a realização de testes para hepatites, doenças veiculadas no sangue (Chagas, sífilis, HIV, dengue, etc.), dosagens sorológicas, toxicológicas, dentre outras <sup>38</sup>.

Na análise imunológica os mais frequentes são os exames para contagem de anticorpos; imunoglobulinas; fator reumatoide; taxa de CD4 e carga viral<sup>38</sup>.

Para cada tipo de exame a ser realizado haverá recomendação para que os tubos utilizados para armazenamento da amostra de sangue tenham ou não reagentes e/ou conservantes<sup>40</sup>.

Para o exame de coagulação a análise será feita no plasma sanguíneo. A amostra deverá ser armazenada em um tubo contendo citrato de sódio que evitará a coagulação do sangue. Após armazenado, o sangue deverá ser cuidadosamente homogeneizado. A técnica recomendada é a de inversão do tubo de cinco a oito vezes para evitar hemólise e coagulação da amostra coletada. Na rotina laboratorial brasileira este tubo será identificado com a tampa azul e deverá acondicionar volume no superior a 1,8ml<sup>40</sup>.

Já na análise bioquímica ou sorológica, o soro será o material a ser analisado sendo necessário que ocorra previamente o processo de coagulação. O tubo utilizado para armazenar a amostra de sangue conterá ativador de coágulos e deverá ser homogeneizado e deixado em repouso na posição vertical por 30 minutos. Haverá a possibilidade de utilizar para este fim tubos com tampa vermelha e sem gel ou tubos com tampa amarela e com gel, sendo que o volume máximo não deverá passar de 7ml<sup>40</sup>.

Para a análise hematológica a amostra é de sangue total com *Ethylenediamine Tetraacetic Acid* (EDTA). O tubo contém um anticoagulante e é identificado pela tampa roxa. Também deverá ser homogeneizado por inversão e o volume máximo para esse tubo é de 2ml<sup>40</sup>.

Quando se pretende realizar uma análise glicêmica, a amostra utilizada é de plasma e o mesmo deve ser coletado em tubo contendo fluoreto de sódio e EDTA. O tubo específico para esse exame é identificado com a tampa cinza e como as demais amostras também deverá ser homogeneizada, sendo o volume a ser coletado para esse exame de 2,5ml<sup>40</sup>.

Em todas as coletas de amostras de sangue o ambiente deverá ter iluminação adequada e dispor de equipamentos e material tais como algodão, álcool, garrote, agulhas e seringas descartáveis, luvas de procedimentos e descartex. Deverá também haver recursos humanos com habilidades práticas para o manuseio dos materiais e equipamentos<sup>41</sup>.



A coleta de sangue pode ser realizada com agulhas e seringas descartáveis em que o profissional obterá toda a amostra em uma seringa de 20ml e em seguida redistribuirá entre os tubos de acordo com os exames solicitados, desde que eles estejam previamente identificados<sup>42</sup>.

Outra modalidade de coleta de amostra de sangue poderá ser obtida por meio do sistema a vácuo. Haverá a interposição deste dispositivo entre o vaso e os tubos que serão alternados até que se obtenha os volumes recomendados para cada um deles/tipo de exame a ser realizado. Neste caso o sangue flui no sentido do vaso para o tubo pelo mecanismo de pressão negativa<sup>42</sup>.

Os tubos contendo amostras de sangue devem permanecer em temperatura ambiente por no máximo três horas, devendo ser acondicionados em refrigerador com temperatura de 2°C a 8°C por, no máximo, 12 horas a fim de evitar a hemólise. O recomendável é que a temperatura ambiente dos laboratórios esteja entre 20 a 26°C a fim de manter a estabilidade das reações sorológicas e a confiabilidade dos resultados<sup>43; 44</sup>.

Existem exames que não necessitam de jejum e outros que requerem jejum que variam de 4 a 12 horas<sup>40</sup>.

Para o Enfermeiro, a coleta de sangue configura-se como mais um cenário para sua atuação. Cabe, portanto, que o mesmo faça a coordenação, o planejamento, tenha habilidade técnica para o manuseio e escolha de materiais tecnológicos compatíveis com o perfil dos usuários, conheça o tipo de exame a ser realizado no processo de coleta da amostra de sangue, e esteja apto a coordenar o processo de educação em serviço<sup>38</sup>.

Pelo fato de o processo de coleta de sangue ser uma rotina utilizada na prevenção, controle e avaliação do estado de saúde das pessoas, utilizada também como rotina admissional de emprego, é possível inferir que a maioria dos adultos já tenha vivenciado alguma experiência com este procedimento<sup>45</sup>.

Diante do exposto é esperado que os adultos possuam lembranças capazes de ser vividas e que lhe influenciaram para uma percepção pessoal e/ou coletiva, o que equivale a dizer que as pessoas que coletaram sangue ou não são capazes de ressignificarem o momento vivido a partir da próprias experiência ou daquelas adquiridas de terceiros/coletividade.

### **3.2.2 Processo de uso dos vasos periféricos durante internação**

O olhar de um profissional para a prática laboral da categoria ao investigar a ocorrência de punção venosa permite uma reflexão crítica das etapas do processo, das experiências emergentes e da repercussão delas sobre os usuários.

As punções venosas, embora sejam procedimentos complexos como mencionado anteriormente, são realizadas pela equipe de enfermagem, ou seja, por técnicos e auxiliares, exceto quando há necessidade de punção de veia jugular ou quando as características dos vasos a serem puncionados dificultarem a realização do procedimento. Nestes casos, ou a punção é realizada pelo Enfermeiro, ou este solicita à equipe médica a realização de uma punção central<sup>13</sup>.

Na rotina de punção de vasos de adultos e crianças, os calibres dos cateteres de agulhas rígidas utilizados oscilam entre 19 a 27G e para agulhas flexíveis de 14 a 24G<sup>46</sup>.

Segundo a Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT) a padronização dos cateteres intravasculares rígidos e flexíveis é realizada em relação a calibres e dimensões das extremidades de conexões (*luer lock*). No caso da padronização do calibre dos cateteres intravasculares o do tipo de agulha rígida (*butterfly*) terá a cor da aba coincidindo com seu conector distal. Tanto para o cateter rígido quanto para o flexível o número é inversamente proporcional ao calibre, portanto, quanto menor o número mais grosso é o cateter<sup>47</sup>.

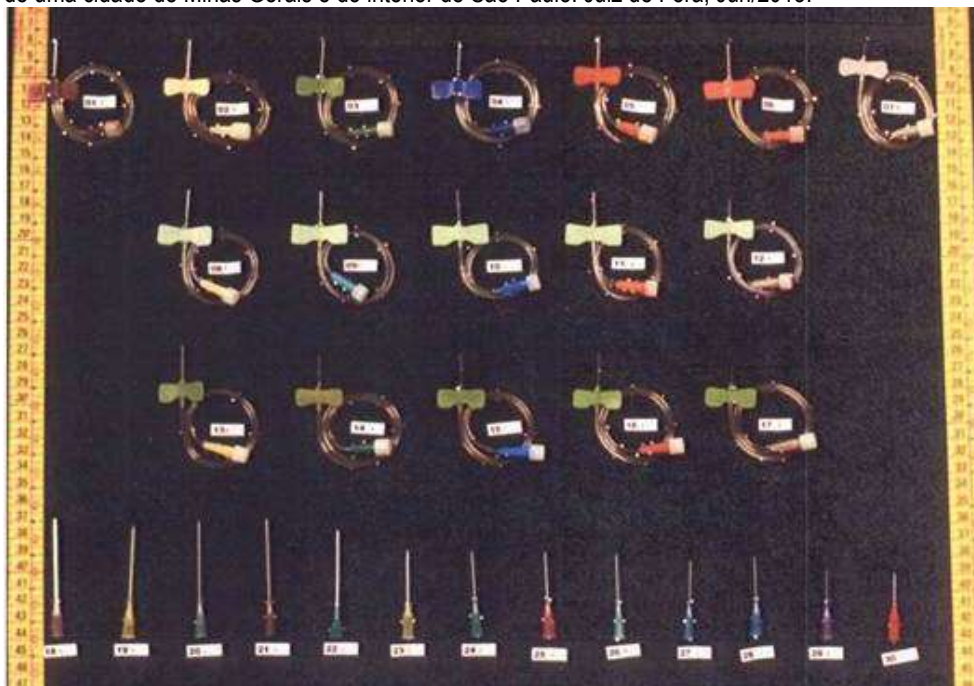
Os cateteres de agulha rígida seguem a seguinte padronização de calibre e cor: 19G (amarelo), 21G (verde), 23G (azul), 25G (laranja) e 27G (cinza). Para os cateteres flexíveis temos: 14G (laranja), 16G (cinza), 18G (verde), 20G (rosa), 22G (azul) e 24G (amarelo)<sup>48</sup>. Porém, na prática institucional encontram-se equipamentos disponíveis que não atendem as normas estabelecidas<sup>3</sup> (**Figura 1**).

Os cateteres são conhecidos pelos nomes atribuídos pelos fabricantes, como marcas registradas, embora os termos *escalpe*® e *jelco*® tenham sido generalizados para designar aqueles que possuem agulhas rígidas e flexíveis, respectivamente<sup>46</sup>. Cabe mencionar que esta foi a nomenclatura utilizada na presente investigação.

A seleção do calibre e do tipo de cateter é realizada com base nos seguintes critérios: o perfil dos vasos sanguíneos a serem puncionados; o tipo de medicação; a compatibilização do cateter com o calibre do vaso sanguíneo; as habilidades profissionais a idade da pessoa a ser puncionada e a patologia de base<sup>49</sup>. A seleção do calibre visa conciliar a prática clínica com o surgimento de iatrogenias nas pessoas que terão seus vasos puncionados<sup>49</sup>.

Na rotina das instituições hospitalares, o profissional de enfermagem seleciona os equipamentos e os materiais necessários à viabilização do processo de punção de vasos segundo a etapa que operacionalizará.

**Figura 1:** Cateteres de agulhas rígidas e flexíveis de diversos calibres e apresentações que estão disponíveis no mercado de uma cidade de Minas Gerais e do interior de São Paulo. Juiz de Fora, Jun/2013.



Fonte: ARREGUY-SENA, C. *A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem: trauma vascular e risco para trauma vascular*. 2002. 280p (Tese Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Foto autorizada para uso pela autora.

O profissional reúne numa bandeja a solução a ser infundida conectada ao equipo e/ou extensores de vias ou a solução para heparinizar ou salinizar o cateter; um ou mais tipos de cateteres de tamanhos distintos segundo a avaliação prévia das veias; material para estabilização do cateter no interior do vaso (esparadrapo comum, antialérgico ou filme transparente); material para fazer o evidenciamento do vaso (garrote/braçadeira); algodão/gaze com solução antisséptica; algodão ou gaze seca, um par de luvas de procedimento não esterilizadas e um recipiente para material usado<sup>29</sup> (**Figura 2**).

O profissional ao realizar, manusear ou remover algum cateter intravascular utiliza luvas de procedimento com a finalidade de prevenir seu contato com material biológico<sup>50</sup>.

Antes da introdução da agulha na pele, o profissional garroteia o membro para favorecer o evidenciamento e a caracterização da rede venosa. Após visualizar e selecionar a veia a ser puncionada, é realizada a antisepsia ampla do local com solução preconizada pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição.

Figura 2: Materiais utilizados no processo de punção de veias. Juiz de Fora Jun/2013.



Fonte: <http://catalogohospitalar.com.br/scalp-25-c200.html>

Na operacionalização da introdução da agulha, o profissional posiciona sua mão não dominante ao redor da estrutura corporal a ser puncionada como forma de aproximar-se e evitar movimentos por parte da pessoa que terá seus vasos puncionados. Ele utiliza da mão dominante para introduzir e posicionar o cateter até o interior do vaso<sup>51</sup>. Caso haja flacidez da pele ela poderá ser levemente tracionada para evitar superposição de áreas em que a agulha percorrerá.

Diante do retorno venoso constatado na extremidade distal do cateter e da ausência de entumecimento do sítio de inserção do cateter e áreas adjacentes tem-se a evidência que a agulha encontra-se posicionada corretamente no interior do vaso. Quando houver mandril ele será removido com simultâneo posicionamento do cateter e acionamento da trava de segurança. A roldana será aberta e/ou a bomba de infusão previamente programada será acionada para iniciar a infusão, permitindo o gotejamento da solução prescrita<sup>52</sup>.

O cateter é fixado com o adesivo de escolha e realizado registro local da data de punção e/ou troca da fixação, do número do cateter utilizado e do nome/categoria do profissional que realizou o procedimento<sup>3</sup>.

Depois de estabilizado é realizado um teste para conferir se há ou não retorno venoso. Utiliza-se da técnica do desnivelando do frasco de solução a ser infundida ou faz-se a aspiração diretamente via seringa, quando for o caso. O reposicionamento do frasco de infusão é seguido da reintrodução do sangue para o interior do vaso e a solução infundida posicionada em suporte acima do nível do sítio de inserção do cateter<sup>3</sup>.

No manuseio a atenção deve estar voltada para não contaminação do circuito no momento de trocas de soluções e infusões de medicações como analgésicos e antibióticos<sup>53</sup>. A manipulação de forma asséptica e com boas práticas é imprescindível para evitar a contaminação de solução e equipos bem como o carrear para corrente sanguínea de patógenos causadores de infecções. A troca periódica deve ser realizada segundo a rotina institucional e as diretrizes preconizadas nos *guidelines* ou se o sítio de inserção apresentar sinais flogísticos e as soluções alguma alteração visível<sup>54</sup>.

Na retirada do cateter é realizado o fechamento das roldanas e dos *clamps* dos equipos e a retirada da fixação local. Ao retirar o cateter do interior do vaso, deve-se evitar angulação excessiva em relação à pele a fim de impedir traumas na camada íntima do vaso. Em seguida procede-se a hemostasia com compressão local<sup>3</sup>.

### **3.2.3 Processo de punção do vaso na hemodiálise**

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma doença que acomete os rins, ocorrendo a perda irreversível de grande número de néfrons funcionantes, o que pode acontecer de forma rápida ou lenta e progressiva. Dependendo do grau de comprometimento renal, a pessoa com insuficiência renal apresentará necessidade submeter-se a um tratamento capaz de substituir a função renal<sup>55</sup>.

O tratamento da insuficiência renal crônica pode ser feito por meio de terapêuticas conservadoras, tais como: tratamento dietético, medicamentoso e controle da pressão arterial. Mas quando surgem os sinais e sintomas da uremia, há a indicação da Terapia Renal Substitutiva (TRS). A TRS se dá através da hemodiálise e diálise peritoneal. Na hemodiálise se utiliza uma máquina que bombeia o sangue do indivíduo por meio de um acesso venoso calibroso, onde este será filtrado através de um “rim” artificial denominado capilar. Portanto, o sangue é depurado no exterior do organismo com auxílio de equipamentos específicos<sup>56</sup>.

Dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) demonstram que, em 2000, havia 42.695 portadores de IRC mantidos em diálise, e que, em 2008, esse número foi estimado em 87.044 indivíduos. A taxa de prevalência de tratamento dialítico, em março de 2008, foi de 468

pacientes por milhão da população (pmp) e a incidência, em relação ao ano de 2007, de 141pmp. Desses, a grande maioria, 89,4%, encontra-se em programa de hemodiálise (HD)<sup>57</sup>.

Para que a pessoa possa realizar a hemodiálise se faz necessário confeccionar um acesso vascular, que envolva artérias e veias, podendo ser temporário (cateteres em veias subclávias, jugular interna ou femorais) ou permanente (fístula arteriovenosa e enxerto). A FAV é a anastomose entre uma artéria e uma veia realizada em ambiente cirúrgico com anestesia local. Esse tipo de acesso permite que o sangue seja removido, filtrado e devolvido ao sistema sanguíneo do indivíduo a uma velocidade entre 200 e 300 ml/minuto<sup>58</sup>.

Para realização de uma fístula arteriovenosa o cirurgião vascular deve realizar anamnese e exame físico completos da pessoa. Uma adequada avaliação das veias, artérias e do sistema cardiopulmonar deve ser realizada. O resultado da investigação irá definir o tipo e a localização do acesso<sup>56; 58</sup>.

Durante o exame do sistema arterial é fundamental a observância das características dos pulsos periféricos e resultado do teste de Allen. Deve-se optar por uma região arterial que apresente um pulso de maior amplitude, não realizando o procedimento em membro que evidencie alteração de perfusão, como palidez acentuada, cianose, dor e/ou diminuição da temperatura<sup>59</sup>.

Durante a avaliação do sistema venoso, o cirurgião vascular deverá observar se há edema no membro a ser operado, se há um passado de explorações venosas, se há colaterais túrgidas e abundantes, se foi realizado cateterização venosa central prévia para hemodiálise, buscar evidências de trauma ou cirurgia no braço, tórax ou pescoço<sup>59</sup>.

A conduta anteriormente descrita justifica-se, pois um edema localizado pode indicar problemas de fluxo ao longo das veias do membro escolhido, punções venosas periféricas podem contribuir para uma destruição funcional das veias, uma rede de veias colaterais indica obstrução de um segmento venoso principal, a cateterização venosa central pode estar associada com estenose de segmento venoso central e cirurgias prévias nos segmentos podem limitar os acessos<sup>59</sup>.

A palpação da veia escolhida é outro item simples, porém importante e que deve ser cumprido, visto que através dessa prática é possível detectar estenoses, fibroses e trombos. Tal palpação deve ser realizada após garroteamento do membro<sup>59</sup>.

Opta-se, como via de acesso inicial, pela confecção de fístula radial-cefálica no punho ou braquial-cefálica no cotovelo. Quando não é possível a realização de um desses acessos, a segunda opção é uma superficialização de veia basilíca ou a colocação de um enxerto arteriovenoso sintético de politetrafluoretileno (PTFE)<sup>59</sup>.

A fístula radial-cefálica torna-se a primeira escolha por se tratar de uma via simples de ser criada e por apresentar excelente perviedade após construção e menor morbidade. Além disso, mantém preservado um grande segmento de veias a ser puncionado ou utilizado para criação de outros acessos e apresenta poucas complicações quando comparada às demais<sup>59</sup>.

A maior desvantagem é um possível baixo fluxo se comparado aos outros tipos de fístulas. Caso não seja possível confeccionar uma fístula no nível do punho, opta-se por uma fístula braquial-cefálica no cotovelo. Sua vantagem é o alto fluxo, quando comparada à fístula no punho e à veia cefálica. É uma veia fácil de puncionar e de se ocultar, proporcionando maior conforto para o indivíduo. As desvantagens da fístula no cotovelo quando comparada às fístulas no punho são a dificuldade de confecção, edema de membro superior e fenômeno do roubo<sup>59</sup>.

Como se trata de fístulas criadas com veias autólogas existe a necessidade de uma adequada maturação. Não é recomendável a punção da fístula antes de 1 mês, sendo o limite mais adequado entre 3 a 4 meses para maturação da mesma<sup>59</sup>.

Além dos critérios de escolha e construção de fístula, diante de dificuldades de acesso, principalmente nas pessoas com vários acessos prévios mal sucedidos, a confecção de fístulas para hemodiálise está diretamente associada com a disponibilidade anatômica e a habilidade do cirurgião<sup>60</sup>. O critério utilizado será manter superficial um vaso a ponto de garantir bom fluxo e fácil punção<sup>60</sup>.

À medida que se avança, há demanda para construção de novas FAV e se reduzirão as opções de locais para sua construção. Alternativas são utilizadas para a confecção de uma nova fístula, a saber: utilizar o segmento mais proximal em relação à fístula perdida; dar preferência para que a fístula seja construída no 1/3 médio do braço ou ao longo do membro superior; utilizar fístula retrograda basilica-braquial; construir pontes com a veia safena magna no membro superior; instalar prótese femuro-femural e garantir a superficialização da fístula (veia femural; axilo-axilar cruzada, com prótese; alças com a veia safena magna no membro inferior) para que seja viabilizada a possibilidade de sua punção durante o tratamento hemodialítico<sup>59</sup>.

Na prática clínica, a observação do processo de hemodiálise e da contextualização da punção da FAV nos setores de hemodiálise possui peculiaridades que requerem formação especializada dos profissionais que atuam nestes cenários<sup>61</sup>.

O período de duração de um tratamento hemodialítico é, em média, de quatro horas por três vezes na semana. A realização da sessão de hemodiálise é antecedida pela pesagem dos usuários, visando obter dados para subsidiar a tomada de decisão médica e a definição da conduta terapêutica a partir do ajuste da duração e da intensidade de filtração sanguínea<sup>62</sup>.

Do ponto de vista da atuação da enfermagem, após as pessoas em tratamento hemodialítico serem conduzidas para as poltronas/leitos há uma intensa atividade de técnicos de enfermagem e enfermeiros, principalmente na primeira e na última hora do tratamento hemodialítico. Nestas ocasiões são aferidos os sinais vitais, puncionadas as FAV e conectados/desconectados os usuários das máquinas<sup>63</sup>.

Considerando que as FAV são construídas dentro de um padrão técnico cirúrgico, é possível inferir uma proximidade de características entre elas. Tal fato possibilita uma restrição no calibre dos cateteres a serem utilizados pela equipe de enfermagem que puncionará as fístulas. Embora hajam calibres mais usuais (15G, 16G e 17G), a definição daquele que melhor atenderá as peculiaridades de cada pessoa será definida pelo enfermeiro<sup>63</sup>.

Caberá ao enfermeiro utilizar critérios como a característica da FAV, o perfil do usuário e a identificação das necessidades terapêuticas e do tempo de construção/utilização da fístula, para então selecionar o calibre do cateter a ser utilizado e definir quando os técnicos de enfermagem poderão puncionar cada fístula. Reajustes de condutas são definidos a partir de demandas, a exemplo das alterações emergentes na fisiologia da fístula (aneurisma e estreitamento)<sup>64</sup>.

Após a punção da FAV o indivíduo é ligado à máquina por meio de equipos intermediários que estabelecem a conexão entre ele a máquina de hemodiálise, sendo no período subsequente realizadas monitorações dos sinais vitais com periodicidade<sup>64</sup>.

Do ponto de vista técnico o processo de punção de FAV envolve a higienização do local, a introdução dos cateteres; manutenção/manuseio durante a realização da hemodiálise propriamente dita; remoção dos cateteres intravasculares e cuidados pós-remoção<sup>64</sup>.

Para higienização da estrutura corporal onde está localizada a fístula é utilizado álcool. Duas punções são realizadas no membro da FAV, uma que será utilizada no sentido da circulação para máquina e outra no sentido inverso. Neste caso, o retorno do sangue purificado ocorrerá por um dos cateteres puncionados<sup>65</sup>.

O sentido de punção dos dois cateteres poderá ser uni ou bidirecional. Na literatura há possibilidade de inserção dos cateteres utilizando dois parâmetros distintos: sentido da punção e distância entre o sítio de posicionamento dos dois cateteres<sup>66</sup>.

A forma clássica consiste na punção da via arterial em direção à extremidade do membro e na punção da veia venosa em direção ao coração. A distância entre os dois sítios puncionados deverá ser maior ou igual a 5 cm; isto equivale a realizar uma punção bidirecional. A outra opção dos sítios puncionados terá mesmo sentido e a punção será unidirecional. Há evidências de que a punção bidirecional é aquela que permite menor taxa de recirculação sanguínea<sup>66</sup>.



O processo de fixação dos cateteres requer abordagem diferencial da realizada nas punções de veias periféricas, tendo em vista que a pessoa com doença renal crônica apresenta deficiência na síntese de vitamina D, fato que desencadeia fragilidade e friabilidade na pele, requerendo formas não traumáticas de adesivos durante a fixação dos cateteres. Embora a fita crepe não seja esterilizada e não constitua em material para uso biológico ela é utilizada na fixação dos cateteres durante as sessões de hemodiálise<sup>56; 67</sup>.

Como os serviços de hemodiálise requerem infraestrutura, recursos materiais e humanos especializados que implicam em investimento financeiro, é comum haver polos de atendimento de pessoas em tratamento hemodialítico, quer seja por diálise peritoneal, Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) ou hemodiálise. Nestes casos, como o sistema de saúde brasileiro prevê a municipalização e descentralização do atendimento de forma gratuita via SUS, os municípios com menor resolutividade, para atender a esta demanda, se reúnem em consórcios tendo um centro de referência para o atendimento desta modalidade de tratamento. Isto equivale a dizer que é comum as pessoas com doença renal crônica se deslocarem em viagem para realizar a hemodiálise em centros referendados pelo município que pertencem<sup>68</sup>.

A implicação do deslocamento e do tempo de duração das sessões de hemodiálise requer suporte nutricional. São oferecidos lanches a todos os participantes e/ou refeição aos usuários de outras cidades, desde que tenham cadastro prévio junto à instituição, estruturado a partir de critérios sociais.

Após quatro horas em média de tratamento hemodialítico os cateteres são retirados e os usuários orientados a permanecer sentados por alguns minutos. A finalidade deste momento é evitar episódios de hipotensão postural. Cuidados após a sessão de hemodiálise são instituídos, tais como: hemostasia no local da FAV, aferição da pressão arterial e realização do controle de peso pós- tratamento.

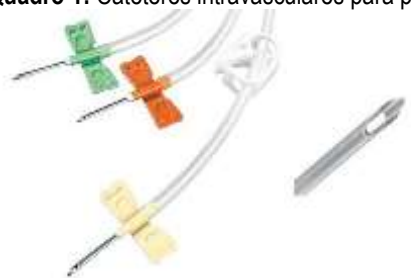
A atuação da enfermagem no tratamento hemodialítico envolve a detecção: das respostas dos indivíduos à doença renal crônica, do processo terapêutico da hemodiálise e das implicações do tratamento em termos pessoais, financeiros, sociais, familiares, alimentares, culturais e de lazer, bem como da forma como se enfrenta e vivencia o fato de se estar com uma doença crônica e de se necessitar de abordagem terapêutica regular e periódica.

Tais abordagens são capazes de subsidiar a compreensão e explicação dos comportamentos, sentimentos e condutas das pessoas diante do tratamento hemodialítico, da punção da FAV e da doença renal<sup>69</sup>.

Os cateteres destinados à realização da punção das FAV possuem peculiaridades que os caracterizam, a saber: 1) tempo previsto de permanência dentro de um vaso de aproximadamente 4 horas; 2) paredes finas para compatibilizar a minimização de rupturas de hemácias e possibilitar um fluxo minuto compatível com a realização da circulação extracorpórea; 3) bisel com afiamento e lubrificação para permitir a redução de trauma durante o processo de punção da FAV e reduzir a resistência de transposição da parede do vaso; 4) cores padronizadas para permitir a identificação do tipo de cateter, seus diâmetros a ponto de subsidiar avaliação da adequação às condições do usuário; 5) esterilidade, tendo em vista tratar-se de um procedimento invasivo periódico; 6) *clamp* no prolongamento tubular da agulha que visa amortecer o impacto de saída e entrada de líquidos com consequente deslocamento da agulha no interior do vaso e assegurar interrupção precisa do fluxo sanguíneo nos dois sentidos (entrada e saída); 7) *back-eye* orifício existente na porção distal da agulha que reduz o efeito de sucção da bomba sanguínea principalmente na via arterial e 8) asa do cateter que visa favorecer o manuseio do cateter e facilitar sua fixação na pele do usuário<sup>70</sup>.

**(Quadro 1)**

**Quadro 1:** Cateteres intravasculares para punção da FAV para fins de hemodiálise. Juiz de Fora, Jun/2013.



Guage	Cor da asa	Agulha Comprimento	Tubo Comprimento	Capacidade
15G	Creme branco amarelo	25mm	300mm	2,8ml
16G	Verde	25mm	300mm	2,8ml
17G	Laranja vermelho Azul	25mm	300mm	2,8ml

**Fonte:** Catálogo AVF Agulha para fistula arteriovenosa. CAT019-REVB. Sorocaba (SP). Disponível em: [http://www.nipro.com.br/wp-content/themes/nipro/catalogos/Lamina\\_23\\_1\\_AVF.pdf](http://www.nipro.com.br/wp-content/themes/nipro/catalogos/Lamina_23_1_AVF.pdf)

Agulhas de fistula para hemodiálise. Portifólio de produtos. Disponível em: <http://www.fmc-ag.com.br/web/guest/agulhas-de-fistula-para-hemodialise>

Cânulas. Disponível em: [http://www.hospitalar.com.br/produto-agulha.php?cod\\_tipo=5](http://www.hospitalar.com.br/produto-agulha.php?cod_tipo=5)

### 3.3 REPRESENTAÇÃO SOCIAL: PRESSUPOSTOS E APLICAÇÃO AO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Antes da II Guerra Mundial, prevalecia a abordagem behaviorista para explicar os fenômenos, sendo a verificação de comportamentos dos indivíduos, parte observável de sua conduta, o fator priorizado nas análises dos teóricos. Isto equivale a dizer que o conteúdo implícito do comportamento humano não constituía o enfoque nuclear dado pela Psicologia<sup>71</sup>.

Após a II Guerra, com a contribuição da vertente francesa, ocorreu uma ampliação dos objetivos, dos limites e da abordagem da Psicologia Social. A repercussão desta ampliação possibilitou a compreensão do indivíduo a partir de aspectos implícitos e explícitos contidos em seu comportamento e fortaleceu a explicação de suas condutas<sup>71</sup>.

Considerando que vários autores contribuíram para gênese da atual concepção atribuída ao termo e frente à impossibilidade de revê-los detalhadamente, o enfoque aqui pretendido seguirá a linha de abordagem de autores como Émile Durkheim, Serge Moscovici e Denise Jodelet. Nossa concentração, todavia, recairá sobre Jean-Claude Abric.

O conceito de representação coletiva originou-se das concepções de Émile Durkheim, quando este estudava os fenômenos sociais. Durkheim nasceu em Lorraine, em 1858, e era descendente de família judia. Ainda moço, optou por estudar os fenômenos religiosos na perspectiva da abordagem coletiva em detrimento da concepção religiosa. Ele argumentava que fenômenos como a religião, a magia e o pensamento mítico não poderiam ser explicados a partir da concepção de um indivíduo, uma vez que tais conteúdos possuem influência cultural e social, sendo formados num contexto de grupo e comunidade<sup>72</sup>.

Durkheim sustentava que as regras que comandavam os fenômenos individuais eram diferentes das que comandavam os fenômenos coletivos. Neste contexto, a concepção de representação coletiva não se resumiria à soma das representantes individuais, mas se constituiria na formação de um novo conhecimento, sendo fruto de uma recriação do coletivo<sup>72</sup>.

O fato social foi concebido por Durkheim como *“toda maneira de fazer fixa ou não, suscetível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior; que é geral na extensão de uma sociedade dada e, ao mesmo tempo, possui uma existência própria, independente de suas manifestações individuais”*<sup>73:13</sup>. Seu campo de abordagem é o da Sociologia, numa tentativa de diferenciá-lo do objeto da Psicologia. O fato social precede o indivíduo existindo fora dele, sendo, dessa forma, anterior e exterior ao mesmo. Ele é coercivo na medida em que se impõe independente da vontade individual e é comum a todos os membros de um grupo, se caracterizando como um fenômeno geral e coletivo<sup>73</sup>.

Na visão durkheimiana, cabe à sociologia analisar os estados da consciência coletiva, suas leis e representações e à psicologia preocupar-se com a natureza individual. Ao realizar essa diferenciação, o autor introduziu o conceito de “representações coletivas” afirmando que a sociedade não poderia ser explicada através das consciências individuais. Seu enfoque destaca a natureza social e não individual<sup>73</sup>.

Durkheim estrutura sua linha de pensamento, quando estuda a religião, o mito e a magia à luz da representação coletiva. Ele argumenta que existe uma representação coletiva na temática sobre a religião. Tal fato justifica os indivíduos conceberem o mundo de forma similar, mesmo entre aqueles que não permutam pessoalmente suas impressões, e explica a similaridade e compartilhamento de percepções e pontos de vista sobre um determinado fenômeno, caracterizando a presença da representação social<sup>72</sup>.

Serge Moscovici, psicólogo social romeno naturalizado francês, nasceu em 1928. Em 1961, publicou sua tese e propôs a teoria das representações sociais. Para Moscovici, o conceito de representação social tem origem através de Durkheim, na sociologia, e de Lévi-Bruhl, na antropologia<sup>74</sup>.

Moscovici desenvolveu o estudo das representações sociais, dentro de uma metodologia científica, ao criticar os pressupostos positivistas e funcionalistas das demais teorias. Dessa forma, se posicionou contra a psicologia social desenvolvida na América do Norte, que focava o estudo no indivíduo e a partir desse fazia inferência ao social<sup>71</sup>.

O essencial era decifrar os processos através dos quais o pensamento torna-se consensual entre integrantes de um grupo ou comunidade<sup>71</sup>, ou seja, perceber as representações como fenômeno que possui circularidade e mobilidade, diferentemente da estaticidade e funcionalidade de Durkheim. Assim, a substituição de “coletiva” por “social” é uma maneira de deixar de ser um conceito que explica o conhecimento e as crenças de um grupo para se tornar um fenômeno que exige explicação e produz conhecimento<sup>75</sup>. Para o autor a representação possui uma face figurativa e outra simbólica, ou seja, a cada figura corresponde um sentido e, a cada sentido, uma figura e dessa forma a representação é integrada ao universo.

Moscovici conceitua representação social como *“conjuntos dinâmicos, seu status é o de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aquelas e estas e não de uma produção desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior”*<sup>76:50</sup>. As representações sociais objetivam transformar o desconhecido, o estranho, o perturbador em algo conhecido, próximo, familiar. Esse processo transformador é determinado pela linguagem, imagem e ideias compartilhadas pelo grupo<sup>75</sup>.

Para Moscovici, essa familiarização com o desconhecido será feita por dois processos: ancoragem e objetivação. A ancoragem seria uma maneira de categorizar, rotular, representar o desconhecido. Sendo assim, o novo é transferido para um referencial que possibilita sua interpretação e comparação com a finalidade de torná-lo familiar. Já na objetivação, imagens reais e concretas existentes no cotidiano serão acopladas, pelos indivíduos ou grupos, ao novo conceito<sup>77</sup>.

Dessa forma, ocorre a relação entre conceito e imagem e posteriormente a transposição de pensamentos para prática, não havendo mais separação entre a representação e o objeto representado<sup>75</sup>. Sob a luz desses conceitos consegue-se compreender como o funcionamento do sistema cognitivo interfere no social e como o social interfere na elaboração cognitiva.

Na mesma linha de raciocínio, de analisar o pensamento e a prática social do grupo, destaca-se outra psicóloga social, Denise Jodelet. Esta foi a principal colaboradora de Moscovici, contribuindo para o aprofundamento teórico e sistematização do campo. Argumenta que o sujeito é autor da sua construção mental e pode modificá-la de acordo com seu desenvolvimento. Sendo assim, a representação é algo ativo que envolve construção e reconstrução, sem rigidez entre o externo e o interno. Em sua análise, a construção da representação social apresenta cinco características fundamentais: 1) caráter imaginativo; 2) caráter construtivo; 3) ser autônoma 4) ser criativa e 5) ter a natureza social<sup>78</sup>.

Jodelet especifica as características e as fases do processo de construção das representações sociais. Define a objetivação como uma operação imaginante e estruturante que dá corpo aos esquemas conceituais e divide esse processo em três fases: construção seletiva, esquematização estruturante e naturalização. Acrescenta em seus estudos que essas três fases da objetivação podem ser generalizadas a qualquer representação. Também retoma o conceito de ancoragem de forma dialética, a objetivação fornecendo a este seus elementos imaginados para servir à elaboração de novas representações<sup>79</sup>.

A Teoria da Representação Social (TRS) tem sido utilizada na área de saúde e de enfermagem, no Brasil, desde a década de 80, sendo sua aplicação, do ponto de vista metodológico, um ganho para a apreensão de objetos de investigação que contemplem a subjetividade peculiar aos sujeitos e suas individualidades<sup>80; 81</sup>. Na enfermagem, há vários autores que aplicam a representação social como recurso metodológico capaz de contribuir para captar as respostas dos indivíduos, famílias e comunidades diante de situações e circunstâncias reais e de vulnerabilidade<sup>82</sup>.

O conceito de representações sociais, entendido como categoria de análise social, torna-se um instrumento de pesquisa na medida em que permite entender as concepções dos grupos e auxilia a compreender as mudanças e permanências promovidas socialmente. O estudo das representações sociais pode proporcionar clareza sobre a forma como um indivíduo apreende uma situação, objeto ou fenômeno; a dinâmica social da construção do significado, o conteúdo retido no senso comum; a percepção das diversidades, contradições e coerências de enfoques consolidados<sup>36</sup>.

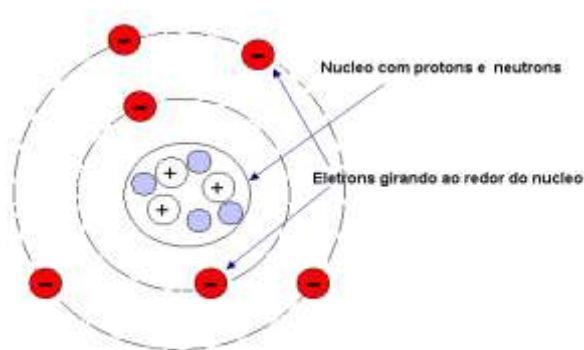
### 3.3.1 Representação Social segundo a abordagem estrutural

Na presente investigação foi utilizada a concepção estrutural de Abric.

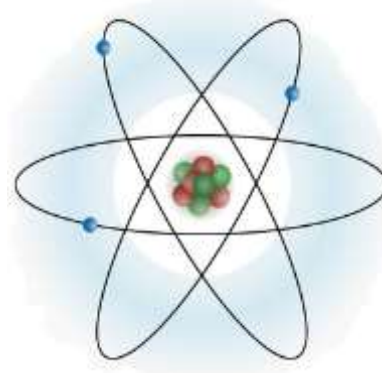
Em 1976, Abric propôs a teoria do núcleo central, segundo a qual toda representação poderia ser estruturada como tendo um núcleo central e elementos periféricos<sup>83</sup>.

A estrutura desta teoria pode ser comparada, para fins didáticos, com a estrutura de um átomo. Segundo a teoria de Bohr um átomo é constituído de um núcleo central, contendo prótons (com carga positiva) e nêutrons (sem carga), e de elétrons (com carga negativa) ao redor do núcleo, nas chamadas órbitas. Isso faz com que o átomo seja uma estrutura, a priori, estável. De maneira análoga, pode-se considerar a estrutura da representação social, segundo a teoria de Abric (**Figura 3**).

**Figura 3:** Estrutura esquemática de um átomo representando os prótons e os elétrons. Juiz de Fora, Jun/2013.



Fonte: [www.etelg.com.br](http://www.etelg.com.br)



Fonte: [www.brasilecola.com](http://www.brasilecola.com)

O *núcleo central* ou *núcleo estruturante* possui duas principais funções: uma geradora, na qual se cria ou se transforma o significado dos elementos que constituem a representação, embutindo-se de valor; e uma função organizadora, unificando e estabilizando os elementos da representação<sup>83</sup>.

A principal propriedade do núcleo é a estabilidade, ou seja, o núcleo central é fixo, imóvel, coeso, garantindo a continuidade da representação. Uma representação só se modifica caso seu núcleo central sofra transformações<sup>83</sup>.

Para que duas representações sociais sejam diferentes elas devem diferir em relação a seu núcleo. Deve-se atentar para o fato de que essa centralidade não se deve a critérios quantitativos, mas sim à dimensão qualitativa, ou seja, não é a presença maciça de um elemento e sim sua significação que irá defini-lo como elemento do núcleo<sup>83</sup>.

Em torno do núcleo central se organizam os *elementos periféricos*, que constituem o essencial do conteúdo da representação, pois seus componentes são concretos, acessíveis e toleram contradições. Os elementos periféricos são organizados em torno do núcleo central e servem de amortecedores quando há questionamentos dessa representação. Tal fato explica por que o núcleo central não muda com tanta facilidade, sendo os desacordos emergentes absorvidos pelos elementos periféricos. Se esse mecanismo se amplia, isso pode significar a mudança de uma representação<sup>84</sup>.

As representações sociais têm funções específicas, como possibilitar a compreensão e a explicação da realidade, definir identidades grupais e orientar e justificar comportamentos e práticas<sup>36</sup>.

Toda representação tem um *núcleo central* estrutural e unificador ao redor do qual se cria ou se transforma o significado dos demais elementos periféricos da representação<sup>83</sup>.

Os *elementos periféricos* traduzem o essencial do conteúdo da representação, seus componentes concretos e acessíveis. São eles que fazem a interface entre o núcleo central e a realidade. São, por isso, dependentes do contexto e da ancoragem da representação na realidade, possibilitando, ao mesmo tempo, a adaptação da representação e a integração de novas informações e transformações ocorridas no meio ambiente<sup>83</sup>.

Enquanto o núcleo central é, em sua estabilidade e coerência, relativamente independente do contexto imediato, os elementos periféricos, por sua adaptabilidade, permitem a construção de representações sociais individualizadas. Nesse sentido, é a existência da dinâmica entre o núcleo central e os elementos periféricos, nos contextos sociais, que permite que as representações sejam ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis<sup>36</sup>.

Uma representação social é uma forma de visão de mundo funcional que possibilita aos indivíduos e aos grupos darem sentido às suas condutas e compreenderem a realidade por meio de seus próprios sistemas de referências. Por meio das representações sociais, o indivíduo se adapta à realidade e encontra nela o seu lugar<sup>83</sup>. Trata-se de algo como um sistema pré-codificado de interpretação da realidade, que funciona como um guia para a ação e as relações sociais.

As representações sociais têm quatro funções específicas: saber; identitária; orientação e justificadora. Ao possibilitar compreender e explicar a realidade, a representação desempenha a função de saber. Na função identitária a representação social define a identidade e permite a proteção da especificidade do grupo, havendo um importante controle social exercido pela coletividade sobre cada um dos membros do grupo. A representação também pode guiar o comportamento e a prática de um grupo, agindo de forma prescritiva, definindo o que é lícito,

tolerável ou inaceitável. Na função justificadora há possibilidade de justificar as tomadas de posição e comportamento de um grupo, podendo estereotipar as relações intergrupais ao preservar e justificar a diferenciação social<sup>83</sup>.

Como funções do sistema periférico na dinâmica das representações sociais pode-se destacar: as de concretização, de regulação e de defesa<sup>83</sup> e as de prescrição de comportamento e de modulação personalizada das representações<sup>85</sup>.

Os elementos periféricos fazem a interface entre o núcleo central e a realidade, por isso são dependentes do contexto e da ancoragem da representação na realidade, conferindo-lhe a função de concretização. Na função de regulação, os elementos periféricos possibilitam, ao mesmo tempo, a adaptação da representação e a integração de novas informações e transformações ocorridas no meio ambiente. Assim, elementos susceptíveis de gerar conflito são integrados de forma amena sem desestabilizar o núcleo. Dessa forma, evidencia-se a função de defesa em que os elementos periféricos agem como um para-choque, resistindo às mudanças, posto que a transformação no núcleo provocaria alteração completa da representação<sup>83</sup>.

Outra função da representação social é de ser prescritora de comportamento. Esta função indica o que é normal se fazer ou dizer em determinadas situações, orientando as ações e reações dos sujeitos<sup>83</sup>.

Ainda outra função dos elementos periféricos é permitir a modulação personalizada das representações e das condutas, já que as apropriações individuais e os contextos específicos podem ocasionar comportamentos diferentes mesmo havendo um núcleo comum<sup>83</sup>.

Assim, ao passo que o núcleo central é, em sua estabilidade e coerência, relativamente independente do contexto imediato, os elementos periféricos, por sua adaptabilidade, permitem a construção de representações sociais individualizadas. Nesse sentido, é a existência da dinâmica entre o núcleo central e os elementos periféricos, nos contextos sociais, que permite que as representações sejam ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis<sup>83</sup>.

A importância do núcleo central destaca a necessidade do questionamento do mesmo na transformação da representação. Portanto, o questionamento de um elemento do núcleo central pode ocasionar o rechaço da representação em questão. Ou seja, o núcleo central é a própria identidade da representação. Evidencia-se, portanto, que o discurso ideológico pode estar em desacordo com a representação. Mesmo que haja uma ideologia interna ela não influencia a representação na sua essência, na sua estrutura, ou seja, no núcleo central. E as práticas sociais têm papel preponderante no desencadeamento de transformações profundas das representações<sup>85</sup>.



Cabe enfatizar que na perspectiva estruturalista duas representações só são diferentes se apresentarem o núcleo central diferente. Portanto, duas subpopulações podem ter a respeito de um objeto a mesma representação, mas apresentar esquemas periféricos desiguais e por isso discursos diferentes<sup>85</sup>. Todavia, permanecem apresentando um núcleo central idêntico em sua representação social.

O estudo das representações permite, assim, a compreensão da interação entre o indivíduo e as condições sociais, o entendimento daqueles processos que intervêm na adaptação dos indivíduos à realidade e às características do meio social em que vivem<sup>83</sup>.

Diante do exposto, uma representação social é uma forma de visão de mundo funcional que possibilita aos indivíduos e aos grupos darem sentido às suas condutas e compreenderem a realidade por meio de seus próprios sistemas de referências. Por meio de suas representações sociais, o indivíduo adapta-se à realidade e encontra nela o seu lugar. Trata-se de algo como um sistema pré-codificado de interpretação da realidade, que funciona como guia para a ação e as relações sociais<sup>36</sup>.

A relevância de se estudar a representação social é justamente não enxergar o indivíduo fora do seu contexto sociocultural e histórico. Ignorar tal fato significa limitar a solução de problemas relacionados à população e a sistematização de novos conhecimentos para melhoria da realidade socioeconômica e cultural<sup>86</sup>. O conceito de representações sociais, entendido como categoria de análise social, torna-se, assim, um instrumento de pesquisa que permite entender as concepções dos grupos e auxilia a compreender as mudanças e permanências promovidas socialmente.

### **3.3.2 Representação social da punção venosa em adultos enquanto objeto de pesquisa**

A primeira questão que se apresenta quando se pretende abordar a representação social do processo de punção venosa é saber se esta temática é passível de ser representada. Nos últimos 40 anos, pode-se constatar um número relevante de pesquisas em representação social sobre os mais variados temas. Apesar de ser um tema explorado por diversos pesquisadores, não há entre eles a unanimidade sobre os critérios utilizados para definir uma representação social. Nota-se um pensamento coletivamente elaborado e compartilhado como um denominador comum, porém com uma compreensão variada do significado do termo<sup>87</sup>.

Diante do exposto, cabe o questionamento: existe representação social sobre tudo? Na verdade não existe uma representação social para cada objeto que se possa pensar. É possível que um grupo tenha uma representação a respeito de um objeto e outro grupo tenha um conjunto de opiniões e informações desconexas ou imagens a respeito do mesmo objeto. Todavia, mesmo sem

unanimidade, pode-se elencar certos critérios mínimos para a caracterização de uma representação social partindo da ótica de diversos autores<sup>87</sup>.

A representação, enquanto modalidade de pensamento, deve emergir da prática e da cultura, contribuindo para a transformação da mesma. Dessa forma, para que um objeto gere uma representação social deve ter “relevância cultural” e “espessura social” e estar associado de maneira consistente a uma prática de grupo<sup>87:50</sup>.

A dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência são condições apresentadas como critérios. Logo, compreende-se que a forma e a intensidade de tais condições podem variar de um objeto para outro, dentro de um mesmo grupo, de um grupo para outro e em relação ao mesmo objeto<sup>18</sup>. A estrutura teórica organizada hierarquicamente, formando um núcleo central e um conjunto de elementos periféricos; a forma metafórica como um esquema figurativo resultante da objetivação; a função de ancorar novas experiências e o fato de serem socialmente compartilhados também são critérios já discutidos visando à caracterização de um objeto socialmente representativo. Todavia essas características não podem ser consideradas como sendo atributos exclusivos das representações sociais, pois podem ser usadas na caracterização de representações singulares e esquemas cognitivos individuais<sup>88</sup>.

Com intuito de obter critérios claros e precisos para caracterização do objeto em estudo, deve-se sublinhar a sociogênese da RS, com enfoque nos atributos externos, para além de sua estrutura interna. Há, nesse sentido, cinco critérios para identificar uma representação, a saber: consenso funcional, relevância, prática, holomorfose e afiliação. Tais critérios podem ser aplicados em conjunto ou separadamente dependendo do campo de pesquisa em questão<sup>88</sup>.

Em relação ao consenso funcional, expõe-se como argumento que o principal não é o consenso numérico, mesmo por ser praticamente impossível que uma representação seja compartilhada por 100% das pessoas do grupo. Há a necessidade de o grupo manter-se como uma unidade social reflexiva e organizada, gerando entre interação e uma autocategorização. Além disso, para haver representação social o objeto deve ser relevante e mudar o padrão de comportamento do grupo que o compartilha. No que concerne à prática, enfatiza-se que o pensamento e ação devam estar juntos. Ou seja, que haja uma mudança tanto no pensamento quanto na ação dos integrantes do grupo. Quanto ao critério de holomorfose, aponta-se que o conhecimento de todos os coatores constrói a representação do objeto, ou seja, há uma gênese pública. O critério de afiliação, por sua vez, tende a avaliar a correção das representações holomórficas construídas<sup>88</sup>.

Ao apresentar os critérios comumente utilizados e os critérios da sociogênese que até o presente momento foram justificados teoricamente, pretende-se legitimar a punção venosa em adultos como objeto de representação social<sup>89</sup>.

## 4 OBJETIVOS

**Objetivo Geral:** Analisar as representações sociais da punção venosa entre indivíduos adultos que vivenciaram a experiência

### **Objetivos Específicos:**

Caracterizar os participantes segundo dados demográficos, experiências e a percepção das etapas do processo de punção de vasos periféricos;

Descrever as variáveis intervenientes (diferentes situações e ocasiões de ocorrência do evento) e as de desfecho (percepção do processo de punção de vasos sanguíneos periféricos);

Identificar o núcleo central e os elementos periféricos da representação social sobre a punção periférica de veias das pessoas que possuem vasos periféricos puncionados;

Descrever a implicação dos resultados da presente investigação para a estruturação do cuidado de enfermagem.

## 5 MÉTODOS E TÉCNICAS

Pesquisa quantiquantitativa cuja trajetória metodológica visou conhecer e analisar, na perspectiva de indivíduos adultos, as variáveis intervenientes a respeito do conhecimento, dos valores e das experiências com o processo de punção de vasos periféricos e a representação social estrutural com seus respectivos elementos. Foram atendidos todos os requisitos de cientificidade das abordagens quantitativas e qualitativas sem, no entanto, manter as restrições de utilização dos resultados uma vez que foi priorizada a complementaridade das abordagens em detrimento das restrições puramente epistemológicas<sup>90</sup>.

No delineamento quantitativo foi realizado um *survey* e no delineamento qualitativo foram utilizadas entrevista com a técnica de recorte e colagem e a técnica de evocação livre para subsidiar a identificação dos elementos e relevância da representação social sobre o processo de punção de vasos periféricos.

A abordagem quantitativa descritiva e exploratória do tipo *survey*, enquanto técnica quantitativa e ferramenta flexível capaz de captar informações a respeito de um enfoque explicitado no objeto da presente investigação, possibilitou a apreensão de sentimentos, de comportamentos, do perfil demográfico, da aproximação e da percepção dos participantes para o processo de punção de vasos periféricos em seu cotidiano.

A opção pelo uso do *survey* tornou-se eficaz quando combinada com outros métodos, sendo passível de anteceder investigações qualitativas sobre o mesmo objeto e constituindo um critério de cientificidade que possibilita que os resultados obtidos sejam significativos para o contexto estudado<sup>91; 92</sup>.

A abordagem qualitativa teve duas vertentes: ambas descritivas, sendo uma entrevista associada à técnica de recorte e colagem e outra delineada na Teoria da Representação Social a partir da abordagem estrutural do Núcleo Central, segundo proposta de Abric<sup>83</sup>, utilizando a evocação livre<sup>93</sup>.

A concepção de representação social, segundo a abordagem estrutural de Abric, retrata a teoria das relações sociais focada no sujeito, no objeto e na relação entre ambos, utilizando a noção do núcleo central e elementos periféricos<sup>36</sup>. A preocupação da concepção da representação social é com o grupo social e com o sujeito, sua relação com o objeto e a construção do mundo que se evidencia a partir da dinâmica social e das dimensões cognitiva, social e afetiva contempladas. A dimensão cognitiva ficou representada pela construção de saberes sociais; a afetiva foi

representada pelo caráter simbólico e imaginativo atribuídos ao objeto e a dimensão social ficou representada pelo compartilhamento dos significados no senso comum.

## 5.1 HIPÓTESES E PRESSUPOSTOS

Foram elaboradas duas hipóteses com suas respectivas afirmações de nulidade, para subsidiar a operacionalização do *survey*, a saber:

H1: As variáveis intervenientes (dados demográficos, motivo e história da punção, percepção das etapas do processo de punção de vasos e sensação e comportamento) sobre o processo de punção de vasos sanguíneos periféricos são percebidas pelos indivíduos que possuem vasos puncionados.

H0: As variáveis intervenientes (dados demográficos, motivo e história da punção, percepção das etapas do processo de punção de vasos e sensação e comportamento) sobre o processo de punção de vasos sanguíneos periféricos não são percebidas pelos indivíduos que possuem vasos puncionados.

H2: Há mais de um elemento no núcleo central da representação social dos participantes.

H0: Não há mais de um elemento no núcleo central da representação social dos participantes.

Para nortear metodologicamente a realização da entrevista e da evocação na representação social, foram utilizados os seguintes pressupostos:

1- Independente da razão pela qual um vaso sanguíneo é puncionado (coleta de sangue; terapia farmacológica/infusional e tratamento hemodialítico substitutivo) existe uma representação social sobre o procedimento por parte das pessoas que têm seus vasos periféricos puncionados.

2- Na representação social o núcleo central possui elementos comuns para os participantes e os elementos periféricos traduzem as peculiaridades das vivências do processo de punção dos vasos periféricos, sendo que ambos retratam componentes sociais de uma representação sobre o procedimento.

3- As mensagens comunicacionais (figuras selecionadas e conteúdo dos discursos) emitidas pelos participantes a respeito do processo de punção de vasos periféricos possuem componentes comuns que confirmam e convergem com o conteúdo localizado no núcleo central e/ou periférico das representações.

## 5.2 CENÁRIOS DA INVESTIGAÇÃO

Foram previstos os seguintes cenários para operacionalizar o processo de coleta de dados, a saber: 1) Hospital Filantrópico e 2) Serviço de terapia renal substitutiva.

O hospital filantrópico é conveniado à rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe de convênio próprio, sendo considerada instituição de formação para profissionais da área de saúde em nível técnico e superior. Trata-se de uma instituição de grande porte, que atende a internação convencional e possui serviço ambulatorial. Dispõe de leitos das várias especialidades clínicas, cirúrgicas, intensivistas, serviços especializados, a exemplo de terapia renal substitutiva, serviços de apoio, laboratório e radioimagem, perfazendo 503 leitos. Destes, 263 leitos são destinados à clínica médico-cirúrgica e conveniados ao SUS e 177 leitos destinados ao convênio institucional. Há 63 leitos destinados a unidades de terapias intensivas para as especialidades clínica, cirúrgica, coronariana, infantil e unidade neonatal. Cabe destacar que esta instituição foi credenciada para a realização de cirurgias de grande porte desde a década de 70, sendo uma das instituições de referência regional no Estado de Minas Gerais. Para a presente investigação foram considerados cenários elegíveis os setores de clínica médica, cirúrgica e ortopédica cuja taxa de ocupação era de 60% em decorrência de reforma setorial, além do posto de coleta de sangue.

No cenário institucional onde os dados foram coletados, o uso do vaso sanguíneo teve finalidades terapêuticas que envolveram situações clínicas e cirúrgicas. Foram momentos de atendimentos clínicos e/ou de pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas, ortopédicas, vasculares, ginecológicas, neurológicas e de atendimento a pessoas com grande queimado e que se encontravam em precauções para alguma forma de transmissão de doenças veiculadas por contato direto ou indireto, pelo ar, por gotículas, por veículo comum e por vetores, além das situações cotidianas que requerem a aplicação de precauções padrões<sup>94</sup>.

Isto equivale a dizer que foi prevista a abordagem da terapia medicamentosa por via intravenosa em diversificadas situações com predomínio daquelas em que houve a infusão de analgésicos, antibióticos, anti-heméticos, opióides, digitálicos, hemoconcentrados e drogas vesicantes ou com pH limítrofe que pudessem suscitar a perda da punção do vaso, a ocorrência de flebites, de esclerose das veias ou em pessoas com alterações da coagulação que favorecessem o surgimento de hematomas e de edemas, mesmo que não exclusivamente por estes motivos.

Os materiais de rotina utilizados na instituição onde os dados foram coletados foram: esparadrapo comum e quando há relato de alergia ou pele friável esparadrapo antialérgico; evidenciamento do vaso com o uso do garrote de látex; álcool 70% como solução antisséptica; luva

de procedimento de látex não esterilizada; equipo(s) preenchido(s) com a solução intravascular prescrita e solução fisiológica 0,9% para salinização e extensor de via dos tipos: ampliador simples de via e *treeway*.

Há ocasiões em que as pessoas internadas são consultadas sobre o membro de sua preferência a ser instalado o cateter. Tal consulta ocorre quando a veia apresenta características de fácil punção, ou seja, visível, palpável e retilínea.

O serviço de terapia renal substitutiva, incluído como cenário para a realização da presente investigação, dispunha de internação dia para atendimento multidisciplinar realizado em 39 máquinas/poltronas/leitos que funcionam em três turnos diários (de 6 às 10h, de 11 às 15h e de 16 às 20h) com atendimento em dias alternados (segunda, quarta e sexta; e terça, quinta e sábado), contemplando seis dias da semana. É conveniado ao SUS e atende aos planos de saúde e aos consórcios intermunicipais, perfazendo 195 atendimentos mensais. Também possui máquinas para hemodiálise disponibilizadas em duas instituições conveniadas na cidade.

A instituição hospitalar e de atendimento especializado para tratamento renal substitutivo, cenários onde os dados foram coletados, eram polos de referência para a macrorregião da Zona da Mata mineira e estados vizinhos com cobertura de atendimento superior a 2 milhões de habitantes.

Na instituição onde os dados foram coletados a decisão pelo calibre ocorre anteriormente à avaliação da rede venosa e atende ao critério do perfil/idade das pessoas internadas nos respectivos setores. Como os setores em que a pesquisa foi realizada internavam pessoas adultas e idosas, os calibres mais utilizados foram 21G a 23G para agulha rígida e 20G a 22G para agulha flexível.

### 5.3 POPULAÇÃO

Participaram da presente investigação : 1) indivíduos cujas veias foram puncionadas para viabilizar tratamento farmacológico (manter a permeabilidade do acesso venoso ou para infusões de princípios farmacológicos e/ou hemoderivados e/ou hidroeletrólíticos); 2) indivíduos em tratamento hemodialítico que usavam fistula arteriovenosa (FAV) e 3) indivíduos que utilizavam os vasos para coleta de sangue com fins diagnósticos e de controle.

Na técnica do *survey* a amostra foi delineada por seleção completa para as duas instituições onde os dados foram coletados. Na técnica da evocação houve delineamento da amostra por conveniência, ou seja, os sujeitos foram selecionados de acordo com a diversidade de vivências e experiências do ponto de vista do objeto da investigação nos cenários previamente



estipulados. Em ambos os casos todas as pessoas que atenderam aos critérios de elegibilidade foram abordadas e convidadas a participar da investigação.

Foram **critérios de elegibilidade** para ser participante da investigação: 1) todos os gêneros; 2) maiores de 18 anos de idade; 3) todas as cores de pele; 4) que verbalizaram com coerência e lucidez e não possuíam limitações mecânicas e/ou neurológicas que interferissem na fala ou na livre expressão; 5) que aceitaram participar como voluntárias não remuneradas, externando sua aquiescência pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado; 6) que tiveram seus vasos periféricos puncionados em situações de coleta de material (punção pontual), para tratamento hemodialítico (hemodiálise por fístula arteriovenosa), para infusão de drogas/soluções/eletrólitos indicados terapeuticamente (tratamento farmacológico) e para infusão ou drenagem de sangue e seus derivados (coleta ou transfusão de sangue e derivados) e que foram atendidas nos setores onde a pesquisa foi realizada; 7) aqueles que estavam com vasos puncionados nos cenários das instituições onde os dados foram coletados (hospitalar de internação convencional que ocuparam leitos de clínica, de cirurgia e de ortopedia; posto de coleta de sangue e setor destinado a tratamento hemodialítico) e 8) que estavam com punção no momento do processo de coleta de dados.

Foram considerados **critérios de exclusão**: 1) menores de 18 anos de idade; 2) que não aceitaram participar da pesquisa; 3) que não assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 4) indivíduos internados que não tiveram seus vasos periféricos puncionados durante o período de internação; 5) indivíduos que apresentavam fala com incoerência, desconexa, ou com sinais de falta de lucidez, ou que apresentavam limitações mecânicas e/ou neurológicas para verbalização e 6) que não se enquadravam dentro dos critérios de inclusão.

Os sujeitos foram convidados a participar como voluntários não remunerados nos cenários a partir das seguintes situações: 1) na instituição hospitalar de internação convencional ou ambulatorial: indivíduos que estavam internados ou atendidos durante o período coleta de dados e 2) que realizaram hemodiálise ou tiveram seus vasos sanguíneos puncionados; que foram atendidas nos postos de coleta de sangue. Foram acordados o local e o momento mais conveniente para a coleta de dados, sendo mantida a privacidade de abordagem requerida pela técnica que foi utilizada.

Entre estes sujeitos foi estimada a participação de 120 deles na aplicação da técnica de *survey*. Em 30 pessoas foi aplicada a técnica da evocação livre, sendo 20 deles entre aqueles que responderam ao *survey* e selecionados mais 10 nos quais foi aplicada somente a técnica de recorte e colagem de gibi, perfazendo 130 participantes.

O recrutamento destes participantes ocorreu durante o período de internação por meio de abordagem individual, na qual a entrevistadora fez o convite e os esclarecimentos sobre qual seria a participação, temática e forma de operacionalização da investigação.

Os sujeitos com punções para coleta de sangue foram abordados no momento que tiverem seus vasos puncionados no posto de coleta. Foi estimada a participação de 40 deles na etapa do survey, havendo a participação de 30 deles na técnica da evocação e de 20 na técnica de recorte e colagem de gibi, perfazendo 50 participantes.

Os sujeitos em hemodiálise foram abordados durante o procedimento nos turnos de funcionamento do serviço de terapia renal substitutiva (manhã, tarde e noite). Foram abordadas pessoas em hemodiálise nos três turnos. Foi estimada a participação de 75 delas na fase do survey, sendo que 30 delas participaram da técnica da evocação e 20 na técnica de recorte e colagem, perfazendo 75 participantes.

O quantitativo estimado de participantes na fase do *survey* foi estabelecido a partir da aplicação do critério de inclusão de toda a população. Na aplicação da técnica de evocação foram utilizados os seguintes critérios: número de participantes iguais entre aqueles que vivenciaram situações similares para as finalidades do manuseio terapêutico dos vasos, perfazendo um quantitativo capaz de possibilitar a construção do quadro de quatro casas.

Na aplicação da técnica de recorte e colagem foram empregados os seguintes critérios para dimensionar os potenciais participantes: saturação dos dados e técnica confirmatória sobre os componentes da representação social obtidos pela teoria do núcleo central e periférico. Para isto, foi previsto que o processo de coleta de dados fosse realizado de forma exaustiva a ponto de gerar um discurso consistente e captar informações fundamentais à identificação da representação social e de seus elementos.

Os critérios mencionados possibilitaram estimar a participação de 235 pessoas na fase do survey, 90 na fase da evocação e 60 na fase de recorte e colagem de gibi, perfazendo 265 participantes, tendo em vista que alguns participaram de todas as etapas (**Tabela 1**). Cabe acrescentar que todos os 60 participantes que realizaram a técnica de gibi também realizaram as demais técnicas de coleta de dados.

**Tabela 1:** Distribuição de participantes segundo a razão de uso do vaso sanguíneos e a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão. Juiz de Fora, Jun/2013.

POTENCIAIS PARTICIPANTES		Razão da punção realizada no momento da investigação			Total
		Terapêutico infusional	Coleta de sangue	Tratamento hemodialítico	
<b>Técnica do survey</b>					
Motivos de perdas	Participação estimada	171	54	104	329
	Recusa de participação	19	14	10	43
	Não assinatura TCLE	-	-	-	
	Interrupção do aceite	-	-	-	
	Não se encaixam nos critérios inclusão	32	-	19	51
<b>Subtotal</b>		<b>120</b>	<b>40</b>	<b>75</b>	<b>235</b>
<b>Técnica da evocação</b>					
Motivos de perdas	Participação estimada	34	37	35	106
	Recusa de participação	4	7	5	16
	Não assinatura TCLE	-	-	-	
	Interrupção do aceite	-	-	-	
	Não se encaixam nos critérios inclusão	-	-	-	
<b>Subtotal</b>		<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>90</b>
<b>Técnica do recorte e colagem do gibi</b>					
Motivos de perdas	Participação estimada	25	31	26	82
	Recusa de participação	5	11	6	22
	Não assinatura TCLE	-	-	-	-
	Interrupção do aceite	-	-	-	-
	Não se encaixam nos critérios inclusão	-	-	-	-
<b>Subtotal</b>		<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>60</b>
<b>Total de abordagens</b>		<b>170</b>	<b>90</b>	<b>125</b>	<b>385</b>
<b>Pessoas abordadas em mais de uma etapa</b>		<b>40</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>120</b>
<b>Total de participantes</b>		<b>130</b>	<b>50</b>	<b>85</b>	<b>265</b>

**Nota da autora:** Houve participantes que integraram a investigação em um, dois ou nos três momentos, conforme esquema anterior.

#### 5.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada a triangulação de técnicas e métodos para subsidiar o processo de coleta de dados, sendo o mesmo aplicado em três momentos<sup>95; 96</sup>.

No primeiro momento foi realizado um *survey* cujo instrumento de coleta de dados foi estruturado com questões fechadas e uma questão aberta. Excetuando a questão aberta, todas as outras continham opções para serem marcadas pelos participantes, não sendo as respostas mutuamente excludentes. Este instrumento visou apreender as seguintes variáveis: demográficas; razão da internação/motivo da punção; história da punção de vasos; percepção das etapas do processo de punção; sensações/comportamentos e informações adicionais.

A finalidade desta etapa foi apreender as seguintes variáveis: 1) aquelas que caracterizaram os participantes (data de nascimento; gênero; cor da pele; nº de filhos; escolaridade;

estado civil; profissão e ocupação); 2) aquelas que abordaram as condições de saúde e tratamento e motivo para punção ou não do vaso – este item teve uma abordagem diferenciada para cada categoria e houve ajustamento do título em função do perfil do participante, uma vez que foi objetivada a descrição da razão que motivou ou não a punção do vaso; 3) aquelas que retrataram as vivências e experiências do entrevistado com o processo de punção (se já teve punção anterior; quantas vezes foi punccionado; qual o motivo; local da punção; se presenciou punção em terceiros); 4) aquelas que contemplaram a percepção das etapas do processo de punção e/ou a forma de apreensão desta temática pelo participante; 5) aquelas que expressaram as impressões, sentimentos e comportamentos antes, durante e após o processo da punção dos vasos periféricos (sensações e comportamentos) e 6) variáveis que emergem na individualização da percepção dos usuários e/ou detectadas pela entrevistadora (dados adicionais e observações).

Na segunda etapa foi utilizada a técnica de evocação livre ou associação livre. Essa técnica possibilita a coleta de dados constitutivos de uma representação permitindo ao sujeito emitir palavras que lhe venham à mente, após ser estimulado pelo termo indutor<sup>97</sup>. Técnica utilizada na teoria do núcleo central das representações sociais com a finalidade de apreender as projeções mentais de forma lúdica e colocar em evidência o conteúdo/universo semânticos do objeto estudado de forma rápida e objetiva,<sup>98</sup> além de favorecer a obtenção dos elementos constitutivos do conteúdo e da estrutura de uma representação social<sup>99</sup>.

No segundo momento foi aplicada a Técnica de evocação livre ou associação livre. A técnica da evocação busca apreender a percepção da realidade a partir de uma composição semântica preexistente, composição que normalmente não é só concreta, mas também imagética e organizada ao redor de alguns elementos simbólicos simples. Assim, a aplicação prática do teste consiste em pedir que a pessoa fale espontaneamente palavras que vem a sua mente ao ter o estímulo de palavras ou expressões. Estas palavras utilizadas estrategicamente são denominadas de termos ou expressões indutoras<sup>100</sup>.

No terceiro momento foi realizada uma entrevista a partir de questões semiestruturadas. As questões norteadoras tiveram a finalidade de desencadear o discurso dos sujeitos, mediante a escolha prévia de uma figura de revista de gibi. As questões norteadoras após a seleção da figura versaram sobre: 1) fale como a figura selecionada traduz para o(a) Sr(a) sua interpretação ou explicação, percepção, sentimento e/ou comportamento diante do processo de punção de vasos e 2) dê exemplo(s) baseado(s) em caso(s) pessoal(ais) e/ou ocorrido(s) com outra pessoa no qual o(a) Senhor(a) percebeu, representou ou formou opinião sobre o processo de punção vascular.

Em todas as etapas tiveram os instrumentos ou questões norteadoras validados no conteúdo por pessoas que aplicaram tais metodologias em outras investigações e/ou trabalhavam com populações similares. Houve sugestão de conteúdo e *layout* que foram incorporadas na versão atual dos instrumentos (**Apêndice de A a E**).

## 5.5 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

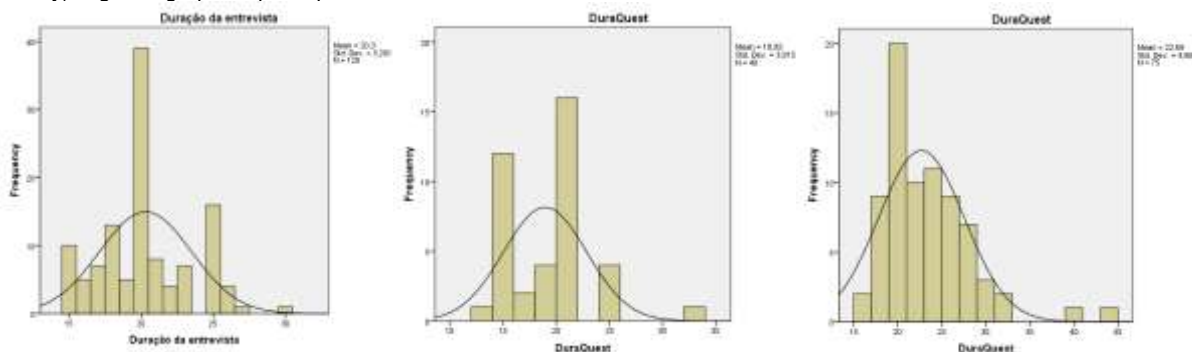
Os dados foram coletados após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e após o participante ter assinado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, em atendimento à Resolução 196/96 e suas complementares<sup>101</sup>.

A coleta de dados foi operacionalizada de forma processual. Primeiramente houve a aplicada da técnica do questionário com assessoria para o preenchimento ou preenchimento pela pesquisadora nos casos de baixa escolaridade ou deficiência motora sem danos neurológicos ou de fala, conforme previsto nos critérios de exclusão/inclusão. O processo de aplicação do questionário do *survey* foi acompanhado pela utilização de um diário de campo, visando descrever o processo e as peculiaridades vivenciadas pelos entrevistados durante o processo de preenchimento do impresso e seus comentários pessoais.

Foi realizado teste piloto, sendo os 15 entrevistados na etapa do tipo *survey* incluídos na amostra, tendo em vista que não houve necessidade de readequação dos impressos. O período de coleta de dados foi de Outubro de 2012 até Fevereiro de 2013, sendo que os dados coletados com as pessoas internadas, em tratamento hemodialítico e para coleta de sangue foram operacionalizados nos períodos de Outubro a Novembro, de Dezembro a Janeiro e de Janeiro a Fevereiro, respectivamente. O tempo médio de preenchimento dos impressos foi de 20 minutos, cuja variabilidade foi expressa no **Gráfico 1**.

Na realização da entrevista gravada, utilizando a técnica de evocação, foi apresentado um termo ou expressão indutora (punção veia/pegar veia) e solicitado aos participantes que mencionassem as cinco primeiras palavras/expressões que lhes viessem à mente a respeito do termo referido.

**Gráfico 1:** Histograma e curva de distribuição segundo o tempo de duração do preenchimento do questionário (fase tipo survey) segundo grupo de participantes.. Juiz de Fora, Jun/2013.



Pessoas que estiveram internadas

Pessoas que coletaram sangue

Pessoas em tratamento hemodialítico

O mesmo processo foi realizado com pessoas internadas, em tratamento hemodialítico e em coleta de sangue. Foram utilizadas como técnicas confirmatórias da representação social a técnica de “recorte e colagem de gibi” e o conteúdo do discurso emitido mediante a aplicação desta técnica que foram gravadas. A utilização de diário de campo para o registro de formas de comunicação não verbais, paraverbais e cinésicas captadas durante a entrevista justificou-se na medida em que possibilitou registrar as manifestações do ser emocional, psicológico e social<sup>33</sup>.

Cabe pontuar que a maioria dos participantes mencionaram seis a sete palavras/expressões, sendo aquelas que excederam de cinco desprezadas. Não houve dificuldade dos participantes evocarem as palavras. As palavras evocadas não foram reordenadas, sendo as mesmas utilizadas na ordem espontânea de evocação.

Dentre as vantagens da aplicação da técnica da evocação livre está a possibilidade de obtenção de conteúdo figurativo das representações, além de informação sem as dificuldades advindas das técnicas discursivas convencionais<sup>102</sup>.

O caráter espontâneo, portanto menos controlado, aliado à dimensão projetiva desta produção, deveria permitir o alcance mais fácil e rapidamente do que numa entrevista, dos elementos que constituem o universo semântico do termo ou objeto estudado. A livre associação permite a atualização de elementos implícitos ou latentes, que seriam suplantados ou mascarados nas produções discursivas<sup>102:133</sup>.

A técnica de evocação foi aplicada a partir de entrevista gravada individualmente e precedida pela técnica de “recorte e colagem de gibi” considerada, neste caso, como forma confirmatória para os elementos e estrutura da representação social.

O período de coleta de dados das evocações foi posterior ao *survey* e anterior à técnica de recorte e colagem. Ela ocorreu no período de Outubro a Novembro, de Dezembro a Janeiro e de Janeiro a Fevereiro para as pessoas internadas, em tratamento hemodialítico e para coleta de

sangue respectivamente. Cabe lembrar, conforme mencionado que as técnicas foram aplicadas de forma processual.

A razão para os dados terem sido coletados de forma processual justificou-se na medida em que não houve como assegurar de forma operacional e factível do ponto de vista da realização da investigação a possibilidade dos participantes internados e daqueles que coletaram sangue serem abordados num segundo momento em decorrência da possibilidade de alta institucional ou ao não retorno ao laboratório no dia/horário em que os dados foram coletados.

O teste piloto foi realizado entre cinco participantes, sendo os dados incluídos na investigação.

A “Técnica de Corte e Colagem” foi associada à entrevista gravada para captação do discurso explicativo dos participantes<sup>103</sup>. Esta técnica consistiu em fornecer uma mesma edição de gibi para que os participantes selecionassem e colassem, numa folha de papel, a melhor figura que retratou o que eles pensavam sobre as questões que lhes foram apresentadas.

Na operacionalização desta técnica, as páginas das revistas selecionadas foram plastificadas com a finalidade de permitir que tais instrumentos fossem higienizados depois de manuseados, tendo em vista que os dados foram obtidos em ambiente hospitalar e de clínica especializada onde a veiculação de germes requer desinfecção para manuseio entre usuários. Foram disponibilizados aos participantes 12 folhas com figuras alocadas frente/verso, disponibilizando três layouts de revistas/personagens e 256 figuras.

Esta técnica inclui a utilização da gravação de relatos, sendo os participantes convidados a elaborar um discurso explicativo sobre a temática e a representação realizada. Nesta ocasião, eles explicitaram a interpretação que atribuíram à figura, a razão que motivou a escolha da figura e as representações/associações que a temática fez emergir.

A gravação do discurso dos participantes teve como objetivo proporcionar maior liberdade para que expressassem seus sentimentos, sem constrangê-los com o comportamento que o registro manual das informações relevantes poderia causar. A gravação dos discursos permitiu captar mensagens comunicacionais subliminares expressas por evidências tais como: tom de voz, pausas, repetições de palavras, emissão de frases inacabadas, dentre outras.

A vantagem deste tipo de técnica é proporcionar que o participante rememore de forma espontânea as situações experienciadas e significadas por ele ou por terceiros, utilizando uma abordagem lúdica. Assim, esta técnica permite inferir as situações que, embora não explicitadas verbalmente, foram contempladas na(s) figura(s) selecionada(s) de forma implícita<sup>103</sup>.

O conteúdo das gravações constituiu em material discursivo de análise. Deste material foram extraídos fragmentos de relatos contextualizados com as informações de toda a entrevista, a partir dos quais foi possível apreender sentimentos, percepções, sensações, experiências, vivências e impressões dos entrevistados que subsidiaram a contextualização e a interpretação dos dados<sup>103</sup>.

A entrevista versou sobre a representação da punção venosa periférica em pessoas adultas, sendo desencadeada a partir da(s) questão(ões) norteadora(s). Foi solicitado aos participantes que expressassem verbalmente seus posicionamentos diante da questão apresentada e que explicassem a razão da escolha da figura, o conteúdo dela, e em que este conteúdo remeteu ao processo de punção de vasos como estratégia de desencadeamento da entrevista. Foi também solicitado que narrassem ou descrevessem caso(s) pessoal(is) ou com terceiros que exemplificassem as influências que lhe marcaram para a representação social do processo de punção de vasos.

Para todos os participantes foi solicitado que selecionassem uma figura sobre como pensavam, sentiam e/ou se comportavam diante do processo de punção de vasos. A cada tipo de experiência foi acrescentada uma solicitação adicional, ou seja, uma figura que representasse o tratamento (para as pessoas internadas), a FAV (para as pessoas em hemodiálise) e a coleta de sangue (para aqueles que fizeram exames).

Foi realizado um teste piloto nos dias 11 e 12 de outubro de 2012 com os instrumentos de coleta, com a finalidade de adequá-los em forma e conteúdo a ponto de possibilitar a calibração da entrevistadora para a aplicação dos mesmos aos participantes (**Apêndice A**). Foram excluídos oito entrevistados, tendo em vista a necessidade de ajuste na abordagem da entrevista e da técnica de “recorte e colagem”, e incluídos os 10 subsequentes nos quais foram alcançadas abordagens com interação suficiente para captar o objeto da investigação.

## 5.6 CONSOLIDAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tratados de acordo com o método, o delineamento e os objetivos da investigação.

No delineamento do tipo *survey*, as variáveis foram consolidadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20 (**Figura 4**). Elas receberam tratamento por frequência simples, percentual e medidas de variância e de tendência (estatística descritiva).



**Figura 4:** Programa SPSS versão 20 utilizado para consolidação e tratamento do survey dados. Juiz de Fora, Jun/2013.

	codigo	DuraQuest	Dnasc	idade	Genero	Pela	TemFl	CtosFl	Escolanda	EseINTerv	EstCivil	Professao	Ocupa
1	HD01	22	1938	74	feminino	parda	sim	2	primário incompleto ou < 8 anos	7	casado	1	0
2	HD02	20	1951	61	feminino	negra	sim	1	primário completo ou 8 anos	8	casado	29	12
3	HD03	21	1956	56	mascul	parda	sim	2	fundamental incompleto ou de 9 a...	10	separado	30	0
4	HD04	29	1947	65	mascul	branca	não	4	superior incompleto ou de 11 a 1...	12	casado	31	12
5	HD05	24	1964	48	mascul	parda	sim	3	superior incompleto ou de 11 a 1...	12	com companheiro	32	0
6	HD06	23	1966	46	feminino	branca	não	0	primário completo ou 8 anos	8	solteiro	1	0
7	HD07	19	1923	89	mascul	negra	sim	5	primário incompleto ou < 8 anos	7	casado	33	0
8	HD08	20	1956	56	mascul	negra	sim	2	primário incompleto ou < 8 anos	7	casado	2	0
9	HD09	23	1943	69	mascul	branca	sim	3	fundamental completo ou 11 anos	11	casado	2	0
10	HD10	18	1969	43	mascul	negra	não	0	primário completo ou 8 anos	8	casado	2	0
11	HD11	29	1972	40	feminino	não es...	sim	2	primário completo ou 8 anos	8	solteiro	2	0
12	HD12	32	1948	64	mascul	branca	sim	3	fundamental completo ou 11 anos	11	casado	2	0
13	HD13	18	1961	31	mascul	branca	não	0	fundamental completo ou 11 anos	11	casado	0	0
14	HD14	21	1926	86	mascul	parda	sim	12	primário incompleto ou < 8 anos	7	vívuo	2	0
15	HD15	18	1956	56	feminino	negra	sim	3	primário completo ou 8 anos	8	vívuo	1	0
16	HD16	19	1953	59	mascul	branca	sim	3	superior incompleto ou de 11 a 1...	12	casado	2	0
17	HD17	18	1932	80	mascul	branca	sim	3	primário incompleto ou < 8 anos	7	casado	9	0
18	HD18	17	1936	76	mascul	parda	sim	5	primário completo ou 8 anos	8	separado	2	0
19	HD19	20	1956	56	mascul	branca	sim	1	primário completo ou 8 anos	8	casado	28	0

**Nota das autoras:** O Programa SPSS constitui em ferramenta passível de ser aplicada em pesquisas quantitativas, possibilitando a realização de estatísticas descritiva e inferencial. Na presente investigação sua aplicação destinou-se a subsidiar a análise descritiva.

No delineamento qualitativo a técnica de evocação subsidiou a busca pela representação social na abordagem estrutural.

As palavras evocadas foram uniformizadas na estrutura gramatical quanto ao gênero (feminino/masculino); à pessoa (eu/ele); voz (passiva/ativa); ao número (singular/plural); grau (diminutivo/aumentativo); e tempo (presente, passado, futuro); além da simplificação de expressões com remoção de preposição, conjunção e interjeição, nas ocasiões em que foram mencionadas expressões.

Nos casos em que houve dúvida na palavra/expressão evocada a entrevista gravada pela técnica de gibi foi consultada para confirmar o sentido imprimido pelo participante. Estes ajustes compuseram um dicionário de palavras/expressões com suas respectivas equivalências no contexto da presente investigação.

A elaboração do dicionário constituiu uma etapa de relevância dentro do processo de análise dos dados. Buscou-se realizar os ajustes e a reunião de palavras/expressões sem que houvesse modificação lexical. Tal fato somente foi possível pela validação destas expressões pelos próprios participantes por ocasião da aplicação da técnica de “recorte e colagem de gibi” durante a entrevista gravada. Nos casos em que não houve suporte de conteúdo nesta técnica as expressões/palavras evocadas foram utilizadas na acepção mencionada.

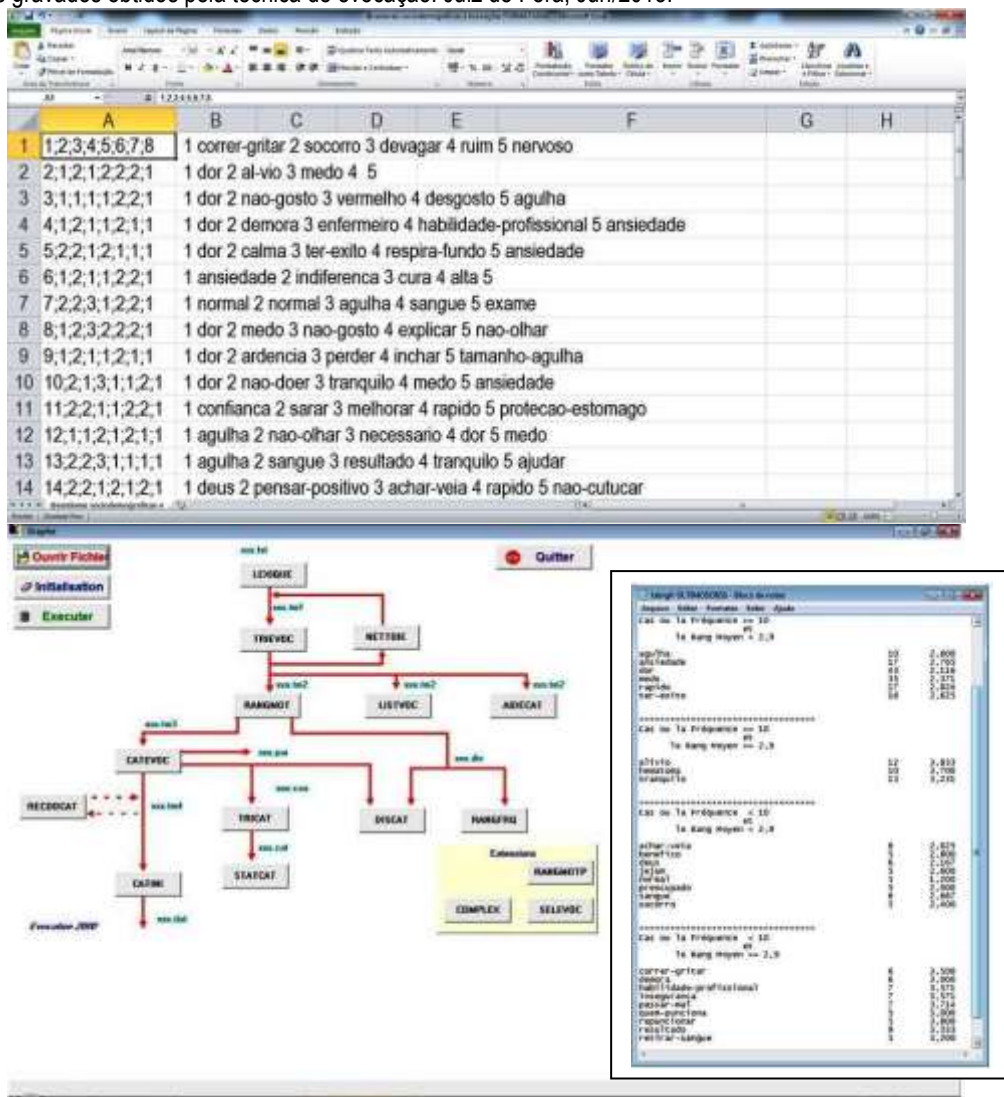
As palavras evocadas espontaneamente foram transcritas para planilha Excel juntamente com os dados demográficos. Elas foram transformadas em códigos numa sequência de

identificadores (ex: 25;1;2;2;1;2;2;1 1 dor; 2 medo; 3 ansiedade 4 agulha 5 rápido) que caracterizou cada participante que realizou a técnica da evocação.

Nesta fase os participantes foram identificados por códigos expressos por números contendo dois dígitos. Este código foi precedido dos dados demográficos registrados de forma dicotômica (idade, gênero, cor da pele declarada, presença de filhos, escolaridade dos participantes, estado civil e o tipo de punção de vaso realizada), exceção feita à última variável, e acompanhado por um número, por um espaço e pelas palavras/expressões evocadas até o máximo de cinco (Figura 5).

Erros de digitação, repetição de palavras não categorizadas segundo a estrutura gramatical foram ajustadas até a obtenção de um *corpus* estruturado.

**Figura 5:** Programas *Excel for Windows* e *Evoc* versão 2.0 utilizados para consolidação e tratamento os dados discursivos gravados obtidos pela técnica de evocação. Juiz de Fora, Jun/2013.

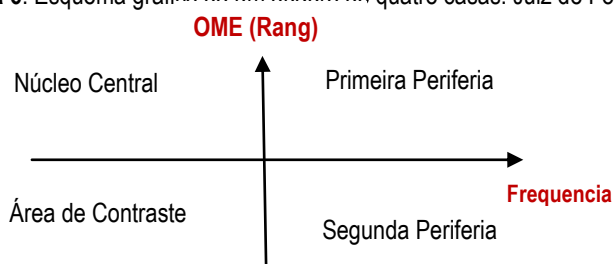


**Nota das autoras:** O Programa *Evoc* versão 2.0 (1999) constituiu numa ferramenta estatística capaz de processar as evocações. Foi um programa elaborado por Pierre Vergès, pesquisador francês e seus colaboradores na França.

As evocações registradas no *Word for Windows* foram introduzidas no software EVOC<sup>104</sup> desenvolvido por Vêrgès que possibilitou organizar os dados e construir o quadro de quatro casas a partir do cálculo da frequência simples das palavras/expressões evocadas, da ordem média de evocações (OME) de cada palavra e da média das ordens de evocações<sup>98</sup>.

O quadro de quatro casas constitui uma estratégia de representação gráfica semelhante a um eixo de ordenadas e abscissas (**Figura 6**)

**Figura 6:** Esquema gráfico de um quadro de quatro casas. Juiz de Fora, Jun/2013.



Fonte: OLIVEIRA et al. 2007; OLIVEIRA e GOMES, 2008.

No quadrante superior esquerdo estão os possíveis elementos que compõe o núcleo central. Eles possuem maiores frequências de evocações e menores *rang* (OME). Isto equivale a dizer da importância destes elementos para a representação, fato reafirmado por sua consensualização e estabilidade no contexto da representação. Quando comparado à estrutura de um átomo estes elementos correspondem ao núcleo. Seus componentes são protegidos pelos elementos periféricos que lhe proporcionam estabilidade. A análise do *rang*, quando próximo a 1, retrata a prontidão de evocação destas palavras/expressões em primeiras posições pelos participantes. Quando existe equivalência da representação entre grupos distintos haverá elementos comuns no quadrante superior esquerdo entre eles<sup>100; 105; 106; 107</sup>.

No quadrante inferior esquerdo estão localizados os elementos com menores frequências de citações, o que impede sua ascensão ao núcleo central, mas que estão mais próximos a ele em decorrência de seus valores de *rang* serem mais baixos. Os elementos com esta localização constituem potenciais candidatos ao núcleo da representação em caso de alteração da mesma<sup>100; 102; 105-107</sup>.

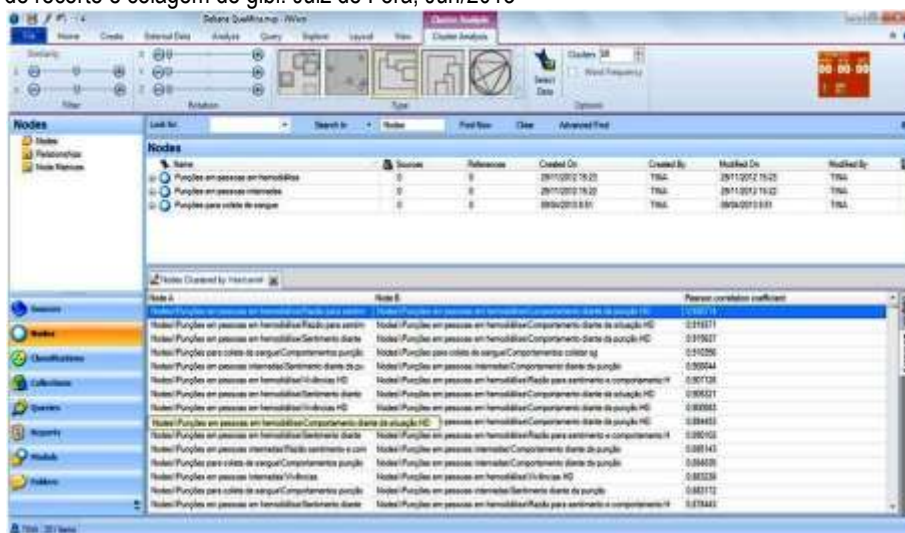
O quadrante superior direito constitui a primeira periferia, ou seja, onde se localizam os elementos com maiores frequências de citação (valores de frequência acima da frequência média) e com *rang* acima da média. Estes elementos podem retratar componentes próximos ao núcleo, mas

que não ascenderam a este em decorrência de terem sido mencionados nas últimas posições. A análise de seus valores de *rang* indica que tenderão a aproximar-se de cinco<sup>100; 102; 105-107</sup>.

No quadrante inferior direito estão localizados os elementos de segunda periferia, ou seja, aqueles que possuem frequência abaixo da média e *rang* alto, ou seja, palavras/expressões pouco citadas e evocadas nas últimas posições. Estes elementos constituem áreas amortecedoras das modificações das representações<sup>100; 102; 105-107</sup>.

Cabe mencionar que participaram 90 pessoas que tiveram suas veias puncionadas, sendo evocadas 444 palavras/expressões com 134 delas distintas. Foi adotado frequência mínima de 5 palavras evocadas, média de 2,98 e desprezadas 64,6% das expressões evocadas. Isto equivale a dizer que foram utilizados como *corpus* da evocação 35,4%, ou seja, 30 a 40 % do *corpus* conforme identificados em pesquisas com a mesma metodologia.

**Figura 7:** Programa NVivo versão 10.0 utilizados para consolidação e tratamento os dados discursivos gravados obtidos pela técnica de recorte e colagem de gibi. Juiz de Fora, Jun/2013



**Nota das autoras:** O programa NVivo é um *software* utilizado em pesquisas qualitativas ou de delineamento misto que permite conciliar dados originados de entrevistas, grupos, informações bibliográficas, de mídia eletrônica, de gerenciadores de referências e de áudio a partir da conciliação de ferramentas de busca, consulta e visualização.

No delineamento das representações sociais, o conteúdo gravado, constituiu o discurso que foi consolidado para formato eletrônico com sua transcrição na íntegra. Posteriormente os dados foram importados para o programa NVivo versão 10.0, categorizados e analisados segundo similitude de conteúdos e trabalhados em frequência e pela técnica de Clusters, utilizando do coeficiente de Pearson.

## 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram atendidos todos os princípios éticos e legais com vistas a assegurar os princípios de justiça, respeito pelas pessoas, não malefício e beneficência para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme previstos pela Resolução 196/96<sup>101</sup> e suas complementares.

Os potenciais sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa, sua participação e seus direitos de deixarem de participar em qualquer fase da investigação, sendo convidados como voluntários não remunerados. As pesquisadoras trataram a identidade dos participantes com padrões profissionais de anonimato, não sendo realizada nenhuma identificação dos mesmos. Utilizou-se códigos para retratar cada participante, que foram informados que os resultados advindos da pesquisa serão divulgados em meio científico, garantindo seu anonimato.

A presente investigação foi operacionalizada com a previsão orçamentária da pesquisadora responsável. Sua operacionalização apresentou risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc., sendo assegurado o direito a ressarcimento ou indenização nos casos em que fossem comprovados danos decorrentes da atividade da pesquisa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir serão apresentadas as variáveis intervenientes sobre o processo de punção de vasos periféricos em três grupos distintos, a saber: pessoas que coletaram sangue; que estiveram com seus vasos puncionados para tratamento farmacológico por ocasião da internação institucional; e que tiveram seus vasos puncionados para realização de tratamento hemodialítico.

### 6.1 PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS DE PESSOAS EM COLETA DE SANGUE: CARACTERIZAÇÃO E EXPERIÊNCIAS

Os 40 participantes que realizaram coleta de sangue foram caracterizados de acordo com dados sociodemográficos, segundo as vivências pregressas relacionadas à punção de vasos, a percepção das etapas do processo de punção e de acordo com os sentimentos e comportamentos percebidos durante o processo de punção de vasos.

#### 6.1.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A caracterização segundo a faixa etária, a cor da pele, o número de filhos, a escolaridade, o estado civil são apresentadas na **Tabela 2**, profissão e a ocupação são apresentadas na **Tabela 3**.

**Tabela 2:** Caracterização dos 40 participantes que realizaram coleta de sangue segundo o gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil e quantidade de filhos. Juiz de Fora, Jun/2013.

Gênero	n	%	Idade	n	%	
Masculino	12	30	20I--30	8	20	Variabilidade: 20 a 64 anos Média:40,90
Feminino	28	70	30I---40	12	30	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	40I---50	8	20	
<b>Cor de pele</b>			50I---60	9	22,5	
Branca	23	57,5	≥60	3	7,5	
Negra	5	12,5	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	
Parda	8	20	<b>Estado Civil</b>			
Não mencionado	4	10	solteiro	13	32,5	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	casado	22	55	
<b>Escolaridade</b>			separado	-	-	
5 I—8 anos	2	5	viúvo	1	2,5	
8 I—9 anos	5	12,5	União estável	4	10	
9 I—12 anos	21	52,5	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	
>12 anos	12	30	<b>Nº Filhos</b>			
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	0	20	50	Variabilidade:
<b>Possui filhos</b>			1I—3	14	35	0 a 7
Sim	20	50	3 I—7	5	12,5	Média: 1,15
Não	20	50	≥7	1	2,5	
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	

Participaram 70% de mulheres; 50% dos participantes tinham idade compreendida entre 20 a 40 anos; 57,5% declararam ter cor da pele branca; 50% possuíam filhos, sendo 35% deles com um a dois filhos; 17,5% tinham menos que nove anos de escolaridade e 65% viviam com companheiro fixo em união estável ou casados.

Segundo o censo do IBGE (instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2010, na cidade em que foi realizada a pesquisa, a morbidade para população feminina é de 56,5% quando comparada à população masculina. Tal número pode justificar-se pelo fato da população feminina ser maior do que a masculina<sup>108</sup>.

A variedade de profissões e atividades laborais que os participantes estavam inseridos justificou o agrupamento destes critérios segundo formação/capacitação e perfil de atuação (**Tabela 3**).

**Tabela 3:** Distribuição das 40 pessoas em coleta de sangue segundo profissão e ocupação; Juiz de Fora, Jun/2013.

Variáveis	Profissão		Ocupação	
	n	%	n	%
<b>DO LAR</b>	3	7,5	1	2,5
<b>PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR:</b> Advogado, auditor fiscal, enfermeiro, farmacêutico, teólogo, professor, ciências econômicas, odontólogo	7	17,5	6	15
<b>ATIVIDADES TÉCNICAS:</b> Secretária, auxiliar laboratório, auxiliar escritório, escriturária, assistente gerente, administrativo, contador, departamento jurídico, contabilidade, desenhista, eletrotécnico, gráfico, ferroviário, garçom, topógrafo, açougueiro, operadores de estação de água e de máquinas químicas	16	40	14	35
<b>SERVIÇOS GERAIS:</b> Servente escolar, camareira, vigilante, zelador, porteiro, atendente de enfermagem, acompanhante, motorista, autônomo.	2	5	2	5
<b>EMPRESÁRIOS, COMERCIANTES</b>				
<b>COMERCIÁRIOS:</b> Balconista, vendedor	3	7,5	3	7,5
<b>TRABALHADORES DOMÉSTICOS:</b> Doméstico, lavador	2	5	2	5
<b>APOSENTADO</b>	-	-	4	10
<b>ESTUDANTE</b>	-	-	2	5
<b>NÃO ESPECIFICOU</b>	7	17,5	6	15
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Houve predomínio da inserção dos participantes em profissões e ocupações de caráter técnico, ou seja, 40% e 35% respectivamente. O fato de 10% dos participantes estarem aposentados pode explicar o deslocamento da média da idade para valores superiores, tendo em vista que apenas três deles (7,5%) tinham mais de 60 anos.

### 6.1.2 Vivências pregressas dos participantes que punçionaram a veia para coleta de sangue

Apesar dos participantes serem analisados segundo a finalidade do uso do vaso sanguíneo houve situações em que eles tiveram mais de uma experiência. Esta foi apreendida a partir das

situações diversificadas e do número de vezes em que seus vasos foram puncionados para fins distintos (**Tabela 4**).

**Tabela 4:** Caracterização dos 40 participantes em coleta de sangue segundo o histórico de punção de vasos ao longo da vida. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Internação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Nº de vezes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	33	82,5	0	7	17,5
Não	7	17,5	1  —3	20	50
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	3  —5	9	22,5
			5  —6	1	2,5
			≥6	3	7,5
<b>Finalidade da coleta de sangue</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Risco cirúrgico	2	4,8	<b>Finalidade de punções anteriores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Controle de doença	8	19	Coleta de sangue	38	47,5
Rotina	29	69	Controle de doença ou diagnóstico	10	12,5
Diagnóstico	3	7,2	Tratamento	19	23,7
<b>Total(*)</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	Doação de sangue	13	16,3
			<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Local de punção</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Braço dominante</b>		
Mão	14	23,7	Sim	25	62,5
Antebraço	16	27,1	Não	14	35
Dobra cotovelo	29	49,2	Nos dois membros	1	2,5
<b>Total (*)</b>	<b>59</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Presenciou punção venosa</b>			<b>Pessoas que presenciou punção</b>		
Sim	38	95	Familiares	33	66
Não	2	5	Pessoa que cuida	7	14
			Conhecido	5	10
			Desconhecido	5	10
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total(*)</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
<b>Ambiente onde a veia foi puncionada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Nº de punções durante a vida</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Internado	25	62,5	0  —4	2	5
Pronto Socorro	14	35	4  —7	1	2,5
Ambulatório	16	40	7  —10	5	12,5
UPA e Policlínica	10	25	≥ 10	32	80
Laboratório	3	7,5			
<b>Total(*)</b>	<b>68</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nota das autoras:** (\*): Houve mais de uma opção para a questão apresentada.

Dentre os 82,5% dos participantes que já estiveram internados, para 32,5% este fato ocorreu por mais de três vezes, sendo a finalidade da coleta de sangue considerada para realização de exame de rotina entre 69% dos mesmos.

A preocupação com o estado de saúde pode ser identificado no seguinte relato:

(faço exame para) “a prevenção da minha saúde. Para ver se está tudo ok comigo e com meu sangue... Isso tudo é muito importante né? Isso que eu penso!” (Iris).

A realização da punção de vaso periférico em situações progressivas foi motivada por: coleta de sangue entre 95% dos participantes; tratamento entre 47,5% deles. O local de punção predominante foi na dobra do cotovelo em 49,2% e no membro dominante em 62,5% dos casos.



O compartilhamento da experiência de punção de vasos ao ver este procedimento ser realizado em outra pessoa foi identificada por 95% dos participantes, sendo que 82,5% presenciaram este fato ser realizado em seus familiares. Este fato acrescentou experiência e impressões nos entrevistados, fato constatado no relato a seguir:

*“Então o que me marcou mais foi isso. Eles tentaram pegar a veinha dele (filho) e custaram para achar! Quase não conseguiram. E ficar olhando ele chorar me deu uma aflição!” (Cravo).*

A aproximação dos entrevistados que coletaram sangue com o processo de punção de vasos pôde ser inferida a partir de 62,5% dos casos, cujos vasos foram puncionados em ocasiões em que estiveram internados, e em 80% por mais de dez vezes durante sua vida. Tal caracterização evidenciou o quanto o processo de punção de vasos esteve presente no cotidiano dos participantes. Pela técnica de recorte e colagem foi possível obter imagens (figuras de gibi) que exemplificam sentimentos, comportamentos e avaliação realizada pelos participantes a respeito da representação que fizeram sobre o processo de punção de veias (**Figura 8**).

**Figura 8:** Imagens de gibis selecionadas pelos entrevistados que estavam em coleta de sangue, retratando sentimentos e comportamentos. Juiz de Fora, Jun/2013.



*“Cara de pavor! É assim que eu me identifico... Eu fico pensando: vai espetar agora! Vai doer! Eu tenho nervoso até de olhar, quando vai colher sangue eu olho para o outro lado! (...) Eu chego a pular na hora que punciona! Eu aperto e pulo de medo e dor também!” **Rosa.***  
*(... )aquí no laboratório é diferente é só coletar (...) parece que estou mais tranquila no laboratório.” **Azaléia.***



*“Eu não fico pensando na punção! Eu penso em outras coisas (...).nas coisas que tenho que fazer durante o dia. Parece que se eu olhar ela vai errar. Então não olho; Não tenho nervoso do sangue e nem da punção. O garrote incomoda quando aperta e há a dor da agulhada.” **Flor de Lis***  
*“Garrotear incomoda, mas na hora de espetar mesmo é tranquilo porque eu já acostumei. Dá um pouquinho de nervoso na hora de pegar. Quando termina é um alívio” **Violeta***



*“Um pouco assim... com medo de dar alguma coisa errada na hora de coletar. Depois que coloca a agulha eu fico tranquila.” **Cerejeira.***



*“Tá com a cara emburrada porque não está gostando do que estão falando para ela. Eu fico muito nervosa; Eu fico com muito medo mesmo, sinto muito medo! Indescritível! Olha só como minha mão está fria!” **Begônia.***

As figuras anteriormente apresentadas apontam reações dos participantes diante do processo de coleta de sangue que foi influenciada pelas vivências pessoais pregressas e pela forma como cada um deles enfrenta o desconforto do processo de punção dos vasos e como percebe o procedimento.

### 6.1.3 Percepção dos participantes para as etapas do processo de punção de vasos durante a coleta de sangue

O processo de punção de vasos periféricos foi percebido de forma diferenciada pelos participantes, havendo maior destaque para algumas etapas em detrimento de outras. Foram abordadas a limpeza da pele; o aparo dos pelos; a fixação do cateter; o tipo de adesivo utilizado para estabilizar o cateter no interior do vaso; o número de tentativas de punção; se foi realizada a troca de material utilizado para estabilizar o cateter durante sua permanência; a aplicação de compressa quente ou fria durante o processo de punção do vaso; e a conduta adotada no período de pós-remoção do cateter (**Tabela 5**).

**Tabela 5:** Distribuição da percepção dos 40 participantes a respeito das etapas do processo de punção de vasos para coleta de sangue. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Limpeza da pele</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Aparo de pelos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	40	100	Sim	1	2,5
Não	-	-	Não	39	97,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Fixação da agulha</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Tipo de adesivo usado na fixação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	25	62,5	Esparadrapo comum	21	52,5
Não	15	37,5	Esparadrapo antialérgico	5	12,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	Não se aplica	14	35
<b>Tentativas de punção</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
1	31	77,5	Média: 9,90		
2	6	15	Variabilidade: 1 a >10		
4	2	5			
5 ou mais	1	2,5			
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>			
<b>Troca do material de fixação</b>			<b>Conduta após remoção da agulha</b>		
Não se aplica	18	45	Autocompressão local	23	57,5
Não especificou	22	55	Comprimiram o local	4	10
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	Flexionaram o braço	7	17,5
<b>Aplicou compressa após remover cateter</b>			Colocaram esparadrapo	2	5
Sim	1	2,5	Comprimiram e colocaram esparadrapo	4	10
Não	38	95	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Não especificou	1	2,5			
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>			
<b>Tipo compressão aplicada</b>			<b>Tempo oclusão após remover agulha</b>		
Fria	1	2,5	< 5 min	32	80
Não fez	38	95	5 a 360 min	5	12,5
Não especificou	1	2,5	360 a 720 min	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Cabe destacar que o jejum embora não tenha sido abordado no processo de coleta de dados foi mencionado pelos participantes na técnica de entrevista e será tratado adiante.

Houve unanimidade dos participantes em mencionar a realização da etapa de assepsia no local em que o cateter foi inserido e o número de tentativas prévias até a obtenção do êxito da punção, bem com a emissão de justificativa e posicionamento de acordo ou desacordo para explicar por que sua veia estava sendo puncionada por mais de uma tentativa.

*“Foi tentando, umas três ou quatro, mas eu falei com ela que podia tentar que eu já estou acostumada! Eu sei que a minha veia é difícil mesmo!” (Violeta).*

Houve predominância de posicionamento dos participantes que alegaram que seus pelos não foram aparados e que não houve necessidade de realização de compressa local após punções. A autocompressão do sítio de remoção da agulha foi percebida por 57,5% e a flexão do braço sobre o antebraço entre 17,5% deles. O tempo de oclusão do local foi de menos de cinco minutos na percepção de 80% dos participantes.

A percepção dos usuários da realização ou da maneira de execução como cada etapa foi desempenhada dentro do processo de punção de vasos (limpeza, número de tentativas de punções, não realização de aparo de pelos, não realização de compressa local após punção) permitiu identificar que, na medida em que o procedimento foi realizado, houve uma redução no nível de certeza do participante a respeito da conduta adotada.

Tal fato retrata que houve: uma diminuição no nível de sua atenção à medida que o procedimento foi desenvolvido; uma mistura de informações advindas de experiências pregressas que se confundiram com a atual experiência diante dos fatos recentes vivenciados (coleta de sangue) e uma incerteza quanto à conduta adotada, tendo em vista conhecer as alternativas terapêuticas ou iatrogênicas que eram rotineiramente utilizadas em outras experiências (comprimir o local ou dobrar o membro recentemente puncionado) que foram confundidas com o que foi recomendado na última experiência de punção.

Tal afirmativa pode ser identificada uma vez que, mesmo não havendo fixação da agulha no momento da coleta, 62,5% dos participantes relataram a fixação do cateter durante o processo de punção venosa remetendo-se às experiências anteriores e distinguindo que a fixação foi realizada com esparadrapo comum na percepção de 52,5% deles.

Estudos sobre memória têm nos mostrado que o discurso constitui-se de lembranças e esquecimentos, que ele organiza e institui recordações. Sob os mais diversos pontos de vista, a linguagem é vista como o processo mais fundamental na socialização da memória. A possibilidade de falar das experiências, de trabalhar as lembranças de uma forma discursiva, é também a

possibilidade de dar às imagens e recordações embaçadas, confusas, dinâmicas, fluidas, fragmentadas, certa organização e estabilidade<sup>109</sup>.

Assim, a linguagem não é apenas instrumental na (re)construção das lembranças; ela é constitutiva da memória, em suas possibilidades e seus limites, em seus múltiplos sentidos, e é fundamental na construção da história<sup>109</sup>.

A memória humana não é uma reprodução das experiências passadas, e sim uma construção que se faz a partir das mesmas, mas em função da realidade presente e com o apoio de recursos proporcionados pela sociedade e pela cultura<sup>110</sup>. Por isso é possível constatar através da fala dos participantes o uso constante da memória.

*“Meu pai ficou uma vez internado. Saiu muito sangue lá, voltou muito sangue aí eu fiquei um pouco apavorada”. (Rosa).*

*“Há uns meses atrás, devido ao tempo que eu fiquei internada, né? Aí eu fiquei com as veias muito fraquinhas...” (Margarida).*

*“Quando fiquei internada é que era mais difícil!” (Azaleia).*

A menção ao surgimento de complicações após a remoção do cateter intravascular constituiu um marcador de que a memória foi reativada no momento em que a atenção ou a preocupação do participante retornou para o processo de coleta de sangue na etapa em que houve a remoção do cateter do interior do vaso (**Tabela 6**).

**Tabela 6:** Distribuição das ocorrências de complicações após a remoção da agulha na coleta de sangue. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Sangramento</b>			<b>Dor</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	16	40	Sim	7	17,5
Não	21	52,5	Não	30	75
Não especificou	3	7,5	Não especificou	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Edema</b>			<b>Hematoma</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	2	5	Sim	11	27,5
Não	35	87,5	Não	26	65
Não especificou	3	7,5	Não especificou	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Hiperemia</b>			<b>Secreção purulenta</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	2	5	Sim	-	-
Não	35	87,5	Não	37	92,5
Não especificou	3	7,5	Não especificou	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Endurado de trajeto</b>			<b>Endurado local</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	-	-	Sim	1	2,5
Não	37	92,5	Não	36	90
Não especificou	3	7,5	Não especificou	3	7,5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Na percepção dos participantes as ocorrências advindas da retirada das agulhas ao término da coleta de sangue foram: sangramento (40%); hematoma (27,5%); dor (17,5%); hiperemia e edema (5%) e extravasamento (2,5%), sendo sua ocorrência uma preocupação mencionada por alguns participantes.

*“Será que vai espetar de novo? Será que vai dar hematoma, porque sou branquinha e sempre fico roxa!” (Lírio).*

Durante a realização das entrevistas e dos registros de campo foi possível identificar que os participantes não atribuíam um significado ruim à punção de vasos nas ocasiões em que elas foram utilizadas para coleta de sangue.

Ao relatarem algo desagradável justificavam tolerar a situação pela necessidade de realização do exame.

*“Porque é necessário, porque eu sou adulta. Tenho 72 anos de idade. Eu sei que é necessário colher meu sangue” (Azaleia).*

Ao apontarem pontos negativos relatavam a necessidade do jejum, a demora no atendimento e a interrupção das atividades diárias.

*“Só não gosto muito do jejum. Não gosto!” (Flor de Lis).  
“Fico doida para ir embora e tomar café! Quando eu fico com fome não consigo pensar direito” (Jasmin).  
“É aquela fila que não acaba nunca. Toda vida. Não sei o quê que aquela gente arruma... Elas ficam fazendo aquela ficha toda vida, toda vida, né! E você lá sentada esperando. Isso realmente me irrita!” (Crisântemo).  
“Hoje eu tenho um compromisso. E já fico pensando nele e se vou chegar atrasado no serviço! Tenho ânsia de chegar na frente de todo mundo pra não pegar a fila. Agora de manhã cedo eu estou de jejum e estou com fome! Quando a gente tem que esperar com fome a gente fica mais estressado também”. (Hortência).*

Há exames em que se faz necessário o jejum de quatro horas, a exemplo do teste de coagulação, dosagem de potássio e sorologia para *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). O jejum de oito horas é recomendado quando são avaliadas glândulas e anticorpos. O jejum de dez horas é recomendado para avaliação da insulina e o de 12 horas indicado para a avaliação do perfil lipídico. Todavia, quando houver o pedido com mais de um exame, o jejum a ser respeitado é para o exame que necessita de mais tempo<sup>39</sup>.

A habilidade profissional foi outra preocupação mencionada pelos participantes.

*“Tem que confiar, né? A gente hoje em dia tem que confiar. A pessoa que te atende ela tem que passar para você segurança, confiança, tranquilidade, porque você vai pra lá meio com medo, né?.....Eu tenho confiança por isso fico normal.” (Gérbera).  
“Pode ser falta de experiência da pessoa, não sei! Não sei quanto tempo a pessoa trabalha com isso, né? Então eu não posso julgar! Mas tem gente que pega direto, tem gente que não! Vai de cada um.” (Hortência).  
“Quem é que vai aplicar? se tem habilidade; Se vai acertar de primeira; Se vai tirar meu sangue de primeira” (Crisântemo).*

### 6.1.4 Sentimentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas que coletaram sangue

O processo de punção de vasos periféricos é amplo e complexo que exige raciocínio clínico, habilidades específicas, tomada de decisão envolvendo cada fase, como discutido anteriormente. A denominação apresentada na tabela segue no formato que foi aplicado ao usuário, construído dessa forma para facilitar o entendimento do mesmo.

Os sentimentos percebidos pelos 40 participantes que expressam a forma como enfrentaram o processo de punção dos vasos foi identificado segundo a fase do processo vivenciado, a saber: 1) antes da punção; 2) durante a punção; 3) na manutenção do cateter no interior do vaso e durante o processo de retirada do sangue; 4) na remoção do cateter e 5) no período pós-remoção do cateter imediato.

**Tabela 7:** Sentimentos mencionados pelos participantes em coleta de sangue que adotam por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos. Juiz de Fora, Jun/2013.

Sentimentos diante processo punção	Etapas do processo de punção de vasos periféricos para fins de coleta de sangue										Total	
	Antes punção		Durante punção		Manutenção		Remoção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medo	10	22,7	4	8,7	3	7,3	-	-	-	-	17	7,8
Insegurança	2	4,5	1	2,2	2	4,9	-	-	-	-	5	2,3
Dor	2	4,5	9	19,5	2	4,9	2	4,4	-	-	15	6,9
Desconforto	4	9	6	13,1	3	7,3	5	11,2	3	7,1	21	9,7
Indiferença	10	22,7	7	15,2	8	19,5	8	17,8	12	28,6	45	20,6
Alívio	-	-	4	8,7	3	7,3	18	40	10	23,8	35	16,1
Ansiedade	9	20,6	4	8,7	3	7,3	-	-	1	2,4	17	7,8
Limitação movimento	-	-	3	6,5	12	29,3	1	2,2	1	2,4	17	7,8
Ardência	-	-	4	8,7	2	4,9	9	20	2	4,8	17	7,8
Normal	7	16	3	6,5	1	2,4	2	4,4	6	14,3	19	8,7
Nada	-	-	1	2,2	2	4,9	-	-	7	16,6	10	4,5
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>46</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>218</b>	<b>100</b>

No processo de punção de vasos para coleta de sangue, na fase que antecede a punção, o sentimento predominante foi de medo e indiferença. Já durante a punção a sensação de dor foi mencionada por 19,5% dos participantes, seguida da indiferença, 15,2%. Na manutenção do cateter no vaso que configura a retirada do sangue a limitação de movimento foi citada por 29,3% dos participantes, seguida do sentimento de indiferença em 19,5% deles. Na etapa de remoção da agulha do interior do vaso o sentimento de alívio foi referido por 40% dos participantes e também a sensação de ardência por 20% deles. E na etapa pós-remoção os participantes relataram a indiferença em 28,6%, seguida do sentimento de alívio em 23,8% dos casos.

Dentre os sentimentos relatados em todas as fases, os mais citados foram os sentimentos de indiferença e de alívio. Durante a pesquisa notou-se que os participantes, mesmo sabendo da

importância do procedimento invasivo naquele momento, tentam não se afetar, enfrentando o processo de punção como algo normal e que tem que ser feito. Esta razão justifica a menção ao sentimento de indiferença. Ao término do processo de coleta de sangue houve participantes que relataram satisfação em obter êxito e retornar às suas atividades cotidianas, verbalizando um sentimento de alívio.

*“Quando tira sangue aqui é diferente de quando está internado, né? Faz o exame e vai embora pra casa”. (Margarida).*

*“Aí depois (coleta sangue) eu sinto um alívio, né?” (Begônia).*

*“É um alívio, um alívio porque você sabe que você vai ter uma resposta, né? Então dá um alívio colher sangue para o exame porque você vai ter um retorno” (Gardênia).*

O sentimento de medo mesmo não sendo muito prevalente, quando comparado aos demais, foi citado pelos participantes para referir-se à expectativa vivenciada até o resultado do exame.

*“Tenho (medo) é do resultado. Eu fico com medo de ter alguma coisa ou de estar com alguma coisa. Vamos supor: alguma coisa que eu não sei que tenho!” (Cravo).*

*“Tenho medo do resultado” (Rosa).*

*“Aí dá medo quando o médico abre o exame. Eu nunca abro o exame em casa até porque eu sou leigo, né? Mas quando ele abre o exame lá no consultório o coração bate forte” (Gérbera).*

O sentimento foi registrado entre 4,5% dos participantes, porém merece relevância por estar associado ao garroteamento do membro para punção para visualização da rede venosa.

*“O garrote incomoda quando aperta!” (Flor de Lis).*

### 6.1.5 Comportamentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas que coletaram sangue

Os comportamentos percebidos pelos 40 participantes que expressam a forma como enfrentaram o processo de punção dos vasos foram identificados segundo a fase do processo (Tabela 8).

**Tabela 8:** Comportamentos mencionados pelos participantes por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos para fins de coleta de sangue. Juiz de Fora, Jun/2013.

Comportamentos diante processo punção	Antes		Durante		Manutenção		Remoção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Silencioso	16	38,2	10	22,7	7	17,1	7	17,9	7	17,1	47	22,7
Tagarela	1	2,4	2	4,5	1	2,3	1	2,6	-	-	5	2,4
Nervoso	8	19	5	11,4	5	12,2	1	2,6	-	-	19	9,2
Colaborativo	8	19	13	29,5	15	36,6	14	35,9	6	14,7	56	27
Intolerante	-	-	1	2,3	-	-	-	-	-	-	1	0,5
Vigilante	-	-	1	2,3	4	9,8	2	5,1	1	2,3	8	3,9
Esquiva o olhar	1	2,4	7	15,9	4	9,8	3	7,7	-	-	15	7,2
Indiferente	4	9,5	4	9,1	5	12,2	9	23,1	21	51,2	43	20,8
Normal	4	9,5	1	2,3	-	-	2	5,1	6	14,7	13	6,3
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

Na fase que antecede a punção, o comportamento frequente foi de silêncio entre 38,2% dos participantes. Durante a introdução e na manutenção do cateter no interior do vaso 29,5% e 36,6% dos participantes, respectivamente, relataram a colaboração como o comportamento principal, evidenciando o receio que têm de ocorrer traumas relacionados ao manuseio da veia, como evidenciam alguns relatos.

O relato de esquivar o olhar durante a punção esteve presente em 15,9% dos participantes. Na remoção o comportamento predominante também foi de colaboração em 35,9% dos participantes. Isto equivale a dizer que a pessoa que se submete a uma punção venosa para coleta de sangue tem certeza que o comportamento colaborativo irá auxiliar no sucesso do procedimento. Na etapa de pós-remoção o comportamento mais citado foi de indiferença entre 51,2% dos participantes.

*“Eu deixo, vão tentando (puncionar veia) e eu fico quieto na minha”. (Girassol).*

*“Eu vou um pouco tensa até a coleta. Aí quando vai coletar eu tento ficar parada, sigo as instruções, e depois que coloca a agulha, eu já fico tranquila. Tira (sangue) e eu já não tenho tanto problema não. Não tenho mais medo. Só no momento de colocar a agulha” (Rosa).*

*“Eu olho pra tudo quanto é coisa. Olho para o armário, para enfermeira. Não olho na punção” (Flor de Lis).*

Ao analisar os comportamentos presentes em todas as etapas, o comportamento de colaboração foi citado por 27% dos participantes, seguido do comportamento de silêncio entre 22,7% deles.

Durante as entrevistas foi possível perceber que os participantes relataram seus sentimentos e comportamentos com relação à coleta de sangue avaliando de forma amena quando os analisavam comparativamente ao processo de punção realizado na ocasião em que estiveram internados. Relataram sensação de tranquilidade por ser um procedimento rápido e que não depende de medicações.

*“Aqui (laboratório) é diferente, pois eu sei que é só coletar, não estou dependendo de colocar o aparelhinho (equipo extensor) pra depois ficar lá dando injeção. Não precisa da medicação. Então eu fico... parece que eu fico mais tranquila.” (Azaleia).*

*“Veia difícil. Para punção de laboratório é fácil. Para punção de internamento, para hidratação venosa, soro é difícil! É difícil para medicação, fazer medicação na minha veia é difícil.” (Flor de Lis).*

## 6.2 PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS DE PESSOAS INTERNADAS: CARACTERIZAÇÃO E EXPERIÊNCIAS

Os 120 participantes que tiveram suas veias puncionadas no período de internação foram caracterizados de acordo com dados sociodemográficos, segundo as vivências pregressas



relacionadas à punção de vasos e a autopercepção das etapas do processo de punção e dos sentimentos e comportamentos emergentes.

### 6.2.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

Foram caracterizadas 120 pessoas internadas em um hospital segundo a faixa etária, a cor da pele, o número de filhos, a escolaridade, o estado civil (**Tabela 9**), a profissão e a ocupação (**Tabela 10**).

Os participantes ficaram assim caracterizados: 59,2% eram homens; 48,4% tinham faixa etária de 40 a 60 anos de idade; 52,5% declararam cor da pele branca; 77,5% possuíam filhos, sendo de um a três entre 50% deles; 71,7% tinham menos que oito anos de escolaridade; 55% viviam com um companheiro fixo (casado ou em união estável).

**Tabela 9:** Caracterização das 120 pessoas internadas segundo gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, presença e quantidade de filhos. Juiz de Fora, Jun/2013.

Gênero		n	%	Idade		n	%	
	Masculino	71	59,2	18  —30	10	8,3		Variabilidade:
	Feminino	49	40,8	30  —40	20	16,7		18 a 83 anos
<b>Total</b>		<b>120</b>	<b>100</b>	40  —50	29	24,2		
				50  —60	29	24,2		Média: 49,94
				60  —70	20	16,7		
				70  —80	10	8,3		
				80  —	2	1,8		
				<b>Subtotal</b>	<b>120</b>	<b>100</b>		
Cor de pele				Estado Civil				
	Branca	63	52,5	solteiro	35	29,2		
	Negra	29	24,1	casado	57	47,5		
	Parda	26	21,7	separado	10	8,3		
	Não mencionado	2	1,7	viúvo	9	7,5		
<b>Total</b>		<b>120</b>	<b>100</b>	União estável	9	7,5		
				<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>		
Escolaridade				Nº Filhos				
	5  —8 anos	62	51,6	0	27	22,5		Variabilidade: 0 a
	8  —9 anos	19	15,8	1 —4	72	60		14
	9  —12 anos	31	25,8	4  —7	14	11,7		
	≥12 anos	8	6,6	7  —10	1	0,8		Média: 2,35
<b>Total</b>		<b>120</b>	<b>100</b>	≥10	6	5		
				<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>		
Filhos								
	Sim	93	77,5					
	Não	27	22,5					
<b>Total</b>		<b>120</b>	<b>100</b>					

A variedade de profissões e atividades laborais que os participantes estavam inseridos justificou o agrupamento por critérios de formação/capacitação/perfil de atuação. Os aposentados (23,3%) e as pessoas sem vínculo empregatício que desenvolviam atividades no próprio lar (15,8%) foram de maior frequência. O fato de 26,8% dos participantes terem mais de 60 anos de idade e 91,7% estarem no 5°, 6° e 7° andares, destinados à internação de pessoas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pode justificar tais dados (**Tabela 10**).

**Tabela 10:** Distribuição das 120 pessoas internadas segundo profissão e ocupação. Juiz de Fora, Jun/2013.

Variáveis	Profissão		Ocupação	
	n	%	n	%
<b>DO LAR</b>	19	15,8	4	3,3
<b>PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR:</b> Advogado, auditor fiscal, enfermeiro, farmacêutico, teólogo, professor, ciências econômicas, odontólogo	5	4,2	2	1,7
<b>TECELAGEM/CORTE/COSTURA:</b> Costureira, modelista, noveleira, fiandeira, malharia, fábrica, bordadeira	2	1,7		
<b>SERVIDORES PÚBLICOS</b>	3	2,5	1	0,8
<b>ATIVIDADES TÉCNICAS:</b> Secretária, auxiliar laboratório, auxiliar escritório, escriturária, assistente gerente, administrativo, contador, departamento jurídico, contabilidade, desenhista, eletrotécnico, gráfico, ferroviário, garçom, topógrafo, açougueiro, operadores de estação de água e de máquinas químicas	12	10	4	3,3
<b>SERVIÇOS GERAIS:</b> Servente escolar, camareira, vigilante, zelador, porteiro, atendente de enfermagem, acompanhante, motorista, autônomo	11	9,2	6	5
<b>EMPRESÁRIOS, COMERCIANTES</b>	2	1,7	7	5,8
<b>COMERCIÁRIOS:</b> Balconista, vendedor	5	4,2	18	15
<b>TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL:</b> Pedreiro, pintor, operário, servente	7	5,8	10	8,3
<b>TRABALHADORES DOMÉSTICOS:</b> Doméstico, lavador	12	10	1	0,8
<b>ARTES CULINÁRIAS:</b> Cozinheira, doceira	5	4,2	4	3,3
<b>TRABALHADORES DA ESTÉTICA E BELEZA:</b> Cabeleireira, manicure	1	0,8	1	0,8
<b>TRABALHADORES RURAIS:</b> Agricultor, batedor algodão	1	0,8	-	-
<b>APOSENTADO</b>	28	23,3	3	2,5
<b>ESTUDANTE</b>	1	0,8	4	3,3
<b>NÃO ESPECIFICOU</b>	6	5	55	45,8
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

A ocupação mais citada entre os entrevistados foi a de comerciante (15%) e o caso de 45,8% dos participantes não especificarem a ocupação deveu-se ao fato deles não conseguirem estabelecer a diferença entre profissão e ocupação, tendo em vista que o instrumento de coleta de dados foi autopreenchível.

### 6.2.2 Vivências pregressas dos participantes que punçionaram a veia durante a internação

Apesar de os participantes serem analisados segundo a finalidade do uso do vaso sanguíneo houve situações em que eles tiveram mais de uma experiência. Esta foi apreendida a partir das situações diversificadas e do número de vezes em que seus vasos foram punçionados para fins distintos.

Para 88,3% participantes a atual internação não foi a primeira e 35,9% deles já haviam internado por mais de cinco ocasiões. O tipo de tratamento que justificou a internação foi cirúrgico (48,3%) e farmacológico (26,7%), 91,7% dos participantes estavam internados em setores destinados ao SUS (5º, 6º e 7º andares) e os demais em setores destinados a convênios (8º e 9º andares) (Tabela 11).

**Tabela 11:** Caracterização dos 120 participantes internados segundo o histórico de punção de vasos ao longo da vida. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Internações anteriores</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Nº de vezes que internou</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	106	88,3	0	14	11,7	
Não	14	11,7	1  —3	32	26,6	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	3  —5	31	25,8	
<b>Motivo da internação atual</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	5 ou mais	43	35,9	
Respiratório	11	9,2	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	
Gastrointestinal	16	13,3	<b>Tipo de tratamento</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Ortopédico	22	18,3	Cirúrgico	58	48,3	
Cardiovascular	43	35,8	Farmacológico	32	26,7	
Metabólica	9	7,5	Diagnóstico	30	25	
Dermatológico	5	4,2	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	
Trato genitourinário	9	7,5	<b>Local de punção</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Hematológico	5	4,2	Antebraço	88	40,4	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	Mão	61	28	
<b>Braço dominante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	Dobra cotovelo	53	24,3	
Sim	68	56,7	Braço	12	5,5	
Não	44	36,7	Pescoço	4	1,8	
Os dois membros	8	6,7	<b>Total(*)</b>	<b>218</b>	<b>100</b>	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>Andar de internação</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Finalidade da punção</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	5º andar	30	25	
Exame	81	37,5	6º andar	39	32,5	
Diagnóstico	33	15,3	7º andar	41	34,2	
Farmacológico	82	37,9	8º andar	3	2,5	
Hemotransusão	11	5,1	9º andar	7	5,8	
Doação de sangue	9	4,2	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	
<b>Total(*)</b>	<b>216</b>	<b>100</b>	<b>Pessoas que presenciou punção</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Presenciou punção venosa</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	Familiares	54	39,7	
Sim	54	45	Pessoa que cuida	20	14,8	
Não	66	55	Conhecido	24	17,6	
			Desconhecido	38	27,9	
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>Total(*)</b>	<b>136</b>	<b>100</b>	
<b>Ambiente onde a veia foi puncionada</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Nº de punções durante a vida</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Internado	102	53,1	0	4	3,3	
Pronto Socorro	28	14,6	1  —4	21	17,6	
Ambulatório	27	14,1	4  —7	18	15	
UPA e Policlínica	25	13	7  —10	13	10,8	
Em casa	10	5,2	≥ 10	64	53,3	
<b>Total(*)</b>	<b>192</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	

**Nota da autora:** (\*): Houve mais de uma opção para a questão apresentada.

Foram identificadas duas tendências entre as pessoas internadas a respeito do tratamento que justificou sua internação na instituição onde os dados foram coletados, a saber: processo de enfrentamento positivo e processo de enfrentamento negativo (**Figura 10**).

**Figura 10:** Imagens de gibi selecionadas pelos entrevistados que estavam internados, retratando tendências de enfrentamento positivo diante do processo de internação e/ou tratamento. Juiz de Fora, Jun/2013.



“Porque nessa figura este anjinho está indo na frente, como se tivesse guiando... e por causa da fratura eu não estou andando, né? Já que ele está indo na frente, ele vai ver se tem perigo para mim”. **Castanho**



“Porque aqui ela está confiante no crucifixo, que nem estou no tratamento. Ela acha que nada vai fazer mal. Que ela está protegida e é assim que eu sinto. Que o remédio está fazendo bem e que eu estou ficando melhor, mais protegida. Semana passada tiveram que tiveram que mudar o remédio porque não estava valendo nada, mas este de agora está muito bom. Já melhorei bastante” **Dourado**.



“Ela está com a cara boa, feliz. Ela não parece preocupada. está lendo alguma coisa. Aí eu fico tranquila”. (...) Fico confiante. Não tenho medo do tratamento. Não tenho medo de ficar doente. Não tenho medo de morrer”. **Cereja**.

“Eu acho que ela (figura) está mostrando que ela está com a carinha boa. Que ela vai conseguir e eu acho que o tratamento vai ter um resultado bom”. **Branco**.

“Estou pensando nisto e num monte de coisa e ainda está faltando um exame, que fiz ontem, ficar pronto. E aqui ela está um pouco pensativa... Que hora que vai ser o outro remédio? Será que vai fazer efeito ou vou ter que mudar de novo? Será que vou melhorar? E vou embora quando?” **Lilás**.



“Meu tratamento aqui foi muito bom tanto que eu estou prestes a ir embora. Estou tranquilo! Indo embora com meu problema resolvido. Sabendo que melhorei e que não corro mais risco. Isso faz toda diferença!” Escolhi esta figura por que eu estou vendo o menino tranquilo e indo embora. É assim que me sinto em relação a minha alta”. **Escarlate**



“Escolhi esta (figura) com crianças brincando para representar o tratamento por que eu penso assim: na felicidade de poder voltar ao meu lar (...) penso em voltar a ficar com a minha filha, porque ela me liga e pergunta todo dia: Mãe que dia a senhora vai voltar? Poder fazer tudo que eu fazia antigamente e voltar a minha rotina”. **Verde**

No primeiro caso emergiram sentimentos, comportamentos, vivências e julgamentos de valor que exprimiram seu entendimento da transitoriedade do período de internação, valorização da vida e compreensão dos momentos de dificuldade ou apreensão por que passam. No segundo caso essas manifestações retrataram formas conflituosas de enfrentamento do processo de internação e/ou tratamento (**Figura 11**).

**Figura 11:** Imagens de gibis selecionadas pelos entrevistados que estavam internados, retratando tendências de enfrentamento conflituosos diante do processo de internação e/ou tratamento. Juiz de Fora, Jun/2013.



“...eu entrei e fiquei ansioso (...) Pensei que ia ser rápido o procedimento (...) Pensei que ia entrar, fazer o procedimento, operar do coração e pronto! Mas ele falou que eu tinha que ficar mais tempo”. **Bege**



“Porque nesta figura daqui ela está apavorada (...) As coisas não estão dando certo”. **Bronze**



“Aqui ela parece que está meio sem paciência, né? Mas não adianta ir e depois voltar com o mesmo problema, né? Então eu vou ficando porque depois é difícil para conseguir a vaga”. **Creme**



“Eu tenho nervoso demais de pegar minha veia. Verdadeiro pavor! E toda vez que vem a medicação para tratar tem que ser na veia, e eu vou te falar que esta medicação arde demais”. **Marrom**



“Porque essa cara aqui é bem a minha (risos). É assim que eu fico. Tem dia que acordo de mau humor, aí você já viu? Sobra até pro médico (...).Eu fico pensando o que vai vir agora. Porque cada hora é uma coisa que acontece comigo. É um negócio que eles acham que parece que não tem fim. Então é como se eu ficasse com essa cara perguntando: E agora? O que mais vai acontecer”. **Vinho**



“As únicas coisas que eu tenho medo: é da dor que pode vir depois e da infecção hospitalar! Eu tenho pavor de falar que está com infecção. Eu estou fazendo de tudo para a minha imunidade não cair e ficar bem”. **Roxo**

Sobre o número de punções realizadas durante a vida 53,3% dos participantes afirmaram que já vivenciaram mais de dez punções e 53,1% tiveram suas veias puncionadas quando internados, demonstrando que a punção venosa periférica é uma experiência presente no ambiente hospitalar que acontece durante o período de internação.

A punção das veias foi realizada para fins farmacológicos entre 37,9% dos participantes e 37,5% para fins de exame, embora o múltiplo uso tenha ocorrido entre eles.

*“Aqui dentro, nessa última internação, agora que vai fazer 30 dias e foram 27 vezes que puncionaram (veia), porque eu tomo muito antibiótico”. (Azul).*

*“Diversas vezes (punção) já”. (Bege).*

Os locais mais puncionados foram o antebraço (40,4%) e a mão (28%), sendo 56,7% destas punções realizadas no membro dominante. Isso pode retratar que os participantes possuíam veias classificadas como de difícil punção, ou seja, tortuosas, não visíveis e não palpáveis<sup>111</sup> ou que a posição do leito ou da iluminação ambiente favoreceu que o profissional tenha se posicionado à esquerda do usuário.

Experiências prévias àquelas adquiridas na ocasião em que estavam internadas quando somadas às atuais foram capazes de gerar, entre os participantes, julgamentos de valor para locais em que há mais ou menos dificuldade ou mais ou menos dor/desconforto no momento da punção do vaso.

*“Porque única veia que eles conseguiram pegar minha, bem mesmo foi essa aqui! (no dorso da mão). Então dói muito mesmo!” (Amarelo).*

*“Na curva do braço é pior”<sup>1</sup> (Roxo).*

O compartilhamento da experiência de ver uma veia ser puncionada em outra pessoa ocorreu em 45% dos participantes, sendo que 54% deles presenciaram este fato ocorrer com seus familiares.

*“Nossa! Você acaba ficando nervoso também (de segurar uma criança). É bem chato! É horrível!” (Escarlata).*

### **6.2.3 Percepção dos participantes para as etapas do processo de punção de vasos durante a internação**

A percepção dos participantes sobre o processo de punção de veias durante o período de internação foi apresentada na **tabela 12**.

O processo de punção de veias ficou assim percebido pelos participantes: 97,5% deles identificaram a realização da desinfecção prévia com a inserção do cateter; 87,5% alegaram não ter pelos aparados; 46,7% identificaram que sua veia foi puncionada na primeira tentativa; em 60,8%

---

<sup>1</sup> **Nota das autoras:** Relatos obtidos a partir de registro cursivo realizado no diário de campo.

identificou que houve necessidade, durante o período de internação, de trocar o cateter de sítio de inserção.

**Tabela 12:** Distribuição da percepção dos 120 participantes internados a respeito das etapas do processo de punção de vasos. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Limpeza da pele</b>			<b>Aparo de pelos</b>		
Sim	116	96,7	Não	105	87,5
Não	4	3,3	Sim	15	12,5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Fixação da agulha</b>			<b>Tipo de adesivo usado na fixação</b>		
Sim	117	97,5	Esparadrapo antialérgico	68	56,6
Não	-	-	Esparadrapo comum	43	35,8
Não especificou	3	2,5	Filme	7	5,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	Atadura	2	1,6
<b>Tentativas de punção da veia</b>			<b>Total</b>		
0	9	7,5	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
1	56	46,7			
2	19	15,8	Média:	3,30	
3	8	6,7	Variabilidade:	1 a 11	
4	8	6,7			
5 ou mais	20	16,7			
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>			
<b>Troca do local de inserção do cateter</b>			<b>Conduta após remoção da agulha</b>		
Sim	73	60,8	Autocompressão local	68	56,7
Não especificou	47	39,2	Comprimiram o local	8	6,7
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	Flexionaram o braço	4	3,3
<b>Aplicou compressa após remover cateter</b>			Colocaram esparadrapo	1	0,8
Não	114	95	Colocaram algodão com álcool	3	2,5
Sim	6	5	Colocaram algodão	36	30
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Tipo compressão aplicada</b>			<b>Tempo oclusão após remover agulha</b>		
Não fez	114	95	< 5min	117	97,5
Fria	6	5	5 a 360 min	2	1,7
			360 a 720 min	1	0,8
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

O processo de punção de vasos periféricos foi percebido pelos participantes retratando que a maioria deles conseguiu apreender a rotina adotada pela equipe de enfermagem quando estão internados. Tal fato pode ser explicado por disporem de tempo prolongado de internação e/ou de uso de cateteres intravasculares periféricos; por compartilharem e/ou observarem o que ocorreu com outras pessoas internadas pelo fato de estarem em enfermarias que possuem quatro a seis leitos.

Há evidências que demonstram que durante a internação 54,5% das pessoas possuem seus vasos puncionados para viabilizar terapêutica farmacológica<sup>112</sup>.

*“Quando começa a passar o algodão, parece que vai me dar um frio aqui, e eu já seguro na cama...”. (Amarelo).*

O processo de fixação do cateter foi percebido por 97,5% participantes, tendo 56,6% dos entrevistados alegado o uso de esparadrapo antialérgico. O tempo de oclusão do sítio de inserção

do cateter após sua remoção foi inferior a cinco minutos na percepção de 97,5% dos participantes e na lembrança de 56,7% houve a solicitação para a autocompressão do local após a remoção do cateter por parte da equipe de enfermagem. A utilização de compressa após remoção do cateter foi mencionada por 5% dos participantes, sendo todas frias.

A utilização de compressa fria em locais de remoção do cateter é prevista para controlar ou reduzir a evolução de processo inflamatório em veias periféricas em decorrência de trauma de origem mecânica (contato do cateter com a camada da íntima) ou química (concentração/ph/característica de medicações vesicantes). Estas manifestações inflamatórias constituem situações de vulnerabilidade previstas no uso de um cateter intravascular, sendo mencionadas como um diagnóstico de enfermagem de risco, ou seja, “Risco para trauma vascular<sup>17</sup>”.

Nestes casos, o uso de anti-inflamatório sistêmico pode ser adiado, tendo em vista a ocorrência da resolução natural pela ação do próprio organismo<sup>113</sup> e caberá ao enfermeiro identificar precocemente tais ocorrências e tomar a decisão de modificação do sítio de inserção do cateter, fato capaz de minimizar a evolução do processo inflamatório. Tal ocorrência não constitui iatrogenia, uma vez que está prevista como efeito colateral do uso do cateter e/ou da medicação<sup>17</sup>.

As manifestações de trauma vascular instalado que foram percebidas pelos participantes foram descritas na **tabela 13**.

**Tabela 13:** Distribuição das ocorrências de complicações após a remoção da agulha em 120 participantes internados. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Sangramento</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Ardência</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Não	77	64,2		Não	87	72,5
	Sim	43	35,8		Sim	33	27,5
	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Edema</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Hematoma</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Não	103	85,8		Não	88	73,3
	Sim	17	14,2		Sim	32	26,7
	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Hiperemia</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Secreção purulenta</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Não	107	89,2		Não	118	98,3
	Sim	13	10,8		Sim	2	1,7
	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>
<b>Endurado de trajeto</b>		<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Endurado local</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Não	114	95		Não	115	95,8
	Sim	6	5		Sim	5	4,2
	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

O sangramento foi mencionado por 35,8% dos participantes. Cabe mencionar que durante as entrevistas houve relato de sensação de mal estar, enjoo ao ver o sangue.

*“Só fecho o olho porque o sangue me dá enjoo”. (Cereja).*



A ocorrência de ardência foi mencionada por 27,5% e o hematoma por 26,7%.

*“(várias tentativas de punção) Deixei porque eu sei que é difícil. Então pode esperar. Mas ela foi apertando cada vez mais aquela borrachinha aqui, e quanto mais perdia, mais apertava pra tentar achar... Olha o resultado! (braço roxo)” (Creme).*

*“A picada dela arde (formiga)... queima demais... é igual quando pega minha veia!” (Carmin).*

*“Fiz seis ciclos de quimioterapia, onde as veias enfraqueceram e tive flebite. (Branco). “É uma experiência ruim pegar veia. Traumatiza!” (Amarelo). “Fico toda roxa. Minha veia é ruim, mas não tenho medo”(Bronze).*

Também foi possível analisar na fala dos participantes que alguns associavam o trauma vascular à habilidade técnica e experiência do profissional que realizou a punção.

*“Dependendo de quem viesse: o técnico ou a técnica de enfermagem. Tinha umas que era bem práticas, mas parece que tinha alguns novatos. Não tinham muito conhecimento aí fazia um pouco bruto, sangrava, dava hematoma”. (Roxo).*

*“O maior problema que enfrento é a falta de cuidado de alguns enfermeiros ao manusear o local onde está a agulha. Costuma sangrar” (Dourado). “Num dia coletou quatro amostras de sangue. Dependendo da pessoa você não sente. Mas no meu caso tenho veia bailarina” (Escarlate)<sup>2</sup>.*

As complicações vasculares são eventos marcantes para o usuário e que impactam tanto pela sensação de dor quanto pela aparência. A presença de hematomas, equimose, eritemas e outros traumas são frequentes na prática clínica e apresentam-se na epiderme em diferentes tons, tornando-se, assim, lembranças desagradáveis aos usuários<sup>114</sup>.

#### **6.2.4 Sentimentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas internadas**

Os sentimentos percebidos pelos 120 participantes que expressaram a forma como enfrentaram o processo de punção dos vasos foram identificados segundo a fase do processo, a saber: 1) antes da punção; 2) durante a punção; 3) na manutenção do cateter no interior do vaso e durante o processo de retirada do sangue; 4) na remoção do cateter e 5) no período pós-remoção do cateter imediato (**Tabela 14**).

O sentimento de medo (21,4%) e de ansiedade (18,1%) predominaram entre os participantes na fase que antecedeu à punção da veia; no momento da introdução da agulha foi relatada a ocorrência de dor (30,6%) e de desconforto (19,4%); na etapa de manutenção do cateter no interior da veia houve relato de limitação de movimento (27,6%) e o desconforto (26,1%); na remoção do cateter prevaleceu o sentimento de alívio (46,8%) e na pós-remoção emergiram os sentimentos de alívio, indiferença e nenhum com 19,8%, 19,1% e 17,6%, respectivamente.

---

<sup>2</sup> **Notas das autoras:** Relatos obtidos a partir de registro cursivo realizado no diário de campo.

**Tabela 14:** Sentimentos mencionados por 120 participantes internados por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos. Juiz de Fora, Jun/2013.

Sentimentos diante processo punção	Antes		Durante		Manutenção		Remoção		Pós- remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medo	32	21,4	16	11,1	10	7,5	7	5	13	9,9	78	11,2
Insegurança	17	11,4	8	5,5	6	4,5	3	2,2	4	3,1	38	5,5
Dor	13	8,8	44	30,6	4	3	11	7,9	14	10,7	86	12,3
Desconforto	17	11,4	28	19,4	35	26,1	17	12,2	13	9,9	110	15,8
Indiferença	15	10,1	8	5,6	16	11,9	11	7,9	25	19,1	75	10,8
Alívio	-	-	13	9	11	8,2	65	46,8	26	19,8	115	16,5
Ansiedade	27	18,1	6	4,2	6	4,5	3	2,2	4	3,1	46	6,6
Limitação movimento	3	2	6	4,2	37	27,6	4	2,9	5	3,8	55	7,9
Ardência	8	5,4	8	5,6	-	-	7	5	4	3,1	27	3,8
Nenhuma	17	11,4	7	4,8	9	6,7	11	7,9	23	17,6	67	9,6
<b>Total</b>	<b>149</b>	<b>100</b>	<b>144</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>100</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>131</b>	<b>100</b>	<b>697</b>	<b>100</b>

*“E o antibiótico acaba com a veia. Então, chega um ponto que ela (veia) não resiste mais. Então você tem que ficar trocando (a veia) porque a dor na hora de injetar alguma coisa é muito grande”. (Azul).*

*“Ah! eu sinto muito medo, né? (na hora de punccionar a veia). Depois eu acho um alívio”(Branco).*

*“...eu fico com medo de doer” (Vinho).*

*“Quando pega a veia: tá doido? Ninguém merece! Dói demais!” (Marrom).*

*“...soro que eu fico achando chato porque eu quero ir no banheiro, eu quero ir sozinha” (Cereja).*

*“Igal aqui que eu estava com essa (veia). Eles tiraram daqui agora. Deu um alívio!” (Amarelo).*

Os sentimentos de resignação e de conformidade puderam ser inferidos entre as pessoas internadas e na medida em que elas consentiram na realização do procedimento de punção independente de sentimentos negativos que emergiram.

*“Não gosto que pega veia, mas fazer o que? Tem que ser assim..(Marrom).” Minha veia é muito fácil. Não tenho medo. Eu aguento porque é uma coisa que me faz bem (Laranja). “A gente vai aprendendo a não se queixar. Sessenta dias de internado né? (Vinho). “Fico nervoso. Sinto que tenho que aguentar”. (Cinza).<sup>3</sup>*

*“Eu pus na cabeça, o problema é meu. Elas (enfermeiras) não têm culpa de nada. Elas têm carinho. Elas vêm me manter calma, tudo direitinho! Então não posso culpar. Eu tenho que aceitar que não são elas (enfermeiras), eu aceito. O problema é meu mesmo”. (Creme).*

A análise dos sentimentos mencionados pelos participantes retratou que eles vivenciaram ou responderam ao processo de punção das veias com manifestações negativas que variaram de ansiedade, dor, medo, ou desconforto<sup>115</sup>. É possível inferir que o momento que os participantes identificaram que o processo de punção das veias finalizou foi quando a agulha foi removida do interior do vaso e o sentimento emergente foi de alívio. Tal fato pode ser comprovado pelo surgimento de indiferença ou mesmo por nenhum sentimento específico relatado na fase de pós-remoção do cateter. Isto equivale a dizer que esta fase inexistia na percepção e na preocupação dos participantes, constituindo somente um momento de preocupação e de interesse para o Enfermeiro

<sup>3</sup> **Nota das autoras:** Relatos obtidos dos registros cursivos realizados no diário de campo.

que será responsável por continuar avaliando as situações que surgirão a médio e longo prazo em decorrência da presença do cateter no interior do vaso<sup>3; 17; 112</sup>.

### 6.2.5 Comportamentos que emergiram durante o processo de punção de vasos periféricos entre as pessoas internadas

Os comportamentos relatados pelos 120 participantes diante do processo de punção dos vasos foram apresentados na **tabela 15**.

**Tabela 15:** Comportamentos mencionados por 120 participantes internados por ocasião da vivência do processo de punção dos vasos sanguíneos. Juiz de Fora, Jun/2013.

Comportamentos diante processo punção	Antes		Durante		Manutenção		Remoção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Silencioso	43	31,1	39	30	28	21	36	27,7	29	28,4	175	27,6
Tagarela	2	1,4	2	1,5	2	1,5	5	3,8	3	2,9	14	2,2
Nervoso	26	18,9	21	16,1	12	9	8	6,2	8	7,9	75	11,8
Colaborativo	25	18,2	32	24,6	40	30,1	32	24,6	-	-	129	20,4
Intolerante	1	0,7	1	0,8	3	2,2	-	-	-	-	5	0,8
Vigilante	4	2,9	4	3,1	13	9,7	2	1,5	8	7,9	31	4,9
Esquiva o olhar	16	11,6	11	8,5	3	2,5	9	6,9	4	3,9	43	6,8
Indiferente	16	11,6	9	6,9	24	18	30	23,1	50	49	129	20,4
Normal	5	3,6	11	8,5	8	6	8	6,2	-	-	32	5,1
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>133</b>	<b>100</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>633</b>	<b>100</b>

Antes da punção venosa o comportamento prevalente foi de silêncio (31,1%) e de nervosismo (18,9%); no momento da punção os comportamentos predominantes foram o silêncio (30%) e a colaboração (24,6%); na manutenção do cateter no interior do vaso houve colaboração (30,1%); na etapa de remoção do cateter o silêncio (27,7%) e a colaboração (24,6%) foram mencionados e na fase de pós-remoção o comportamento de indiferença (49%) ocorreu.

*“Não fico nervosa. Nada, nada. Não tenho medo. Ajudo. Falo qual veia que está melhor; qual braço que é melhor. Tudo tranquilo”. (Roxo).*

*“É! Só um pouquinho (medo). Ai eu me entrego assim.” (Cereja).*

*“Eu fico indiferente à dor e aliviada quando eu vejo que estou melhorando. Sou bem forte. Não sou de ficar queixando”. (Cinza).*

Algumas vezes, a primeira impressão dos participantes a respeito do processo de punção de vasos ocorreu durante o período da infância, quando seus pais/responsáveis as ameaçaram diante de um comportamento indesejável a que elas seriam puncionadas caso não se modificasse ou não as obedecessem. Este comportamento foi apreendido em entrevistas e no registro de diário de campo quando participantes alegaram não reproduzirem este comportamento com seus filhos.

*“Não tenho que segurar. Nunca ameacei injeção aos meus filhos”. (Laranja)<sup>4</sup>.*

*“Meus filhos falavam (quando iam tomar injeção): Ah!, mãe, ah!. Eu não ameaçava com injeção”. (Roxo).*

<sup>4</sup> **Nota das autoras:** Relatos obtidos dos registros cursivos realizados no diário de campo.

*“Eu era criança, tinha aquela vacina que tinha que aplicar em todo mundo e ninguém gostava que aplicasse. Aí o doutor beltrano quis me aplicar à força. Tinha uns 7 ou 8 anos. Mas eu fiz tanta força que ele me furou toda! E acabou aplicando! Ele deitou em cima de mim me segurou”.* (Dourado).

Alguns comportamentos e sentimentos são trazidos à tona na entrevista e algumas vezes são perceptíveis o caráter marcante ou traumático do evento. Apesar de anos passados após o acontecimento, o participante expõe a representação do evento. A criança, geralmente, associa a punção venosa a um procedimento doloroso desencadeador de sofrimento. Porém, o sentimento de que tal procedimento é necessário também está presente em seu imaginário<sup>116</sup>.

Houve uma estabilidade de comportamento entre as pessoas internadas que tiveram seus vasos puncionados prevalecendo o silêncio e a colaboração, entretanto foi possível identificar a ocorrência de nervosismo no período que antecede à punção. Tal fato retrata que, embora o processo de punção de vasos seja algo desconfortante, os participantes adotam comportamentos de enfrentamento positivos na tentativa de superarem a indicação médica de terem seus vasos utilizados para fins terapêuticos.

### 6.3 PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS DE PESSOAS COM FAV: CARACTERIZAÇÃO, EXPERIÊNCIAS E REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Os 75 participantes com FAV em tratamento hemodialítico foram caracterizados segundo variáveis sociodemográficas, segundo as vivências pregressas relacionadas à punção da FAV, a percepção das etapas do processo de punção da FAV e de acordo com os sentimentos e comportamentos percebidos durante as etapas de punção da FAV para hemodiálise.

#### 6.3.1 Caracterização sociodemográfica das pessoas em terapia renal substitutiva pela técnica de hemodiálise

Foram caracterizadas 75 pessoas que utilizam a FAV para realizar hemodiálise segundo a faixa etária, a cor da pele, o número de filhos, a escolaridade, o estado civil (**Tabela 16**), a profissão e a ocupação (**Tabela 17**).

As 75 pessoas internadas que tiveram as FAV puncionadas ficaram assim caracterizadas: 69,3% eram homens; 53,2% tinham idade compreendida entre 40 a 60 anos; 40% declaram cor de pele branca; 77,3% possuíam filhos, sendo 54,6% deles de um a três; 68% tinham menos que nove anos de escolaridade e 60% viviam com companheiro fixo (união estável ou casados).

**Tabela 16:** Caracterização dos 75 pessoas com FAV segundo gênero, idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, presença e quantidade de filhos. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Gênero</b>				<b>Idade</b>				
	n	%		n	%			
Masculino	52	69,3	20  —30	5	6,7	Variabilidade:		
Feminino	23	30,7	30  —40	4	5,3	21 a 89 anos		
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	40  —50	15	20	Média:54,89		
<b>Cor de pele</b>				50  —60	23	30,7		
Branca	30	40	60  —70	15	20			
Negra	19	25,4	70  —80	10	13,3			
Parda	16	21,3	80  —	3	4			
Não mencionado	10	13,3	<b>Subtotal</b>	<b>75</b>	<b>100</b>			
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>Estado Civil</b>					
<b>Escolaridade</b>				solteiro	16	21,3		
5  —8 anos	17	22,7	casado	38	50,7			
8  —9 anos	34	45,3	separado	8	10,7			
9  —12 anos	16	21,3	viúvo	6	8			
>12 anos	8	10,7	união estável	7	9,3			
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>			
<b>Filhos</b>				<b>Nº Filhos</b>				
Sim	58	77,3	0	17	22,7			
Não	17	22,7	1 —4	41	54,6	Variabilidade:		
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	4  —7	13	17,3	0 a 20		
				7  —10	2	2,7	Média: 2,57	
				≥10	2	2,7		
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>			

Considerando que a doença renal crônica dá o direito a aposentadoria por doença, a maioria dos participantes estava aposentados, embora alguns deles estivessem inseridos não oficialmente no mercado de trabalho com a finalidade de desenvolver atividades lúdicas, ocupar o tempo ou complementar a renda familiar. A diversidade de profissões e a ocupações dos 75 participantes que tiveram a FAV punccionada consta na **Tabela 17**.

**Tabela 17:** Distribuição dos 75 pessoas com FAV para fins de tratamento hemodialítico segundo profissão e ocupação; Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Variáveis</b>	<b>Profissão</b>		<b>Ocupação</b>	
	n	%	n	%
<b>APOSENTADOS</b>	31	27	49	42,6
<b>ATIVIDADES TÉCNICAS:</b> Secretária, auxiliar laboratório, auxiliar escritório, escriturária, assistente gerente, administrativo, contador, departamento jurídico, contabilidade, desenhista, eletrotécnico, gráfico, ferroviário, garçom, topógrafo, açougueiro, operadores de estação de água e de máquinas químicas	19	16,5	16	13,9
<b>DO LAR</b>	15	13	13	11,3
<b>PROFISSIONAIS NÍVEL SUPERIOR:</b> Advogado, auditor fiscal, enfermeiro, farmacêutico, teólogo, professor, ciências econômicas, odontólogo	12	10,4	6	5,2
<b>TRABALHADORES DA CONSTRUÇÃO CIVIL:</b> Pedreiro, pintor, operário, servente	10	8,7	6	5,2
<b>SERVIÇOS GERAIS:</b> Servente escolar, camareira, vigilante, zelador, porteiro, atendente de enfermagem, acompanhante, motorista, autônomo	6	5,2	6	5,2
<b>COMERCIÁRIOS:</b> Balconista, vendedor	5	4,3	4	3,5
<b>TRABALHADORES DOMÉSTICOS:</b> Doméstico, lavador	3	2,6	3	2,6
<b>SERVIDORES PÚBLICOS</b>	3	2,6	2	1,7
<b>TRABALHADORES RURAIS:</b> Agricultor, batedor algodão	2	1,7	1	0,9
<b>TECELAGEM/CORTE/COSTURA:</b> Costureira, modelista, noveleira, fiandeira, malharia, fábrica, bordadeira	1	0,9	-	-
<b>ESTUDANTE</b>	1	0,9	3	2,6
<b>Não especificou</b>	7	6,1	6	5,2

### 6.3.2 Vivências progressas e atuais dos participantes com o tratamento hemodialítico e a fístula arteriovenosa

Para 74,7% dos participantes a hemodiálise é realizada a mais de três anos, sendo que 56% deles tiveram outra FAV anterior à atual e 11,9% já tiveram mais que três FAV. A última fístula pérvia teve durabilidade de menos de três anos (86,6%) e a atual localizava-se próxima ao punho (40,5%) ou no meio do braço (38%) (Tabela 18).

**Tabela 18:** Caracterização das 75 pessoas com punção de fístula arteriovenosa (FAV) segundo tempo de hemodiálise, número de fistulas construídas, local de inserção, tempo de duração, motivo da perda, utilização de cateter duplo lúmen e o número de vezes em que o cateter foi utilizado. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Tempo de HD (meses)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>Usou mais de 1 FAV</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
12  — 36	19	25,3	Média 4,72	Não	33	44	
36  — 72	36	48		Sim	42	56	
72  — 108	6	8		<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	
108  — 144	14	18,7	Variabilidade: 1 a 12	<b>Duração FAV</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>		(meses)			
<b>Nº de FAV construídas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		0  — 36	65	86,6	Média:15,12
1  —3	66	88	Média:1,53	36  — 72	5	6,7	
3  —5	7	9,3		72  — 108	2	2,7	Variabilidade: 1 a 180m
5  —7	2	2,7		108  — 180	3	4	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	Variabilidade: 1 a 7	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	
<b>Local construção FAV</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>Motivo perda FAV</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Próximo ao punho	32	40,5		Não perdeu	33	44	
Próximo cotovelo	17	21,5		Rompimento	6	8	
Medialmente braço	30	38		Trombose	4	5,3	
<b>Total(*)</b>	<b>79</b>	<b>100</b>		Baixo fluxo	5	6,7	
<b>Teve cateter duplo lúmen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		Compressão	3	4	
Não	5	6,7		Queda de PA	7	9,3	
Sim	70	93,3		Não sabe a razão	12	16	
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>		Não sabe especificar	5	6,7	
<b>Nº de cateter utilizados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	
0  — 2	36	48					
2  —4	34	45,3					Média:1,79
4  —7	5	6,7					Variabilidade: 0 a 7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>					

\*Nota das autoras: O número total ultrapassou 75, pois houve participante que teve FAV em mais de um local.

O processo de punção da FAV é um procedimento executado com frequência no ambiente terapêutico das instituições hospitalares, requerendo recursos humanos e materiais especializados para a operacionalização do tratamento hemodialítico. A finalidade de possibilitar a operacionalização das terapias renais substitutivas visa assegurar condições de vida e estabilidade hemodinâmica para a falta do funcionamento renal<sup>55</sup>. No ambiente em que é realizada a hemodiálise, a punção da FAV torna-se um procedimento frequente e necessário para possibilitar a circulação extracorpórea.

O motivo de perda da FAV ficou assim caracterizado: 44% dos participantes relataram nunca haver perdido a FAV e 56% alegaram que a perda ocorreu por motivos variados, dentre os quais foram mencionados: rompimento; trombose; baixo fluxo; hipotensão e compressão.

Há evidência de que as razões frequentes de perda da FAV são: hipotensão, aneurisma e rompimento, dentre outros <sup>117</sup>.

Quando não é possível criar fístulas no punho ou no cotovelo, o cirurgião pode optar pela confecção de uma fístula com prótese ou a superficialização da veia basílica.

A fístula arteriovenosa com prótese de PTFE apresenta como vantagens uma larga superfície de punção; facilidade de punção; curto período de maturação, mínimo de 14 dias, sendo o prazo ideal entre três a seis semanas; possibilidade de adequar a forma de construção da fístula; facilidade de construção. Como desvantagens tem-se o custo elevado, maior possibilidade de infecção, maior morbidade quando comparado aos demais; possibilidade de desgaste do material da prótese. Uma adequada fístula com prótese de PTFE pode ter uma durabilidade de 3 a 5 anos<sup>118</sup>.

Já a superficialização da veia basílica tem como principal vantagens uma constância em sua morfologia e o custo, bem menor que uma fístula com prótese. Apresenta desvantagens que tornam esse tipo de fístula não popular como: dificuldade em sua punção e estar associada à presença de roubo do fluxo arterial distal, bem como o fato de ser um procedimento mais complexo<sup>59</sup>.

Considerando que a FAV não é a primeira opção de tratamento hemodialítico e que a forma de instalação do tratamento se faz de modo abrupto, não havendo tempo hábil para a construção e maturação da FAV para que ela seja a primeira opção de uso, algumas vezes são utilizados cateteres duplo-lúmen para viabilizar o tratamento inicial desta modalidade terapêutica e, em outras, seu uso ocorre quando há intercorrências com perda da FAV<sup>119</sup>.

O uso de cateter temporário duplo-lúmen ocorreu em 93,3% participantes, sendo que 52% deles afirmaram já terem utilizados dois ou mais cateteres.

O registro obtido por meio do diário de campo permitiu identificar preferências dos participantes pela FAV em detrimento do cateter. Ao serem questionadas quanto ao motivo de tal preferência, as pessoas em tratamento hemodialítico citavam a questão estética; a dificuldade em conciliar atividades de asseio com a manutenção do local seco e a preocupação com a sujidade e com a contaminação local. Elas mencionaram preocupação com o surgimento de infecção no sítio de inserção do cateter, uma vez que este procedimento rompe com a solução de continuidade da pele e permite a comunicação do meio exterior com a via arterial.

*“Eu usei cateter por um tempo e não doía quando mexia, mas eu não gostava porque ficava muito preocupada, né? Preocupada pra não molhar; não soltar (cateter duplo-lúmen). Além de tudo é muito feio. Então para falar a verdade eu não gostava. Incomodava, né?” (Granada).*

Do ponto de vista da vivência de uma pessoa leiga em contato com as atividades técnicas de inserção e manuseio de um cateter intravascular, a preocupação dos participantes expressa a aproximação das ações técnicas com suas vivências pessoais, uma vez que a periodicidade e a frequência do tratamento hemodialítico a coloca em contato contínuo com esta experiência. Isto justifica a impressão dos participantes de que o cateter “causa” mais infecções quando comparado à FAV.

*“Optei pela fístula. Não quis o cateter. Dá mais infecção (cateter)!” (Quartzo).*

O êxito de uma FAV possui implicações sobre o resultado terapêutico da hemodiálise e a sobrevida da pessoa com doença renal crônica em tratamento. Quando em fase de dependência do tratamento hemodialítico a qualidade da fístula arteriovenosa é fator essencial no prognóstico da terapêutica. Esta percepção foi rapidamente incorporada pelas pessoas que estão em tratamento hemodialítico a ponto delas perceberem e compreenderem a fístula como fundamental para operacionalizar seu tratamento com impacto sobre sua qualidade de vida<sup>65</sup>. Tal percepção fez com que os participantes tivessem na FAV o foco de suas preocupações e atenção redobrada para mantê-las funcionantes.

*“Cuido! Cuido muito (FAV)” (Ametista).*

*“Eu tenho que preservar (FAV)! Graças a Deus eu fiz uma (FAV) e ela já fez vinte e dois anos e tá aí me atendendo”. (Safira).*

Esses cuidados devem ter como objetivo aumentar a sobrevida e prevenir complicações decorrentes do seu uso. Para isto é necessário manter a desinfecção adequada do sítio de punção, não compressão do membro da FAV, não utilização de roupas apertadas, pulseiras; dentre outros. Para o portador de doença renal, a FAV representa o meio de mantê-lo vivo e a sua perda, em geral, é caracterizada como um problema bastante significativo para ele.

A perda da FAV implica em algumas condutas terapêuticas, tais como: realização de um novo procedimento cirúrgico (muitas vezes sem sucesso, quando a pessoa não apresenta vasos sanguíneos viáveis para anastomose); execução de exercícios; espera para a maturação da FAV, já que esta leva de quatro a seis semanas para estar pronta para uso.

O tempo de espera para maturação é importante para promover uma boa cicatrização e dilatação do segmento venoso da fístula a ponto de acomodar duas agulhas de grosso calibre, de 15 a 16G, que são mais utilizadas na prática clínica do tratamento hemodialítico<sup>120</sup>.



O fato de esta investigação abordar o processo de tratamento hemodialítico realizado através da FAV possibilitou identificar como os participantes percebem esta conduta terapêutica.

Emergiram expressões (discursos e imagens) que retrataram a dubiedade no nível de aceitação/enfrentamento da doença renal crônica. Em outros momentos ficou explícito o esforço individual e de pessoas do cotidiano para que o tratamento fosse operacionalizado com êxito.

Foi possível identificar, também, traços marcantes de personalidade que ficaram exacerbados com a doença, nos quais os participantes tentaram justificar porque eles necessitavam ou mereciam ser atendidos de forma peculiar, individualizada e com deferência. Quando comparados estes relatos com o julgamento que os participantes fizeram da equipe de saúde, foi possível identificar nas próprias figuras que eles os retrataram como protetores ou com expressões de entendimento diante de seu comportamento, na tentativa de buscar equilíbrio e aceitação da doença (**Figura 12**).

**Figura 12:** Imagens de gibis selecionadas pelos entrevistados com FAV retratando as formas de enfrentamento diante do tratamento hemodialítico. Juiz de Fora, Jun/2013.



“Várias pessoas (...) estarem unidas e ajudando a gente. Família e demais amigos dando força no tratamento” (...) Eu queria estar trabalhando. Dar um conforto melhor pra família e eu não posso. Isso é o que mais me pesa. Pensar nas minhas filhas”. **Jade**.



“Sempre tento entender tudo que acontece em relação ao tratamento. Procuro também me esclarecer para que serve cada item na máquina (...) Eu acho que não adianta só eu confiar minha vida aos profissionais. Também tenho que entender certas coisa. (...) Com relação ao tratamento eu fico preocupado se está tudo correndo bem. Se estou sendo bem dialisado; se pode acometer outros órgãos dentro de mim. Se está sendo um tratamento eficaz. **Âmbar**.”



“Se eu aceito da forma que eu aceito: eu tenho um problema. Se eu me revolto: vou ter dois problemas. Graças a Deus costumo passar o ano sem sentir nada. Quando entrei na hemodiálise passei a pesquisar e me inteirar do que estava acontecendo. É onde eu adquiri um certo conhecimento. O tratamento é a minha vida” **Safira**



“Eu fico ansioso para vir fazer (hemodiálise). É uma coisa séria, né? Porque são muito problemas. Tem muitos que brincam. Eu gosto de levar as coisas a sério. (...) Cuido. Cuido muito. Minha alimentação é igual a que o nutricionista passa”. **Amestista**

Continua

Continuação



“Eu faço meu serviço todinho lá em casa. Só não pego peso. Eu deixo tudo arrumadinho. (...) Levanto de manhã, faço almoço para elas (filhas) e deixo pronto. Eu só almoço quando volto. (...) A única coisa que me preocupa é que eu quero sair mas eu tenho que vir aqui, né?” **Granada**.



“Quando você está fazendo tratamento você está dialisando. O seu corpo todo fica como se estivesse adormecido; meio bobo, né? Ai você fica como se estivesse apaixonado, né? (...) Fico preocupado nos cinco primeiros minutos antes de ligar ou até mesmo a máquina funcionar. (...) Alíás não só eu não. Qualquer um fica preocupado. (...) Você tem que ficar o máximo possível em repouso. O mais tranquilo possível e tentar passar tranquilidade para quem está te dando acessoria”. (...) Quando desliga a máquina você sente como se tivesse dando um vazão. Ai depois volta a sensação de um choque novamente”. **Ônix**.



“Mas tem dia que eu tenho vontade de sair correndo mesmo. (...) O tratamento agora está um pouco complicado para mim, mas não vou desistir dele”. **Jaspe**.



“Eu não paro. Converso com a turma aqui. Falo com todo mundo. Sou um cara extrovertido. Não sei se vou aceitar não (tratamento). Hoje eu tenho saúde e posso fazer tudo normal. Estou ótimo, simplesmente faço hemodiálise”. **Opala**.



“Também eu fico aqui (hemodiálise) tranquilinho. (...) Só na hora, quase terminando, que vai gente saindo e indo embora e eu vou ficando para trás é que eu fico ansioso. Fico pensando assim: medo de ficar para trás. Medo do carro me deixar para trás (mora em outra cidade) (...) Na hora de ir embora, dentro da cabeça, fico esperando a próxima sessão”. **Pedra da lua**.



“Despeço da minha família e vou tratar da minha saúde. Eu nem sabia (doença renal). Comecei a tomar chá do mato, mas não adiantou. Só melhorei quando vim tratar com os médicos daqui. (...) É chá é bom quando a coisa é mais simples. Eu tenho muita fé em Deus e estou fazendo o tratamento certo”. **Turmalina**.

Continua

Continuação



“Será que eu tenho problema mesmo. Tem hora que eu fico desconfiado até o médico para saber se eu estou mesmo que este problema. É aonde eu fico meio confuso. Eu não aceitei e tem hora que me dá revolta. Tem dia que eu não venho fazer a hemodiálise. (...) Então tem hora que eu fico bloqueado por causa disto.”  
**Quartzo.**



“No começo eu ficava muito nervoso; agora não. (...) A gente queria que fizesse fila e aqueles que vem de fora fossem puncionados primeiro. (...) Para quem mora aqui o tratamento não é muito difícil. Difícil é a viagem que a gente faz para vir. Tem dia que eles largam a gente aqui e os que moram aqui eles puncionam na hora. E a gente fica esperando. Acho que tinha que ter preferência para nós que viemos de fora.”  
**Olho de Tigre.**



“No dia a doutora falou que eu ia fazer hemodiálise eu fiquei meio assim... Ela falou: vai para casa e semana que vem você volta. Ai eu chorei muito. Pensei: poxa! Eu tenho uma neta como que eu vou ficar? Vou chegar em casa e ficar dormindo? (...) Meu marido me traz de manhã e depois ele vai trabalhar. (...) para me buscar as minhas filhas se dividem. Uma semana é uma e na outra semana é outra. Isso para não apertar, né? (...) Se a gente tem a oportunidade de tratar vamos tratar e segurar na mão de Deus.”  
**Pérola.**



“Porque eu venho aqui com uma cara boa. Venho feliz e nunca estou de mal humor. Não acho ruim estar tratando. Eu agradeço a Deus que eu estou vivendo ainda. Não é sacrifício (tratamento). Eu venho tipo assim: estou indo numa escola. Estou totalmente adaptada ao tratamento.”  
**Topázio.**



“Comigo não tem tristeza. Tristeza não me acompanha, nem problema, mas só aqui dentro. Ai fora eu não gosto nem de ouvir falar em tratamento. Trabalho, lido na roça e bebo umas cachaças boas e tenho meu limite”.



“No tratamento eu vou te falar: eu penso no céu. Oh meu Jesus! me dê força e coragem! Me ajuda naquela hemodiálise. Eu peço e Ele me ajuda. Mas eu estou firme. A minha fé não acaba.”  
**Turquesa**



“Passei várias etapas assim com problema. Internando constantemente. Passando mal na rua e as vezes até aqui. Agora considero que estou bem. Venho ciente, mais controlado. Aceitando por que no início era barra.”  
**Citrino.**  
“Tem que tentar segurar e ficar tranquilo. Aquela vontade de não fazer (hemodiálise); de levantar e sair. Tem sido bom, senão eu já tinha morrido. Eu fico meio aborrecido com isto (tratamento)”  
**Rubi.**

### 6.3.3 Percepção dos participantes para as etapas do processo de punção da fistula durante o tratamento hemodialítico

A autopercepção para as etapas do processo de punção da FAV ficou assim caracterizada: a assepsia da pele foi percebida por 93,3% deles e 94,7% alegaram não ser realizado o aparo de pelos antes da punção. O processo de estabilização dos cateteres introduzidos na FAV foi fixado com fita adesiva em todos os casos, tendo-se o cuidado para que este material não garroteasse a estrutura corporal a ponto de comprometer o fluxo sanguíneo local (**Tabela 19**).

**Tabela 19:** Distribuição da percepção dos 75 participantes a respeito das etapas do processo de punção da FAV. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Limpeza da pele</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Aparo de pelos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sim	70	93,3	Sim	4	5,3
Não	5	6,7	Não	71	94,7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Dificuldade puncionar FAV</b>			<b>Estabilização do cateter no interior do vaso</b>		
Não	59	78,7	Fita adesiva	75	100
Sim	13	17,3	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
Não respondeu	3	4			
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>			
<b>Tentativas de punção da FAV</b>			<b>Distribuição do número de tentativas de punção da FAV</b>		
1	66	88	Média: 10,75		
2	6	8	Variabilidade: 5 a 11		
3	2	2,7			
6 ou mais	1	1,3			
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>			
<b>Trocou o material da fixação</b>			<b>Conduta após remoção agulha</b>		
Não	75	100	Autocompressão local	-	-
Sim	-	-	Comprimiram o local	-	-
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	Flexionaram meu braço	-	-
			Coloraram gaze e fita adesiva	75	100
			Colocaram esparadrapo	-	-
<b>Tempo oclusão após remoção do cateter do interior da FAV</b>			<b>Total</b>		
< 5min	3	4	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
5 l— 360 min	46	61,3	<b>Aplicou compressa após remover cateter</b>		
360 l—720 min	23	30,7	Sim	-	-
720 l— 1080 min	3	4	Não	75	100
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

O grau de dificuldade para puncionar a FAV foi outro fato mencionado pelos participantes cuja preocupação estava vinculada à viabilização do tratamento hemodialítico. Foram 17,3% dos participantes que mencionaram a dificuldade de punção. Cabe mencionar que na instituição onde os dados foram coletados, quando um participante tinha uma FAV de difícil punção, a mesma era puncionada, exclusivamente, pelo enfermeiro<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> **Nota das autoras:** Dados obtidos nos registros do diário de campo.

Houve percepção de 12% dos participantes com dificuldade em puncionar a FAV, sendo que eles relataram já ter passado por mais de uma tentativa para que suas FAV fossem puncionadas.

Se por um lado a finalidade do processo de monitoração antes, durante e após a realização do tratamento hemodialítico visa identificar complicações tais como: sangramento, perda da FAV, náusea, hipotensão e alterações hemodinâmicas<sup>63</sup>, por outro as complicações com a FAV podem advir do processo de punção, remoção, compressão pós-retirada do cateter e com a manipulação periódica da FAV (**Tabela 20**).

**Tabela 20:** Distribuição das ocorrências que surgem após a retirada do cateter de uma fistula arteriovenosa. Juiz de Fora, Jun/2013.

Complicações após remoção do cateter de dentro da FAV				Complicações após remoção do cateter de dentro da FAV			
<b>Sangramento</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Dor</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Sim	57	76		Sim	23	30,7
	Não	18	24		Não	52	69,3
	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Edema</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Hematoma</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Sim	4	5,3		Sim	9	12
	Não	71	94,7		Não	66	88
	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>
<b>Hiperemia</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Secreção purulenta</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Sim	-	-		Sim	1	1,3
	Não	75	100		Não	74	98,7
	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Endurado de trajeto</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Infiltração ou enduredo local</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
	Sim	-	-		Sim	2	2,7
	Não	75	100		Não	73	97,3
	<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>		<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

O uso da FAV é responsável pelo aparecimento de alterações fisiológicas em sua estrutura que podem ou não comprometer sua hemodinâmica<sup>121</sup>.

O monitoramento das complicações durante as sessões de hemodiálise constitui informações capazes de subsidiar a tomada de decisão dos enfermeiros ou da equipe de saúde para prevenção e/ou interrupção de complicações em fases iniciais<sup>63</sup>.

Outro componente da FAV que gera preocupação entre os participantes é sua integridade e a sua condição de estar pérvia, uma vez que ela representa a possibilidade de ter assegurada uma via capaz de permitir o tratamento hemodialítico. A privação de atividades pertencentes ao cotidiano, tais como carregar sacolas pesadas, apoiá-las no antebraço, local onde predomina a localização das FAV, foi mencionada como interveniente sobre a socialização.

*“Com certeza é uma coisa que eu tenho que preservar (FAV) para que eu faça uma boa hemodiálise. Espero que dure (FAV) muitos anos!” (Safira).*

*“Ah! Muda totalmente a vida da gente (tratamento). Como se você começasse do zero. Tudo de novo! Totalmente diferente”. (Âmbar).*

Diante do exposto, as ocorrências que ameaçam (in)diretamente a integridade de uma FAV são reconhecidas pelos participantes como de interesse imediato, preocupação contínua e risco eminente, a ponto de merecer sua atenção e vigilância em tempo integral.

Na percepção dos participantes as principais ocorrências advindas da retirada das agulhas ao término da realização do tratamento hemodialítico foram: sangramento (76%), dor (30,7%) e hematoma (12%).

*“Sangrar também. Às vezes quando tira (agulhas) sai sangue”. (Turmalina).*

*“Na hora de espetar dói e na hora de tirar a agulha que dói também”. (Diamante).*

*“Agora uma experiência muito ruim foi porque eu fazia hemodiálise e dava muito hematoma”. (Âmbar).*

Dados da presente investigação são corroborados quando da percepção da FAV por aqueles que a possuem. A FAV foi percebida pelos participantes de forma dúbia, ou seja, como solução capaz de viabilizar o tratamento hemodialítico e como incômodo e marcador da doença renal crônica.

*“Eu sei que eu vou sair daqui melhor. Eu vou sair com o meu sangue filtrado! Então pra mim é rotina, normal a fistula”. (Safira)*

*“E eu sinto assim vergonha (FAV). Fico imaginando que talvez o que terceiros estão pensando! Um monte de coisa!” (Citrino).*

A habilidade profissional para a realização da punção da FAV em primeira tentativa e sem causar dano à mesma foi outra preocupação mencionada pelos participantes. Correr o risco de ter uma FAV violada ou danificada foi percebido como uma ameaça não aceitável pelos participantes.

Na instituição onde foi realizada a pesquisa havia rodízio mensal de funcionários que puncionavam as fístulas, sendo esta rotina considerada um ponto negativo pelos participantes. Eles alegaram que o rodízio alterava a confiança e empatia estabelecida com o profissional que os haviam atendido e a construção desta confiança com outro profissional gerava insegurança e desconforto para eles.

*“Porque eu não quero! Chama o enfermeiro. Ai ela disse: mas eu tenho capacidade de pegar a fistula! Ai eu falei: você pode ter, mas eu não confio”. (Jaspe).*

*“Quando vem umas (profissionais sem habilidade para puncionar) que a gente não se identifica... Nossa! Pelo amor de Deus. Não: Deixa ela aqui! Elas falam: não pode. Tem que rodar. Mas eu acho que é bobagem, né? Se você se identifica com a enfermeira, a gente fala: deixa ela aqui! Uê”.(Topázio).*

*“Agora eu estou só com o enfermeiro chefe que está puncionando (FAV). Eu me sinto mais seguro” (Jade).*

A alternância dos sítios de punção da fístula, como a punção em escada, é necessária a fim de evitar hematoma, aneurisma, trombose entre outros. Todavia existem outras técnicas de punção

como a em área e em casa de botão (*buttonhole*) que deve ser avaliado seu uso de acordo com o usuário<sup>122</sup>.

### 6.3.4 Sentimentos que emergiram durante o processo de punção de Fístula arteriovenosa em pessoas em tratamento hemodialítico

Os sentimentos autopercebidos pelos 75 participantes que expressam a forma como enfrentaram o processo de punção dos vasos da FAV foi identificado segundo a fase do processo em que os participantes vivenciaram, a saber: 1) antes da punção; 2) durante a punção; 3) na manutenção do cateter no interior do vaso e durante o processo de tratamento hemodialítico propriamente dito; 4) na remoção do cateter e 5) no período pós-remoção do cateter imediato.

**Tabela 21:** Sentimentos mencionados pelos portadores de FAV que adotam por ocasião da vivência com o processo de punção dos vasos sanguíneos para fins de tratamento hemodialítico. Juiz de Fora, Jun/2013.

Sentimentos diante processo punção	Antes		Durante		Manutenção		Remoção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medo	2	2,6	8	8,6	-	-	-	-	2	2,7	12	2,9
Insegurança	3	3,8	6	6,4	-	-	1	1,2	1	1,3	11	2,7
Dor	-	-	35	37,6	4	5,1	11	13,3	-	-	50	12,3
Desconforto	-	-	18	19,4	4	5,1	7	8,4	2	2,7	31	7,6
Indiferença	5	6,4	3	3,2	3	3,8	6	7,2	34	45,3	51	12,5
Alívio	1	1,3	1	1,1	4	5,1	29	34,9	28	37,4	63	15,5
Ansiedade	31	39,7	7	7,5	5	6,4	3	3,7	1	1,3	47	11,5
Limitação movimento	-	-	-	-	49	63	-	-	1	1,3	50	12,3
Ardência	-	-	2	2,2	3	3,8	19	22,9	-	-	24	5,9
Normal	35	44,9	13	14	5	6,4	7	8,4	6	8	66	16,3
Raiva	1	1,3	-	-	1	1,3	-	-	-	-	2	0,5
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>100</b>	<b>78</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>407</b>	<b>100</b>

O período que antecede a punção foi vivenciado como gerador de sentimentos de normalidade (44,9%) e gerador de ansiedade (39,7%).

*“Porque eu acho normal pra mim. Na punção da fistula acho normal”. (Safira).*

*“Dá um pouco de apreensão, né? Ai você fica preocupado. Será que vai dar hematoma? Será que vai pegar? Será que o fluxo vai correr bem”. (Ônix).*

Foi possível identificar duas formas de enfrentamento utilizadas pelas pessoas entrevistadas que tiveram suas FAV puncionadas para tratamento hemodialítico. Tal fato pode ser explicado reações de reajustamento chamadas de estágios do processo de morrer. Este fenômeno é esperado que ocorresse com pessoas com doenças crônicas e justifica a denominação que teve a doença renal crônica de doença terminal na década de 80 a 90<sup>123</sup>.

São cinco os estágios: negação; raiva; barganha; depressão e aceitação e nem todas as pessoas passam pelos estágios nesta ordem e nem todos completam o processo nos mesmos espaços de tempo<sup>124</sup>.

Há pessoas que passam por todas as etapas em dias, semana ou meses e há outras que vivem anos sem saírem de uma ou outra etapa. Embora haja uma sequência de tendências predominantes, uma pessoa pode apresentar características de uma ou mais etapas simultaneamente.

No estágio da negação, primeira etapa descrita por Kübler-Ross<sup>124</sup>, ocorre a tomada de consciência de que a doença pode ter caráter ameaçador e ser fatal. Alguns indivíduos costumam procurar uma segunda opinião no intuito de se livrarem da ameaça de se defrontarem com sua finitude. Outros manifestam a negação de maneira implícita, agindo com otimismo e mantendo planos ativos para um futuro (i)mediato projetados. Nessa fase é importante que as pessoas próximas deem tempo para que o portador da doença assimile sua situação atual.

O segundo estágio é o da raiva. Nele o indivíduo começa a experimentar esse sentimento exacerbado, normalmente dirigido as pessoas mais próximas. Em geral estes sentimentos são direcionados aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) e aos visitantes, familiares e a Deus. Enfim sua indignação é dirigida a todos que consideram que possam lhe ouvir ou aos quais pode manifestação sua inconformação e indignação com o fato que lhe está acontecendo<sup>124</sup>.

O impacto das fases de negação e raiva é a não adesão ao tratamento hemodialítico e a exacerbação de complicações durante o procedimento.

A terceira fase inclui a vivência da barganha. A tendência e o desejo da pessoa em realizar acordos por um pouco mais de tempo, justifica seu comportamento por fazer pactos consigo mesmo e/ou com Deus; com amigos ou com familiares. Os pactos são direcionados as pessoas ou entidades que acredita possuir autoridade suficiente para modificar sua situação. Nesta fase as pessoas fazem promessas materiais e tendem a negociar com a própria morte<sup>124</sup>. Quantas pessoas estavam

No caso das pessoas em hemodiálise o atendimento da parte que lhe cabe realizada na barganha estará sujeito ao atendimento prévio de sua solicitação.

No estágio da depressão, quarta fase descrita por Kübler-Ross, a pessoa já não prevê mais possibilidades e a exaustão causada pelos protestos inúteis o torna desesperançada com sua própria rebeldia. Tendem a pensar que a vida acabou, mostram-se desanimados, sem um motivo que os mantenha com alerta. Entram, então, num período de silêncio interior, mostrando-se



introspectivos, melancólicos e pouco interativos. Este estágio o indivíduo costuma ter sentimentos de culpa e de aflição<sup>124</sup>.

E na fase de aceitação, ou quinta fase, o portador da doença se mostra capaz de entender sua situação com todas as suas consequências. Reajusta seu posicionamento diante da doença a ponto de buscar formas de enfrentamento positivas. Embora cansado de tentar soluções ineficazes por meio das estratégias anteriormente adotadas buscam alternativas no intuito de sentir-se mais tranquilo e em paz consigo mesmo dentro das possibilidades que vislumbra.

Não significa que estas pessoas acomodaram e aceitaram a morte passivamente. Mas elas se voltam para dentro de si, revelando a necessidade de reviver suas experiências passadas como forma de resumir o valor de sua vida e procuram o seu sentido mais profundo.

A aceitação não exclui a esperança, mas, nesse momento, a pessoa já não tem mais medo ou angústia com a intensidade vivenciada nas etapas anteriores<sup>124; 125</sup>.

A expectativa pela punção da FAV, o êxito vivenciado nesta etapa na sessão anteriores e o alcance das condições de pré-requisito para a realização do tratamento hemodialítico justificam os sentimentos de ansiedade e de normalidade mencionados pelos participantes.

Durante a punção da FAV os sentimentos de dor e de desconforto (57%) podem ser explicados pela punção dupla da FAV com um cateter calibroso de entrada e de saída para realização da hemodiálise, pela sensibilidade dolorosa ser um elemento individual e pelas fases por que passam estes participantes desde quando iniciam a realização da hemodiálise.

*“Escolhi a figura dessa menina, pois na hora de pegar; a agulha, dói! Dá uma dorzinha. O braço fica dolorido, aí: fica doendo até às quatro horas pra sair; Dói pra chuchu”. (Diamante).*

Na manutenção dos cateteres na FAV, a limitação de movimento apareceu de maneira expressiva (65% dos participantes), indicando que ele mantém o membro imóvel pelo medo de perda ou lesão da FAV ou de desconexão da máquina.

*“Porque não é legal você ficar enfiando duas agulhas no braço e ficar por quatro horas sentando aqui com o braço esticado, né?”. (Âmbar).*

Na remoção dos cateteres foram mencionados os sentimentos de alívio (37,6%), evidenciando o incômodo causado pelo processo hemodialítico e a ardência (22,9%). Na pós-remoção houve relato de indiferença (45,3%) e alívio (37,4%).

*“E quando acaba, o mais gostoso é quando você acaba de puncionar e vai embora. Ai tira todas essas coisas. Você sente um alívio monstruoso, né? Sente tranquilidade por ter dado tudo certo. (Ônix).*

O adoecimento renal crônico e o tratamento impõem ao indivíduo uma nova realidade na qual há mudanças de hábitos e alteração no estilo de vida de forma abrupta. Os fatores que

interferem a mudança da rotina retratada pela dependência do tratamento hemodialítico durante três vezes por semana em sessões de 4 horas em média são impactantes quando comparados com a rotina semanal do indivíduo antes de se iniciar o tratamento.

Dentre estas alterações que surgem na vida da pessoa com doença renal crônica (DRC) estão: o afastamento por invalidez das atividades laborais; a reestruturação do orçamento familiar com recursos advindos da Previdência Social; as alterações na imagem corporal; as restrições hídricas e dietéticas; a necessidade de planejamento prévio para realizar um deslocamento com a finalidade de lazer ou fins sociais/familiares; a diminuição da libido; o surgimento de distúrbio erétil; a perda da autonomia; a ocorrência de depressão; estresse e sentimentos ambíguos que variam do medo de viver e de morrer, dentre outros. Essas alterações do processo saúde-doença e/ou do tratamento renal substitutivo possuem fatores impactantes sobre aspectos biológicos, sobre o contexto social, político, cultural e familiar do indivíduo<sup>126</sup>.

Modificações nos hábitos, costumes e rotinas das pessoas em tratamento renal substitutivo impactam sobre suas vidas e as dos familiares a ponto da programação dos dias, horários e atividades destinadas ao tratamento hemodialítico serem mandatórios e requererem adaptações imediatas de atividades com mudanças no estilo de vida.

O setor de hemodiálise, portanto, torna-se muito enriquecedor no que diz respeito à interação enfermagem-indivíduo e disponibiliza contato com os profissionais e com as demais pessoas na mesma situação terapêutica por várias horas na semana.

Nesse sentido, é importante que as percepções, emoções e sentimentos do cliente sejam conhecidos, pois este entendimento favorece a compreensão de comportamentos e reações que eles manifestam no decorrer do tratamento<sup>127</sup>.

Os procedimentos realizados dentro de um setor de hemodiálise são tidos aparentemente como simples tarefas, todavia um descuido com relação à pessoa em hemodiálise pode ocasionar o óbito do mesmo. Isto explica por que a presença do enfermeiro na sala de hemodiálise torna-se indispensável. Caberá ao Enfermeiro responsabilizar-se pelas pessoas em condições instáveis/críticas, puncionar as FAV nas primeiras vezes e quando as mesmas apresentam alterações e a supervisão de toda equipe de enfermagem direcionando o cuidado de enfermagem<sup>122</sup>.

A presente investigação ao identificar os sentimentos e os comportamentos mais prevalentes entre as pessoas em tratamento hemodialítico instrumentaliza o enfermeiro para compreender/conhecer como direção deverá imprimir na interação com eles para que ela seja terapêutica.

### 6.3.5 Comportamentos que emergiram durante o processo de punção de Fístula arteriovenosa em pessoas em tratamento hemodialítico

Os 75 participantes foram questionados sobre o comportamento autopercebido durante as etapas do processo de punção da FAV (Tabela 22).

**Tabela 22:** Comportamentos mencionados pelos portadores de FAV que adotam por ocasião da vivência com o processo de punção dos vasos sanguíneos para fins de tratamento hemodialítico. Juiz de Fora, Jun/2013.

Comportamentos diante processo punção	Antes		Durante		Manutenção		Remoção		Pós-remoção		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Silencioso	4	5,3	7	8,7	4	5,2	8	10,4	2	2,6	25	6,5
Tagarela	1	1,3	1	1,3	1	1,3	1	1,3	1	1,3	5	1,3
Nervoso	29	38,7	13	16,3	7	9,1	5	6,5	-	-	54	14
Colaborativo	9	12	32	40	45	58,4	32	41,6	9	11,8	127	33
Intolerante	-	-	1	1,3	2	2,6	3	3,9	1	1,3	7	1,8
Vigilante	1	1,3	5	6,2	14	18,2	12	15,6	28	36,8	60	15,6
Esquiva o olhar	-	-	9	11,2	-	-	2	2,6	-	-	11	2,9
Indiferente	2	2,7	2	2,5	2	2,6	8	10,4	31	40,8	45	11,7
Acostumado	29	38,7	10	12,5	2	2,6	6	7,8	4	5,4	51	13,2
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>385</b>	<b>100</b>

Os comportamentos evidenciados nos momentos anteriores à punção da FAV foi de estar acostumado e de nervosismo entre 38,7% dos participantes, respectivamente.

*“Eu acho que eu já estou tão acostumada com esse negócio de fincar a agulha; de pegar ela (FAV) porque é quase todo dia. Eu levo duas agulhadas para fazer hemodiálise”. (Âmbar).*

No momento da punção propriamente dito, o comportamento citado foi o de colaboração (40%) e de nervosismo (16,3%). No primeiro caso esta forma de agir visa que a punção ocorra sem intercorrência e sem danos à FAV.

*“No começo eu ficava nervoso, agora já não sinto mais nada. Acostumei”. (Olho de Tigre).*

Durante a manutenção do cateter na FAV emergiram na avaliação dos próprios participantes os comportamentos de colaboração (58,4%) e o de vigilância (18,2%). Estes comportamentos visam prevenir intercorrências com a FAV, evitando sua perda durante a sessão de hemodiálise.

*“Acho que os primeiros cinco minutos antes de ligar ou até mesmo a máquina funcionar fico preocupado. Alias não sou só eu não; qualquer um fica”. (Ônix).*

Durante a remoção do cateter do interior da FAV os participantes mencionaram colaborar (41,6%) Após a remoção, todavia, muitos relataram ter um comportamento indiferença (40,8%) e de vigilância (36,8%). Este último comportamento pode ser explicado pela possibilidade do sítio de inserção das agulhas não estancamento do sangue após a retirada do cateter. Já que na IRC ocorre

um defeito qualitativo das plaquetas em que há menor formação do fator III e inibição plaquetária decorrentes de alterações bioquímicas<sup>128</sup>.

*“Na verdade estava esguichando (FAV)! Que uma coisa horrível! A sensação é que você vai ficar sem sangue no corpo!” (Turquesa).*

Dentre os participantes, houve um consenso de relatos, sobre a opção de não realizar o transplante renal. Alguns entrevistados relataram não estar cadastrados para transplantes, pois tinham medo de infecção e rejeição. Outros, mesmo estando na fila para o transplante, afirmaram que talvez não realizassem o procedimento caso fossem chamados, pois conheciam pessoas que transplantaram e houve a rejeição do órgão. E ainda houve relato da própria experiência de rejeição do transplante.

*“Eu fiz transplante uma vez e não deu certo. Eles esqueceram uma sonda fechada no CTI no Hospital X. E nunca vi um amigo meu que fez (transplante) que deu certo”. (Ágata).*  
*“entrei uma vez (na fila do transplante). Ai eu falei: ah! não quero isso não. É muito relativo, né? O risco é muito maior do que a probabilidade de dar certo”. (Topázio).*  
*“Otimamente (adaptado ao tratamento). Totalmente! Cem por cento. É tanto que nem transplante eu quero!” (Safira).*  
*“Daquele dia para cá eu perdi a fé no transplante. E nunca vi um amigo meu que fez (transplante) que deu certo”. (Turmalina).*

É necessário o esclarecimento e a identificação de dúvidas para a pessoa com IRC devido mudanças no estilo de vida e enfrentamentos, sendo assim a educação contínua e permanente faz-se necessário a fim de esclarecer ideias errôneas<sup>129</sup>. Estudos mostram que ainda existem fatores de risco associados ao transplante renal como rejeição do enxerto seja tardia ou imediata e infecções<sup>130</sup>. Todavia, pesquisas estão voltadas para o aprimoramento de novos agentes imunossupressores, garantindo maior compatibilidade do enxerto ao receptor.

#### 6.4 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO DE PUNÇÃO DE VASOS PERIFÉRICO EM PESSOAS INTERNADAS, EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO E EM COLETA DE SANGUE AMBULATORIAL

Das 90 pessoas que participaram da técnica de evocação livre (em coleta sangue, internadas e em tratamento hemodialítico) 56,6% eram mulheres; 63,3% estavam na faixa etária dos 18 aos 49 anos de idade; 52,2% declararam cor de pele branca; 72,2% possuíam mais de 8 anos de escolaridade; 71,1% tinham filhos e 51,1% viviam em união estável.

No quadro de quatro casas foram alocadas as evocações para o termo indutor (processo de punção de vasos/pegar veia) sendo observado conteúdos da representação social, sua estrutura e hierarquia de seus elementos (**Quadro 2**).

**Quadro 2:** Quadro de quatro casas contendo estrutura e elementos da representação social de pessoas que tiveram seus vasos puncionados para coleta de sangue, terapia medicamentosa ou tratamento hemodialítico para o termo indutor “processo de punção de vasos/pegar veia”, segundo os termos evocados, a frequência e a ordem média de evocações. Juiz de Fora, jun/2013.

		OME < 2,9		OME ≥ 2,9			
		Palavras evocadas	freq	OME	Palavras evocadas	freq	OME
Frequência ≥ 10	Dor		43	2,116	Tranquilo	13	3,231
	Medo		35	2,371	Alívio	12	3,833
	Ansiedade		17	2,765	Hematoma	10	3,700
	Rápido		17	2,824			
	Ter êxito		16	2,625			
	Agulha		10	2,600			
Frequência ≥ 5 a < 9	Achar-veia		8	2,625	Resultado	9	3,333
	Sangue		6	2,667	Sangrar	7	3,143
	Deus		6	2,167	Habilidade profissional	7	3,243
	Normal		5	1,200	Insegurança	7	3,571
	Preocupado		5	2,000	Passar mal	7	3,714
	Socorro		5	2,400	Demora	6	3,000
	Benefício		5	2,800	Quem punciona	5	3,000
	Jejum		5	2,600	Repuncionar	5	3,800
					Resultado	9	3,333
					Retirar sangue	5	3,200
					Tipo de veia	5	3,400

Houve uma distribuição uniforme de termos evocados quando se analisa as expressões evocadas frente ao termo indutor “processo de punção de vasos/pegar veia” que foram incluídas na casa de quatro quadrantes.

**No quadrante superior esquerdo** se encontram os possíveis elementos do núcleo central da representação desta investigação cujas palavras/expressões possuem maior frequência e que foram mais prontamente evocadas. É possível identificar uma ambiguidade na representação obtida tendo em vista que as palavras “dor”, “medo”, “ansiedade” refletem uma imagem negativa; as palavras “rápido” e “agulha” constituem em expressões neutras e “ter êxito” em expressão positiva. Esses elementos caracterizam a parte mais consensual e estável da representação sendo menos sensíveis a influências do meio externo e a mudanças<sup>131</sup>. Cabe mencionar que houve predomínio de conteúdo negativo e presença imagética da agulha.

A partir da análise do quadro de quatro casas foi possível identificar os elementos estruturados da representação social da punção venosa. Essa representação social teve como elemento central “dor” e “medo” coadjuvados pelas palavras “ansiedade”, “rápido”, “ter êxito” e “agulha”. A partir desses termos foi possível identificar a presença de atitudes negativas frente ao processo de punção de vasos intermeada por componentes informativos sobre o procedimento técnico implicado.

Os termos dor e medo refletem a ideia de desconforto e insegurança e derivam do aspecto conceitual gerado pelo objeto de estudo em si, traduzindo para os sujeitos, a partir do termo/expressão indutora, a concretude na classificação mais geral e mais difundida no senso comum, ou seja, o processo de punção de vasos/pegar veia que possui diversas construções simbólicas.

Os sujeitos remeteram o processo de punção de vasos a imagens (agulha, sangue, hematoma, Deus), para as quais predominam o valor negativo e que está presente em seu cotidiano por meio de experiências pessoais e de terceiros com as quais tem contato.

Tal fato pode ser reafirmado no conteúdo dos discursos e das figuras provenientes da técnica de recorte e colagem de gibi na qual as expressões medo e dor surgiram concomitantemente (**Figura 13**).

**Figura 13:** Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença de dor e medo como ocorrência simultânea diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.



“Eu tenho medo porque eu sei que minha veia é muito difícil de ser encontrada. E sei que vai doer; que dói muito! A dor é que me faz ficar com pavor, com medo! É a dor e o medo de não conseguir achar a veia que precisa tanto! **Azaléia**.”

“Escolhi pensando que vai errar e vai dar tudo errado. Que a pessoa tem pouca experiência com a veia da gente, Eu fico com medo. E sinto muita dor quando erra. Tem que tirar a agulha e mudar e lugar, aí piora tudo”. O braço está roxinho”. **Rubi**.”



“Muito tranquilo ser puncionado. Não tenho medo. Sou tranquilo mesmo. Aqui (personagem) está tranquila. Doi pouquinho coisa. Eu tenho medo é da pressão cair, pois não quero perder a fistula. **Amestista**. Só quando dá algum problema. Algum hematoma... aí doí” Tem gente que enfia a agulha assim... meio diferente. A gente sente um pouco de dor”. **Turmalina**.”

“De princípio é uma coisa que não gosto. Tenho medo de altura e não gosto de ver puncionar. Não gosto de dor”. **Azul**.”

O surgimento da dor esteve ligado à aceitação ou rejeição do procedimento e ocorreu pela introdução da agulha, pelo evidenciamento do vaso por meio do garroteamento, pelo desconforto por se submeter a um procedimento indesejável ou doloroso, pelo surgimento de alguma

manifestação de trauma vascular imediatamente à punção ou posterior à mesma, e também por uma ancoragem da punção ao sangue, dentre outros. Na **Figura 14** há fragmentos de discursos dos participantes e imagens selecionadas por eles a partir do manuseio da revista de gibi que exemplificam como o processo de punção de vasos é percebida por eles.

**Figura 14:** Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença de dor contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.



“Eu fico nervosa, tensa. Sinto dor pela minha ansiedade. É uma dor misturada com alívio, mas é claro que na hora de pega doi. **Lilas**.”



P2: “Porque ela (personagem da figura) está corajosa e bem. E daí se é um vampiro? E daí se eu uma agulha? Se ela vai fazer bem para mim é isto que eu quero. (...) Mesmo se doer não tem importância. Nunca acho que uma agulhada vai me fazer mal.” **Dourado**.”



“Tudo a haver com a picadinha da formiga lava-pé. Dá uma picadinha e doi pra caramba e (personagem) está com um olho aberto e outro fechado assim (dor). Na hora de retirar arde. Já me pegaram a força para dar injeção quando eu era criança. É por isto que eu não gosto de injeção. Tem horror e assumo. Eu não gosto. É a mesma coisa que colocar um dedo no ferro quente. **Carmim**.”



“porque eu brinco com as meninas e com os razões e digo que eles tem mãos de anjo”. **Vermelho**.  
 “Eu fico com medo mas não doe nada”. **Vermelho**.  
 “A menina teve uma mão boa e colheu fácil”. **Vermelho**.  
 “Eu acho que eu já estou acostumada com esse negócio de fincar agulha” **Vermelho**.”



“Está ansiosa e não está com a cara boa. Deve estar doida para sair, que nem eu”. **Diamante**.  
 “Na hora eu sinto dor. Doi mesmo quando fura”. O sentimento não é muito legal quando chega para fincar a agulha. **Diamante**.”



“A figura está animada e eu sou animada. Tenho saúde e tenho cabeça boa. Eu venho de boa vontade”. **Granada**.  
 “Só sinto uma dorzinha quando fica a agulha. Depois acabou. **Granada**.”

Continua

Continuação



*"Doi independente de quanto tempo você faça. Sempre doi. Quando vão fazer a punção é como se estivesse dando um choque. Seu corpo todo estremece". **Onix.***

*"Só quando dá algum problema. Algum hematoma... aí doi" Tem gente que enfia a agulha assim... meio diferente. A gente sente um pouco de dor". **Turmalina.***



*"Escolhi esta figura por não ter medo e nem pensar maldade. Quando venho coletar sangue acho que é uma coisa boa. Tranquila" **Iris.***

*De princípio é uma coisa que não gosto. Tenho medo de altura e não gosto de ver puncionar. Não gosto de dor (...) Vou ter que passar por uma coisa que não gosto para chegar ao ponto que eu quero e que é estar melhor" **Azul.***

*"Um anjinho que vê que estou precisando de ajuda e sabe que eu tenho medo". (...) penso no tamanho da agulha (...) Fico pensando se vai doer" **Castanho.***

*"Só eles que pretejem a gente mesmo. E tem dia que é assim: tem dia que é tranquilo, mas tem dia que o bicho pega. Penso que poderia pegar rápido e de primeira, porque quando demora eu fico com medo". **Esmerada***

O fato de alguns participantes vivenciarem o processo de punção de vasos periodicamente pode justificar a expressão de estar acostumado com a dor. Tal situação evidencia a relatividade da percepção da dor diante da frequência e do motivo de sua realização. Para outros os sentimentos e comportamentos foram opostos. Cabe mencionar que a sensação de dor possui percepção individualizada segundo gênero e ocorrência de cofatores, como comorbidades prévias e cronicidade da doença<sup>132</sup>.

Cabe mencionar que a concepção da dor inclui: 1) aspectos somáticos relacionados à doença de base, ao tratamento e aos processos neoplásicos; 2) aos aspectos psicológicos relacionados à ansiedade reativa, ao medo da doença, do tratamento, do prognóstico e da morte, à depressão reativa e aos sentimentos de culpa; 3) aos aspectos sociais relacionados ao medo da dependência, da característica dos relacionamentos familiares, sexuais, afetivos e de cuidados; ao relacionamento com amigos e aos problemas financeiros e 4) aos aspectos espirituais relacionados ao problema da morte, da liberdade e do amor. Isto equivale a dizer que a percepção da dor é influenciada pela subjetividade inerente ao ser humano e por como cada um vive e enfrenta as situações do cotidiano<sup>133</sup>.



Considerando que o relato de dor constitui em si um padrão ouro para sua ocorrência, na prática clínica sua aferição é realizada mediante escala visual analógica, podendo ser adaptada quando aplicada a adultos em pessoas com baixa capacidade de abstração e baixa escolaridade quando se realiza adequação de imagens, intervalos e expressões que facilitem sua compreensão<sup>134</sup>.

A dor esteve vinculada a habilidade e abordagem profissional, uma vez que condutas terapêuticas como: técnicas de controle da dor, assistência à analgesia, aplicação de calor/frio, acupressão, musicoterapia, massagem simples, relaxamento muscular progressivo e administração de analgésico constituem em condutas passíveis de abordagem as dimensões da dor<sup>135</sup>.

O medo esteve vinculado à expectativa, ao desconhecimento, a apreensão em relação ao resultado de exame, à dor, à desconfiança do local, a insegurança e a incerteza do êxito da punção, ao receio em que ocorresse lesão do vaso/fístula, ao tamanho ou tipo de cateter, das situações concomitantes que ocorrem ao processo de punção dos vasos, dentre outros (**Figura 15**).

A **figura 15** apresenta imagens e fragmentos de discursos dos participantes que exemplificam o sentimento de medo ligado ao processo de punção de veias.

**Figura 15:** Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença de medo contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013



*“Porque ela está com cara de medo, né? Eu tenho medo é do resultado. Eu fico com medo de ter alguma coisa ou estar com alguma coisa....alguma coisa que eu não sei que tenho! Cravo.*

*“Muito tranquilo ser punccionado. Não tenho medo. Sou tranquilo mesmo. Aqui (personagem) está tranquila. Doi pouquinho coisa. Eu tenho medo é da pressão cair, pois não quero perder a fístula. Amestista.*



*“Fico nervosa e com medo. Minha mão fica fria, gelada e começa a suar” Só não chego a tremer mas eu fico com medo é da agulha”. A agulhada é horrível . Dália.*

*“Porque ele está com a cara muito feia. Está com a cara de pavor. (...) aquela borracha aperta o meu braço. (...) Porque eu tenho medo. Eu tenho que conhecer muito bem o laboratório para eu ficar bem relaxada; senão eu fico tensa e não confio”. Jasmim*

Continua

Continuação



“Eu fico com medo, mas não doi nada”. **Vermelho**.  
“Eu acho que eu já estou acostumada com esse negócio de fincar agulha” **Vermelho**.



“Fico tranquilo depois que pegam. Eu fico com medo de errar. Eu não sinto dor não, mas como eu te falei. Depende da enfermeira”. **Pedra da Lua**.



“Um anjinho que vê que estou precisando de ajuda e sabe que eu tenho medo” (...) “penso no tamanho da agulha”. **Castanho**.



“Eu tenho muito medo de transplante e estes negócio de operação”. **Opala**.

O sentimento de medo foi mencionado pelos participantes, de forma direta ou indireta. Houve menção a ausência de medo no discurso e seleção de figuras cujas expressões fisionômicas das personagens retratavam tranquilidade ou sobressalto. Em alguns momentos foram citadas razões e motivos aos quais o medo esteve vinculado. A falta de alternativa para decisão foi um dos motivos alegados para a ausência da dor.

A análise da evocação de medo e dor foram os elementos mais frequentes e prontamente evocados que traduzem valoração e expressão de sentimento com reflexo e impacto sobre os comportamentos das pessoas. Isto ocorreu mesmo entre alguns participantes que utilizaram mecanismos de defesa e não mencionaram sua ocorrência entre as palavras evocadas, mas que foi possível resgatar esta dimensão pelas técnicas confirmatórias através das quais captou-se indiretamente estes sentimentos.

Deve-se destacar que a centralidade dos termos medo e dor relaciona-se aos valores do *rang* menores (frequências de evocação) e também as suas frequências destacadas em relação aos outros elementos também presentes no núcleo central, que foram ansiedade, rápido, ter êxito e agulha (**Figura 16**).

**Figura 16:** Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas “ansiedade”, “rápido”, “ter êxito” e “agulha” de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013.



“Eu tenho um pouquinho de antipatia pela agulha. Eu não gosto da agulha! Eu não tenho medo, mas não gosto da agulha. E aqui ela está de olhinho fechado”. **Cereja**



“Acho que eu estou acostumado com esta coisa de fincar agulha. Fico cansada disto e as vezes com um pouco de desânimo”. **Âmbar**.  
 “penso no tamanho da agulha”. **Castanho**.  
 “A agulha traz incômodo e inchaço”. **Gardênia**.



“que eu penso em ficar calma. Ficar tranquila. Puncionar a veia rápida e acabar o sofrimento. Por que eu sou boa de veia. Então ficando calma vai rápido e acaba rápido. Não sou de reclamar. Eu acho que tudo vem para o meu bem. Colaboro muito em tudo o que eu puder fazer”. **Verde**.



“Está ansiosa e não está com a cara boa. Deve estar doida para sair, que nem eu. Na hora eu sinto dor. Doi mesmo quando fura”. O sentimento não é muito legal quando chega para fincar a agulha. **Diamante**.



“Fico nervosa e com medo. Minha mão fica fria, gelada e começa a suar” Só não chego a tremer mas eu fico com medo é da agulha”. A agulhada é horrível . (...) A figura tem a ver comigo. Coleta o meu sangue, fico dez minutinhos e quero ir embora. E aqui ela está correndo.” **Dália**.  
 “Penso que poderia pegar rápido e de primeira, porque quando demora eu fico com medo”. **Esmerada**



“Eu me sinto normal. Não tenho problema para pegar a fistula. Não sinto dor. Fico tranquilo. Sou muito extrovertido. As meninas pegam direitinho. Tenho confiança nas enfermeiras” Até hoje não tive problemas, graças à Deus. **Opala**.



“Tem que fazer, vamos fazer! Não gosto que fiquem falando na minha cabeça. Eu gosto de chegar e resolver logo. Ela (figura) não gosta que fique falando com ela. Aqui ela virou duas, não é? Eu também sou assim. Fincou pronto e acabou. **Vinho**

As evocações “dor” e “medo” foram acompanhadas de quatro outras que exprimiram neutralidade, conotação negativa ou positiva.

A palavra “agulha” (imagem evocada) teve conotação neutra por se tratar de um objeto de viabilização do processo de punção de vasos; a palavra “ansiedade” apresentou conotação negativa e exprimiu sentimento de conflito diante da expressão indutora, sendo mencionada predominantemente entre as pessoas que realizavam tratamento hemodialítico; a palavra “rápido” e “ter êxito” demonstraram conhecimento do procedimento de punção de vasos, sendo mencionadas principalmente pelas pessoas que coletaram sangue ou que passaram por esta experiência mesmo durante a internação ou o tratamento hemodialítico e tiveram conotação positiva. Elas foram evocadas 10, 17, 17 e 16 vezes, respectivamente, ou seja, tiveram alta frequência, embora quando comparadas a “dor” e “medo” estiveram menos frequentes.

A expressão “ter êxito” comportou um julgamento de valor sobre o resultado da ação profissional com o sucesso da punção e foi mencionada por 16 vezes com predomínio das pessoas que tiveram suas veias puncionadas durante o período de internação.

Apesar destas palavras/expressões serem mencionadas predominantemente por pessoas que tiveram seus vasos puncionados para coleta de sangue ou tratamento, elas integraram o núcleo central por conciliarem alta frequência e evocação imediata. O vínculo delas com as palavras “dor” e “medo” deve-se ao fato destes sentimentos serem considerados suportáveis se sua realização implicar em êxito, de ocorrerem rapidamente, não gerarem lesão em decorrência da punção ou advirem de experiências prévias marcantes.

**No quadrante inferior esquerdo** foram localizadas palavras/expressões que possuíam baixa frequência, mas que foram prontamente evocadas. Em função de sua baixa frequência, estes elementos não foram alocados entre os componentes do núcleo central, ficando na zona de contraste.

É possível observar a presença de palavras/expressões que remeteram ao aspecto positivo ou neutro, quando confrontadas com a contextualização da entrevista pela técnica confirmatória, a exemplo de “achar veia”, “Deus”, “benéfico” e “normal”. Cabe mencionar que a palavra “Deus” expressa o contraste identificado na representação social. As palavras mencionadas que trazem cunho negativo foram “jejum”, “preocupado”, “sangue” e “socorro” (**Figura 17**).

Na **figura 17** observa-se os conteúdos ilustrativos e discursivos que estiveram ligados as palavras evocada anteriormente mencionadas quando se analisa o conteúdo da técnica de recorte e colagem com revista de gibi.

**Figura 17:** Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas Deus, normal, achar-veia, preocupado e sangue de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013



“Um anjinho que vê que estou precisando de ajuda e sabe que eu tenho medo”. **Castanho.**

“Só eles que pretejem a gente mesmo. E tem dia que é assim: tem dia que é tranquilo, mas tem dia que o bicho pega”. **Esmeralda.**

Eu sinto que Deus põe a mão Dele na mão dela. A melhor coisa que tem é dar tudo certo” **Esmeralda**

“porque ela está mais animada igual a mim. Só pensando em coisas boas”. Vou fazendo minhas orações, pedindo a Deus para me ajudar. Por que eu vou ficar triste? Não tem que fazer? **Pérola.**



“Ele está tranquilo. Não mostra reação nenhuma alterada em termos de comportamento. É assim que eu fico. (...) Só ficar furando para tentar pegar a veia e não conseguir é que eu fico estressado” **Hortência**

“Uma carinha boa. Normal por que eu sei que vai ter uma solução o que eu estou sentindo. Então eu fico feliz e a carinha dela está de felicidade. **Bronze.**



“Eu falo que ela (fístula) é profunda. Porque eu fico muito nervoso na hora e não consigo ver. Eu venho de casa pensando: como eles vão pegar a fistula? Eu assento na cadeira para pegar a fistula e fico nervoso. No momento que pegou eu fico aliviado”. **Quartzo.**

“Eu aceito graças a Deus; eu aceito. Eu acho normal a punção da fistula. Sei que vou sair daqui melhor. Vou sair com meu sangue filtrado. Então para mim é rotina, normal!” **Safira.**

Ao analisar as palavras evocadas à luz da seleção das figuras e discursos foi possível perceber entre os participantes a busca por apoio espiritual demonstrado pela evocação da palavra “Deus” em distinção à palavra “socorro” que foi utilizada para exprimir pedido de ajuda (**Figura 17**).

Houve manifestação de preocupação com o processo de punção de vasos, uma vez que a palavra “preocupado” foi evocada cinco vezes na posição 1, 2 e 4 e não conseguir “achar veia” foi evocado oito vezes nas quatro primeiras posições.

A presença de variações nos valores e na composição dos elementos da zona de contraste, quando associados à manutenção dos elementos do núcleo central, possibilitam inferir sobre a

existência de componentes de subgrupos, ou seja, elementos específicos que se manifestam demonstrando a variedade de situações abordadas que possuem pontos em comum.

As palavras “jejum” e “sangue” identificadas no discurso dos participantes pela técnica de recorte e colagem referiram-se aos participantes que coletaram sangue; “achar veia” foi mencionado predominante pelas pessoas que estavam internadas; e “preocupado”, “Deus” e “normal” foram palavras evocadas pelas pessoas que realizavam tratamento hemodialítico, caracterizando subgrupos que possuem uma mesma representação da punção associada à “dor” e ao medo”.

No quadrante superior direito do quadro de quatro casas localizam-se as palavras que tiveram alta frequência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para que integrassem o núcleo central, constituindo o que se tem denominado de primeira periferia. As palavras presente nesse quadrante expressam sentimentos e imagem e retratam predomínio de valoração positiva, conforme exemplificado na **Figura 18**.

**Figura 18:** Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas alívio, tranquilo e hematoma de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013



“Escolhi porque ela está sentada, tranquila, esperando alguma coisa. Esperando ser chamado! É tudo tranquilo!” **Magnólia**.



“na hora de coletar e depois que coloca a agulha eu fico tranquila. (...) Porque ela está tranquila e está indiferente a qualquer perigo”. **Escarlate**



“Porque condiz com minha personalidade...Eu não estresso. (...) tirar o sangue em si não tem nada a ver! (...) “Meu único problema é quando estoura minha veia”. **Crisântemo**.



“Porque aqui fala de barulho, de explosão. Para mim a punção de veia é como se fosse isto. Doi muito. A punção na veia do braço doi bastante. (...) “Depois sinto alívio porque para de doer” **Turquesa**



“Dá um pouquinho de nervoso na hora de pegar. Quando termina é um alívio” **Violeta**  
 “Eu sempre pergunto: acabou? Será que vai espetar de novo? Será que vai dar hematoma? Porque eu sou branquinha e sempre fico roxa. (...) Porque aqui é uma figura de uma pessoa que mostra a cara de uma pessoa que quer ir embora logo”. Com a cara: O que eu estou fazendo aqui? E eu fico doida para ir embora. Quero que comece e acabe logo”.

*Lírio.*

As palavras “tranquilo”, “alívio” e “hematoma” apareceram simultaneamente entre aquelas evocadas e no conteúdo do discurso dos participantes que verbalizaram diversas vezes o processo de punção venosa.

Os elementos que compõe a primeira periferia retrataram valoração e/ou informação do que pode ocorrer durante o processo de punção de vasos. Foram consideradas experiências negativas quando houve o surgimento de hematoma (durante ou posterior à introdução da agulha). Foram experiências positivas, envolvidas de alívio ou tranquilidade, quando vinculadas ao término do procedimento; quando houve repetição do evento até que o indivíduo desenvolvesse estratégias positivas de enfrentamento para o processo de punção de vasos; ou quando a sensibilidade dolorosa ou o receio foram superados.

O hematoma, embora constitua consequência de uma lesão do vaso ou de suas áreas adjacentes, não foi, no dicionário, reunido à expressão “lesões de vasos” (evocação excluída no ponto de corte). A razão para a distinção entre estas evocações deveu-se ao fato de sua concepção abordar critério visual de não êxito de punção a ponto de ser interpretada como a possibilidade de interrupção do uso do vaso. Estas interrupções poderiam ocorrer nos seguintes casos, segundo evidências advindas do survey: para fins terapêuticos de infusão, continuação do uso da FAV ou quando houve iatrogenia advinda de ausência de cuidados pós-remoção.

O “alívio” esteve presente ao referirem o término do procedimento causador de dor ou do desconforto.

**O quadrante inferior direito**, denominado de segunda periferia, contém palavras/expressões evocadas que retratam os elementos periféricos da representação.

Neste espaço, observou-se a presença de palavras que traduziram componentes informativos, de conhecimentos e aproximação com a abordagem técnica do processo de punção dos vasos. São exemplos a classificação que elaboraram sobre os tipos de veias; o reconhecimento da necessidade de continuidade do uso do vaso para fins terapêuticos; as manifestações de desconforto; as complicações que requerem a realização de novo procedimento ou manutenção e a finalidade do uso do vaso (“tipo de veia”; “repuncionar”; “passar mal”; “sangrar”; “demora” e “retirar sangue”).

A dimensão afetiva foi retratada pela evocação “insegurança” e a competência profissional pela expressão “quem punciona”, caracterizando esta última evocação uma incerteza geradora de expectativa.

Na **Figura 19** constam as ilustrações e os fragmentos discursivos que exemplificam o conteúdo mencionado anteriormente.

**Figura 19:** Conteúdos ilustrativos e fragmentos discursivos que evidenciaram a presença das palavras/expressões evocadas resultado, retirar-sangue, tipo-veia, habilidade profissional, passar-mal, sangrar, insegurança, quem-punçiona e repunçionar de forma contextualizada e os motivos de sua ocorrência diante do processo de punção de vasos periféricos. Juiz de Fora, Jun/2013



"Porque ela está com cara de medo, né? Eu tenho medo é do resultado. Eu fico com medo de ter alguma coisa ou estar com alguma coisa....alguma coisa que eu não sei que tenho! **Cravo.**



"Escolhi (figura) pela dificuldade em achar a veia em mim para poder retirara sangue! Ai eu fico meio tenso. (...) vai me dando uma tensão se eles não conseguirem achar a veia de primeira!



"É difícil achar minhas veias por que elas são muito finhas" **Turquesa**



"Profissional educado, porque a gente quer ser bem tratado". **Flor de Lis**



"Tá com a cara emburrada porque não está gostando do que estão falando para ela. Eu fico muito nervosa; Eu fico com muito medo mesmo, sinto muito medo! Indescritível! Olha só como minha mão está fria!" **Begônia.**



"Eu não fico nervosa na hora de pegar a fístula. Fico normal. No começo eu ficava nervosa, agora não. Sangrar eu acho que é o pior que tem" **Olho de Tigre**



"Porque ele está com a cara muito feia. Está com a cara de pavor. (...) aquela borracha aperta o meu braço. (...) "Porque eu tenho medo. Eu tenho que conhecer muito bem o laboratório para eu ficar bem relaxada; senão eu fico insegura e não confio". **Jasmim**



Se eu não sentir confiança no técnico ele não pega minha veia não. Quando entro aqui é só essas duas coisas que penso: quem vai pegar e onde vai pegar. Quando eu entro eu já ponho uma regra básica que é para dar certo. **Jaspe.**

Continua



Continuação



*“Escolhi pensando que vai errar e vai dar tudo errado. Que a pessoa tem pouco experiência com a veia da gente, Eu fico com medo. E sinto muita dor quando erra. Tem que tirar a agulha e mudar e lugar, aí piora tudo”. O braço está roxinho”. **Rubi.***

*“Porque parece tranquila e eu ficou tranquila. Eu não fico chateada (várias tentativas de punção) pois eu sei que tem uma hora pega. Uma hora vai pegar”. Tenho uma veia difícil. Para mim pegar a veia não é o mais importante. Tem coisa muito pior no hospital”. **Creme.***

**Nota das autoras:** Figuras extraídas da seguinte referência: Souza, Maurício de. Turma da Mônica; São Paulo: Panini, Setembro de 2012.

Dimensão afetiva negativa e positiva associada ao término do procedimento técnico associada ao medo, a dor e ansiedade, e ao processo de trabalho implicado na realização da técnica, além de se expressar na imagem da agulha e do sangue favorecem a emergência da palavras “Deus” na área de contraste como seu principal elemento.

As implicações dos elementos, componentes e estrutura das representações sociais possibilitam a elaboração de uma análise sobre sua repercussão para a atuação do enfermeiro, que será abordada a seguir.

## 6.5 CUIDADO DE ENFERMAGEM À LUZ DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA PUNÇÃO VENOSA

Partindo do pressuposto de que o cuidado envolve individualização das necessidades, das condutas terapêuticas, atendimento humanizado, interação terapêutica e a ajuda para um enfrentamento positivo e autonomia nas situações de agrava à saúde buscou-se identificar como os resultados anteriormente mencionados podem subsidiar uma reflexão sobre o cuidado durante o processo de punção de vasos periféricos.

Na busca por identificar as demandas de cuidados que emergem durante o processo de punção de vasos periféricos foi abordada a perspectiva do usuário, tendo em vista ser esta a dimensão que possibilita a identificação e a individualização da assistência de enfermagem, e também a sua dimensão interindividual.

Tendo como base a estrutura conceitual do processo de punção de vasos periféricos, enquanto o conjunto de procedimentos técnicos, operacionais, relacionais e comunicacionais que

ocorrem desde o momento em que há a indicação de uma punção até os cuidados pós-remoção foi possível identificar quais os sentimentos e comportamentos que emergiram entre os participantes.

No período que antecedeu a introdução da agulha no interior do vaso foram identificados dois padrões de sentimentos predominantes emergentes: 1) medo, desconforto e ansiedade e 2) indiferença e normal. A percepção de normalidade ou de indiferença ocorreu em função da repetição do procedimento a ponto de gerar rotinização do enfrentamento do mesmo pelos usuários. (Quadro 3).

**Quadro 3:** Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico no período que antecedeu a punção. Juiz de Fora, Jun/2013.

Sentimentos e comportamentos que emergiram no PERÍODO QUE ANTECEDEU a introdução da agulha no vaso sanguíneo							
Sentimentos	CS	IN	HD	Comportamento	CS	IN	HD
Medo	22,7%	21,4%	2,6%	Silêncio	38,2%	31,1%	5,3%
Insegurança	4,5%	11,4%	3,8%	Tagarelo	2,4%	1,4%	1,3%
Dor	4,5%	8,8%	-	Nervoso	19%	18,9%	38,7%
Desconforto	9%	11,4%	-	Colaborativo	19%	18,2%	12%
Indiferença	22,7%	10,1%	6,4%	Intolerante	-	0,7%	-
Alívio	-	-	1,3%	Vigilante	-	2,9%	1,3%
Ansiedade	20,6%	18,1%	39,7%	Esquiva olhar	2,4%	11,6%	-
Limitação mov	-	2%	-	Indiferente	9,5%	11,6%	2,7%
Ardência	-	5,4%	-	Normal	9,5%	3,6%	38,7%
Normal	16%	-	44,9%	Nada	-	-	-
Nada	-	11,4%	1,3%	Acostumado	-	-	38,7%
Raiva	-	-	-				

A repercussão comportamental do período que antecede a punção do vaso sanguíneo foi vivenciada com padrões de silêncio e colaboração. Ambos retratam o empenho dos participantes no sentido de contribuírem para que o procedimento técnico pudesse ser realizado com êxito.

Surgiram, também, comportamentos denominados de “normalidade” e de “acostumado”, embora acompanhados pelo nervosismo por parte do mesmo grupo. Estes últimos comportamentos retrataram o esforço do grupo para lidar com a rotina de punção de vasos para fins de tratamento hemodialítico.

Do ponto de vista do cuidado de enfermagem foi possível identificar a colaboração dos participantes em viabilizar o procedimento apesar de emergirem sentimentos e comportamentos de desconforto frente à espera pela agulhada.

Apesar de as manifestações de medo e de ansiedade apresentarem características definidoras de origem psicológica, biológica, emocional semelhantes conceitualmente se referem a fatos distintos. No caso do medo é necessário que o enfermeiro auxilie o usuário a enfrentar a situação desconfortante e no caso de ansiedade o conhecimento do foco gerador necessitará ser abordado terapeuticamente<sup>17</sup>.

O período de introdução da agulha foi vivenciado com sentimentos de dor e desconforto e manifestado por comportamentos de colaboração, silêncio e nervoso com ocasional desvio do olhar para não acompanhar o procedimento técnico realizado (**Quadro 4**).

**Quadro 4:** Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico durante a introdução do cateter. Juiz de Fora, Jun/2013.

Sentimentos e comportamentos que emergiram no PERÍODO DURANTE A INTRODUÇÃO DA AGULHA no interior do vaso sanguíneo							
Sentimentos	CS	IN	HD	Comportamento	CS	IN	HD
Medo	8,7%	11,1%	8,6%	Silêncio	22,7%	30%	8,7%
Insegurança	2,5%	5,5%	6,4%	Tagarelo	4,5%	1,5%	1,3%
Dor	19,5%	30,6%	37,6%	Nervoso	11,4%	16,1%	16,3%
Desconforto	13,1%	19,4%	19,4%	Colaborativo	29,5%	24,6%	40%
Indiferença	15,2%	5,6%	3,2%	Intolerante	2,3%	0,8%	1,3%
Alívio	8,7%	9%	1,1%	Vigilante	2,3%	3,1%	6,2%
Ansiedade	8,7%	4,2%	7,5%	Esquiva olhar	15,9%	8,5%	11,2%
Limitação mov	6,5%	4,2%	-	Indiferente	9,1%	6,9%	2,5%
Ardência	8,7%	5,6%	2,2	Normal	2,3%	8,5%	-
Normal	6,5%	-	14%	Nada	-	-	-
Nada	2,2%	4,8%	-	Acostumado	-	-	12,5%
Raiva	-	-	-				

Tanto na fase que antecede a introdução da agulha quanto na ocasião em que ela é posicionada no interior do vaso surge o silêncio. Não houve manifestação de tranquilidade para o enfrentamento destas etapas, mas ocorreram manifestações de insegurança ou desconforto.

A identificação da razão do silêncio e a aplicação de técnicas de relaxamento e de diálogo direcionado poderão ser utilizadas pelos Enfermeiros como estratégias capazes de instituir a relação terapêutica e o cuidado humanizado a ponto de amenizar o desconforto do momento<sup>136</sup>.

Manter a agulha no vaso para infundir uma medicação/hidratação, para realizar um procedimento de coleta de sangue ou de filtração sanguínea gerou sentimentos de limitação de movimento e desconforto e comportamento de colaboração.

Com base nas informações anteriormente mencionadas é possível inferir que tais manifestações estão vinculadas ao receio de perder a punção ou gerar lesões nos vasos e nas estruturas adjacentes ao sítio de inserção dos cateteres (**Quadro 5**).

**Quadro 5:** Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico na manutenção do cateter no interior do vaso. Juiz de Fora, Jun/2013.

<b>Sentimentos e comportamentos que emergiram no PERÍODO de MANUTENÇÃO DO CATETER NO INTERIOR DO VASO</b>							
<b>Sentimentos</b>	<b>CS</b>	<b>IN</b>	<b>HD</b>	<b>Comportamento</b>	<b>CS</b>	<b>IN</b>	<b>HD</b>
<b>Medo</b>	8,7%	7,5%	-	<b>Silêncio</b>	17,1%	21%	5,2%
<b>Insegurança</b>	4,9%	4,5%	-	<b>Tagarelo</b>	2,3%	1,5%	1,3%
<b>Dor</b>	4,9%	3%	5,1%	<b>Nervoso</b>	12,2%	9%	9,1%
<b>Desconforto</b>	7,3%	26,1%	5,1%	<b>Colaborativo</b>	36,6%	30,1%	58,4%
<b>Indiferença</b>	19,5%	11,9%	3,8%	<b>Intolerante</b>	-	2,2%	2,6%
<b>Alívio</b>	7,3%	8,2%	5,1%	<b>Vigilante</b>	9,8%	9,7%	18,2%
<b>Ansiedade</b>	7,3%	4,5%	6,4%	<b>Esquiva olhar</b>	9,8%	2,5%	-
<b>Limitação mov</b>	29,7%	27,6%	63%	<b>Indiferente</b>	12,2%	18%	2,6%
<b>Ardência</b>	4,9%	-	3,8%	<b>Normal</b>	-	6%	-
<b>Normal</b>	2,4%	-	6,4%	<b>Nada</b>	-	-	-
<b>Nada</b>	4,9%	6,7%	-	<b>Acostumado</b>	-	-	2,6%
<b>Raiva</b>	-	-	1,3%				

Propor posições de conforto, avaliar a ocorrência de limitações desnecessárias de movimentos podem favorecer a adaptação do usuário a esta fase. Estes sentimentos e comportamentos poderão ser minimizados na medida em que o enfermeiro ou a pessoa que puncionar o vaso negociar e argumentar com o usuário o local que lhe possibilitará a maior flexibilidade para os movimentos cotidianos. Escolher o tipo e calibre do cateter intravascular poderá auxiliar na compatibilização do perfil do usuário com as indicações terapêuticas e com a flexibilização de movimentos<sup>137</sup>.

O sentimento de alívio e a sensação de ardência foram emergentes por ocasião da remoção do cateter do interior do vaso e os participantes mencionaram adotar comportamentos de colaboração e de indiferença frente à remoção (**Quadro 6**).

**Quadro 6:** Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico na remoção do cateter. Juiz de Fora, Jun/2013.

Sentimentos e comportamentos que emergiram no PERÍODO de REMOÇÃO DO CATETER DO INTERIOR DO VASO							
Sentimentos	CS	IN	HD	Comportamento	CS	IN	HD
Medo	-	5%	-	Silêncio	17,9%	27,7%	10,4%
Insegurança	-	2,2%	1,2	Tagarelo	2,6%	3,8%	1,3%
Dor	4,4%	7,9%	13,3%	Nervoso	2,6%	6,2%	6,5%
Desconforto	11,2%	12,2%	8,4%	Colaborativo	35,9%	24,6%	41,6%
Indiferença	17,8%	7,9%	7,2%	Intolerante	-	-	3,9%
Alívio	40%	46,8%	43,9%	Vigilante	5,1%	1,5%	15,6%
Ansiedade	-	2,2%	3,7%	Esquiva olhar	7,7%	6,9%	2,6%
Limitação mov	2,2%	2,9%	-	Indiferente	23,1%	23,1%	10,4%
Ardência	20%	5%	22,9%	Normal	5,1%	6,2%	-
Normal	4,4%	-	8,4%	Nada	-	-	-
Nada	-	7,9%	-	Acostumado	-	-	7,8%
Raiva	-	-	-				

No período pós-remoção predominaram os sentimentos de indiferença, alívio, normalidade e nada e comportamentos de silêncio e colaboração, caracterizando a despreocupação com este momento dentro do contexto do processo de punção de vasos periféricos. A colaboração identificada entre as pessoas que coletaram sangue e fizeram hemodiálise retrata a disponibilidade dos participantes para aquiescerem às recomendações de cuidados pós-remoção (**Quadro 7**).

Cabe destacar que o surgimento de vigilância no grupo de hemodiálise justifica-se pela pulsação da fístula caracterizando a existência de uma pressão intravascular contínua capaz de gerar a reabertura do sítio de punção. Tal intercorrência pode ocorrer se houver esforço no membro puncionado, se houver a ausência de compressão local por tempo compatível com a coagulação ou se a pressão local após este período for intensificada.

Se na perspectiva do usuário remover o cateter do interior do vaso constituiu-se num marco de término do processo de punção de vasos, na perspectiva do cuidado de enfermagem este momento não deverá representar a finalização do processo. Isto ocorre porque o período pós-remoção constitui num momento em que o Enfermeiro e sua equipe deverão manter vigilância e/ou orientar as pessoas para que elas se cuidem até que a integridade da pele se restabeleça. A finalidade de tais recomendações visa reduzir a vulnerabilidade para aquisição de infecção e identificar precocemente manifestações de trauma vascular que surgem tardiamente.

**Quadro 7:** Sentimentos e comportamentos emergentes diante do processo de punção de vasos periféricos segundo percepção de pessoas em coleta de sangue, tratamento farmacológico e hemodialítico no pós-remoção do cateter do interior do vaso. Juiz de Fora, Jun/2013.

Sentimentos e comportamentos que emergiram no PERÍODO de PÓS-REMOÇÃO DO CATETER DO INTERIOR DO VASO							
Sentimentos	CS	IN	HD	Comportamento	CS	IN	HD
Medo	-	9,9%	2,7%	Silêncio	17,1%	28,4%	2,6%
Insegurança	-	3,1%	1,3%	Tagarelo	-	2,9%	1,3%
Dor	-	10,7%	-	Nervoso	-	7,9%	-
Desconforto	7,1%	9,9%	2,7%	Colaborativo	14,7%	-	11,8%
Indiferença	28,6%	19,1%	45,3%	Intolerante	-	-	1,3%
Alívio	23,8%	19,8%	37,4%	Vigilante	2,3%	7,9%	36,8%
Ansiedade	2,4%	3,1%	1,3%	Esquiva olhar	-	3,9%	-
Limitação mov	2,4%	3,8%	1,3%	Indiferente	51,2%	49%	40,8%
Ardência	4,8%	3,1%	-	Normal	14,7%	-	5,4%
Normal	14,3%	-	8%	Nada	-	-	-
Nada	16,6%	17,6%	-	Acostumado	-	-	7,8%
Raiva	-	-	-				

As dimensões do cuidado passíveis de serem identificadas na temática do processo de punção de vasos foram: gerenciais, assistenciais, educacionais e de investigação.

Do ponto de vista da atuação gerencial do enfermeiro no processo de punção de vasos uma das possibilidades é sua participação em comissão de parecer técnico. A inserção de iniciativas empreendedoras também constitui em possibilidades de novo mercado para a atuação do enfermeiro e estratégia capaz de fornecer alternativas de materiais para uso durante a punção dos vasos<sup>138; 139</sup>. A relevância de tais cenários de atuação para o enfermeiro é capaz de estimular a melhoria e a qualificação de produtos/equipamentos disponibilizados no mercado.

Captar os sentimentos e comportamentos das pessoas que possuem seus vasos puncionados para fins de coleta de sangue, terapêutica farmacológica ou hemodialítica possibilitou fazer uma releitura da punção de vasos periféricos, enquanto uma atividade processual, em que o enfermeiro dispõe de oportunidades para imprimir ao cuidado orientações educacionais e ações terapêuticas capazes de minimizar sentimentos e comportamentos negativos e favorecer formas positivas de enfrentamento. Isto equivale a dizer da necessidade do enfermeiro manter ensino e treinamento permanente/em serviço na prática clínica.

Para o desempenho de uma punção exitosa é necessária a reunião de pelos menos cinco competências/habilidades simultaneamente: cognitivas, técnicas, comunicacionais/relacionais, gerenciais e tomada de decisão. Considerando o perfil de formação do enfermeiro e da equipe de

enfermagem fica notória que a categoria que reúne uma formação capaz de exercer estas competências/habilidades é a do Enfermeiro.

Do ponto de vista do usuário, ele possui a expectativa que as pessoas que lhe atendam disponham de formação e consigam traduzir na prática clínica esta competência/habilidade a ponto de não gerar iatrogenia. A alegação de que o técnico e o auxiliar de enfermagem possuem melhor habilidade técnica para a execução do processo de punção de vasos retrata uma inversão de valores e um discurso que traduz o interesse de mercado em utilizar o trabalho de profissionais com a menor remuneração possível<sup>16</sup>.

Tal justificativa poderá ser contestada a partir da seguinte argumentação: 1) é o enfermeiro quem forma os técnicos e auxiliares, transferindo-lhes competências e favorecendo a aquisição de habilidades técnicas; 2) para que uma pessoa desenvolva habilidade ela o fará por duas estratégias, ou seja, pela utilização de laboratórios clínicos ou pelo exercício na prática clínica. Neste sentido as instituições que melhor dispõem/ou deveriam dispor de tais infraestruturas para a formação de recursos humanos deveriam ser os cursos superiores de enfermagem. Por outro lado a inserção prematura dos trabalhadores na prática clínica somente poderá ocorrer com o respaldo, a presença e a responsabilidade de enfermeiros.

Diante do exposto ficou evidente que alegar que técnicos e auxiliares dispõem de melhores habilidades para punçarem uma veia constitui numa irreflexão sobre a formação, a atuação legal e ética de cada elemento da equipe de enfermagem e desvalorizar a categoria.

O surgimento de sentimentos de medo, dor, insegurança e a presença de comportamentos de ansiedade, silêncio, colaboração, tagarelice dentre outros retratam respostas do indivíduo ao processo de punção de vasos. Isto equivale a dizer que a presente investigação possibilitou captar respostas do indivíduo a uma situação (processo de punção) e que deve ser foco do interesse e da ação terapêutica de enfermeiros, mesmo quando executando procedimentos técnicos.

A classificação dos diagnósticos de enfermagem segundo NANDA I, ao padronizar a linguagem dos problemas de competência de atuação dos enfermeiros, possibilita o compartilhamento de experiências intra e interinstitucional em nível (inter)nacional<sup>17</sup>. Ela fornece a base para a seleção das intervenções terapêuticas na medida em que aponta para os fatores relacionadas (causa ou etiologia dos problemas) e/ou os fatores de risco (situações ou circunstâncias de vulnerabilidade)<sup>17</sup>.

O diagnóstico de enfermagem, enquanto um julgamento clínico realizado pelo enfermeiro diante das respostas do indivíduo, família ou comunidade a determinados processos vitais reais e potenciais, subsidiou a definição dos elementos a serem obtidos durante o histórico de enfermagem

a ponto de permitir a caracterização das pessoas que possuem seus vasos puncionados, os sentimentos, comportamentos e percepções emergentes, ou seja, as representações sociais associados a esse processo. Tais elementos constituem-se em ferramentas fundamentais para a identificação das situações em que o enfermeiro deverá atuar e possibilitam ampliar a abordagem profissional para além do modelo biomédico, na medida em que aponta para outras dimensões das respostas humanas diante da punção dos vasos, nesta investigação a psicossocial.

Tais fatos estão implícitos nas intervenções de enfermagem, segundo a taxonomia da *Nursing Interventions Classification* (NIC). Nesta classificação é apresentada uma lista de intervenções que traduzem as possibilidades terapêuticas dos enfermeiros e propicia a documentação padronizada dos cuidados de forma a permitir seu compartilhamento pela comunidade científica internacional<sup>135</sup>.

Cabe destacar que, desde as primeiras edições da NIC, já existia mais de 16 tipos de intervenções de enfermagem passíveis de serem implementadas em situações que envolvem o processo de punção de vasos sanguíneos<sup>135</sup>. Tal fato corrobora com a compreensão da relevância de tal procedimento para a prática internacional de enfermeiros.



## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conhecer e analisar, na perspectiva de indivíduos adultos, as variáveis intervenientes a respeito do conhecimento, dos valores e das experiências com o processo de punção de vasos periféricos refletiram componente que reunidos na argamassa do referencial teórico da representação social e seus elementos constituintes, destacadamente o conhecimento, valores, experiências e imagens foi possível evidenciar elementos simbólicos que determinaram as respostas dos indivíduos e grupos para o processo de punção de vasos periféricos e componentes da representação social.

As estratégias metodológicas e técnicas utilizadas foram fundamentais na qualidade dos resultados obtidos. Elas mostraram-se criativas, lúdicas e enriquecedoras na medida em que trouxeram à reflexão canais comunicacionais distintos que permitiram captar sentimentos, comportamentos, percepções e imagens dos participantes. A maneira como os resultados foram inseridos nas discussões contemplou componentes distintos num mesmo momento. Embora não tenha sido priorizada a fragmentação técnica, houve a garantia dos fundamentos científicos, permitindo a flexibilidade necessária à apreensão da subjetividade que envolve as respostas dos indivíduos frente à temática abordada.

No perfil dos participantes predominou a participação de mulheres na coleta de sangue e de homens entre as pessoas internadas e em tratamento hemodialítico; as faixas etárias mais novas (20 a 40 anos de idade) foram observadas entre mulheres que coletavam sangue; mais de 40% declararam cor de pele branca; mais de 65% tinham menos de nove anos de escolaridade e mais de 55% tinha união estável, sendo os participantes que tinham mais filhos foram os internados e aqueles que realizavam hemodiálise. As profissões que predominaram foram as de origem técnica entre aqueles que coletaram sangue, do lar e aposentados entre os internados e aposentados entre os participantes em hemodiálise.

A aproximação com o processo de punção de vasos se deu pela própria inserção do participante na investigação (coleta de sangue, infusão medicamentosa ou de volumes e tratamento hemodialítico via FAV), sendo acrescida por outras presenciadas em si e com terceiros.

Entre as pessoas que coletaram sangue 82,5% já estiveram internados e 62,5% com punção de vaso nesta ocasião (80% por mais de dez vezes na vida), tendo ocorrido por mais de três vezes entre 32,5% deles com a finalidade de coleta de sangue para exame de rotina (69%). A razão da punção do vaso foi motivada por: coleta de sangue (95%) e tratamento (47,5%). O local de punção predominante foi na dobra do cotovelo (49,2%) e no membro dominante (62,5%). Presenciar

a punção ser realizada em outra pessoa ocorreu entre 95% dos participantes, sendo 82,5% entre familiares.

Para 88,3% participantes internados a atual internação não foi a primeira, tendo relato de internações anteriores (35,9%) por mais de cinco ocasiões. O tipo de tratamento que justificou a internação foi cirúrgico (48,3%) e farmacológico (26,7%), sendo 91,7% deles internados em setores destinados ao SUS. A punção das veias foi realizada para fins farmacológicos (37,9%) e para exame (37,5%). O local mais puncionado foi o antebraço (40,4%) e a mão (28%), sendo 56,7% destas punções realizadas no membro dominante. Ver alguém ser puncionado ocorreu entre 45% dos participantes, sendo 54% entre familiares.

Entre os participantes que faziam hemodiálise, 74,7% realizavam este tratamento por mais de três anos; 56% tiveram outra FAV e 11,9% já tiveram mais que três FAV ao longo de seu tratamento. A durabilidade da última fístula foi menos de três anos (86,6%) e a atual localizava-se próxima ao punho (40,5%) ou no meio do braço (38%). O uso de cateter temporário duplo-lúmen já foi usado entre eles (93,3%), sendo que 52% deles já utilizaram dois ou mais cateteres.

Considerando que o processo de punção de vasos constitui num procedimento técnico/científico o conhecimento das etapas do processo pelos usuários foi percebida de forma diferenciada entre eles, havendo destaque de algumas etapas em detrimento de outras.

Entre as pessoas que coletaram sangue a percepção da assepsia e do número de tentativas até que fosse alcançado o êxito foi unânime O aparo dos pelos (97,5%) e a não utilização de compressas (95%) foram fases que os participantes perceberam. A fixação demonstrou incoerência na medida em que essa conduta foi mencionada (62,5%) sem ter sido realizada e a tentativa única de punção foi relatada por 77,5%.

Entre os participantes internados e os que realizavam hemodiálise o processo de punção foi integralmente percebido. Foram mencionadas a assepsia (97,5% e 93,3%); não aparo de pelos (87,5% e 94,7%); mais de uma tentativa de punção (53,3% e 12%) e fixação do cateter (97,5% e 100%), respectivamente, caracterizando contato repetido.

Foi possível identificar as variáveis intervenientes (exposição às diferentes situações e ocasiões de ocorrência do processo de punção de vasos) comparando-os com as variáveis de desfecho, ou seja, com os sentimentos, percepções e comportamentos dos participantes diante do processo de punção de vasos sanguíneos.

Houve variação de percepções, de sentimentos e de comportamentos ao longo das etapas do processo de punção dos vasos. No período que antecedeu a introdução da agulha no interior do vaso foram identificados sentimentos de medo, desconforto, ansiedade e de indiferença. Do ponto

de vista comportamental a resposta dos participantes foi de silêncio e colaboração. Surgiram, também, neste momento comportamentos nomeados de “normalidade” e de “acostumado”, embora acompanhados pelo nervosismo por parte das pessoas que fizeram hemodiálise.

O período de introdução da agulha foi vivenciado com sentimentos de dor e desconforto e manifestado por comportamentos de colaboração, silêncio e nervoso com ocasional desvio do olhar para não acompanhar o procedimento técnico que será realizado.

Manter a agulha no interior do vaso para realizar infundir uma medicação/hidratação; coleta de sangue ou filtragem sanguínea gerou sentimentos de limitação de movimento e desconforto quando o período foi prolongado e houve comportamento de colaboração.

O sentimento de alívio e a sensação de ardência foram emergentes por ocasião da remoção do cateter do interior de um vaso e os participantes mencionaram adotar comportamentos de colaboração e de indiferença frente à remoção.

No período pós-remoção predominaram os sentimentos de indiferença, alívio, normalidade e nada e comportamentos de silêncio e colaboração, caracterizando a não percepção deste momento como uma etapa do processo, exceção feita às pessoas que realizaram hemodiálise.

Considerando as dimensões do cuidado passíveis de serem identificadas na temática do processo de punção de vasos foi possível identificar: as gerenciais, assistenciais, educacionais e de investigação.

Foram captadas evidências que permitiram identificar a dificuldade da maioria dos participantes em vivenciarem o processo de punção de vasos periféricos em algum momento dentro do processo. Tais evidências constituem em respostas (comportamentos, sentimentos e percepções) que retrataram maneiras de enfrentamento conflituosos. O silêncio e a colaboração, muitas vezes considerados como respostas boas dos participantes, ocultam seus conflitos.

Conciliar habilidades e competências cognitivas, técnicas, comunicacionais/relacionais, gerenciais e tomada de decisão são constitui numa tarefa simples e de baixa complexidade, retratando a necessidade de dispor de recursos humanos com formação compatível para a apreensão desta complexidade de expressões e canais comunicacionais pelos quais elas se evidenciam.

Considerando que o perfil de formação do enfermeiro reúne estes elementos em sua formação este profissional mostra-se o trabalhador mais indicado para gerenciar, ensinar, realizar e investigar este processo, sendo o fruto desta investigação ferramenta indispensável a planejamento da assistência de enfermagem.

Do ponto de vista da atuação gerencial do enfermeiro no processo de punção de vasos uma das possibilidades é sua participação em comissão de parecer técnico. A inserção de iniciativas empreendedoras também constitui em possibilidades de novo mercado para a atuação do enfermeiro e estratégia capaz de fornecer alternativas de materiais para uso durante a punção dos vasos<sup>139</sup>. A relevância de tais cenários de atuação para o enfermeiro é capaz de estimular a melhoria e a qualificação de produtos/equipamentos disponibilizados no mercado.

Captar os sentimentos e comportamentos das pessoas que possuem seus vasos puncionados para fins de coleta de sangue, terapêutica farmacológica ou hemodialítica possibilitou fazer uma releitura da punção de vasos periféricos, enquanto uma atividade processual, em que o enfermeiro dispõe de oportunidades para imprimir ao cuidado orientações educacionais e ações terapêuticas capazes de minimizar sentimentos e comportamentos negativos e favorecer formas positivas de enfrentamento. Isto equivale a dizer da necessidade do enfermeiro manter ensino e treinamento permanente/em serviço na prática clínica.

Para o desempenho de uma punção exitosa é necessária à reunião de pelos menos cinco competências/habilidades simultaneamente: cognitivas, técnicas, comunicacionais/relacionais, gerenciais e tomada de decisão. Considerando o perfil de formação do enfermeiro e da equipe de enfermagem fica notória que a categoria que reúne uma formação capaz de exercer estas competências/habilidades é a do Enfermeiro.

Diante do exposto foi possível afirmar que independente da razão pela qual o vaso é puncionado (coleta de sangue, terapia farmacológica ou de hidratações e tratamento hemodialítico) observou-se uma representação social comum aos participantes.

As variáveis intervenientes (dados demográficos, motivo e história da punção, percepção das etapas do processo de punção de vasos e sensação e comportamento) a respeito do processo de punção de vasos sanguíneos periféricos foram percebidas de forma diferenciada pelos participantes e houve uma parte dos componentes do núcleo central da representação social que mostrou-se semelhante para os participantes, pois apresentou maior frequência e menor ordem de evocação, demonstrando sua consensualização e estabilidade.

Diante do exposto ficou ainda evidente que as variáveis intervenientes (dados demográficos, motivo e história da punção, percepção das etapas do processo de punção de vasos e sensação e comportamento) sobre o processo de punção de vasos sanguíneos periféricos são percebidas pelos indivíduos que possuem vasos puncionados e que há mais de um elemento no núcleo central da representação social dos participantes (dor e medo) fatos que possibilitam negar  $H_0$  para a primeira e para a segunda hipótese.

A análise da estrutura da representação social à luz do quadro de quatro casas ao ser aproximada dos conteúdos contidos nas entrevistas e nos registros do diário de campo permitiu validar a ocorrência dos elementos da representação social.

Nos elementos periféricos e de contraste foi possível identificar elementos peculiares à vivência do processo de punção de vasos periféricos para situações de punção.

A metodologia trouxe como contribuição a iluminação do objeto de investigação à luz da reflexão das respostas dos indivíduos diante de suas experiências e vivências com o processo de punção de vasos periférico. Tal fato possibilita alertar enfermeiros da prática clínica, do ensino, da gerência e da pesquisa sobre dimensões do cuidado que nem sempre são captadas no cotidiano embora estejam expressas por canais comunicacionais analisados.

A presente investigação, ao propor-se uma abordagem quantiquantitativa a partir de um recorte conceitual e metodológico, trouxe como limite a não comparação entre os participantes enquanto grupos que possuem vivências distintas para a abordagem estrutural da representação social.

## 8 REFERÊNCIAS

- 1 MATSUDA, L. M. et al. Satisfação da equipe de enfermagem e dos usuários do sistema de saúde para o processo de comunicação realizado durante o processo de punção venosa periférica. **Anais Congresso Cubano de Enfermería**. Cuba. 4 2000.
- 2 TORRES, M. M.; ANDRADE, D. D.; SANTOS, C. B. D. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 13, p. 299-304, 2005. ISSN 0104-1169. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300003&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300003&nrm=iso)>.
- 3 ARREGUY-SENA, C. **A trajetória de construção e validação dos diagnósticos de enfermagem: trauma vascular e risco para trauma vascular**. 2002. 280 (Tese Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 4 TEIXEIRA, M. J. C. et al. Os contributos dos sistemas de apoio à tomada de decisão para a prática de enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 2, 2012. ISSN 2175-4411.
- 5 CNE/CES. **Resolução nº3** de 7 de novembro de 2001 que institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Resolução CNE/CES. 2001.
- 6 SANTOS, M. D. G. P. D. S. et al. Percepção de enfermeiros sobre o processo de enfermagem: uma integração de estudos qualitativos. **Rev Rene**, v. 13, n. 3, 2012. ISSN 2175-6783.
- 7 BACKES, V. M. S. et al. Políticas e programas de educação permanente em saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 3, n. 2, p. 113-128, 2012. ISSN 2178-7085.
- 8 SANTOS, T. A. et al. O lugar de Ethel Bedford Fenwick na organização político-profissional da enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2012. ISSN 2178-8650.
- 9 ALMEIDA, M. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 1988. 179 Escola Nacional de Saúde Pública: Fundação Oswaldo Cruz
- 10 COIMBRA, J. A. H.; CASSIANI, S. H. D. B. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. **Rev. latinoam. Enferm.**, v. 9, p. 56-60, 2001. ISSN 0104-1169. Disponível

em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200008&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200008&nrm=iso) >.

- 11 KLETEMBERG, D. F. et al. O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional. **Rev. bras. enferm. [online]**. v. 63, p. 26-32, 2010. ISSN 0034-7167. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100005&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100005&nrm=iso) >.
- 12 GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem eo desgaste do trabalhador**. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. p.251-262. 2012.
- 13 BRASIL; COFEN. **Lei 7.498** de 25 de junho 1986 que dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília. DOU de 26.06.86. Seção I fls; 9.273-5. 1986.
- 14 BRASIL; COFEN. **Lei 358/2009** que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília 2009.
- 15 WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- 16 ALMEIDA, M. C. P. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Editora Cortez, 1986.
- 17 NANDA I. **Nursing diagnoses: definitions and classification 2012-2014**. Iowa (USA): Wiley-Blackwell, 2012. ISBN 9780470654828.
- 18 MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigação em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- 19 ARAUJO, A.; SANNA, M. Ciências Humanas e Sociais na formação do enfermeiro brasileiro: um estudo bibliométrico. **R. pesq.: cuid. fundam. online**. Rio de Janeiro: Programa de pos graduação em enfermagem da UNIRIO 2010.

- 20 PHILLIPS, L. D. História da Terapia Intravenosa. In: ARTMED (Ed.). **Manual de Terapia Intravenosa**. 2a. Porto Alegre, 2001. cap. 1,
- 21 PEDREIRA, M. L. G.; CHAUD, M. N. Terapia intravenosa em pediatria: subsídios para prática da enfermagem. **ACTA Paulista**. São Paulo. 17 2004.
- 22 THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Editora Hemus, 2002. 350
- 23 SAWICK, A. M. History, legislation and standards. In: KUHN, M. M. (Ed.). **Pharmacoterapeutics: a nursing process approach**. 2o. Philadelphia, 1998. cap. 1,
- 24 NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: um para os cuidadores na actualidade**. Loures: Lusociência, 2011.
- 25 PHILLIPS, L. D. **Manual de Terapia Intravenosa**. 2a. Porto Alegre.: 2001.
- 26 ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. D. Superficial peripheral vein type classification of adolescents, adults and elderly according to the Delphi technique. **Rev. latinoam. enferm.** v. 16, p. 86-94, 2008. ISSN 0104-1169. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000100014&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100014&nrm=iso)  
>.
- 27 SOCIETY, I. N. Infusion Equipment. **Journal of Infusion Nursing**. Norwood: Wolters Kluwer 2011.
- 28 SENA, C. A. et al. Estratégias de implementação do processo de enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 9, p. 27-38, 2001. ISSN 0104-1169.
- 29 PERRY, A. G.; POTTER, P. A. **Fundamentos de enfermagem**. 7ª Edição: Brasil: Editora Elsevier 2010.
- 30 BRASIL. **Técnicas para coleta de sangue**. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. II: 63 p. 1997.
- 31 BANDEIRA, M. N. C.; VARELA, Z. M. V. Construção do conhecimento no cotidiano da enfermagem. **Revista RECCS**, v. 12, p. 53-59, 2000.
- 32 MCEWEN, M.; WILLS, E. M. Filosofia, ciência e enfermagem. In: (Ed.). **Bases teóricas para enfermagem**. 2. Porto Alegre: Artmed, 2009. cap. 1,



- 33 SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 4. São Paulo: Edições Loyola, 2006.
- 34 \_\_\_\_\_. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. In: (Ed.). **Comunicação não-verbal**. 4. São Paulo: Edições Loyola, 2006. cap. 4,
- 35 MOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **RevRene**, v. 10, n. 3, 2009.
- 36 ABRIC; J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: PAREDES., M. A. S. e OLIVEIRA; C.D. (Ed.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2000. cap. 1,
- 37 ORTELHADO, R. Significados e Imagens das Fases de Vida. **Anais Seminário de extensão Universitária-SEMEX**, v. 1, n. 1, 2013.
- 38 FISCHBACH, F. T.; DUNNING, M. B. **Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos**. Guanabara Koogan, 2005. ISBN 8527710412.
- 39 LIMA, D. R. **Manual de farmacologia clínica, terapêutica e toxicologia**. Medsi, 2004. ISBN 8571993726.
- 40 GUIMARÃES, S.; MOURA, D.; DA SILVA, P. S. **Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas: manual de farmacologia e farmacoterapia**. 2006. ISBN 9720060298.
- 41 GARCIA, S. D. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Rev. bras. enferm. [online]**, v. 65, p. 339-346, 2012. ISSN 0034-7167. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000200021&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200021&nrm=iso) >.
- 42 ROSA, C. O. et al. **Manual de procedimentos do curso de enfermagem: Atenção Primária**. 2012.
- 43 DALANHOL, M. et al. Efeitos quantitativos da estocagem de sangue periférico nas determinações do hemograma automatizado. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v. 32, n. 1, p. 16-22, 2010.

- 44 MORITA, L.; BALDIN, R.; FARIAS, N. Avaliação da qualidade da informação nas requisições e condições das amostras biológicas nos Laboratórios de Saúde Pública Lapa e Ipiranga do município de São Paulo. **BEPA (Online)**, v. 7, n. 79, p. 12-22, 2010. ISSN 1806-4272.
- 45 KEMPFER, S. S. et al. Vivências de alunos de enfermagem no laboratório de coleta de sangue: um olhar em Roy [Nursing students' experiences in the blood laboratory: a look at roy]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 6, p. 726-732, 2013. ISSN 0104-3552.
- 46 Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. **NBR9753**: Escalpe estéril e de uso único, requisitos e métodos de ensaio. Rio de Janeiro (RJ) 1997.
- 47 Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. **NBR10333-1** Luer (montagem cônica com cone a 6%) para seringas, agulhas e outros equipamentos médicos. Parte 1: requisitos gerais. Rio de Janeiro 1997.
- 48 Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. **NBR9259**. Agulha hipodérmica estéril e de uso único. Rio de Janeiro 1997.
- 49 SOUZA, D. A.; OLIVEIRA, M. V. Avaliação do uso de cateteres venosos periféricos em um hospital de médio porte. **C & D Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 5, n. 1, 2012. ISSN 1984-4271.
- 50 SILVA, J. A. D. et al. Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 13, n. 3, p. 508-16, 2009.
- 51 LUCEIRO, L. C.; SILVA, J. R. D. S. Caracterização dos acessos venosos periféricos em pacientes adultos de unidades de clínica médica de um hospital da Região Sul do Brasil. **Anais Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera**, n. 2, 2012. ISSN 2236-2258.
- 52 CARVALHO, E. C.; ARREGUY-SENA, C. Avaliação de punção venosa periférica: análise de critérios de remoção de dispositivo intravenoso adotados por uma equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 7, n. 3, p. 351-360, 2003. ISSN 1414-8145.
- 53 MARTINS, K. A. et al. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem-DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude.v7i4.6634. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 485-492, 2009. ISSN 1984-7513.
- 54 WORTH, L. J. et al. Impact of revising the National Nosocomial Infection Surveillance System definition for catheter-related bloodstream infection in ICU: reproducibility of the National Healthcare Safety Network case definition in an Australian cohort of infection control

- professionals. **American journal of infection control**, v. 37, n. 8, p. 643, 2009. ISSN 0196-6553.
- 55 GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Micção, diuréticos e doenças renais. In: (Ed.). **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. cap. 5, p.44-57.
- 56 RIELLA, M. Insuficiência Renal Crônica- Fisiopatologia da ureia. In: RIELLA, M. (Ed.). **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrólíticos**. 5. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.456-476.
- 57 SESSO, R. et al. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise. **Jorn Bras Nefrol**, v. 30, n. 4, p. 233-238, 2008.
- 58 CIANCIARULLO, T. I.; FUGULIN, F. M. T.; ANDREONI, S. **A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial**. São Paulo: Icone, 1998.
- 59 PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. Fístula arteriovenosa para hemodiálise. In: (Ed.). **Angiologia e cirurgia vascular: guia ilustrado**. Maceio: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003.
- 60 SILVA, G. D. S. T. et al. Initial experience with the Buttonhole technique in a Brazilian hemodialysis center. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 32, n. 3, p. 257-262, 2010. ISSN 0101-2800.
- 61 COFEN. Resolução COFEN 290/2004. Fixa as Especialidades de Enfermagem. **Conselho Regional de Enfermagem (COREn-SP). Legislação**. São Paulo, 2004.
- 62 DE ARAÚJO, S. T. C.; KOEPPE, G. B. O. Setor de nefrologia: uma parceria entre ensino e serviço. 2009.
- 63 SILVA, G. L. D. F. D.; THOMÉ, E. G. D. R. Complicações do procedimento hemodialítico em pacientes com insuficiência renal aguda: intervenções de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 30, n. 1 (mar. 2009), p. 33-39, 2009. ISSN 0102-6933.
- 64 SOUSA, M. R. G. et al. Eventos adversos em hemodiálise: relatos de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 76-83, 2013.
- 65 MANIVA, S. J. C. D. F.; FREITAS, C. H. A. D. O paciente em hemodiálise: autocuidado com a fistula arteriovenosa. **Rev Rene**, v. 11, n. 1, 2012. ISSN 2175-6783.

- 66 REINS, E. M. K. D. et al. Percentual de recirculação sanguínea em diferentes formas de inserções de agulhas nas fístulas arterio-venosas, de pacientes em tratamento hemodialítico. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 35, n. 1, p. 41-45, 2001. ISSN 0080-6234.
- 67 SILVA, G. D. et al. Terapia intravenosa: atualidades. **J Nurs Ufpe online**. /DOI: 10.5205/01012007], v. 6, n. 9, p. 2332-2334, 2012. ISSN 1981-8963.
- 68 BASTOS, F. A. **Avançando na implantação do SUS: consórcios intermunicipais de saúde**. Dacasa, 1998.
- 69 REIS, C. K. et al. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 336-341, 2008.
- 70 REIS, E. M. K. D. et al. Percentage of blood recirculation in patients on hemodialysis in different models of insertion of needles in arteriovenous fistula. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 1, p. 41-45, 2001. ISSN 0080-6234.
- 71 ALEXANDRE, M. **Representação Social: uma genealogia do conceito**. Comum. Rio de Janeiro. 10 2004.
- 72 DURKHEIM, E. **As formas elementares da vida religiosa: o sistema totêmico na Austrália**. 1a. . São Paulo: Martins Fontes, 1996. 609
- 73 \_\_\_\_\_. **As regras do método sociológico**. 2a. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 165
- 74 FARR, R., M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P., A. e JOVCHELOVITCH, S. (Ed.). **Textos em representações sociais**. 4a. Petrópolis: Vozes, 1998. cap. 1, p.324.
- 75 HOROCHOVSKI, M., TERESINHA, HOFFMANN. **Representações sociais: delineamentos de uma categoria analítica**. Florianópolis. Tese - Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC. 2: 92-106 p. 2004.
- 76 MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- 77 OLIVEIRA, Márcio SBS de. Representações Sociais e Sociedades: a Contribuição de Serge Moscovici . **Rev. bras. Ci. Soc. [online]**. 2004, vol.19, n.55, pp 180-186. ISSN 0102-6909.

- 78 JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P., A. In: JOVCHELOVITCH, S. (Ed.). **Textos em representações sociais**. 4a. Petrópolis: Vozes, 1995. cap. 2,
- 79 MAZZOTTI, A.; ALVES, J. **Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação**. Em aberto. Brasília. 14 1994.
- 80 JODELET, D. Ponto de vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em psicologia**. 19: 19-26 p. 2011.
- 81 ANDRADE, M. A. C.; ATMANN, E.; TRINDADE, Z. A. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde coletiva**. v.16, supl.1, p.1115-1124, 2011.
- 82 SILVA, G. A. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. 2003. (Tese Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo-USP, São Paulo.
- 83 ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. (Ed.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2. Goiânia: Cultura e Qualidade, 2000. cap. 1,
- 84 \_\_\_\_\_. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Ed.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. cap. 8, p.420.
- 85 FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Ed.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro.: EdUERJ, 2001. cap. 9, p.420.
- 86 GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em Representações Sociais**. 4ª ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes, 1998. 324
- 87 SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. 110
- 88 WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. e OLIVEIRA, D. C. (Ed.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. Goiânia: AB, 2000. cap. 1, p.3-25.
- 89 GUERREIRO, M. R.; CURADO, M. A. PINCHAR; HACE DAÑO. Representaciones del dolor en el niño, en edad escolar, sometido a punción venosa. **Enfermería Global**, v. 11, p. 58-74,

2012. ISSN 1695-6141. Disponível em: <  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000100005&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100005&nrm=iso)  
>.

- 90 MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C. D.; GOMES, A. M. T. Aids e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: teoria e prática**, v. 6, n. SPE, p. 91-104, 2004. ISSN 1516-3687.
- 91 PEREIRA, D. C.; MEIRELES, M. R. G. Uma abordagem transdisciplinar do método “análise de redes sociais”. **Inf. Inf. Londrina**, v. 14, n. 2, p. 84-99, 2009.
- 92 JICK, T. D. Mixing qualitative and quantitative methods: triangulation in action. **Administrative Science Quarterly**, v. 24, n. 4, p. 602-611, 1979. Disponível em: <  
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/2392366?uid=3737664&uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21101304601293>>. Acesso em: 07 jun 2012.
- 93 SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2o. Petrópolis: Vozes, 2002.
- 94 CAMPOS, S. F.; VILAR, M. S. A.; VILAR, D. A. Biossegurança: Conhecimento e Adesão às Medidas de Precauções Padrão num Hospital. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 415-420, 2011. ISSN 1415-2177.
- 95 MINAYO, M. C. D. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. ISBN 85-89697-06-1.
- 96 TEIXEIRA, J. C.; NASCIMENTO, M. C. R.; CARRIERI, A. D. P. Triangulação entre métodos na administração: gerando conversações paradigmáticas ou meras validações convergentes? **Rev Adm Pública**, v. 46, n. 1, 2012. Disponível em: <  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122012000100010&lng=en&nrm=iso)>. >.
- 97 SALES, Z.; DAMASCENO, M.; PAIVA, M. Organização estrutural das representações sociais do cuidado. **Rev. Saúde. com**, v. 3, n. 1, p. 28, 2007.
- 98 GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. D. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 39, p. 145-153, 2005. ISSN 0080-6234.
- 99 OLIVEIRA, D. C. D. Pontuando idéias sobre o desenvolvimento metodológico das representações sociais nas pesquisas brasileiras. **Rev. bras. enferm. [online]** v. 58, p. 86-

90, 2005. ISSN 0034-7167. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000100017&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100017&nrm=iso)  
>.

- 100 OLIVEIRA, D. C. et al. O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, p. 377-386, 2007. ISSN 0104-0707.
- 101 BRASIL; CNS. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde 1996.
- 102 OLIVEIRA, D. C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. 2001. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro
- 103 ARREGUY-SENA, C.; ROJAS, A. V.; SOUZA, A. C. S. Representação social de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre a percepção dos riscos laborais a que estão expostos em unidades de atenção à saúde **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.2, n.1, jan/jun. 2000. Disponível: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- 104 VERGÈS, P. EVOC2000© software for the analysis of the free association task. **LAMES--CNRS**, 2000.
- 105 OLIVEIRA, D. C. D.; SÁ, C. P. D. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural; Social representations of health and disease and the implications for care taking nursing: a structural analysis. **Rev. bras. enferm. [impr.]**, v. 54, n. 4, p. 608-622, 2001. ISSN 0034-7167.
- 106 OLIVEIRA, A. P.; GOMES, A. M. T. A estrutura representacional do câncer para os seus portadores: desvelando seus sentidos e dimensões; Representational structure of cancer among patients: revealing its meanings and dimensions. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p. 525-531, 2008. ISSN 0104-3552.
- 107 GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. D. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. bras. enferm. [impr.]**, v. 58, p. 393-398, 2005. ISSN 0034-7167.
- 108 BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=313670#>> Acesso em: 23 maio 2013.

- 109 SMOLKA, A. L. B. A memória em questão: uma perspectiva histórico-cultural. **Educação e sociedade**, v. 21, n. 71, p. 166-193, 2000.
- 110 DE SÁ, C. P. Sobre o campo de estudo da memória social: uma perspectiva psicossocial. **Psicologia: reflexão e crítica**, n. 002, p. 290-295, 2007. ISSN 0102-7972.
- 111 ARREGUY-SENA, C.; CARVALHO, E. C. D. Classificação de veias superficiais periféricas de adolescentes, adultos e idosos pela técnica Delphi. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 16, n. 1, p. 86-94, 2008.
- 112 KREMPSE, P.; ARREGUY-SENA, C.; BARBOSA, A. P. S. Características definidoras de trauma vascular periférico em urgência e emergência: ocorrência e tipos. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 17, p. 24-30, 2013. ISSN 1414-8145. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100004&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100004&nrm=iso)>.
- 113 HALL, J. E. **Guyton & Hall Fundamentos de Fisiologia**. Elsevier Editora Ltda., 2012. ISBN 8535255893.
- 114 ARREGUY-SENA, C. A. et al. Punção de vasos e paleta cromática: subsídio para pesquisa e prática clínica de enfermeiros. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2013. ISSN 2236-6091.
- 115 MORETE, M. C. et al. Avaliação da dor do escolar diante da punção venosa periférica. **Rev Dor**, v. 11, n. 2, p. 145-9, 2010.
- 116 GUERREIRO, M.; CURADO, M. Picar... Faz doer! Representações de dor na criança, em idade escolar, submetida a punção venosa. **Enfermería Global**, n. 25, p. 75, 2012.
- 117 NICOLE, A. G.; TRONCHIN, D. M. R. Indicadores para avaliação do acesso vascular de usuários em hemodiálise. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 45, n. 1, 2010. ISSN 1980-220X.
- 118 DOS SANTOS, C. A. S.; PITTA, G. B. B. Fístula Arteriovenosa para Hemodiálise.
- 119 GROTHE, C. et al. Incidência de infecção da corrente sanguínea nos pacientes submetidos à hemodiálise por cateter venoso central. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2010.
- 120 OLIVEIRA, A. D. D. S. et al. Cuidado com a Fístula Arteriovenosa na Visão do Portador de Insuficiência Renal Crônica. **Anais 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Dezembro, 2010. p.



- 121 SOUZA TERRA, F. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 3, p. 187-92, 2010.
- 122 SOUSA, C. N. Cuidar da pessoa com fístula arteriovenosa: modelo para a melhoria contínua. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 11-17, 2012.
- 123 ZATZ, R.; RIELLA, M. Insuficiência renal crônica: mecanismos de adaptação e progressão. In: Riella MC. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, p. 450-5, 1996.
- 124 KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- 125 BARBOSA, D. A. et al. Co-Morbidade e mortalidade de pacientes em início de diálise. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p. 304-309, 2006.
- 126 RAMOS, I. C.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 61, p. 193-200, 2008. ISSN 0034-7167.
- 127 SAES, S. C. **O cuidar da enfermeira no imaginário do cliente com necessidades especiais de saúde na área renal: um desafio através dos sentidos corporais e da sociopoética**. (Tese Doutorado) 2003 Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- 128 DRAIBE, S. A.; AJZEN, H. Insuficiência renal crônica. In: AJZEN, H.; SCHOR, N. **Nefrologia: guia de medicina ambulatorial**. São Paulo: Manole, p. 339-343, 2002.
- 129 ZILLMER, J. G. V. et al. Conhecimento dos clientes renais crônicos e suas famílias sobre doença renal crônica, terapia dialítica e transplante renal. **Ciência, Cuidado e Saúde (online)**, v. 7, 2013. ISSN 1984-7513.
- 130 HARADA, K. M. et al. Fatores de risco associados à perda do enxerto e óbito após o transplante renal; Risk factors associated with graft loss and death after kidney transplantation. **J. bras. nefrol**, v. 30, n. 3, p. 213-220, 2008. ISSN 0101-2800.
- 131 ABRIC, J.-C. **Pratiques sociales et représentations. Psychologie sociale**. Paris, Presses Universitaires de France, 2003.

- 132 CARVALHO E LIRA, M. O. D. S.; CARVALHO, M. D. F. A. A. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. **Rev Rene**, v. 14, n. 1, 2013. ISSN 2175-6783.
- 133 NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. G. D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 50-4, 2011.
- 134 BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 283, 2010. ISSN 0104-0707.
- 135 BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 5. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 901
- 136 SILVA, M. J. P. D. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2009. ISSN 1983-8034.
- 137 ARREGUY-SENA, C.; EC, C. Risco de trauma vascular. **NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**, v. 2011, 2009.
- 138 PARREIRA, P. M. **Organizações**. Coimbra: Formasau, 2005.
- 139 PARREIRA, P.; PEREIRA, F. C.; BRITO, N. V. **Empreendedorismo e motivações empresariais no ensino superior**. Lisboa: Edições Sílabo, 2011. ISBN 978972618645-8.

## **ANEXOS e APÊNDICES**

**APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PESSOAS EM COLETA DE SANGUE**

Dados demográficos			
Caracterização participante	Data nascimento: / /	Data coleta dados: / /	
	Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar	Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Quantos:
	Anos que estudou: <input type="checkbox"/> primário incompleto <input type="checkbox"/> primário completo <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> outros especificar		
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> outros especificar		
	Profissão (formação para trabalho):	Ocupação (o que faz)	
Razão da realização da punção (COLETA DE SANGUE)			
punção	Já internou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
	Quantas vezes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais especificar:		
Por que está colhendo sangue? <input type="checkbox"/> preparo para cirurgia <input type="checkbox"/> controle de doença <input type="checkbox"/> rotina Chek-up <input type="checkbox"/> diagnóstico <input type="checkbox"/>			
História de punção de veia ao longo da vida			
Experiência	Para que sua veia já foi pega? <input type="checkbox"/> colher sangue para exame <input type="checkbox"/> saber ou controlar doença (diagnóstico) <input type="checkbox"/> ser medicado (tratamento) <input type="checkbox"/> receber sangue <input type="checkbox"/> doar sangue <input type="checkbox"/> usar droga		
	Qual parte do corpo sua veia foi pega? <input type="checkbox"/> mão <input type="checkbox"/> braço perto da mão (antebraço) <input type="checkbox"/> dobra do cotovelo <input type="checkbox"/> braço perto do ombro (braço) <input type="checkbox"/> pescoço <input type="checkbox"/> outros especificar		
	O local onde a veia foi pega é o mesmo do braço que você come ou escreve? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
	Já viu uma veia ser pega em outra pessoa? <input type="checkbox"/> em pessoa da família <input type="checkbox"/> em pessoa que você cuidou <input type="checkbox"/> em conhecido <input type="checkbox"/> em desconhecido		
	Na sua vida onde teve sua veia pega? <input type="checkbox"/> quando internado <input type="checkbox"/> quando atendido em pronto socorro <input type="checkbox"/> quando atendido em ambulatório <input type="checkbox"/> quando atendido em clínica (Policlínica ou UPA) <input type="checkbox"/> em casa <input type="checkbox"/> outros especificar		
	Quantas vezes já pegaram sua veia? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:		
Percepção das etapas do processo de punção			
Etapas da punção	Limparam a pele antes de pegar a veia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
	Cortaram os pelos quando eles estavam grandes: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
	Quantas vezes tentaram pegar a veia: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5		
	Houve necessidade de trocar a veia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		
	Por que? <input type="checkbox"/> perdeu <input type="checkbox"/> doía <input type="checkbox"/> muito tempo de uso <input type="checkbox"/> voltar c/o remédio		
	A agulha foi fixada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
	Com: esparadrapo <input type="checkbox"/> comum <input type="checkbox"/> antialérgico <input type="checkbox"/> plástico transparente <input type="checkbox"/> atadura <input type="checkbox"/> tipoia		
	No uso da veia, houve: O esparadrapo... <input type="checkbox"/> foi trocado <input type="checkbox"/> não foi trocado <input type="checkbox"/> molhou <input type="checkbox"/> sujou <input type="checkbox"/> descolou		
	Quando retiraram a agulha da veia: <input type="checkbox"/> sangrou <input type="checkbox"/> doeu <input type="checkbox"/> inchou <input type="checkbox"/> ficou roxo <input type="checkbox"/> ficou vermelho <input type="checkbox"/> teve pus <input type="checkbox"/> a veia ficou dura <input type="checkbox"/> deu calombo no local		
	Após retirar a agulha da veia: Fizeram... <input type="checkbox"/> pediram para eu apertar <input type="checkbox"/> apertaram o local <input type="checkbox"/> dobraram o braço <input type="checkbox"/> colocaram esparadrapo		
Quanto tempo o local ficou fechado após retirar a agulha: <input type="checkbox"/> ↓ 5 minutos <input type="checkbox"/> ↓6h <input type="checkbox"/> 6 a 12 h <input type="checkbox"/> 12 a 18h <input type="checkbox"/> 18 a 24 horas			
Fez Compressa no local após retirar a agulha: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sim			
Que tipo: <input type="checkbox"/> quente <input type="checkbox"/> fria			
Tipo de cateter: <input type="checkbox"/> agulha flexível com madril <input type="checkbox"/> agulha rígida de seringa <input type="checkbox"/> vacoutainer <input type="checkbox"/> agulha rígida com aba			
Sensações e comportamentos que teve ou tem quando sua veia é usada			
Antes de pegar a veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência		
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente		
	Outros especificar:		
Quando pegou a veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência		
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente		
	Outros especificar:		
Durante o tempo em que a agulha ficou na veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência		
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente		
	Outros especificar:		
Depois de retirar a agulha da veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência		
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente		
	Outros especificar:		
Até fechar o local onde a agulha ficou	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência		
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente		
	Outros especificar:		
Observações adicionais:			
Registro de diário de Campo			

**APÊNDICE B: Instrumento de coleta de dados destinado as pessoas internadas**

Dados demográficos	
Caracterização participante	Data nascimento: / /      Data coleta dados: / /      Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
	Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar      Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Quantos:
	Anos que estudou: <input type="checkbox"/> primário incompleto <input type="checkbox"/> primário completo <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> outros especificar
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> outros especificar
	Profissão (formação para trabalho):      Ocupação (o que faz)
Razão da realização da punção (internação, diagnóstico, droga)	
Caracterização da internação	Já internou? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Quantas vezes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais especificar:
	Por que internou: Doença: <input type="checkbox"/> respiratória <input type="checkbox"/> do intestino e estômago <input type="checkbox"/> dos ossos <input type="checkbox"/> do sangue <input type="checkbox"/> do coração <input type="checkbox"/> da pele, cabelo ou unhas <input type="checkbox"/> urinária ou órgãos sexuais <input type="checkbox"/> câncer <input type="checkbox"/> diabetes ou metabólicas <input type="checkbox"/> transmissíveis ou sexuais <input type="checkbox"/> osteoarticular <input type="checkbox"/> cardíaca ou vascular (hipertensão) <input type="checkbox"/> outras especificar
	Qual tratamento está fazendo?: <input type="checkbox"/> operação <input type="checkbox"/> tratamento com remédio <input type="checkbox"/> está diagnosticando doença
	Andar em que está internado agora: <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
História de punção de veia ao longo da vida	
Experiência	Quantas vezes pegaram sua veia? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:
	Para que pegaram sua veia? <input type="checkbox"/> colher sangue para exame <input type="checkbox"/> saber ou controlar doença (diagnóstico) <input type="checkbox"/> ser medicado (tratamento) <input type="checkbox"/> receber sangue <input type="checkbox"/> doar sangue <input type="checkbox"/> usar droga
	Qual parte do corpo sua veia foi pega? <input type="checkbox"/> mão <input type="checkbox"/> braço perto da mão (antebraço) <input type="checkbox"/> dobra do cotovelo <input type="checkbox"/> braço perto do ombro (braço) <input type="checkbox"/> pescoço <input type="checkbox"/> outros especificar
	O local onde a veia foi pega é o mesmo do braço que você come ou escreve? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	Já viu uma veia ser pega em outra pessoa? <input type="checkbox"/> em pessoa da família <input type="checkbox"/> em pessoa que você cuidou <input type="checkbox"/> em conhecido <input type="checkbox"/> em desconhecido
	Na sua vida onde teve sua veia pega? <input type="checkbox"/> quando internado <input type="checkbox"/> quando atendido em pronto socorro <input type="checkbox"/> quando atendido em ambulatório <input type="checkbox"/> quando atendido em clínica (Policlínica ou UPA) <input type="checkbox"/> em casa <input type="checkbox"/> outros especificar
Percepção das etapas do processo de punção	
Etapas da punção	Limparam a pele antes de pegar a veia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não      Cortaram os pelos quando eles estavam grandes: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Quantas vezes tentaram pegar a veia: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5
	Houve necessidade de trocar a veia? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não      Por que? <input type="checkbox"/> perdeu <input type="checkbox"/> doía <input type="checkbox"/> muito tempo <input type="checkbox"/> voltar com o remédio
	Como a agulha foi fixada? Com: <input type="checkbox"/> esparadrapo comum <input type="checkbox"/> esparadrapo antialérgico <input type="checkbox"/> plástico transparente <input type="checkbox"/> atadura <input type="checkbox"/> tipoia
	No uso da veia, houve: O esparadrapo... <input type="checkbox"/> foi trocado <input type="checkbox"/> não foi trocado <input type="checkbox"/> molhou <input type="checkbox"/> sujou <input type="checkbox"/> descolou
	Quando retiraram a agulha da veia: <input type="checkbox"/> sangrou <input type="checkbox"/> doeu <input type="checkbox"/> inchou <input type="checkbox"/> ficou roxo <input type="checkbox"/> ficou vermelho <input type="checkbox"/> teve pus <input type="checkbox"/> a veia ficou dura <input type="checkbox"/> deu calombo no local
	Após retirar agulha veia: Fizeram... <input type="checkbox"/> pediram para eu apertar <input type="checkbox"/> apertaram o local <input type="checkbox"/> dobraram o braço <input type="checkbox"/> colocaram esparadrapo
	Quanto tempo o local ficou fechado após retirar a agulha: <input type="checkbox"/> ↓ 5 minutos <input type="checkbox"/> ↓ 6h <input type="checkbox"/> 6 a 12 h <input type="checkbox"/> 12 a 18h <input type="checkbox"/> 18 a 24 horas
	Fez Compressa no local após retirar a agulha: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sim      Que tipo: <input type="checkbox"/> quente <input type="checkbox"/> fria
	Tipo de cateter: <input type="checkbox"/> agulha flexível com madril <input type="checkbox"/> agulha rígida de seringa <input type="checkbox"/> vacoutainer <input type="checkbox"/> agulha rígida com aba
Sensações e comportamentos que teve ou tem quando sua veia é usada	
Antes de pegar a veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
	Outros especificar:
Quando pegou a veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
	Outros especificar:
Durante o tempo em que a agulha ficou na veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
	Outros especificar:
Depois de retirar a agulha da veia	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
	Outros especificar:
Até fechar o local onde a agulha ficou	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
	Outros especificar:
Observações adicionais	
Registro de diário de Campo	

**APÊNDICE C: Instrumento de coleta de dados para pessoas em tratamento hemodialítico**

Dados demográficos	
Caracterização participante	Data nascimento: / /      Data coleta dados: / /      Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
	Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar      Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não      Quantos:
	Anos que estudou: <input type="checkbox"/> primário incompleto <input type="checkbox"/> primário completo <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> técnico <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> outros especificar
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> outros especificar
	Profissão (formação para trabalho):      Ocupação (o que faz)
História do tratamento hemodialítico	
Caracterização da internação	Quanto tempo faz hemodiálise? (em anos) <input type="checkbox"/> menos que 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:
	Tem Fístula? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Já teve outra(s) fístulas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Quantas? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
	Local da fístula? <input type="checkbox"/> próximo ao pulso <input type="checkbox"/> próximo ao cotovelo <input type="checkbox"/> meio do braço
	Quanto tempo durou a última fístula? <input type="checkbox"/> menos que 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:
	Qual o motivo da perda da fístula? <input type="checkbox"/> rompimento <input type="checkbox"/> aneurisma <input type="checkbox"/> trombose <input type="checkbox"/> baixo fluxo <input type="checkbox"/> compressão <input type="checkbox"/> queda de pressão <input type="checkbox"/> outros especificar
	O local onde a fístula foi colocada é o mesmo do braço que você come ou escreve? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	Já usou cateter? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim      Quantas vezes? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:
História de punção de veia ao longo da vida	
Experiência	Para que pegaram sua veia? <input type="checkbox"/> colher sangue para exame <input type="checkbox"/> saber ou controlar doença (diagnóstico) <input type="checkbox"/> ser medicado (tratamento) <input type="checkbox"/> receber sangue <input type="checkbox"/> doar sangue <input type="checkbox"/> usar droga
	Qual parte do corpo sua veia foi pega? <input type="checkbox"/> FAV <input type="checkbox"/> mão <input type="checkbox"/> braço perto da mão (antebraço) <input type="checkbox"/> braço perto do ombro (braço) <input type="checkbox"/> pescoço <input type="checkbox"/> outros especificar
	Já viu uma veia ser pega em outra pessoa? <input type="checkbox"/> em pessoa da família <input type="checkbox"/> em pessoa que você cuidou <input type="checkbox"/> em conhecido <input type="checkbox"/> em desconhecido
	Já viu uma fístula ser puncionada em outra pessoa? <input type="checkbox"/> em pessoa da família <input type="checkbox"/> em conhecido <input type="checkbox"/> em desconhecido
	Na sua vida onde teve sua veia pega? Quando esteve: <input type="checkbox"/> internado <input type="checkbox"/> em pronto socorro <input type="checkbox"/> em ambulatório <input type="checkbox"/> em clínica (Policlínica ou UPA) <input type="checkbox"/> em casa <input type="checkbox"/> outros especificar
	Quantas vezes pegaram sua veia? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> mais especificar:
Percepção das etapas do processo de punção	
Etapas da punção	Limparam a pele antes de pegar a fístula? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não      Cortaram os pelos quando eles estavam grandes: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
	Houve dificuldade em puncionar sua fístula? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não      Quantas tentativas?: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5
	Como a agulha foi fixada? Com: <input type="checkbox"/> fita adesiva <input type="checkbox"/> esparadrapo comum <input type="checkbox"/> esparadrapo antialérgico <input type="checkbox"/> plástico transparente <input type="checkbox"/> atadura <input type="checkbox"/> tipoia
	Quando retiraram a agulha da fístula: <input type="checkbox"/> sangrou <input type="checkbox"/> doeu <input type="checkbox"/> inchou <input type="checkbox"/> ficou roxo <input type="checkbox"/> ficou vermelho <input type="checkbox"/> teve pus <input type="checkbox"/> a veia ficou dura <input type="checkbox"/> deu calombo no local
	No uso da fístula, houve: O material usado para fixar foi: <input type="checkbox"/> trocado <input type="checkbox"/> não foi trocado <input type="checkbox"/> molhou <input type="checkbox"/> sujou <input type="checkbox"/> descolou
	Após retirar a agulha da veia: Fizeram... <input type="checkbox"/> pediram para eu apertar <input type="checkbox"/> apertaram o local <input type="checkbox"/> dobraram o braço <input type="checkbox"/> colocaram gaze e fita adesiva <input type="checkbox"/> colocaram esparadrapo
	Quanto tempo o local ficou fechado após retirar a agulha: <input type="checkbox"/> ↓ 5 minutos <input type="checkbox"/> ↓ 6h <input type="checkbox"/> 6 a 12 h <input type="checkbox"/> 12 a 18h <input type="checkbox"/> 18 a 24 horas
	Fez compressa no local após retirar a agulha: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sim      Que tipo: <input type="checkbox"/> quente <input type="checkbox"/> fria
	Tipo de cateter: <input type="checkbox"/> agulha FAV nº <input type="checkbox"/> agulha flexível com madril <input type="checkbox"/> agulha rígida seringa <input type="checkbox"/> vacoutainer <input type="checkbox"/> agulha rígida c/aba
	Sensações e comportamentos que teve ou tem quando sua veia é usada
Antes de pegar a fístula	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
Quando pegou a fístula	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
Durante o tempo em que a agulha ficou na fístula	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
Depois de retirar a agulha da fístula	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
Até fechar o local onde a agulha ficou	Sinto: <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> insegurança <input type="checkbox"/> dor <input type="checkbox"/> desconforto <input type="checkbox"/> indiferença <input type="checkbox"/> alívio <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> limita movimento <input type="checkbox"/> ardência
	Fico: <input type="checkbox"/> silêncio <input type="checkbox"/> tagarelar <input type="checkbox"/> nervosismo <input type="checkbox"/> colaborativo <input type="checkbox"/> intolerante <input type="checkbox"/> vigilância <input type="checkbox"/> esquivar o olhar <input type="checkbox"/> indiferente
Outros especificar:	
Observações adicionais:	
Registro de diário de Campo	

**APÊNDICE D:** Instrumento de coleta de dados para a Técnica de Evocações a partir de termo indutor realizada durante entrevista gravada.

Dados demográficos		Data coleta dados: / /
Caracterização participante	CODIGO:	
	Data nascimento: / /	
	Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
	Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar	
	Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Anos que estudou:	
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> outros especificar	
Razão da realização da punção (motivo): <input type="checkbox"/> coleta de sangue <input type="checkbox"/> hemodiálise <input type="checkbox"/> internação.		
<b>Tendo a expressão verbalizada “processo de punção de veia/pegar veia” (termo indutor) diga para mim as cinco primeiras palavras que lhe vem à mente quando menciona esta expressão</b>		
	<b>Palavra verbalizada</b> <b>Processo de punção de veia/pegar veia</b>	<b>valor atribuído</b>
1		<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> negativo
2		<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> negativo
3		<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> negativo
4		<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> negativo
5		<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> neutro <input type="checkbox"/> negativo
<b>Registro de diário de campo</b>		

**APÊNDICE E:** Instrumento de coleta de dados para Técnica de Recorte e Colagem de gibi e questões norteadoras para entrevista gravada.

Dados demográficos		Data coleta dados: / /
Caracterização participante	CODIGO:	
	Data nascimento: / /	
	Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
	Cor da pele: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> outros especificar	
	Tem filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
	Anos que estudou:	
	Estado civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> com companheiro <input type="checkbox"/> outros especificar	
Razão da realização da punção (motivo): <input type="checkbox"/> coleta de sangue <input type="checkbox"/> hemodiálise <input type="checkbox"/> internação		
<b>Tendo as figuras disponíveis selecione aquela que melhor retrate sua forma de perceber, sentir ou se comportar diante de:</b>		
1	processo de punção de veia /pegar veia.	Abordagem única para todos os participantes
Fale para mim por que escolheu esta figura, o que ela representou para o(a) Sr(a) diante da situação solicitada. Cite uma experiência ocorrida com o(a) Sr(a) que exemplifique sua impressão sobre a situação solicitada.		
Situação solicitada	processo de punção de veia /pegar veia.	Abordagem única para todos os participantes
<b>Tendo as figuras disponíveis selecione aquela que melhor retrate sua forma de perceber, sentir ou se comportar diante de:</b>		
2	o tratamento	Abordagem para pessoa internada
	A fistula arteriovenosa	Abordagem para pessoa em tratamento hemodialítico
	Colher sangue	Abordagem para pessoa em coleta de sangue
Fale para mim por que escolheu esta figura, o que ela representou para o(a) Sr(a) diante da situação solicitada. Cite uma experiência ocorrida com o(a) Sr(a) que exemplifique sua impressão sobre a situação solicitada.		
Situação solicitada	tratamento	Abordagem para pessoa internada
	fistula arteriovenosa	Abordagem para pessoa em tratamento hemodialítico
	coleta sangue	Abordagem para pessoa em coleta de sangue
<b>Registros de diário de campo</b>		



**Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e esclarecido pós-informado.**

**NOME DO SERVIÇO DA PESQUISADORA:** FACULDADE DE ENFERMAGEM DA UFJF

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** CRISTINA ARREGUY

**ENDEREÇO:** RUA OLEGÁRIO MACIEL, 1716/APTO 204 PAINEIRAS, JUIZ DE FORA- MG CEP:36016011

**FONE:** (32) 3216.2532 **E-MAIL:** CRISTINA.ARREGUY@UFJF.EDU.BR

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO DE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: SIGNIFICADO PARA ADULTOS**”. Neste estudo pretendemos saber se existe entre os diferentes grupos de participantes a apreensão de uma representação social sobre o processo de punção venosa periférica e quais as variáveis intervenientes.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é saber que para a assistência de enfermagem ser considerada humanizada e individualizada ela necessita apreender a percepção dos usuários; o fato da punção dos vasos constituir numa prática usual no processo terapêutico faz com que os indivíduos tenham uma aproximação com este procedimento e possam representá-lo; o cuidado de enfermagem se inscreve a partir da percepção dos usuários para o cuidado prestado, vivido, sentido e percebido; favorecer a aceitação e o enfrentamento positivo pelos usuários durante o processo de cuidar em enfermagem e construir a corresponsabilidade do usuário com seu tratamento incluindo sua adesão as propostas terapêuticas, valorizando sua concepção a respeito da necessidade e da razão para o uso do processo de punção de vasos.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): realizaremos uma pesquisa de campo que será dividida em 2 etapas a saber: um estudo do tipo survey que possibilita processar os dados a ponto de se estabelecer relações entre as variáveis, tendo como pressuposto o fato de a amostra ser representativa do universo e possibilitar a transposição dos resultados para a população e a representação social que nos traz a reflexão de uma teoria das relações sociais que é focada na relação entre sujeito e objeto e realiza uma crítica à natureza individualizante.

Para participar deste estudo o Sr(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira Sr(a) será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de anonimato. Sr(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, Sr(a) tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr(a).

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. 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 2012.

**Nome Assinatura da participante**

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, consulte o CEP-  
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/CAS da UFJF  
Rua Catulo Bevilgieri CEP: 36.036.110  
Fone: (32) 4009.5187- E-mail: [pesquisa@hufff.uff.br](mailto:pesquisa@hufff.uff.br)

**Nome Assinatura da pesquisadora**

Nome Assinatura testemunha